



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Plan de retour à l'équilibre :
concilier qualité et trajectoire
financière**

A partir de l'exemple d'un EHPAD public autonome

Cécile BERTET

Remerciements

Mes remerciements vont aux personnes m'ayant aidée et accompagnée dans la réalisation de ce mémoire :

- Les professionnels de l'EHPAD Latour du Pin qui m'ont accompagnée dans mon stage de professionnalisation et qui ont toujours répondu à mes interrogations aussi bien pour mon mémoire que pour mon futur métier.
- Les différents professionnels (ARS, Conseil départemental, président du conseil d'administration, directeurs) avec qui j'ai pu avoir des échanges riches et constructifs.
- Jean-Marc Le Roux et Luc Renard, professeurs à l'EHESP qui m'ont accompagnée pendant la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	3
1 Un établissement à l'architecture vieillissante et à l'organisation inadaptée impactant ses finances	5
1.1 Une architecture vieillissante et une population de plus en plus dépendante	5
1.1.1 Caractéristiques historiques et architecturales :	5
1.1.2 La population accueillie : vieillissante et dépendante	7
1.2 Des organisations limitées par les contraintes architecturales.....	9
1.2.1 Des équipes soignantes et hôtelières qui tardent à s'adapter à la dernière réorganisation	9
1.2.2 Les autres équipes, entre richesse des professionnels et contraintes	11
1.3 Des problèmes financiers structurels et récurrents rendant inévitable un plan de retour à l'équilibre	12
1.3.1 Des problèmes financiers récurrents	12
1.3.2 Un Plan de Retour à l'équilibre inévitable	14
2 Un plan de retour à l'équilibre qui oblige à s'interroger sur la prise en charge et l'accompagnement des résidents	17
2.1 Le maintien de la qualité de vie pour les résidents	17
2.1.1 Les différentes dimensions de la qualité de vie pour les résidents	17
2.1.2 La mesure de la qualité de vie : les indicateurs de suivi d'un plan de retour à l'équilibre.....	21
2.2 Une gestion financière et budgétaire rigoureuse indispensable dans un avenir incertain.....	24
2.2.1 Une gestion rigoureuse des dépenses d'exploitation.....	24
2.2.2 Les projets à venir : entre opportunité et risque.....	26
2.3 Les différents leviers qui se dégagent des analyses financières, réglementaires et organisationnelles.....	28
2.3.1 Les leviers budgétaires et financiers	28
2.3.2 Leviers organisationnels et réglementaires	30
3 La mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre au sein d'un EHPAD	33
3.1 Les différents scénarii à mettre en œuvre dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre	33
3.1.1 Les différents scénarii de gouvernance	33
3.1.2 Les différents scénarii organisationnels et réglementaires	36

3.2	Le rôle du directeur : points de vigilance.....	39
3.2.1	Le dialogue social comme levier de performance	39
3.2.2	La mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre par le directeur.....	41
3.3	Le suivi de la qualité de vie grâce aux indicateurs	43
3.3.1	Le rôle des indicateurs.....	43
3.3.2	Le maintien de la qualité de vie des résidents.....	45
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie-Gérontologie-Groupe Iso-Ressource
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux
ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASH : Agent de Service Hospitalier
BFR : Besoin de Fond de Roulement
CA : Conseil d'Administration
CAF : Capacité d'autofinancement
CNR : Crédits Non Reconductibles
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTE : Comité Technique d'Etablissement
CVS : Conseil de Vie Sociale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP : Equivalent Temps Plein
EXE : Excédent de financement d'exploitation
FEI : Fiche d'Evènement Indésirable
FRE : Fond de Roulement d'Exploitation
FRI : Fond de Roulement d'Investissement
FRNG : Fond de Roulement Net Global
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR : Groupe Iso-Ressource
GMP : GIR moyen pondéré
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances
OCDE : Organisation des Coopérations du Développement Economique
PAA : Plan d'Action Achat
PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptées

PHARE : Performance Hospitalière pour des Achats Responsables

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PRAP : Prévention des Risques liées à l'Activité Physique

PUI : Pharmacie à Usage Interne

QVT : Qualité de Vie au Travail

RTT : Réduction du Temps de Travail

SMTI : Soins MédicoTechniques Importants

Introduction

La performance est entrée dans le langage courant du secteur public depuis plusieurs années. Bien que ce terme soit encore pour beaucoup connoté comme une logique du secteur privé, il n'est plus rare aujourd'hui d'attendre de l'administration qu'elle soit performante. Ce changement a débuté avec l'instauration de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001 qui a modifié en profondeur les modes de gestion de l'Etat en passant d'une logique de moyens à une logique de résultat. Or la question de la compatibilité entre performance et service public est souvent posée. En effet, l'attachement des acteurs du service public à la qualité du service rendu va-t-il à l'encontre de la performance ? Doit-on systématiquement opposer qualité du service rendu et performance ? La performance n'est pas uniquement budgétaire et financière. Elle est globale dans le processus de gestion des établissements publics. Les établissements sanitaires et médico-sociaux ne font donc pas exception : la logique de performance est aujourd'hui au cœur de leur mode de gestion. Pour l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), « *la performance combine ainsi des objectifs de qualité des organisations et du service rendu aux personnes mais aussi d'efficience dans le pilotage et le management des structures* ». La performance apparaît alors comme un objectif à atteindre pour les établissements publics de santé surtout dans un contexte marqué par la restriction des budgets des services publics.

La loi dite « d'adaptation de la société au vieillissement » de décembre 2015 et ses décrets d'application introduisent dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Cet outil de gestion répond à l'objectif de performance des établissements médico-sociaux et a comme instrument financier l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui permet de construire un budget à partir des ressources allouées. Le but de cette réforme tarifaire est de permettre aux établissements médico-sociaux d'être performants dans leur mode de gestion.

Cependant, la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents au sein des EHPAD est la raison d'être de ces structures. La gestion efficiente des établissements médico-sociaux a pour objectif d'apporter la qualité du service rendu. Ainsi, la qualité du service rendu est l'objectif de la performance. Un EHPAD performant est donc un établissement qui offre la meilleure qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents possible à travers un pilotage et un management efficient.

L'EHPAD Latour du Pin est un établissement accueillant 209 personnes âgées dépendantes, qui connaît des difficultés financières importantes depuis plusieurs années. Suite à plusieurs exercices déficitaires, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a demandé au directeur fin 2015, de mettre en place un plan de retour à l'équilibre. L'injonction portait sur un objectif sur trois ans de retour à l'équilibre budgétaire et de maîtrise des dépenses tout en maintenant la qualité de la prise en charge des personnes accueillies.

La mise en place d'un plan de retour à l'équilibre oblige la direction mais également l'ensemble des professionnels à s'interroger sur leurs pratiques et à repenser les modes de prise en charge et d'accompagnement des résidents. Or l'une des craintes sous-jacentes est le risque que représente le plan de retour à l'équilibre sur la qualité de l'accompagnement des résidents. Pour beaucoup, plan de retour à l'équilibre rime avec diminution des effectifs. A priori il n'est pas possible d'apporter la même prise en charge et le même accompagnement s'il y a suppression de postes. Tout l'enjeu pour un directeur réside dans la recherche de mesures pertinentes pour réduire le déficit dans une logique d'efficience des moyens et sans impacter la qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents. L'objectif est donc pour le directeur d'optimiser la performance de l'établissement.

Il convient alors de se demander comment dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, le directeur peut garantir le maintien de la qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents de la structure.

La première partie permettra de comprendre les caractéristiques architecturales, organisationnelles et financières qui ont conduit l'EHPAD Latour du Pin à se retrouver dans cette situation budgétaire et financière afin d'appréhender les raisons de la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre (1). Suite à cette analyse, différents axes seront approfondis dans le but d'identifier les leviers qui existent pour le retour à l'équilibre financier., Ses leviers devant être utilisés dans une logique de maintien de la qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents, la définition des différentes dimensions d'une bonne prise en charge sera présentée pour déterminer les indicateurs de suivi de cette qualité (2). Enfin, différents scénarii, avec leurs avantages/inconvénients et risques sur la qualité de vie des résidents seront proposés. De plus, dans un objectif de réussite du plan de retour à l'équilibre, c'est-à-dire un retour à l'équilibre financier de la structure avec un maintien de la qualité de prise en charge, nous montrerons que le rôle du directeur est essentiel dans sa manière de gérer le plan mais également dans l'anticipation des marges de manœuvre possibles en cas de dégradation de l'accompagnement des résidents (3).

Méthodologie

Tout d'abord, l'immersion pendant huit mois au sein d'un EHPAD autonome permet d'observer et d'analyser au quotidien les différents acteurs d'un établissement et principalement le directeur. Son rôle et sa gestion du plan de retour à l'équilibre m'ont ainsi permis d'obtenir des informations riches et constructives. C'est également à l'occasion de ce stage et en particulier à partir des groupes de travail organisés dans le cadre du projet d'établissement que j'ai pu voir et comprendre le point de vue des différents professionnels sur les dimensions de la qualité de vie des résidents (cf. annexe 1). Une recherche bibliographique sur ce même thème a été l'occasion de recentrer la notion de qualité sur le résident. De plus, un stage de deux mois, effectué au sein de la direction de la qualité du Centre Universitaire de Santé McGill à Montréal, m'a également permis d'observer l'approche anglosaxonne de la qualité et de voir comment cette notion est intégrée dans la gestion des mesures d'économies outre-Atlantique. La place de l'utilisateur au sein de leur système de soins et en particulier les enquêtes de satisfaction faites auprès des personnes âgées dépendantes m'ont également permis d'élargir ma compréhension de la qualité de vie des résidents.

Il me semblait également pertinent, lorsque l'on parle de qualité de vie des résidents dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre de connaître le point de vue des autorités de tarification qui sont à l'initiative du plan. C'est pourquoi j'ai mené un entretien semi-directif auprès de l'ARS pour connaître leur définition d'une bonne qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents dans un contexte de plan de retour à l'équilibre. J'ai également souhaité recueillir l'avis du conseil départemental et du président du conseil d'administration sur cette question. Le point de vue des deux autorités de tarification n'est cependant pas comparable. Au niveau du conseil départemental, c'est un médecin conseil qui m'a reçu pour parler de la qualité de vie des résidents, avec une approche médicale et soignante de la prise en charge des résidents. Au niveau de l'ARS, c'est le directeur territorial et ses collaborateurs qui m'ont reçu pour échanger plus globalement sur les plans de retour à l'équilibre d'un point de vue de gestionnaire (cf. annexe 1).

Enfin, pour analyser les différentes mesures d'un plan de retour à l'équilibre et son impact, j'ai effectué une recherche bibliographique sur les structures ayant mis en œuvre de telles mesures. J'ai également recueilli l'avis de deux directeurs à partir d'un questionnaire et effectué des recherches pour comparer les données de la structure avec des établissements similaires. Les éléments recueillis m'ont ainsi permis de prendre du recul sur les mesures à mettre en place.

1 Un établissement à l'architecture vieillissante et à l'organisation inadaptée impactant ses finances

L'EHPAD Latour du Pin est un établissement à l'architecture vétuste, qui n'est plus adapté à une population dépendante (1.1). Son organisation tarde à se moderniser (1.2) et des problèmes financiers récurrents risquent de mettre en difficulté son devenir (1.3).

1.1 Une architecture vieillissante et une population de plus en plus dépendante

Afin de mieux appréhender les difficultés financières de l'établissement, il est indispensable de bien connaître les caractéristiques architecturales de l'établissement ainsi que les personnes âgées accompagnées.

1.1.1 Caractéristiques historiques et architecturales

A) Historique et caractéristiques

L'EHPAD Latour du Pin est un établissement public autonome, situé dans la commune rurale de Saint André de Cubzac, en Gironde, à 30km de Bordeaux. L'EHPAD s'adresse à une population aux revenus modestes voire très modestes. Le taux de chômage de la commune s'élève à 12,5% soit au-dessous de la moyenne nationale. Cependant, le revenu net moyen déclaré s'établit en 2013 à 20 100 € avec seulement 54,4% des foyers fiscaux imposables.¹

Pour comprendre l'architecture et l'histoire de cet établissement, il est important de savoir que sa structure actuelle est le fruit de la succession de constructions. Tout d'abord, il est composé une structure ancienne, datant pour son plus vieux bâtiment de 1840. A cette époque, le Curé de Saint André de Cubzac, prit l'initiative de la création d'un « asile pour vieillards et infirmes ». Il avait acquis un immeuble où cinq lits avaient été mis à disposition d'un personnel infirmier congréganiste d'élite. Pendant quarante ans, il veilla sur cet « asile » qu'il légua par testament, ainsi qu'un titre de rente, à la municipalité de Saint André, en 1881. Le produit du legs fut affecté à la construction d'un « hôpital-cantonal ». A ce premier don vint s'ajouter différentes ressources pour l'aménagement de l'hôpital-hospice. Cet établissement fut alors inauguré le 17 avril 1904. Plusieurs extensions de capacité de lits, dont la réception d'un nouveau bâtiment de cinq étages, et de nombreux aménagements de modernisation ont porté la capacité de l'établissement à 194 lits, qui s'est transformé en « hôpital-hospice » en 1970. Par arrêté préfectoral du 29 décembre 1983, l'Hospice est transformé en Maison de retraite. En 1993, des travaux de rénovation

¹ Les chiffres sont issus de l'INSEE – données 2014

portent la capacité de la section de cure médicale de 91 à 121 lits, et la dénomination la plus exacte devient de ce fait celle de « Maison de retraite et de Cure médicale ». En 2002, l'établissement devient Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) avec la signature de la convention tripartite, entre l'Etat, le Conseil Général et l'Etablissement. En 2014, l'établissement s'est doté d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places qui permet d'accueillir certains résidents de l'EHPAD. Des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, sont alors proposées à ces derniers dans le but de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives et sensorielles, leurs liens sociaux. Enfin, à partir de septembre 2017, l'EHPAD ouvrira un accueil de jour d'une capacité initiale de six places qui sera portée à dix dans la nouvelle structure. Cette diversification de son activité répond à un véritable besoin du territoire.

B) Une architecture contraignante (cf. annexe 3)

L'établissement est constitué de trois générations de bâtiments :

- Le bâtiment ancien en pierres de taille, appelé « hospice », où se situe aujourd'hui la direction et le PASA,
- Les locaux mis en service en 1970 :
 - Un bâtiment principal de 110 lits sur cinq niveaux,
 - Une aile dite « ménages » de 44 lits sur deux niveaux,
 - Une aile abritant les locaux techniques et logistiques : cuisine, lingerie, atelier.
- La construction la plus récente qui date de 1993 :
 - Une aile de 55 lits sur 3 niveaux
 - Le hall d'accueil, la salle de détente, la salle d'animation, le salon coiffure, le pôle médical, les locaux administratifs, la salle de kinésithérapie et la salle à manger principale.

La structure comprend donc trois bâtiments sur cinq niveaux, desservis par quatre ascenseurs :

- Un bâtiment sur trois niveaux (bâtiment dit « Nouveau Bâtiment »),
- Un bâtiment sur cinq étages (Bâtiment dit « Central »),
- Un bâtiment sur deux étages (Bâtiment dit « Ménage »).

Les 152 chambres sont réparties sur les trois bâtiments. Il existe 57 chambres doubles. Les locaux collectifs comprennent dix salles de bains-douches, huit points repas (dont la salle à manger principale). Seul le bâtiment dit « nouveau bâtiment » possède des chambres simples avec leur propre salle de bain.

Le projet de reconstruction représente un enjeu majeur pour l'établissement parce qu'il permettrait d'une part d'offrir aux personnes accueillies un espace confortable, respectueux

de leur intimité et de leur bien-être, et d'autre part, d'offrir aux professionnels un établissement adapté, moderne et ergonomique, permettant d'améliorer significativement les conditions de travail. Les contraintes architecturales restent en effet un frein dans l'amélioration des prestations proposées aux résidents et dans leur accompagnement mais également dans la qualité de vie au travail des professionnels.

Le projet de reconstruction qui débutera à l'automne 2017 va durer jusqu'à l'automne 2021.

Il s'articule autour de trois phases :

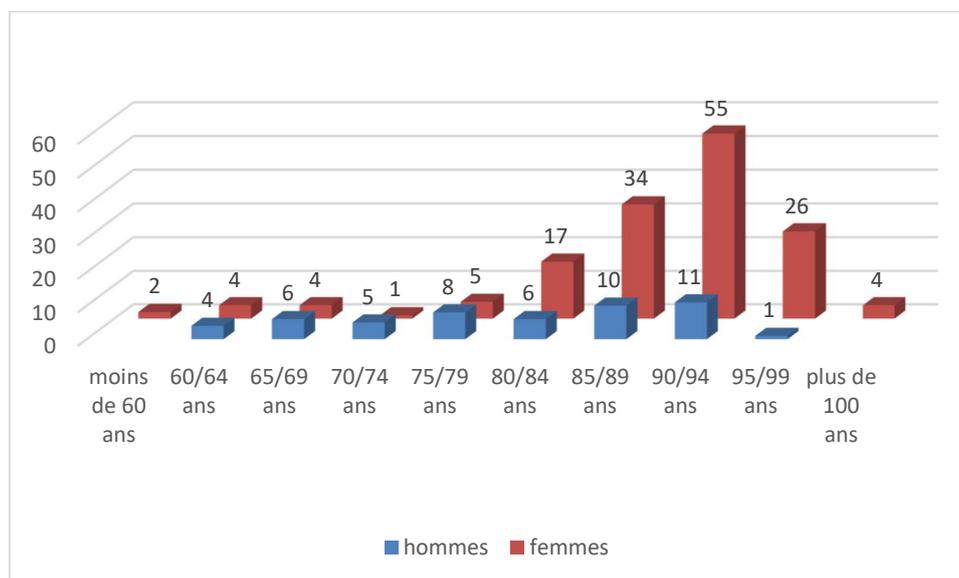
- Phase 1 : décembre 2017 à juin 2019 : Construction d'un bâtiment sur site pour 108 résidents
- Phase 2 : août 2019 à juillet 2020 : construction d'un bâtiment pour 44 résidents et rénovation du bâtiment dit « Nouveau Bâtiment » pour 45 résidents
- Phase 3 : septembre 2020 à septembre 2021 : destruction du bâtiment dit « central » et reconstruction d'un nouveau bâtiment pour 16 résidents

Le nouvel établissement possédera deux unités dites « protégées » de 14 places chacune.

1.1.2 La population accueillie : vieillissante et dépendante

A) Caractéristiques des résidents

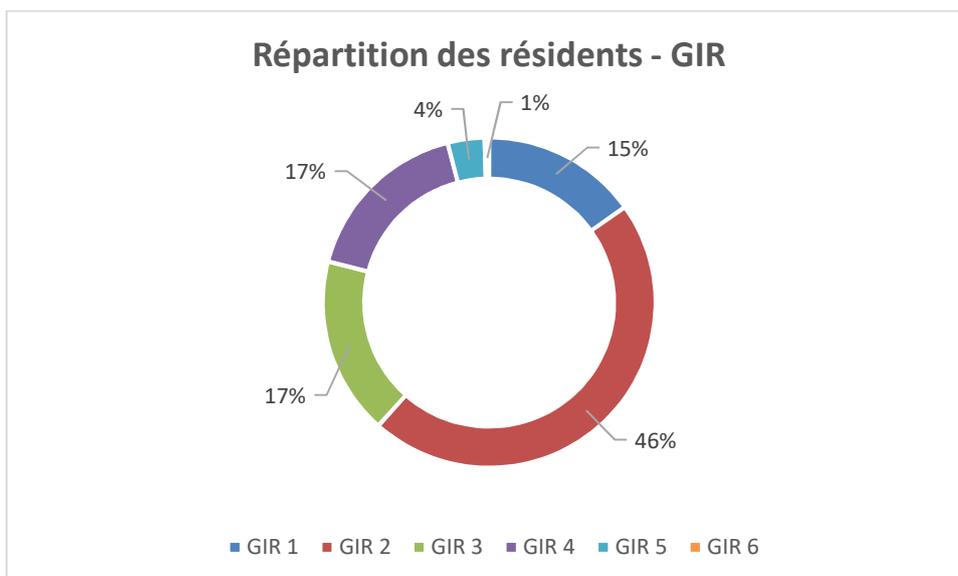
L'EHPAD Latour du Pin ne fait pas exception aux autres structures publiques. Il accueille 209 résidents de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants.



En ce sens, l'établissement accueille une majorité de femmes (152 résidentes), dont la moyenne d'âge est de 88,7 ans. Les hommes, au nombre de 51 résidents, sont âgés en moyenne de 80,8 ans.

Le niveau de dépendance de résidents est évalué en utilisant la grille « autonomie-gérontologie-groupe iso-ressource » ou grille AGGIR qui permet de positionner les résidents selon leur taux de dépendance (échelle de 1 à 6 de la dépendance la plus lourde à la plus légère). Plus de la moitié des résidents (138 résidents soit 61%) ont un GIR 1 ou

2. Ce taux était de 48% en 2013 et de 36% en 2008 ce qui illustre bien la dégradation du niveau de dépendance des personnes accueillies.



L'établissement ne possède pas d'unité dite « protégée » pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou assimilées en raison des contraintes architecturales ne permettant pas ce type d'aménagement. Cependant, les personnes âgées présentant des troubles cognitifs importants à sévères sont de plus en plus fréquents au sein de la structure. On en dénombre environ quarante. Une autre caractéristique, non spécifique à cette structure, est la présence de plus en plus importante du nombre de résidents présentant des troubles psychiatriques (une quinzaine de résidents actuellement), nécessitant donc un accompagnement spécifique, à ne pas confondre avec la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La prise en charge et l'accompagnement de tous ces résidents nécessitent des professionnels formés.

L'EHPAD Latour du Pin est habilité à l'aide sociale pour la totalité de ses chambres. Depuis plusieurs années, le nombre de résident bénéficiant de cet aide augmente, tout comme le nombre de refus d'aide sociale accordés par le département et le nombre de défaut de paiement. Actuellement, 67 résidents bénéficient de l'aide sociale.

B) Procédure d'admission et taux d'occupation

L'architecture de l'établissement restreint les possibilités d'entrée au sein de l'établissement notamment en raison du nombre de chambre double (57) et d'un bâtiment à étage non adapté aux personnes présentant des troubles cognitifs sévères ayant comme caractéristique la déambulation. Afin d'optimiser l'accueil des résidents, une commission d'admission composée d'une équipe pluridisciplinaire (la direction, le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé, les infirmières référentes, les psychologues, la responsable admission) étudie les demandes d'admission chaque semaine. Dans le cas d'une demande recevant un avis favorable de la commission, une visite de préadmission est organisée au sein de l'établissement ou à domicile pour les personnes ne pouvant se

déplacer. Les demandes recevant alors un avis favorable sont placées en liste des admissibles dans l'attente d'une chambre libre compatible. L'établissement étudie en moyenne 300 dossiers par an et sa liste d'attente comprend entre 20 et 30 dossiers. En moyenne, le renouvellement des résidents par an est d'une cinquantaine de personnes, soit un taux de 26%, très proche du taux moyen national qui est de 27%.

Le taux d'occupation varie selon les années entre 95% et 96%. Cette procédure d'admission lourde en raison des contraintes architecturales ne permet donc pas d'optimiser l'admission. Son taux d'occupation est ainsi inférieur à la demande du conseil départemental (98%).

1.2 Des organisations limitées par les contraintes architecturales

L'exposé des différentes organisations mises en place au sein de la structure permet alors de comprendre et de mieux appréhender comment l'établissement tente de pallier aux difficultés architecturales. (Annexe 4 : tableau des effectifs)

1.2.1 Des équipes soignantes et hôtelières tardant à s'adapter à la dernière réorganisation

A) Etat des effectifs Aides-Soignants, Agents de Services Hospitaliers, Infirmiers

En 2013, à l'arrivée d'un nouveau directeur, une réorganisation importante a été mise en œuvre impactant les équipes soignantes et hôtelières. L'établissement a ainsi été divisé en trois secteurs avec pour objectif de professionnaliser les agents, d'harmoniser les pratiques et de favoriser l'entraide entre les agents. Les aides-soignants ainsi que les agents de services hospitaliers ont été recentrés sur leur cœur de métier, afin d'assurer un meilleur accompagnement des résidents. En ce sens, une équipe dédiée à l'entretien et à l'hôtellerie a été créée. L'organisation de l'établissement est depuis, divisée en trois secteurs :

- Secteur vert (56 lits répartis sur trois étages et 19 aides-soignants)
- Secteur bleu (88 lits répartis sur quatre étages et 22 aides-soignants)
- Secteur orange (66 lits répartis sur trois étages et 20 aides-soignants)

Une équipe aide-soignante est dédiée à chaque secteur. La durée du travail est de 7h48, avec des horaires du matin (7h/14h), des horaires d'après-midi (12h/20h ou 13h/21h) ou des horaires de coupures (7h30/13h – 17h30/20h). L'équipe infirmière est également sectorisée mais chaque infirmier change de secteur tous les quatre mois dans le but d'avoir une vision globale de l'établissement. La présence d'une infirmière de nuit apparaît comme un point fort de la structure permettant des retours d'hospitalisation plus précoces notamment. Une infirmière référente est détachée des soins dans chaque secteur pour coordonner l'ensemble des équipes dans la prise en charge quotidienne des résidents. Un temps de transmission de 30 minutes est institutionnalisé dans chaque secteur au changement d'équipe entre l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi. Les transmissions

du matin sont faites au niveau de chaque secteur entre les aides-soignants et au niveau de l'établissement pour les infirmiers.

Lors de la sectorisation, deux équipes d'agents de services hospitaliers ont été constituées : une équipe dédiée à l'entretien des locaux et une autre équipe dédiée à l'hôtellerie. Ces équipes sont constituées en grande partie d'emplois aidés (16 contrats unique d'insertion ou contrats d'avenir sur 27 agents). Les ASH ne participent pas aux transmissions, car elles ont la « responsabilité des sonnettes » pendant cette période. Ils participent au projet d'accompagnement personnalisé une fois par mois dans chaque secteur.

En raison d'une organisation fortement impactée par l'architecture des bâtiments, une politique de remplacement systématique des absences soignantes a été mise en place. Pour cela, le remplacement en interne est privilégié, mais cela n'empêche pas un recours à l'intérim qui peut être important lors des périodes de carence de recrutement (comme en 2016 notamment). Les absences des ASH sont gérés uniquement en interne. En fonction de l'absence, ce sont les ASH du service et les aides-soignants des secteurs qui pallient aux absences de l'équipe hôtelière.

B) Une organisation contrainte par l'architecture

Avant la réorganisation de 2013, l'établissement, constitué de dix étages, était divisé en dix services, évoluant chacun indépendamment des autres. Un des objectifs organisationnels de la sectorisation en trois unités était de mettre en place des équipes plus importantes pour simplifier la gestion. Dix-huit mois de négociation ont été nécessaires pour aboutir à cette organisation. Les représentants du personnel parlent de cette période comme un moment « *d'après négociation qui a débouché le 3 mars 2015 par un « ok maintenant on démarre » de la part du directeur* ». Ces négociations n'ont pas été appréciées par le personnel qui les a vécus comme un passage en force de la direction. Pour l'équipe de direction, cette sectorisation a été difficile à mettre en place. En effet, la suppression d'acquis sociaux non réglementaires (28 RTT) a eu pour conséquence un changement du temps de travail important, difficile à faire accepter par les équipes (nombre de repos isolés plus important). De plus, l'architecture des bâtiments limitait les options possibles d'organisations. Le départ du directeur, six mois après la mise en place de la nouvelle organisation a complexifié la situation. Jusque-là, des bilans réguliers étaient réalisés dans le but d'ajuster l'organisation, mais aucun bilan n'a été fait depuis. La réorganisation a permis une amélioration de l'accompagnement. En ce sens, la nouvelle équipe dédiée à l'entretien des chambres et à l'hôtellerie a permis de gagner en qualité d'accompagnement et de prestations. Cependant, cette équipe est principalement composée d'emplois précaires, non pérennes, fragilisant ainsi cette organisation.

L'architecture des bâtiments ne favorise pas une organisation efficiente des ressources humaines. Les dix étages, avec un nombre de résidents non optimal par étage, nécessitent

quotidiennement la présence d'au minimum un agent. Les huit lieux de restauration impliquent un besoin conséquent de professionnels lors des repas. Enfin, la nécessité de déplacer les résidents, notamment pour les repas (un des bâtiments ne possède pas de salle à manger), nécessite un nombre de transferts importants assumés par les aides-soignants et agents de service hospitaliers.

Cette architecture, vétuste et non adaptée, a également un coût indirect sur les ressources humaines. En effet, les conditions de travail sont difficiles, ce qui a pour conséquence un épuisement professionnel prématuré et des risques d'accidents du travail plus importants. L'établissement a depuis quelques années, investi dans différents matériels pour limiter ces risques (beaucoup de chambres sont équipées de rails, verticalisateurs, draps de glisse...), ce qui a permis une chute du nombre d'accident du travail et une diminution de l'absentéisme.

1.2.2 Les autres équipes, entre compétences et contraintes

A) L'équipe médicale et paramédicale

L'EHPAD possède une équipe médicale et paramédicale importante. Un médecin coordonnateur, présent à 100%, assure une présence médicale tous les jours de la semaine. De plus, un second médecin coordonnateur est présent à 20% sur la télé-médecine. Cependant, un rapport de la cour des comptes de 2016 a mis en avant la rémunération excessive du médecin coordonnateur. En effet, il est rémunéré au 13^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers, soit la plus haute rémunération. L'établissement bénéficie de la compétence d'une cadre supérieur de santé, au sein de l'équipe de direction, et d'un cadre de santé de proximité qui gère les équipes infirmiers. Trois infirmières référentes (une par secteur), détachées sont en charge de l'encadrement des soins quotidiens. Les infirmiers bénéficient de la présence d'une secrétaire médicale à 100% ainsi que d'une préparatrice en pharmacie mise à disposition. La présence de ces deux professionnelles permet ainsi aux infirmières d'être plus présentes auprès des résidents. Cependant, une des conséquences négatives de la présence de ces professionnels se trouve dans un manque d'implication et de suivi des différents rendez-vous médicaux et résultats d'analyse de la part de certains infirmiers. La présence de deux psychologues, d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne ainsi que d'une art-thérapeute permet une prise en charge et un accompagnement de qualité dans un souci de personnalisation. Deux animatrices proposent des activités collectives quotidiennes appréciées par les résidents y participant.

Une volonté des directions précédentes d'apporter une meilleure qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents s'est traduit par la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire importante. L'ouverture d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) en 2014 a permis de pérenniser des postes d'ASG et de psychologue.

B) Les fonctions supports

L'établissement possède une blanchisserie interne, qui comprend la lingerie et la buanderie et qui est composée de sept agents. Le choix a été fait de n'externaliser que le linge plat dans le but de pouvoir maîtriser au mieux la qualité du linge du résident. Les tenues professionnelles et le linge grand et petit plat sont nettoyés par un prestataire de service. Tous les repas sont préparés en interne par l'équipe de cuisine qui est composé de six professionnels. Cette équipe prépare l'ensemble des plats que ce soit les plats normaux, les hachés ou les mixés. Une équipe technique conséquente, composée de six agents, permet de palier aux problèmes de maintenance des bâtiments en raison de leur vétusté. L'équipe administrative est composée d'une directrice et d'une directrice adjointe en charge des ressources humaines. Une responsable ressources humaines, une responsable des finances, une responsable hôtellerie et une responsable des admissions ainsi que deux agents administratifs, participent à la gestion et au suivi administratif de l'établissement. Le recrutement d'une responsable financière en 2016 était nécessaire en vue des travaux de reconstruction et du manque d'expertise financière au sein de l'établissement.

Une comparaison des effectifs des services supports avec un établissement de capacité d'accueil similaire a démontré que les effectifs sont plus importants au sein de l'EHPAD de Saint-André-de-Cubzac. Le « sureffectif » au niveau du service des ateliers s'explique notamment en raison des opérations de maintenance récurrentes. En ce qui concerne la blanchisserie, les effectifs sont également plus importants. Or l'externalisation d'une partie des prestations en 2013 a été une occasion manquée pour l'ancien directeur de ne pas remplacer un départ. En ce qui concerne la cuisine, les effectifs des deux établissements sont identiques. Cependant au sein de l'EHPAD Latour du pin, le responsable des cuisines est détaché du service en dehors des périodes de congés ce qui n'est pas le cas dans l'autre structure.

1.3 Des problèmes financiers structurels et récurrents

L'EHPAD connaît des problèmes financiers depuis plusieurs années qui se sont traduits par l'injonction de l'ARS de mettre en place un plan de retour à l'équilibre.

1.3.1 Des problèmes financiers récurrents

A) Contexte et caractéristiques budgétaires

Les caractéristiques budgétaires d'un établissement sont déterminées en fonction du niveau de dépendance des résidents calculé à partir du GMP et de la charge en soins qu'ils représentent à partir du PMP. Le positionnement des résidents sur la grille AGGIR permet d'établir un niveau de GIR moyen pondéré (GMP) en nombre de points, ce qui permet de mesurer le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. L'établissement a recalculé son GIR en 2016. Son GMP était de 630 en 2012

et il atteint 760 en 2016, supérieur à celui du département qui est de 736. L'état de santé des résidents est évalué au moyen de la classification « soins médicotéchniques importants » ou SMTI qui permet de déterminer le nombre de points du Pathos moyen pondéré (PMP) à partir duquel sera déterminé le niveau de prestation à fournir pour la prise en charge des soins médicaux. Son Pathos, également revu en 2016, a donné un Pathos moyen pondéré (PMP) de 253.

L'établissement est une structure habilitée à 100% à l'aide sociale. Son prix de journée est de 59,02€ en 2017 (sans le ticket modérateur). Ce prix, qui est le même qu'en 2016, avait été augmenté en 2014 et 2015 en anticipation du projet de reconstruction. A cette époque, le montant du prix de journée était le plus faible en comparaison des autres établissements publics du département. Il était de 54,16€ en 2013, 56,99€ en 2014 et 61,64€ en 2015 (avec le ticket modérateur). La revue du GIR en 2016 a permis de revaloriser la dotation dépendance de 2017 qui s'élève à 1 311 621€. L'établissement est en tarif partiel (c'est-à-dire qu'il ne prend pas en compte les activités libérales, certains examens de biologie et de radiologie et certains médicaments) sans pharmacie à usage interne (PUI). Sa dotation soins de 2017 est calculée avec la prise en compte du GMP et PMP antérieur. Elle s'élève à 3 137 408,51€ pour l'hébergement permanent, 65 044,82€ pour le PASA et 77 132,00€ de dotation exceptionnelle au titre de l'expérimentation de la télémédecine.

B) Des problèmes financiers structurels

La chambre régionale des comptes dans son rapport de 2016 met en évidence un certain nombre de dysfonctionnements comptables. Tout d'abord, la présentation des comptes administratifs de 2008 à 2012 (dates d'étude de la chambre régionale des comptes) ne permettait pas aux autorités de tarification et aux administrateurs d'avoir une information comptable et financière complète et donc fiable (pas d'état des dépenses du personnel, pas d'état des mouvements des immobilisations, des amortissements, des provisions, pas d'état des emprunts). Ensuite, le rattachement des charges et produits à l'exercice tout comme le rattachement des intérêts courus non échus n'étaient pas réalisés jusqu'en 2016, ce qui entraîne également une lecture erronée des comptes de ces exercices. Enfin, il est noté l'absence de gestion des stocks ce qui peut sembler surprenant pour un établissement de cette taille.

Le bilan financier des trois dernières années (cf. annexe 5) et les ratios financiers (cf. annexe 6) font apparaître un déséquilibre important voire inquiétant. Dans une première lecture, on remarque que le fonds de roulement net global (FRNG) positif permet de couvrir le besoin en fonds de roulement. Or dans une étude plus précise de ses deux composantes, on constate que le fonds de roulement d'investissement (FRI) est largement positif, ce qui apparaît normal à la veille d'une opération de travaux. On constate d'ailleurs un taux de vétusté des immobilisations non négligeable (presque 60%) avec un taux d'endettement

relativement faible. Mais dans le cas de l'établissement, le FRI permet surtout de compenser un fonds de roulement d'exploitation (FRE) très fortement négatif. A l'étude plus précise des emprunts en cours, la situation est plutôt favorable avec les dernières échéances prévues pour 2021. Le FRI est positif principalement en raison des aides attribuées, constituées d'une subvention d'investissement de l'ARS versée en 2013 d'un montant de 1 200 000€ et d'une subvention du conseil départemental de 400 000€ en 2015. Ces ressources permettent ainsi de dégager un FRI positif mais elles ne peuvent être mobilisées dans le cycle d'investissement. Le FRE est en effet fortement négatif. Celui-ci met en évidence des résultats déficitaires récurrents et donc des reports à nouveau déficitaires très importants (plus de deux millions en 2016). La capacité d'autofinancement (CAF), qui doit permettre le remboursement des emprunts, est en conséquence très faible surtout en 2015. Les résultats n'ont pu être excédentaires en 2016 que grâce aux subventions-CNR exceptionnelles de 800 000€ allouées sur l'exercice 2016. Le déséquilibre du besoin en fond de roulement (BFR) de 2016 se justifie en partie en raison du non rattachement des charges à l'exercice jusqu'en 2015 ce qui explique des délais de rotations de dettes d'exploitations anormalement faibles voir négatifs et une absence là aussi anormale de dettes sociales et fiscale. La remise en conformité des règles de rattachement en 2016 ainsi que les difficultés à payer les fournisseurs (vacance du poste) explique le constat d'un excédent de financement d'exploitation. La trésorerie faible a toujours été une difficulté de l'EHPAD. On voit son niveau fortement chuter en 2015, et cela se traduit par l'ouverture d'une ligne de trésorerie. La trésorerie est importante en 2016 seulement en raison de l'excédent de financement d'exploitation (EXE) et de la ligne de trésorerie.

En résumé, un haut de bilan (FRI) solide mais entièrement absorbé par un cycle d'exploitation gravement déficitaire et des principes comptables non appliqués ont pu masquer la réelle dégradation de la situation financière qui explique la nécessité d'un plan de retour à l'équilibre.

1.3.2 Un plan de retour à l'équilibre inévitable

A) L'injonction des autorités de tarification : le plan de retour à l'équilibre

Comme évoqué précédemment, la chambre régionale des comptes a mis en évidence les difficultés que les autorités de tarification pouvaient avoir à connaître les informations comptables et financières en raison d'une présentation non conforme des comptes administratifs et ceci jusqu'en 2013. Or au regard des exercices depuis cette date, l'ARS n'a pu que constater des déficits récurrents, et des dépenses inflationnistes notamment relatives aux charges de personnel. En vertu de l'article L313-14-1 du code de l'action sociale et des familles, le directeur de l'ARS peut demander à un établissement médico-social de présenter un plan de retour à l'équilibre destiné à remédier au déséquilibre

financier s'il « *estime que la situation budgétaire de l'établissement l'exige (déficits structurels)* ». C'est pourquoi, un plan de redressement a été demandé à la direction. Celui-ci « *vise à atteindre un équilibre budgétaire et financier structurel par la maîtrise des charges* ». Malgré les caractéristiques financières qui ne font pas de doute sur la nécessité de mettre en œuvre un plan de retour à l'équilibre, les professionnels ont été particulièrement surpris par l'annonce de cette mesure. En effet, ils étaient dans la dynamique de la précédente restructuration et du projet de reconstruction de l'établissement. Les représentants du personnel n'hésitent pas à évoquer leur étonnement à l'annonce de ce plan et leur incompréhension, « *déjà, le plan de retour à l'équilibre nous est tombé dessus comme ça, du jour au lendemain. On savait qu'on avait une situation catastrophique mais on n'a jamais su à quel point* ».

Contrairement à d'autres structures, aucune mesure précise n'a été demandée à la direction de l'établissement. En ce sens, lors de l'entretien, les représentants de l'ARS estiment qu'un plan de retour à l'équilibre est un « *outil de gestion au service de l'établissement, pour permettre à celui-ci de se réinterroger sur les pratiques de l'établissement notamment* ». L'objectif est de permettre pour le directeur d'avoir un outil sur lequel s'appuyer pour ainsi mener les actions nécessaires à une remise à plat des pratiques non réglementaires notamment. « *Ça doit être un outil de management des nouveaux directeurs [...]. Le plan de retour à l'équilibre doit être un outil qui devrait être à la disposition des chefs d'établissement pour réinterroger, pas systématiquement, mais ne pas hésiter à se poser les bonnes questions* ».

En ce sens, un des directeurs interrogés a précisé que le plan de retour à l'équilibre mis en place dans son établissement ne venait pas d'une injonction de l'ARS. En effet, « *le plan de retour à l'équilibre a été proposé par l'établissement afin de mieux s'adapter à lui, en tenant compte sur les six ans, des contraintes ou opportunités pour mettre en place certaines mesures et éviter un abatement mécanique* ».

B) Le projet de reconstruction : une nécessité et/ou un risque

Comme évoqué précédemment, l'établissement se trouve dans des locaux vétustes, inadaptés à une prise en charge de qualité et dont un projet de reconstruction paraît indispensable. L'EHPAD a déjà vécu deux projets de construction/reconstruction depuis 20 ans qui n'ont pas abouti, « *nous, soignants et professionnels, on attend un projet de reconstruction depuis 1998* ». Les professionnels sont particulièrement marqués par ce point et évoquent régulièrement que le troisième projet n'aboutira pas. Ce projet « *nous tient à cœur, les projets sont tombés à l'eau les uns après les autres, on a beaucoup travaillé dessus, le personnel s'est beaucoup investi pour que tout s'arrête parce qu'on n'a pas de sous* ». La situation financière de l'établissement permet en effet de s'interroger sur la possibilité d'investir dans un projet de cette ampleur. On peut en ce sens s'interroger sur

le risque que représente ce projet sur la viabilité financière de la structure, en l'état actuel des déséquilibres budgétaires. En effet, la capacité d'autofinancement est trop faible et un recours à l'emprunt à hauteur de 98% du coût du projet questionne de même que la possibilité pour une banque d'accepter de prêter de tel montant dans ces conditions. De plus, ce projet nécessitera une nouvelle hausse du prix de journée, qui pèsera sur les résidents et leurs familles ainsi que sur le conseil départemental pour ce qui concerne les admis à l'aide sociale. La question de la soutenabilité se pose dans un contexte de stagnation des pensions et de rareté de la ressource budgétaire. Or ce projet devrait permettre de concrétiser des économies notamment en raison d'une architecture « mangeuse » de personnels et accidentogène. Tout le paradoxe de l'opportunité de ce projet se trouve dans le fait que celui-ci semble indispensable pour la modernisation nécessaire de la structure alors qu'en même temps le risque financier qu'il semble représenter questionne la capacité de la structure à mener un tel projet.

L'EHPAD Latour du Pin est donc un établissement possédant une architecture vieillissante impactant directement l'organisation des différents services et présentant de gros problèmes financiers. La prise en charge et l'accompagnement des résidents de plus en plus dépendants semblent, dans ces conditions, de plus en plus difficiles. Le plan de retour à l'équilibre, inévitable, apparaît comme un moyen de se repenser la gestion et les pratiques de l'établissement et ainsi apporter des réponses aux différents problèmes.

2 Un plan de retour à l'équilibre qui oblige à s'interroger sur la prise en charge et l'accompagnement des résidents

Une fois le diagnostic financier établi, il est nécessaire de mettre en évidence les grands axes sur lesquels l'établissement devra travailler (2.2) afin de pouvoir identifier au mieux les leviers dont il dispose (2.3). Cependant, pour pouvoir apprécier objectivement l'impact d'un plan de retour à l'équilibre sur la prise en charge des résidents, il est nécessaire de définir en amont ce qui constitue un accompagnement de qualité (2.1).

2.1 Le maintien de la qualité de vie pour les résidents

La qualité de vie des résidents est une notion subjective qu'il est nécessaire de définir pour ainsi pouvoir identifier les indicateurs de suivi des actions mises en œuvre dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre.

2.1.1 Les différentes dimensions de la qualité de vie pour les résidents

A) Le résident au cœur de la qualité de vie

Comme on peut le lire dans les recommandations des bonnes pratiques de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) « *un EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, quelles que soient ses difficultés* »². **Une prise en charge de qualité** ne suffit pas à définir une bonne qualité de vie des résidents. En effet, le recours à des soins de longues durées n'est pas lié directement aux maladies, mais plutôt aux conséquences de la maladie en terme d'handicap et d'incapacité. En ce sens, **la qualité de l'accompagnement** est aussi importante et a pour objectif d'assurer la meilleure qualité de vie aux résidents. Or il existe une véritable difficulté à définir une bonne qualité de vie car c'est une notion subjective qui dépend nécessairement de chacun.

Ce qui ressort des questionnaires reçus des directeurs en termes de définition d'une bonne qualité de vie, c'est **l'individualisation de la prise en charge**. « *La qualité de vie des résidents se caractérise par une prise en charge adaptée au plus près du besoin de chaque résident. Pour certains résidents, la qualité de vie sera le calme, la tranquillité. Pour d'autres, ce sera de participer à beaucoup d'animations. Il est donc important pour l'institution de s'approcher au plus près du besoin de chacun. D'où l'importance d'une prise en charge individualisée (avec des projets de vie individualisés, une connaissance de chaque résident...)* ». « *La qualité de vie des résidents passe selon moi par le fait que les*

² Recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, Volet 2 sur l'Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, juin 2011

résidents sont acteurs mais aussi par le respect de leurs habitudes, le respect de leurs choix de vie, de leurs capacités, de leurs droits. C'est essayer de faire d'un lieu qui se veut collectif et de soins, un lieu proche du domicile en valorisant la vie sociale, la restauration traditionnelle. »

Pour le médecin gériatre du conseil départemental interrogé, ce sont les projets d'accompagnement personnalisé (PAP) qui sont les plus importants pour la qualité de vie des résidents. Leurs mises en œuvre et leurs suivis (s'assurer que chaque professionnel met bien en place le PAP) garantissent une prise en charge et un accompagnement de qualité. Le postulat de cet outil passe par la formation des professionnels. Il est indispensable que l'ensemble des professionnels soit formé afin d'assurer le meilleur accompagnement. Ce point de vue est partagé par un directeur : *« La qualité de vie des résidents dépend également de l'ambiance de l'établissement, d'un climat serein, d'attitudes professionnelles respectueuses vis-à-vis des usagers mais aussi au sein de l'équipe de soignants. L'équipe doit être formée et doit connaître et appliquer au quotidien dans ses pratiques les règles de la Charte des droits de la personne âgée (intimité, vie privée...) mais aussi les règles déontologiques et professionnelles (protocoles, obligations professionnelles telles que la discrétion, la réserve...) »*. Pour les professionnels de l'établissement, j'ai pu constater que le temps accordé aux résidents et le fait de les considérer comme des personnes à part entière apparaissent comme les éléments clés de la qualité de vie des résidents. Ils déplorent cependant le manque de temps dans leur activité quotidienne. Ce point de vue est partagé par les résidents et leur famille pour qui l'aspect le plus important dans la qualité de vie des résidents concerne la relation entretenue avec les professionnels. *« J'aurais des choses à dire à l'infirmière ou même à l'aide-soignante, mais quand vous voyez ma cadence de parole, elle est partie avant que j'ai fini ma phase »*.³ De plus, les résidents souhaiteraient être mieux associés en tant que personne *« [...] On ne m'a rien expliqué et pourquoi on ne me demande pas à moi si j'en ai besoin ? On m'a donné 5 ou 6 médicaments en même temps et je ne savais pas pourquoi je les prenais, là on m'a donné un antibiotique, puis on me l'a arrêté sans rien me dire »*⁴. Il est ressorti d'une étude sur la satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins que *« des gestes de considération peuvent énormément améliorer la qualité de relation avec les professionnels et donc leur expérience de prise en charge ainsi que celle de leurs aidants »*⁵.

³ GUILLAUME Stéphanie, OR Zeynep, La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative explorative, IRDS, Question d'économie de la santé, n°214, janvier 2016

⁴ Ibidem

⁵ Ibidem

Aux vues de ces différents échanges, ce qui importe réellement, c'est le point de vue du résident car c'est pour lui que la meilleure prise en charge et le meilleur accompagnement doivent être mis en œuvre. C'est pourquoi pour identifier les différentes dimensions clés d'une qualité de vie, je partirai du **point de vue des résidents** à partir d'enquêtes menées auprès d'eux⁶.

B) Les différentes dimensions de la qualité de vie

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes n'est pas n'importe quel type de structure. C'est un lieu de vie pour les résidents. La qualité de la prise en charge est indispensable mais elle ne constitue pas l'ensemble des éléments à prendre en compte. La qualité de l'accompagnement est aussi essentielle, tout comme la satisfaction des résidents.

La qualité des soins est un aspect clé de la qualité de vie chez les personnes âgées résidants en EHPAD. Elle est en ce sens, la plus documentée et la plus enquêtée. Les dimensions de la qualité des soins les plus interrogées et ressortant comme des éléments essentiels pour une bonne qualité de vie concernent la prévention des risques. La prévention de escarres, la prévention des chutes, la iatrogénie médicamenteuse (et en particulier le bon usage des psychotropes), la malnutrition et la perte de poids ainsi que la dépression des personnes âgées sont les domaines les plus suivis et qui reflète au mieux les attentes en termes de qualité de la part des personnes prises en charge. Il existe d'autres aspects de la prise en charge qui sont perçus par les résidents comme étant importants pour la qualité de vie à savoir le niveau de mobilité ou ce qui est mis en place pour permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester autonome. La douleur et l'incontinence sont également deux éléments importants à prendre en compte pour les personnes âgées car elles sont synonyme d'une dégradation de la qualité de vie si elles ne sont pas bien accompagnées. Ces différentes dimensions de la qualité des soins sont ainsi perçues comme essentielles pour les résidents interrogés.

Cependant, « *une meilleure qualité de vie n'implique pas nécessairement une atténuation de la maladie* »⁷. Une personne qui entre en EHPAD n'y vient pas pour guérir comme une personne qui entre en hôpital. Les seuls critères de qualité qui seraient basés sur la qualité de soins ne seraient donc pas pertinents. C'est pourquoi **l'accompagnement des résidents** qui est au centre de la prise en charge depuis la loi 2002-2⁸ semble l'élément central d'une qualité de vie des résidents. Par accompagnement, il faut comprendre la personnalisation de cet accompagnement en considérant le résident en tant que personne.

⁶ Revue de littérature sur la qualité de vie en EHPAD : une synthèse de la littérature scientifique et un rapport sur des recommandations nationales, janvier 2010

⁷ Ibidem

⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

« Est-elle considérée comme une personne à part entière avec sa capacité à être actrice de sa vie et donc traitée comme telle dans le protocole de soins ? Est-elle une personne ou un patient, car si le centre de soins peut-être à même de répondre aux besoins d'un patient, il n'est pas forcément conçu pour répondre aux besoins plus large d'une personne »⁹. La mise en place des PAP apporte une réponse à ses interrogations. « Le simple fait de considérer le résident comme une personne à part entière à travers les actes quotidiens de la vie semble indispensable. Or on sait que le personnel a un rôle crucial pour assurer ce point »¹⁰. La qualité de vie des résidents va dépendre de l'adéquation entre les besoins ressentis par les résidents et les réponses proposées à ces besoins. Tout l'enjeu des PAP tient alors dans la recherche de cette adéquation et dans sa mise en œuvre. « Un des facteurs de réduction de l'écart entre besoins et réponses et donc un des facteurs d'amélioration de la qualité de vie, est la coordination du soin. L'important est de bien évaluer les besoins tant physiques que psychosociaux des résidents »¹¹. En ce sens, le rôle des professionnels est central. Leur formation est un élément clé pour permettre la mise en œuvre effective des PAP mais surtout, en amont, leur permettre de bien comprendre l'importance de cette démarche. En effet, il faut veiller à ce que les soignants ne soient pas uniquement des « faiseurs de soins », mais qu'ils soient également des acteurs de l'accompagnement quotidien des résidents. C'est l'ensemble des professionnels de l'établissement qui doit participer à cet accompagnement. Chaque personne qui intervient au sein de la structure ne doit jamais perdre de vue l'idée qu'il travaille pour le résident et chez le résident. En effet, le lieu de vie des résidents est également de lieu de travail des professionnels.

Des études ont également montré que **la qualité de vie au travail des professionnels** est liée à la qualité de vie des résidents. Il semble alors important de veiller à cette qualité de vie au travail pour l'ensemble des professionnels. Cet aspect ne doit pas être négligé dans la recherche d'une meilleure qualité de vie des résidents. Le relationnel ressort comme un élément important pour les résidents. Or il est constaté que des professionnels ayant des difficultés, auraient tendance à plus se recentrer sur l'acte de soins et à négliger la dimension relationnelle de leur métier qui est pourtant indispensable à la qualité de vie des résidents.

⁹ Revue de littérature sur la qualité de vie en EHPAD : une synthèse de la littérature scientifique et un rapport sur des recommandations nationales, janvier 2010

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

2.1.2 La mesure de la qualité de vie : les indicateurs de suivi d'un plan de retour à l'équilibre

A) Les indicateurs de suivi de la qualité de vie

L'identification des dimensions clés de la qualité de vie des résidents avait pour objectif de cibler ce qui est essentiel pour le résident. Une fois ces éléments identifiés, il convient de déterminer les indicateurs pertinents en vue de suivre la qualité de vie dans le cadre de la mise en place des mesures du plan de retour à l'équilibre.

La construction des indicateurs adéquats est très importante. Une fois que l'on a déterminé ce que l'on doit faire pour s'assurer du maintien de la qualité de vie des résidents, il est primordial de bien déterminer comment le suivre. Ce sont les indicateurs préalablement identifiés qui nous permettront d'avoir la meilleure mesure. Différents critères doivent être suivis si l'on souhaite que les indicateurs soient utiles et utilisés. Tout d'abord, ils doivent être simples à mettre en œuvre. Il ne faut pas construire des « usines à gaz ». Les indicateurs doivent pouvoir être sollicités régulièrement de manière à faciliter leur suivi. La précision de l'indicateur par rapport à ce que l'on souhaite démontrer doit également être indispensable. Par exemple, le taux d'absentéisme d'un établissement au niveau global peut être acceptable si l'absentéisme des aides-soignants est compensé par le présentéisme des autres professionnels. Or si la mesure mise en œuvre dans le cadre du plan de retour à l'équilibre impacte uniquement les soignants, l'indicateur ne sera pas pertinent. Enfin, comme toute mesure, ce qu'il est important de rechercher en amont c'est le point de comparaison de l'indicateur. Un indicateur permet d'avoir une donnée. Comme tout chiffre, il est possible de lui faire dire tout et son contraire. Par exemple, si le nombre de fiches d'évènement indésirable augmente, ce n'est pas nécessairement car le nombre de dysfonctionnements augmente. En effet, si la communication sur l'utilisation de ces fiches a été faite de façon plus ciblée, l'augmentation du nombre de fiches peut être la conséquence de cette communication plus que du nombre de dysfonctionnements. En ce sens, la mesure est pertinente si elle est pensée jusqu'à son moyen de comparaison, que ce soit une comparaison dans le temps (ex : par rapport à l'année précédente), une comparaison avec un objectif précis à atteindre (ex : objectif de zéro escarre) ou encore une comparaison avec d'autres structures similaires ou moyennes régionales. Un résultat peut sembler s'améliorer en comparaison aux mois précédents mais s'il reste très négatif par rapport à des structures similaires, il reste mauvais. Dans le cadre d'indicateurs de suivi des mesures mises en place pour un plan de retour à l'équilibre, la comparaison la plus pertinente est la comparaison de l'établissement avec lui-même avant/ après. Toutefois, comme le plan de retour à l'équilibre est également un moyen de réinterroger les pratiques

professionnelles, il serait pertinent d'avoir, en plus de la comparaison dans le temps, une comparaison avec d'autres établissements similaires ou avec un objectif ciblé à atteindre.

Les différentes dimensions de la qualité de vie identifiées comme primordiales permettent alors de **rechercher les indicateurs pertinents**. Il est tout d'abord indispensable de suivre **des indicateurs de la prise en charge**. On peut noter en ce sens, les indicateurs comme le nombre de chutes, le nombre d'escarres, le nombre d'hospitalisations. Pour ces indicateurs, il est important d'identifier un objectif précis en fonction des caractéristiques de l'établissement et également de garder une comparaison dans le temps avant/après. Il semble également pertinent de construire **des indicateurs à partir des fiches d'évènements indésirables** que ce soit simplement d'un point de vue numéraire, mais également en lien avec les actions mises en œuvre dans le cadre du plan de retour à l'équilibre. Par exemple si dans la réorganisation, une partie de la distribution des médicaments est dispensée par les aides-soignantes, il faudra être vigilant sur les fiches d'évènements indésirables en lien avec le circuit du médicament. Ensuite, **l'utilisation des indicateurs institutionnels obligatoires**, comme les indicateurs des tableaux de bord de l'ANAP semble intéressant. La mise en place de ces tableaux de bord a notamment pour but d'aider au pilotage interne des structures et également de permettre aux structures de se comparer. Comme ces indicateurs doivent obligatoirement être renseignés, il serait alors intéressant d'identifier précisément les indicateurs pertinents aux vues des mesures du plan de retour à l'équilibre. Enfin **les indicateurs sur la qualité de vie au travail (QVT)** semblent indispensables à suivre aux vues du lien qu'il existe entre qualité de vie des professionnels et qualité de vie des résidents. Les données les plus pertinentes à suivre seraient notamment le taux d'absentéisme et le taux d'accidents du travail (ciblé en fonction des professionnels et des mesures prises), mais également un suivi précis des formations proposées et mise en œuvre en lien direct avec l'objectif du plan de retour à l'équilibre.

B) La mesure de la satisfaction des résidents

Comme indiqué précédemment, je me place du point de vue du résident pour connaître et identifier les différentes dimensions de la qualité de vie. Construire des indicateurs à partir des enquêtes de satisfaction semble en ce sens pertinent. En effet, **les enquêtes de satisfaction** visent à connaître le degré de satisfaction des résidents par rapport aux soins reçus ainsi qu'à l'accompagnement mis en place dans leur établissement. Au plan international, plusieurs études ont documenté la fragilité méthodologique des outils de sondage à l'origine des surestimations des taux de satisfaction (Williams, 1994 ; Wallace et coll, 2010). Une revue de 195 études (Sitzia, 1999) sur la satisfaction a montré que les questionnaires de satisfaction manquaient de fiabilité et de validité, rendant les résultats de sondage peu utiles à l'amélioration de la qualité. En général, 90% des patients sont

satisfaits des soins (OCDE, 2002), alors que d'importantes lacunes subsistent dans la prise en charge. Ces constats ont conduit au développement d'une nouvelle approche de sondages des patients, nommée « expérience patient », qui est plus axée sur la mesure des faits que l'estimation des taux de satisfaction. Au Canada et dans d'autres pays, ces enquêtes cherchant à évaluer le niveau de satisfaction ont évolué vers **une évaluation de l'expérience du patient**. En effet, un sentiment de satisfaction à l'égard d'un service n'implique pas un service de qualité mais plutôt qu'un niveau suffisant ou acceptable de réponse à ce service a été obtenu. Dans le contexte des soins, il peut être difficile pour les patients de critiquer ce niveau de service. En le faisant, ils critiquent les soignants et les soins dont ils sont dépendants. Différentes études révèlent ainsi qu'une réponse « *d'insatisfaction par rapport aux soins* » ne survient que lorsque le patient a vécu une expérience de soins qu'il perçoit et interprète comme une négligence ou une faute grave. Enfin, la satisfaction reflète le degré de concordance entre l'expérience vécue par un patient dans une situation donnée et ses attentes vis-à-vis de cette situation. La satisfaction est une notion dépendante des individus et sa mesure est relative : une expérience peut être jugée satisfaisante par une personne car elle répond adéquatement à ses attentes, tout en étant insatisfaisante pour une autre. Ainsi quand la satisfaction est mesurée, les individus évaluent plus leurs perceptions des soins reçus à partir de leurs propres valeurs et besoins, que la qualité des soins reçus de manière neutre.

Ces constats ont conduit au développement d'enquêtes fondées sur des critères issus des expériences des patients, en complément ou indépendamment d'enquêtes de satisfaction. Contrairement aux enquêtes de satisfaction classiques qui recueillent les jugements, les enquêtes utilisant l'approche « expérience patient » tentent de cerner les aspects factuels de la réactivité des soins et de l'accompagnement. Les enquêtes de l'expérience patient emploient le plus souvent des questions de constat ou des questions de fréquence avec une échelle. Par exemple elles utilisent la question « Les médecins ont-ils parlé devant vous comme si vous n'étiez pas là ? » au lieu de demander si les résidents sont satisfaits ou non de la relation médecin-malade. Une autre approche consiste à interroger les patients sur une prestation de soin, en leur demandant par exemple « Combien de temps avez-vous attendu dans la salle d'attente ? ». Enfin, une méthode couramment utilisée consiste à demander utilisateurs quant à leurs intentions de recommander ou de revenir dans le service. De nombreux sondages adaptés aux personnes âgées dépendantes reprennent ces différents types de question au sein d'un même questionnaire¹². Cette approche d'expérience patient correspond ainsi à ce que l'on cherche à apprécier de la part du résident à travers l'évaluation des aspects objectifs de leur prise en charge et de leur accompagnement.

¹² Les questionnaires InterRail® sur l'expérience des résidents sont déployé au sein des structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes au Québec et en Colombie Britannique.

2.2 Une gestion financière et budgétaire rigoureuse indispensable dans un avenir incertain

Le diagnostic financier et budgétaire effectué précédemment a mis en évidence des points faibles en exploitation et en investissement qui amènent nécessairement une recherche de diminution des charges et d'augmentation des produits.

2.2.1 Une gestion rigoureuse des dépenses d'exploitation

A) La commande publique

L'analyse financière a mis en évidence un fonds de roulement d'exploitation négatif du fait de résultats fortement déficitaires.

Charges	2014	2015	2016	2017 (prévisions)
GROUPE 1	1 205 204 €	1 289 876 €	1 453 165 €	1 068 772 €
GROUPE 3	1 417 509 €	1 545 408 €	1 337 096 €	896 165 €

Une analyse plus détaillée des comptes administratifs des années précédentes fait apparaître **des dépenses du groupe 1** (charges d'exploitation courante) importantes par rapport à d'autres structures similaires et en augmentation chaque année. En effet certaines dépenses comme l'énergie, la gestion des déchets, ont des coûts très supérieurs à la moyenne régionale. L'eau / électricité / chauffage représente 26 % des dépenses en 2015. La chambre régionale des comptes, dans son rapport de 2016, a mis en évidence le non-respect des procédures de la commande publique concernant notamment les dépenses alimentaires. En effet, les mises en concurrence obligatoires ainsi que les publications n'étaient pas effectuées pour la plupart des prestations. La mise en conformité des différents marchés prévue pour 2017 permettra ainsi de revenir dans des coûts moyens plus supportables. La mise en concurrence sera l'occasion de renégocier les différents marchés pour ainsi chercher à tirer les prix vers le bas, mais sans pour autant perdre en qualité. Les prestations telles que celles liées à l'alimentation dont la qualité doit être recherchée, sont des éléments importants pour les résidents.

Les dépenses du groupe 3, notamment celles concernant l'entretien et la maintenance, restent également importantes en raison de la vétusté des installations et des locaux. Les contrats vont être revus dans le cadre de la procédure de la commande publique. Cependant, comparativement avec des établissements similaires, l'impact risque d'être limité. L'analyse financière a également mis en évidence une absence de gestion de stocks. En effet, aucune gestion formalisée n'est mise en place actuellement au sein de la structure, bien qu'il y ait la présence d'un magasin central et d'un magasinier. Le risque est alors

d'avoir un stock dormant et par conséquent de fausser les résultats annuels. En effet, aux vues des stocks présents dans le magasin central ainsi que des réserves dans les différents services, le « sur stockage » est bien réel. Or cette présence de stocks dormants impacte directement la trésorerie qui est déjà de faible niveau. La mise en place d'une véritable gestion des stocks dans un établissement de cette taille est un axe sur lequel l'établissement doit travailler. Enfin, l'analyse financière ainsi que l'étude de terrain met en évidence des délais de paiement fournisseurs trop longs et aléatoires. Ce retard constaté est dû au délai de mandatement qui s'explique notamment en raison de l'absence d'un professionnel sur ce poste. Or le délai de paiement représente un risque juridique dans la mesure où l'établissement est susceptible de devoir supporter des intérêts moratoires qui, à défaut, pourraient être exigés du fournisseur réglé tardivement. Une gestion et un paiement plus rigoureux des mandats doit alors être réalisé, et est aussi un levier d'action dans le cadre des négociations tarifaires avec les fournisseurs.

B) Les ressources humaines

En ce qui concerne **les dépenses du groupe 2** (charges afférentes au personnel), elles ne cessent d'augmenter.

Charges	2014	2015	2016	2017 (prévisions)
GROUPE 2	7 156 689 €	7 645 161 €	7 846 517 €	6 964 379 €

La dernière réorganisation a eu comme point positif une meilleure prise en charge des résidents et un meilleur accompagnement. Or le nombre d'équivalents temps plein (ETP) a fortement augmenté. Il passe de 118,7 ETP en 2008 à 150,3 ETP en 2014 puis à 187,8 ETP en 2017. L'augmentation entre 2008 et 2014 est le résultat de la réorganisation et des 14 contrats aidés non compris dans la convention tripartite. Les chiffres d'effectifs de 2017 s'expliquent notamment en raison des 20 agents absents de manière permanente et d'un absentéisme de courte durée récurrent. A ces coûts de personnel supplémentaires, il faut rajouter le coût de l'intérim qui en 2016 s'élève à presque 300 000€. La direction a une politique de remplacement systématique des congés maladies car elle estime que faire peser sur les agents présents les difficultés liées aux absences revient à aggraver l'absentéisme, mais cela représente un surcoût insupportable. Les prévisions de 2017 sont calculées en fonction des dotations versées. Cet objectif sera difficilement réalisable aux vues des résultats de 2016 et de l'augmentation chaque année des dépenses de ce groupe. Les dépenses de personnel semblent ainsi excessives par rapport à la dotation et aux établissements similaires. L'architecture de l'établissement décrite précédemment explique en partie un besoin en personnel plus important que ce que les ratios préconiseraient. Cependant, l'augmentation régulière et importante de ces charges met également en avant

des difficultés de gestion et de suivi de la masse salariale. Une gestion plus rigoureuse entreprise depuis 2017 devra permettre de stabiliser ces dépenses. Il est nécessaire de diminuer ses dépenses notamment grâce à une politique de gestion plus stricte de l'absentéisme soignant grâce à une optimisation du nombre de professionnels affectés aux fonctions support.

2.2.2 Les projets à venir : entre opportunité et risque

A) L'opportunité de la réforme tarifaire

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et ses décrets d'application prévoient la mise en place **d'un financement automatique des prestations** relatives au soin et à la dépendance. En effet, « *le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents (GMP) et de leurs besoins en soins requis (PMP). Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.* »¹³. Avec ces nouvelles règles de calcul, l'établissement va entrer dans une phase de convergence. Celle-ci a pour but de réduire l'écart entre les produits de la tarification reconductible et le résultat de l'équation tarifaire qui est la cible à atteindre. En ce qui concerne l'établissement Latour du Pin, il entre en convergence à la hausse aussi bien pour la dotation dépendance que pour la dotation soins. En ce qui concerne la dotation soins, l'écart constaté est de 136 046,62€. En ce qui concerne la dotation dépendance, l'écart est de 121 557,25€. Conformément aux textes, la résorption de cet écart est prévue jusqu'en 2023. Cette nouvelle méthode de calcul joue en faveur de la structure. Cependant l'augmentation des produits qu'elle engendre ne suffira pas à couvrir les besoins de l'établissement.

Produits G1	2014	2015	2016	2017 (prévisions)
Hébergement	3 815 791 €	3 915 877 €	4 282 314 €	4 070 020 €
Dépendance	1 199 041 €	1 205 037 €	1 254 882 €	1 311 621 €
Soins	3 466 706 €	3 838 017 €	4 058 170 €	3 202 453 €

Les produits de la section soins des années précédentes ont bénéficié de CNR exceptionnels qui ont ainsi permis de gonfler les chiffres de la dotation, non pris en compte dans le prévisionnel de 2017. Or avec la réforme de la tarification, les CNR ne pourront plus être donnés.

¹³ Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret 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.

Enfin, une des difficultés qui subsistaient dans le secteur des EHPAD était le **cloisonnement des sections tarifaires**. Dans le cadre de la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre, il n'était pas toujours évident de trouver les mesures pertinentes à cause de ce cloisonnement. Par exemple, la suppression du poste de coiffeuse permettait de faire des économies en hébergement. Or pour cet établissement, c'est la section dépendance et la section soins qui présentent des déficits. Les économies effectuées sur l'hébergement ne pouvaient ainsi pas permettre d'atténuer les déficits des autres sections tarifaires. Toutefois avec la mise en œuvre de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses), même si les résultats de chaque section doivent être expliqués, l'analyse des résultats et des grands équilibres financiers est globale. Ainsi le déficit d'une section tarifaire peut être supporté lorsqu'une autre section est excédentaire.

B) L'opportunité des différents projets

L'EHPAD a répondu à un **appel à projet d'accueil de jour** en réponse à un besoin du territoire. Suite à une réponse favorable des autorités, l'accueil de jour devrait ouvrir prochainement pour une capacité de six places dans un premier temps qui sera porté à dix dans la nouvelle structure. Dans le cadre des difficultés financières et budgétaires, la création d'une activité supplémentaire peut permettre d'augmenter les recettes de l'établissement. En effet, celle-ci peut permettre de dégager une marge brute qui améliorera la situation budgétaire de l'établissement. La nouvelle tarification va permettre à l'établissement une plus grande autonomie de gestion et donc de répartition de certaines charges entre les différentes sections tarifaires. Grâce à la diversification de ses activités, l'établissement doit chercher à dégager une marge brute sur son activité d'accueil de jour (pas de création de poste par exemple).

Le projet de reconstruction peut quant à lui représenter un risque pour l'établissement. En effet, l'établissement prévoit de recourir largement à l'emprunt (plus de 98%). Les subventions des autorités de tarification restent limitées en raison des efforts déjà consentis les années précédentes. L'impact sur le prix de journée est non négligeable. Celui-ci a été fixé à un plafond de 63 euros par le département, ce qui laisse une marge pour pouvoir mener à bien ce projet. Cependant, en raison des précédentes augmentations du prix de journée, il interroge sur sa soutenabilité par les résidents et/ou leur famille surtout compte tenu de la population accueillie. Pour pouvoir mener à bien ce projet et malgré ce postulat, il est également indispensable que la structure maîtrise son exploitation. Dans les conditions financières et budgétaires actuelles, le projet comporte des risques mais surtout dans l'hypothèse où l'exploitation ne serait pas maîtrisée, le projet ne pourrait pas être viable et ne pas pouvoir supporter les surcoûts qu'il engendrera. Enfin, il est également essentiel de réduire les délais de paiement des fournisseurs. Dans le cadre d'un chantier,

des délais de paiement non-maitrisés comme c'est le cas actuellement, comportent également un risque important en raison des intérêts moratoires et d'une politique tarifaire plus difficile à négocier.

2.3 Les différents leviers qui se dégagent des analyses financières, réglementaires et organisationnelles

Suite au diagnostic et à l'identification des points faibles, il convient de dégager les différents leviers sur lesquels il est possible de travailler que ces leviers soient d'ordre budgétaire et financier ou d'ordre organisationnel et réglementaire.

2.3.1 Les leviers budgétaires et financiers

A) Axe médico-social

Il existe plusieurs leviers sur lesquels il est possible d'améliorer les recettes de l'établissement. Tout d'abord, il est nécessaire **d'optimiser la procédure d'admission**. En effet, le taux d'occupation de l'établissement reste faible (entre 95% et 96%) par rapport à la moyenne nationale et aux attentes des autorités de tarification (à savoir 98%). De plus, l'établissement a un taux de renouvellement, certes proche de la moyenne nationale (26% pour 27%), mais qui nécessite une réactivité entre la libération d'une chambre et la nouvelle entrée. L'objectif est alors de diminuer le nombre de jours de vacance entre un décès et une entrée pour ainsi augmenter les recettes. La mise en place d'un coût de réservation (prix de journée réservation = prix de journée hébergement – forfait hospitalisation) de la chambre entre le jour où la chambre est prête et l'arrivée du nouveau résident peut également permettre d'optimiser cette procédure.

Ensuite il est également nécessaire **d'optimiser le circuit du médicament** afin de réduire les erreurs de délivrance. En France, 10 000 décès et 130 000 hospitalisations chaque année seraient liés à une erreur de médicament ou à un effet indésirable. On sait que 20% des hospitalisations non programmées en EHPAD seraient liés à des médicaments. Il est donc important de chercher à optimiser le circuit du médicament et de le sécuriser au maximum afin de réduire le nombre de jour d'hospitalisation des résidents. L'établissement étant habilité 100% à l'aide sociale, lors d'une hospitalisation supérieure à 72h, le résident paie uniquement le prix de la journée de réservation. Ce levier a ainsi pour but d'améliorer la qualité de vie du résident, tout en permettant une optimisation des recettes.

De plus, comme évoqué précédemment, un levier se trouve dans la marge brute qui pourrait être dégagée de **la création de nouvelle activité**. L'ouverture d'un accueil de jour en septembre 2017 est un levier pertinent à saisir. Il est alors essentiel de construire le projet pour permettre de dégager des excédents. Pour cela, la mutualisation du personnel

intervenant sur l'accueil de jour et sur l'hébergement permanent semble opportune, au minimum sur les fonctions administratives.

Le passage en dotation globale avec PUI en dehors d'une structure hospitalière pourrait également être envisagé. Un établissement qui a des caractéristiques similaires au sein du département se trouve dans ce cas de figure. Il serait intéressant de mener une étude afin de voir si ce changement de dotation est envisageable en étudiant les conséquences de ce financement sur le financement et sur la prise en charge des résidents.

B) Axes processus transversaux

Il existe également des leviers sur lesquels il est possible de travailler pour réduire les dépenses. Tout d'abord, **la rationalisation des achats** est un moyen mis en œuvre depuis plusieurs années dans les EHPAD en lien avec le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) des établissements hospitaliers. Les achats représentent entre 20% et 25% du budget d'un EHPAD, c'est pourquoi une stratégie d'amélioration des achats doit être entreprise avec la mise en place d'un Plan d'Action Achat (PAA). De plus en plus d'EHPAD adhèrent à des centrales d'achats ou à des groupements de commandes. Cette mutualisation des achats permet des gains non négligeables comme pour le marché des protections où des gains de l'ordre de 30% ont pu être réalisés dans certains établissements.

Ensuite **la mise en place d'une gestion des stocks** est une source de rationalisation pour réduire les dépenses. La connaissance des stocks ainsi que leur suivi permettent d'optimiser cette gestion. En ce sens, l'établissement sera en mesure de connaître sa consommation des différents produits pour ainsi mieux la suivre, éviter le stockage inutile, optimiser les commandes et mieux négocier les marchés.

Enfin, il est indispensable de mettre en place **un contrôle de gestion** au sein de la structure. Le contrôle de gestion est « *un système de pilotage mis en œuvre par un responsable dans son champ d'attribution en vue d'améliorer le rapport entre les moyens engagés – y compris les ressources humaines – et soit l'activité développée, soit les résultats obtenus dans le cadre déterminé par une démarche stratégique préalable ayant fixé des orientations* »¹⁴. Dans la logique de performance dans laquelle les établissements publics sont entrés depuis plusieurs années, il est indispensable de se doter de cet outil afin d'optimiser les dépenses et les ressources de l'établissement. Ce poste est évidemment clé pour permettre de suivre les dépenses quotidiennement et éviter de découvrir les difficultés financières et budgétaires de l'établissement en fin d'année.

¹⁴ Circulaire interministérielle du 21 juin 2001

2.3.2 Leviers organisationnels et réglementaires

A) Axe soignant

D'un point de vue organisationnel, il existe différents leviers sur lesquels s'appuyer pour mettre en place des mesures d'économie tout en cherchant à assurer la meilleure qualité de vie des résidents.

Dans un premier temps, il est important de mener **une étude globale sur la charge de travail** de l'ensemble des soignants (AS, IDE, ASH) dans le but de revoir les organisations afin de les adapter au mieux à une prise en charge de qualité et aux contraintes architecturales. Il est cependant conseillé de faire appel à un prestataire extérieur pour mener une telle étude. En effet, un regard extérieur apparaît comme un avantage car il permet d'avoir un regard neuf sur les organisations, difficile à avoir quand on est au sein de la structure depuis plusieurs années. De plus, les résultats auront plus de poids s'ils n'émanent pas directement de la direction. Si cette étude est construite en collaboration avec les différents acteurs de la structure, elle sera plus facilement admise et les mesures à mettre en œuvre par la suite seront plus facilement acceptées. Une comparaison de la charge de travail uniquement bâtie sur les ratios d'encadrement ne serait être pertinente. En effet, ces ratios ne reflètent pas les contraintes architecturales et sont donc difficilement exploitables sans une véritable étude sur la charge de travail. Dans le cadre de l'EHPAD Latour du Pin, les ratios AS/ASH semblent proches de la moyenne. Cependant, la sectorisation mise en place il y a plus de trois ans a déjà permis de revoir les organisations, améliorant la qualité de vie des résidents. D'après les représentants du personnel, les prises en charge étaient déjà de qualité. Cependant certaines tâches comme le ménage des chambres étaient effectuées « *quand on avait le temps* ». En conséquence, le ménage n'était pas toujours effectué de manière correcte et la qualité de vie des résidents s'en ressentait nécessairement. La création d'une équipe dédiée à cette tâche a ainsi permis de mettre en place une meilleure organisation. L'étude sur la charge de travail aura pour but de faire un bilan de la dernière réorganisation et d'ajuster l'organisation afin de la rendre plus optimale. En ce qui concerne les IDE, il en va différemment pour les ratios. En effet, le ratio est plus élevé que la moyenne. A cela il faut rajouter la présence d'une secrétaire médicale et la mise à disposition d'une préparatrice en pharmacie qui sont autant de tâches habituellement réalisées par les IDE au sein des structures d'hébergement. Une étude de la charge de travail des IDE, jamais réalisée, en lien avec les tâches des AS et ASH, serait alors pertinente pour permettre de voir si cette hypothèse est vérifiable. Cette étude permettrait de voir s'il est possible de supprimer des postes comme celui de préparatrice en pharmacie.

Ensuite, l'EHPAD possède **une infirmière de nuit**. La présence de cette professionnelle la nuit apporte une prise en charge de qualité. En ce sens, des études ont pu montrer que la présence d'IDE la nuit diminue le taux d'hospitalisation et de décès à l'hôpital, ce qui ne peut être qu'un gage de la qualité de vie des résidents. Cependant, ce poste connaît des difficultés en termes de recrutement et donc de remplacement ayant des impacts non négligeables sur le groupe 2 (nécessité de faire appel à de l'intérim pour assurer la continuité de la prise en charge de certains résidents qui nécessitent des soins infirmiers la nuit).

Enfin, il est ressorti des recherches sur la définition de la qualité de vie que ce qui était primordial c'est la personnalisation des prises en charge et de l'accompagnement. La mise en œuvre effective de **Projet d'accompagnement personnalisé** favorise ainsi une qualité de vie des résidents et peut se mettre en place à moyens constants. Un accompagnement des équipes via des formations permettrait alors d'améliorer l'accompagnement des résidents.

B) Axe processus transversaux

D'un point de vue global, il est opportun de retravailler **la politique de remplacement de l'établissement** en parallèle d'un travail sur l'absentéisme. L'établissement connaît un taux d'absentéisme important, proche de la moyenne des établissements similaires et en nette diminution depuis quatre ans. Un travail de prévention a été entrepris depuis plusieurs années avec l'acquisition de rails plafonniers, de verticalisateur, de draps de glisse. De plus, l'établissement est entré dans la démarche PRAP (Prévention des risques liés à l'activité physique). Ce dispositif de formation/action permet ainsi à chaque agent formé de s'interroger sur ces pratiques professionnelles d'un point de vue des risques physiques et ainsi proposer des solutions aux difficultés qu'il rencontre. En parallèle, un travail individuel avec les agents en congés maladie a été entrepris afin de permettre le meilleur accompagnement personnalisé en termes de reprise (temps partiel thérapeutique adapté) ou de reconversion professionnelle. La politique de remplacement doit être revue mais préparée, et une procédure adaptée doit être mise en place. Il est possible de ne pas remplacer dès le premier jour d'absence, en limitant l'impact sur les résidents et sur les agents présents, si une procédure a été prévue en ce sens. Ce changement doit être anticipé, travaillé en équipe et accompagné si l'on ne souhaite pas que l'effet inverse se produise à savoir une augmentation des personnes arrêtées. Il est important d'effectuer ce travail en parallèle de l'étude sur la charge de travail et d'avoir des procédures en cas d'absence inopinées et ceci pas uniquement pour les services de soins. Les services supports doivent aussi mettre en place ce type d'organisation pour assurer une continuité de services et éviter des dysfonctionnements supportés par les équipes soignantes.

Il est également important **d'optimiser les effectifs des services supports**, administratifs et logistiques, d'autant plus qu'avec la mise en œuvre de l'EPRD, il n'existe plus de contraintes de sections tarifaires. En effet, « *Un établissement ne peut se permettre de supporter des surcoûts sur ses fonctions logistiques et administratives* »¹⁵. En ce qui concerne les fonctions logistiques ainsi que de maintenance, les contraintes de l'architecture et de la vétusté de l'établissement pèsent sur le besoin en effectif. Il est cependant important de réfléchir à optimiser l'organisation actuelle et d'anticiper l'organisation au sein de la nouvelle structure en profitant du déménagement pour faire un véritable travail sur les effectifs. En ce qui concerne les fonctions administratives, il est aujourd'hui indispensable de se doter des personnes compétentes et de chercher à mutualiser certaines tâches. Il ne faut surtout pas négliger le volet formation des agents pour ainsi leur permettre de monter en compétence dans les domaines qui sont les leurs. En effet, il existe aujourd'hui de nombreux outils permettant de gagner du temps avec l'automatisation de certaines tâches administratives. Enfin il est indispensable de mettre en place un véritable contrôle de gestion social afin de suivre régulièrement les effectifs, les mensualités de remplacement, le taux d'absentéisme. A l'instar du contrôle de gestion évoqué précédemment sur le volet financier et budgétaire, cette fonction clé, à mettre en œuvre à périmètre constant, permettrait de pouvoir suivre régulièrement au cours de l'année, les dépenses du groupe 2 qui représente plus de 70% des dépenses d'un établissement.

Il est indispensable de chercher à maintenir la qualité de vie des résidents dans un contexte de plan de retour à l'équilibre. Les différentes dimensions de la qualité de soins, d'accompagnement et de satisfaction des résidents nous donne ainsi les moyens de suivre les mesures d'économies envisagées à travers une gestion plus rigoureuse des finances de l'établissement. Les leviers identifiés nous permettrons ainsi d'envisager les différentes mesures possibles pour un retour à l'équilibre financier de la structure.

¹⁵ FONLUPT Gaëlle, FOUQUE Nicolas-Raphaël, 2009, "Les plans de retour à l'équilibre (PREF) : un levier pertinent pour les établissements de santé", Finances Hospitalières, n°24, (pp9-14).

3 La mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre au sein d'un EHPAD

L'identification des différents scénarii à mener en mettant en évidence les avantages/inconvénients ainsi que les risques doit être au cœur de la démarche de mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre (3.1). Cependant il ne faut pas négliger l'importance de la manière dont celui-ci est mené et accompagné au sein de la structure par le directeur (3.2). L'identification des marges de manœuvre que le directeur possède en cas de dégradation de la qualité de vie des résidents sera également une force et un gage de sa réussite. (3.3).

3.1 Les différents scénarii à mettre en œuvre dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre

Différents scénarii en fonction des spécificités des structures, des besoins du territoire sur lequel l'établissement est implanté, et des personnes âgées accueillies peuvent être mis en œuvre aussi bien du point de vue de la gouvernance que sur l'organisation de l'EHPAD.

3.1.1 Les différents scénarii de gouvernance

A) L'externalisation de certains secteurs d'activités

Dans la cadre de mesure d'économie, il peut être opportun d'envisager l'externalisation de certains secteurs d'activités. Pour chaque hypothèse d'externalisation, il est important d'évaluer le coût direct mais également les coûts indirects et ainsi de raisonner en coût complet. Le niveau de qualité de la prestation reste indispensable à suivre selon l'hypothèse choisi.

Tout d'abord, l'hypothèse de **l'externalisation de la restauration** doit être envisagée. Les établissements ont trois options de gestion de la restauration :

- La réalisation de la prestation en interne, c'est-à-dire que l'établissement réalise toutes les prestations de restauration et c'est le personnel de l'établissement qui l'assure,
- L'externalisation, c'est-à-dire que la restauration est confiée à un prestataire externe qui réalise les repas soit sur place soit en livraison,
- L'externaliser partiel d'une partie des prestations comme les mixés par exemple.

Dans l'étude de l'observatoire de KPMG de 2014¹⁶, il apparait que le coût moyen d'un repas externalisé, dans un EHPAD public, est de 3,86€ alors qu'il est de 2,11€ en interne. Comme le rappelle l'ANESM dans le second volet de la recommandation de bonnes pratiques -

¹⁶ KPMG, « Observatoire des EHPAD », avril 2014
<http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

qualité de vie en EHPAD - « *manger ne peut se réduire à l'unique satisfaction d'un besoin primaire et physiologique* ». Au sein des structure d'hébergement, le repas est un moment privilégié pour les résidents. Il doit être adapté aux personnes âgées. L'EHPAD Latour du Pin avait opté pour externalisé les « mixés ». Or aux vues de la qualité de la prestation et de son coût, l'établissement a préféré se doter de la compétence en interne. Le choix de la structure a été alors d'adhérer au groupement du GCSMS auquel il appartient. Cette option de gestion me semble pertinente pour pouvoir ainsi respecter les critères de la commande publique tout en privilégiant la qualité des produits locaux. La restauration pour moi ne doit pas être externalisée même si elle peut paraître plus onéreuse car elle est une partie intégrante de la qualité de vie des résidents.

L'externalisation de la blanchisserie est aussi un point à envisager. Il existe trois options d'organisation :

- La gestion est en interne, c'est-à-dire que l'ensemble du linge (que ce soit le linge plat et les vêtements des résidents) est traité au sein de l'établissement par une blanchisserie interne,
- La sous-traitance est partielle (ce qui est le cas de l'EHPAD Latour du Pin), c'est-à-dire que le linge des résidents est traité en interne et le linge plat est externalisé,
- La totalité du linge est externalisé.

D'après l'étude de KPMG, aucun des EHPAD public interrogé n'avait externalisé la totalité de la prestation et 67% étaient sous-traités partiellement. L'argument de la qualité apporté au linge des résidents pour maintenir cette prestation en interne est mise en avant. Cependant, pour l'exemple de l'EHPAD La tour du Pin, la taille de la structure oblige l'établissement à posséder des machines industrielles qui ne tolèrent pas le linge délicat, et dont un certain nombre de familles préfère assurer cette prestation. Une étude plus précise serait alors nécessaire pour connaître le poids du linge traité en interne. En parallèle, une étude du marché sur le territoire, afin de connaître les prestataires en capacité à prendre en charge le linge des résidents, permettrait alors de s'avoir si l'option d'une externalisation complète est envisageable et pertinente. Il faut noter que le nombre d'ETP de la blanchisserie n'a pas diminué lors de l'externalisation partielle du linge en 2013. Il aurait été opportun de profiter d'un départ à la retraite pour ne pas remplacer un poste.

Enfin la dernière prestation qui pourrait être externalisé serait **l'entretien des locaux**. Il est de plus en plus fréquent de voir des établissements sanitaires externaliser la prestation « entretien des locaux ». La question de l'externalisation de cette prestation se pose pour les structures médico-sociales. Contrairement à un établissement sanitaire, un EHPAD est un lieu de vie. Le relationnel entre les résidents et les professionnels en charge de l'entretien est important, surtout pour les résidents qui ne peuvent plus quitter leur chambre.

Garder la gestion de ces professionnels est donc important. Il est cependant nécessaire de réfléchir à mutualiser ces professionnels sur d'autres tâches comme l'hôtellerie et la plonge afin d'optimiser leur activité.

Les indicateurs de suivi de la qualité de vie des résidents :

Prestation restauration/ blanchisserie/ Entretien des locaux :

- Enquêtes sur l'expérience des résidents : question sur la gestion et la qualité de la restauration, du linge, de l'hôtellerie et l'entretien

Organisation des services/ suppression d'un poste / mutualisation :

- Fiches d'événements indésirables : dysfonctionnement des services
- Indicateurs QVT : variation du taux d'absentéisme au service de la blanchisserie, des cuisines, de l'équipe d'hôtellerie/entretien

B) La mutualisation des moyens

Face à des problèmes financiers aussi importants, **la coopération** avec un autre établissement est une solution qui me semble pertinente. Plusieurs types de coopérations induisant des économies, à travers la mutualisation de moyens sont possibles :

- **La direction commune** : autonomie juridique et financière de chaque structure, d'où souplesse du formalisme (une convention est suffisante)
- **La fusion** : une seule entité juridique et financière, d'où un formalisme plus important.

La fusion est une forme de coopération plus aboutie. Bien qu'elle soit plus lourde à mettre en place, il serait préférable de rechercher les fusions possibles pour ainsi faciliter les différentes mutualisations de moyens et donc favoriser les économies. Dans le cadre de l'EHPAD Latour du Pin, une fusion a été envisagée avec un établissement proche d'une capacité de 52 résidents. Les deux établissements étant en difficultés financières, cette solution n'est plus envisagée actuellement. L'opportunité de fusionner lorsqu'un établissement est en difficulté financière doit, dans tous les cas, être envisagée et ceci pour différentes raisons. Tout d'abord, il existe une taille critique d'établissement, entre 70 et 89 lits, qui permet d'assurer une qualité de vie aux résidents (équipe pluridisciplinaire plus importante) et d'avoir des facilités de gestion (gestion de l'absentéisme, nombre de professionnels dans les équipes supports). En effet, « *cette taille d'établissement est souvent considérée comme permettant de concilier le double objectif de gestion efficiente et de maintien d'un cadre de vie de qualité pour les résidents* »¹⁷. De plus, la fusion de

¹⁷ KPMG, « Observatoire des EHPAD », janvier 2013

plusieurs structures permet la mutualisation de moyens et les économies d'échelles en matière d'achat notamment.

Enfin, il a été démontré la pertinence de **diversifier les activités de l'établissement** dans le but de dégager de la marge brute pour assainir la situation de l'établissement, que ce soit pour de **l'accueil de jour**, du portage de repas ou encore de **l'accueil temporaire**. Une étude des besoins du territoire sur des prestations tels que **du portage de repas** permettrait de développer l'activité de restauration déjà présente au sein de l'établissement. Cette diversification des activités doit se faire sans que cela soit au détriment de son activité principale et avec pour objectif de dégager une marge brute. La mise en œuvre de l'EPRD permettra ainsi d'affecter cette marge brute à l'hébergement permanent.

Ces deux scénarii de gouvernance n'ont à priori pas d'impact direct sur la qualité de vie des résidents. Cependant, l'impact sur les professionnels de l'établissement est non négligeable. Or il a été démontré précédemment le lien entre qualité de vie au travail des professionnels et qualité de vie des résidents.

Les indicateurs de suivi de la qualité de vie des résidents :

Organisation des services/ mutualisation :

- Fiches d'événements indésirables : dysfonctionnement des services
- Indicateurs QVT : variation du taux d'absentéisme des services mutualisés et de l'ensemble de l'établissements, suivi des formations

Maintien de la qualité de vie des résidents :

- Enquêtes sur l'expérience des résidents : recommandation de l'établissement auprès de leurs proches, notation de l'établissement

3.1.2 Les différents scénarii organisationnels et réglementaires

A) L'adaptation des services de soins aux besoins des résidents

L'opportunité de mettre en place **une réorganisation des services soignants** doit être envisagée pour chercher à mieux adapter les moyens humains de l'établissement aux besoins des résidents. En effet, il est essentiel de penser ces organisations soignantes en fonction et au service des résidents. Il semble évident de partir du besoin du résidents pour travailler ces organisations. Or ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Grâce à cette attention et en accompagnant les équipes, ils pourraient alors être envisageable de faire des toilettes l'après-midi par exemple pour ainsi éviter de réveiller les résidents trop tôt. Un accompagnement personnalisé des résidents peut être compatible avec les organisations des structures, sans que cela ne nécessite des moyens supplémentaires. Une meilleure

répartition des effectifs et un accompagnement des équipes par la formation sur les attentes et les besoins des résidents permettraient ainsi d'optimiser les moyens humains.

Suite à l'**étude sur la charge de travail des aides-soignants et des agents de services hospitaliers**, il ne semble pas possible de réduire les effectifs **des aides-soignants**. Cependant, il serait opportun de revoir les horaires de travail de ces professionnels. En effet, les AS travaillent en 7h00 le matin et 8h00 l'après-midi, pour une durée quotidienne de 7h48. Un passage en 7h45 pour les horaires du matin et d'après-midi permettrait de dégager plus de temps pour les toilettes du matin notamment. Un passage en 7h30 pourra être envisagé dans les prochains bâtiments pour ainsi gagner en effectifs. Cette réflexion doit s'envisager en prenant en compte les attentes et les besoins des résidents. De plus, il serait pertinent de réfléchir dès à présent à l'organisation au sein de la prochaine structure pour voir où il est possible de réduire les effectifs, actuellement contraints par l'architecture et toujours dans un objectif de s'adapter aux besoins des résidents. En ce qui concerne **les équipes hôtelières et d'entretien des locaux**, les horaires de travail sont à adapter aux besoins des résidents, en lien avec les aides-soignants et en fonction de la charge de travail, ce qui ne semble pas être le cas actuellement. A l'examen de l'étude sur la charge de travail, le réaménagement permettrait de gagner un équivalent temps plein. Il est également nécessaire de réfléchir à l'organisation au sein de la nouvelle structure. En effet, la diminution du nombre de lieux de restauration, (passage de huit lieux de restauration à trois) aura un impact sur les agents hôteliers. Il faut également prendre en compte le nombre de chambres et de salles de bain qui va augmenter (uniquement des chambres simples avec une salle de bains individuelles).

Aucune étude sur la charge de travail n'est à ce jour prévu pour **les infirmiers**. Or la réorganisation des équipes aides-soignantes et des équipes d'agents de services hospitaliers ne peut se faire sans une étude sur le travail des infirmiers. De plus, au vu des ratios, il semblerait pertinent d'évaluer leur charge de travail. Une réflexion globale doit être faite pour chercher à mettre en place une organisation plus optimale en supprimant à minima la mise à disposition de la préparatrice en pharmacie.

La suppression du poste d'infirmier de nuit, même si beaucoup d'EHPAD ont mis en place cette mesure, ne me semble pas opportune par rapport à la population prise en charge. Des études¹⁸ montrent que la suppression du poste d'IDE de nuit a des conséquences sur le nombre d'hospitalisation et sur la durée des hospitalisations. Cependant, il est primordial de réussir à sécuriser ce poste car à chaque vacance, les difficultés de recrutement obligent l'établissement à faire appel à l'intérim. Pour cela, des

¹⁸ KPMG, « Observatoire des EHPAD », avril 2014
<http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

conventions avec les établissements hospitaliers proches pourraient permettre de pallier cette difficulté.

Pour toutes les mesures qui touchent directement à la qualité de prise en charge des résidents, il est important de suivre précisément les évolutions de ces indicateurs, sans négliger l'avis du résidents et l'impact sur les professionnels.

Les indicateurs de suivi de la qualité de vie des résidents :

Qualité de prise en charge :

- Indicateurs de la qualité de prise en charge : nombre d'escarres, nombre de chute, nombre d'hospitalisation et durée d'hospitalisation
- Fiches d'événements indésirables : circuit du médicament
- Enquêtes sur l'expérience des résidents : recommandation de l'établissement auprès de leurs proches, notation de l'établissement

Réorganisation des services :

- Indicateurs QVT : variation du taux d'absentéisme et d'accidents du travail par services, suivi des formations

B) La politique de ressources humaines

Le plan de retour à l'équilibre apparait comme une opportunité pour pouvoir **revoir les pratiques non réglementaires**. En effet, dans le but « d'acheter la paix sociale » lors de la dernière réorganisation, le directeur a mis en place certains avantages à travers des primes non réglementaires (primes d'heures supplémentaires non effectuées par exemple). Le Plan de retour à l'équilibre doit ainsi être l'occasion de se réinterroger sur la pertinence de certains avantages à travers la politique de rémunération (calcul de la prime de service à revoir si besoin). De façon plus globale, il permet ainsi de remettre à plat les différentes pratiques non réglementaires dans un objectif d'une meilleure gestion de l'argent public et surtout d'une meilleure équité entre les différents professionnels de l'établissement.

La politique sur l'absentéisme est à repenser. Il est primordial de **réduire le recours à l'intérim**. Pour cela, la mise en place un pool de remplacement avec des professionnels pouvant travailler de jour et de nuit semble être une alternative efficace. Cette solution a été mise en place au sein de l'établissement depuis plusieurs mois. Cependant, elle se heurte aux difficultés de la maintenir en raison des absences longues qui « mangent le pool » et de la précarisation du poste (CDD de courte durée) qui entraine un turn-over important. Le nombre de professionnels constituant ce pool est à évaluer à partir des besoins quotidiens (taux moyen d'absence c'est-à-dire prendre en compte également les absences pour formation, pour les heures syndicales...). En parallèle, **le remplacement**

systématique des absences est à revoir. Comme c'est le cas au sein de l'EHPAD Latour du Pin, des solutions en interne doivent être trouvées dans un premier temps. Un groupe de travail sur cette question devrait être mis en place dans le but de réfléchir à la meilleure organisation. L'objectif de faire participer les professionnels à cette réflexion est de favoriser leur adhésion aux mesures proposées et de voir ce qu'il est possible de mettre en place en procédure dégradée. L'objectif n'est pas de faire peser sur les présents une charge de travail supplémentaire qui n'aurait pour conséquence que des arrêts supplémentaires. Cette réflexion est à mener aussi bien sur les aides-soignants et agents de services hospitaliers que sur les infirmières. **L'accompagnement des professionnels en arrêt maladie** est à maintenir avec un suivi personnalisé. Une réflexion sur les secondes parties de carrières pourra être envisagée pour permettre aux professionnels fatigués physiquement et psychologiquement de retrouver un métier adapté. Pour le cas de l'EHPAD de Saint-André de Cubzac, les nouveaux locaux apporteront une meilleure qualité de travail qui permettra de diminuer les accidents du travail. Les efforts en termes de formation et d'acquisition de mobiliers adaptés sont à maintenir. Même si ces mesures n'ont pas un effet immédiat sur le nombre d'arrêt et la diminution des arrêts longs, cela apporte une qualité de vie au travail à moyen et à long terme pour ces professionnels.

Les indicateurs de suivi de la qualité de vie des résidents :

Politique de remplacement :

- Indicateurs QVT : variation du taux d'absentéisme et d'accidents du travail par services, suivi des formations de prévention des risques, PRAP, suivi des agents en arrêt de travail

Impact prise en charge des résidents :

- Indicateurs de la qualité de prise en charge : nombre d'escarres, nombre de chute, nombre d'hospitalisation et durée d'hospitalisation
- Enquêtes sur l'expérience des résidents : recommandation de l'établissement auprès de leurs proches, notation de l'établissement

3.2 Le rôle du directeur : points de vigilance

Comme tout projet, un plan de retour à l'équilibre doit être mené et accompagné dans des conditions optimales si l'on souhaite que les mesures envisagées et mises en œuvre produisent les effets escomptés.

3.2.1 Le dialogue social comme levier de performance

A) Le dialogue social dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre

Il n'est plus rare de voir que le dialogue social est décrit aujourd'hui comme un levier de performance des établissements. D'après l'organisation internationale du travail (OIT), le

dialogue social se définit comme « *tous les types de négociation, de consultation ou d'échanges d'informations entre les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions présentant un intérêt commun relatives à la politique économique et sociale* ». L'objectif d'un bon dialogue social est de permettre d'éviter les tensions (mouvements de grève notamment) et le désengagement des professionnels de la structure. Dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, un dialogue social constructif est indispensable. L'annonce de ce plan ne peut que susciter des craintes de la part des professionnels. En effet, un plan de retour à l'équilibre est systématiquement associé à des mesures de suppression de postes qui justifie les craintes des professionnels. Même si lors de l'entretien avec l'ARS, les personnes interrogées semblaient dire qu'un plan de retour à l'équilibre ne signifie pas nécessairement des suppressions de postes, c'est ce qui se produit dans la majorité de cas. En effet pour l'ARS, « *Qui dit plan de retour à l'équilibre ne dit pas forcément réduction des moyens. En fait c'est souvent ce que l'on entend, plan de retour à l'équilibre, on va diminuer les dépenses, moins de personnel. En fait à mon sens, souvent c'est le cas, on diminue un peu les effectifs mais ça peut aussi être via une réorganisation, et ça n'a pas forcément un impact négatif sur la qualité de prise en charge de résident.* » L'élément le plus important, c'est bien la qualité de vie des résidents. Cet élément est clé dans le cadre des négociations avec les représentants du personnel. C'est sur ce point que les différents négociateurs à savoir la direction et les représentants du personnel trouveront un point d'entente. Les négociations vont nécessairement interroger sur les priorités de chacun dans le but de rechercher un compromis correspondant à ce qui est considéré comme souhaitable et acceptable en termes de qualité de vie des résidents, sans que cela ne soit au détriment de la qualité de vie des professionnels. Un bon dialogue social est alors indispensable si l'on souhaite pouvoir mener ce plan de retour à l'équilibre dans les meilleures conditions. L'absence d'information a suscité des craintes de la part des professionnels de l'établissement et a mené les représentants du personnel à appelé à faire grève. Celle-ci a été fortement suivi par l'ensemble des professionnels. « *Nous en tant que représentants du personnel, même si on a poussé un coup de gueule en novembre en disant attention vous n'allez pas nous faire des économies, des coupes partout alors qu'on vient déjà de subir une réorganisation, on a fait des efforts mais on s'est bien rendu compte qu'en vue de la situation financière de l'établissement si on voulait la reconstruction il fallait bien mettre en place quelque chose mais il fallait l'expliquer au personnel* ». Ce qui est essentiel c'est bien d'assurer une communication claire et correcte aux professionnels et à leurs représentants.

B) Les préconisations en termes de dialogue social

Les représentants du personnels interrogés ont insisté sur le fait qu'il faut qu'ils soient associés dès l'annonce de l'injonction des autorités de tarification et donc en amont de la

présentation du plan en instances. Ils souhaitent « *avant tout de la transparence, des informations ; que l'on soit informé au fur et à mesure des évolutions des décisions qui sont prises. [Ils] estiment que c'est quand même un minimum qu'on soit informé, que l'on ne nous mette pas devant le fait accompli [...] en instance sans qu'il y ait une de consultation en amont* ». Il est donc important d'organiser des réunions régulières pour informer les représentants du personnel, dès la connaissance de l'injonction des autorités de tarification. Au fur et à mesure de la construction des différentes mesures, des points réguliers doivent être mis en place afin d'avoir un dialogue clair et transparent. Cependant, de la transparence ne veut pas dire pour autant trop d'informations. Un des représentants du personnel explique ses difficultés face à trop de transparence « *Après la transparence oui, mais, c'est vrai que moi pour ma part en tant qu'aide-soignante, j'ai, en termes de budget, une connaissance très limitée, donc c'est pas non plus être noyé dans un flot d'informations qui finalement nous dépasse et pourrait semer la confusion* ». Il est en ce sens important d'adapter le discours et de s'assurer que l'ensemble des éléments ont bien été compris avec les enjeux et les impacts. En raison du nombre d'informations trop importantes reçu, les représentants du personnel se sont sentis ainsi noyés dans les informations et ne savaient pas quoi en faire. Ils précisent qu'ils « *pou[vaient] aller au clash tous les jours mais ça va rien avancer. Le but du jeu c'est réussir à négocier pour avoir un terrain d'entente* ». Ils sont en ce sens conscients que s'ils souhaitent que la situation financière de l'établissement s'assainisse et que le projet de reconstruction puisse avoir lieu, il faut trouver un terrain d'entente. « *C'est pour ça qu'on s'est dit attention sur notre manière d'agir. Si on bloque les choses, on avait en filigrane la peur que la reconstruction ne se fasse pas, et on l'a quand même encore un peu, donc c'est une inquiétude que l'on a c'est pourquoi, il faut essayer d'être constructif* ». Ensuite c'est une véritable négociation qui se met donc en place entre la direction et les représentants du personnel. Tout l'enjeu d'un bon dialogue social se trouve alors dans la recherche d'une entente et d'un compromis. Suite à ces négociations, c'est le directeur qui décide des mesures qu'il lui semble le plus opportun à mettre en place à la lumière des résistances/réticences qu'il a pu observer dans le contexte du plan de retour à l'équilibre.

3.2.2 La mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre par le directeur

A) Lancement du plan de retour à l'équilibre

La réussite, d'un plan de retour à l'équilibre ne tient pas uniquement aux mesures mises en place pour redresser la situation financière de l'établissement, elle tient également à la manière dont celui-ci est mis en œuvre. En effet, il est important que suite à l'injonction des autorités de tarifications, l'ensemble des professionnels soient informés (et pas uniquement les représentants du personnel) ainsi que les résidents et leur famille. La communication est très importante si l'on souhaite que le plan soit mené dans les meilleures conditions.

L'annonce d'un plan de retour à l'équilibre est connotée péjorativement, car il est associé, à juste titre, à des réductions de moyens. Or il est important de trouver les moyens de rassurer les équipes en associant les professionnels dès la constitution des groupes de travail qui travailleront sur les mesures à mettre en œuvre. La mise en place d'indicateurs de suivi de la qualité de vie des résidents participe ainsi positivement à la construction des mesures. Il est important que le choix de ces indicateurs soit réfléchi collectivement en parallèle des mesures lors des groupes de travail. Des indicateurs clés devront être déterminés et suivi au niveau du comité de pilotage du plan de retour à l'équilibre. Le directeur de l'ARS rappelle que le « *le plan de retour à l'équilibre doit d'abord être une réflexion stratégique, et une décision politique qui engage le président du conseil d'administration, le directeur qui le portera et qui sera là pour l'accompagner.* » Il précise qu'il doit « *se réfléchir collectivement* ». Il déplore que « *souvent les plans de retour à l'équilibre que l'on a pu voir relevés d'une commande faite du département ou de l'agence et étaient appréciés par le directeur, [...] avec une mauvaise présentation et ou une façon un peu trop rigoriste de la porter et pour le coup le plan de retour à l'équilibre n'est vu que comme une contrainte, une double peine et vous avez des collaborateurs qui doivent faire des économies, ne pas être remplacés automatiquement (faut-il encore qu'ils le soit) et qui voient que leur travail n'est pas bien fait voir pas aussi bien qu'ils le souhaiteraient avec des impacts sur la qualité de la prise en charge.* ». L'annonce des mesures doit être faite auprès de l'ensemble des professionnels suite à la validation des mesures par les commanditaires du plan de retour à l'équilibre. Il en va de même pour l'annonce faite aux résidents et surtout aux familles. Certaines mesures peuvent toucher directement les résidents. Par exemple, l'EHPAD Latour du Pin a supprimé le poste de coiffeur. Cette prestation n'est donc plus offerte par l'établissement. Il en va de même pour la prestation pédicure qui était financé par l'établissement. Les usagers peuvent comprendre les raisons de la mise en place de certaines mesures. C'est pourquoi il est nécessaire que le directeur prenne le temps d'expliquer les mesures aux résidents et aux proches des résidents.

B) Suivi du plan de retour à l'équilibre

« *Une des clefs de réussite d'un [plan de retour à l'équilibre] est certes son architecture et le contenu de ses mesures mais également et presque davantage la qualité de son suivi et sa rapidité de mise en œuvre qui doit commencer le lendemain de l'accord de l'ARH. Le suivi doit être rigoureux, méthodique et régulier.* »¹⁹ En ce sens, il est primordial que le Plan de retour à l'équilibre soit suivi rigoureusement. Un comité de pilotage, composé du directeur, du médecin coordonnateur, du cadre de santé, du cadre administratif, du cadre logistique et des ateliers et d'un représentant des familles, doit se réunir tous les mois afin

19 FONLUPT Gaëlle, FOUQUE Nicolas-Raphaël, 2009, "Les plans de retour à l'équilibre (PREF) : un levier pertinent pour les établissements de santé", Finances Hospitalières, n°24, (p14).

de faire le point sur l'avancée du plan. En ce sens, les différentes mesures à mettre en œuvre doivent être réfléchies pour connaître la meilleure temporalité. Il n'est pas possible de mettre en place toutes les mesures dès le début. Il est nécessaire de les hiérarchiser et prioriser, et de rechercher le moment le plus opportun pour les déployer. Ensuite le comité de pilotage doit être l'occasion de cibler les problèmes rencontrés pour chaque mesure et rechercher des solutions ou adapter la mesure en fonction des contraintes rencontrées. Un établissement rencontré a mis en place un suivi mensuel très strict par le directeur et l'attaché d'administration hospitalière sur certaines mesures comme le suivi de la masse salariale, le suivi des dépenses liées à la restauration et à l'achat de protections et le suivi des contrats fournisseurs. Ce suivi a permis de mettre en avant un dépassement régulier des dépenses liées aux protections et donc une révision de la pratique est en cours. Enfin c'est lors de ce comité de pilotage que l'impact sur la qualité de vie des résidents doit être suivi. Certains indicateurs clés doivent ainsi être suivi d'un point de vue global comme des indicateurs issue des enquêtes sur l'expérience des résidents, des indicateurs clés sur la qualité de vie au travail ou encore des indicateurs sur la qualité de la prise en charge. Il n'est pas rare que les mesures du plan de retour à l'équilibre doivent être réajustée au fur et à mesure des actions. En ce sens, un établissement interrogé dans le cadre du plan de retour à l'équilibre a supprimé un poste d'IDE. La conséquence a été une augmentation de la durée entre chaque douche pour un résidents (une douche tous les neuf jours à la place de toutes les semaines). En raison de plaintes de plus en plus nombreuses de la part des familles, l'établissement réfléchit actuellement à réévaluer cette mesure.

3.3 Le suivi de la qualité de vie grâce aux indicateurs

Les indicateurs de suivi de la qualité de vie des résidents ont pour objectif de permettre au directeur d'identifier toute dégradation de cette qualité. Il est alors indispensable pour lui d'avoir anticipé les moyens dont il dispose pour maintenir cette qualité de vie.

3.3.1 Le rôle des indicateurs

A) L'objet de la mesure

Le suivi du plan de retour à l'équilibre a deux objectifs : s'assurer que les mesures soient mises en place dans les bonnes conditions, et que les économies escomptées arrivent effectivement. Il a également pour but de **suivre les indicateurs préalablement identifiés** afin de s'assurer que la qualité de vie des résidents n'est pas impactée. Le rôle du directeur est en effet de veiller à ce que la qualité de vie des résidents soit maintenue. Trois types d'indicateurs ont été préalablement identifiés pour répondre aux attentes en termes de qualité de vie des résidents. Des indicateurs sur l'expérience des résidents, issus des enquêtes réalisées auprès des résidents et des fiches d'évènements indésirables, des indicateurs sur la qualité de prise en charge tels que le nombre d'escarres, le nombre de

chute et le nombre d'hospitalisation, et des indicateurs sur la qualité de vie au travail à savoir le taux d'absentéisme, le nombre d'accident du travail. A travers le comité de pilotage, ces différents indicateurs vont être suivis pour s'assurer qu'aucune dégradation n'ait lieu. L'intérêt de suivre ces indicateurs n'est pas uniquement de constater les écarts lorsqu'ils se produisent mais bien de pouvoir agir dessus. Le but des indicateurs n'est pas de mesurer mais de nous permettre d'atteindre un objectif fixé. La mesure n'est pas un but en soi. L'objectif n'est pas de déterminer des indicateurs de suivi de la qualité de vie des résidents et de les restituer régulièrement. Ces indicateurs sont les moyens de suivre la qualité de vie des résidents par rapport à un objectif de qualité de vie donné. L'important tient alors dans la conversation qui découlera de la mesure.

L'essentiel ne se trouve donc pas dans les écarts constatés mais bien dans les réponses qui pourront être apportées à ces écarts. Il est, en ce sens, important d'anticiper cette possibilité dès la mise en place des mesures afin **de connaître les marges de manœuvre en cas d'écart**. Au moment de la détermination des indicateurs, il est nécessaire de rechercher les marges de manœuvre qui seront celle de l'établissement en cas de constat d'une dégradation de la qualité de vie des résidents. L'objectif premier d'un plan de retour à l'équilibre n'est pas d'améliorer la qualité de vie des résidents mais bien d'assainir la situation financière de l'établissement. Cependant, les mesures d'économies financières et budgétaires ne doivent pas se faire au détriment de la qualité de vie des résidents. Il est donc important en cas du constat d'une dégradation de la prise en charge de disposer de moyens pour pouvoir ajuster cette problématique.

B) La discussion autour des indicateurs

Lorsqu'une dégradation de la qualité de vie des résidents est constatée, à partir des indicateurs identifiés, il est essentiel de **s'interroger sur les raisons de ces écarts**. En effet, les mesures du plan de retour à l'équilibre ne peuvent pas toujours expliquer à elles seules une qualité de vie impactée. Il est alors important de rechercher les causes de cette dégradation. Par exemple le taux d'absentéisme peut augmenter sans être lié à une mesure si l'augmentation du nombre de jour d'arrêt est dû à un seul agent ou si c'est le nombre d'agents arrêtés qui augmente. Si lors de l'enquête sur l'expérience des résidents à la question sur la recommandation de l'établissement à des proches, le taux de réponses positives est en diminution, il est nécessaire de rechercher les raisons précises afin d'identifier si elles ont un lien avec les mesures du plan de retour à l'équilibre. En ce sens, l'augmentation de ce taux peut être dû au fait que les douches sont données tous les neufs jours et plus toutes les semaines donc en lien avec le plan de retour à l'équilibre. L'augmentation de ce taux peut aussi être dû à un élément extérieur tel les relations avec les médecins traitants, les kinésithérapeutes libéraux, indépendant des mesures du plan de

retour à l'équilibre. Il est alors nécessaire de rester vigilant à la « tendance » des indicateurs de suivi de la qualité de vie. En ce sens, si le directeur décide de supprimer l'infirmière de nuit et qu'il ressort une augmentation du nombre d'hospitalisation et une augmentation de la durée des hospitalisations en raison de l'absence de continuité des soins infirmiers, il est important que le lien soit fait pour ainsi rechercher les solutions adaptées qui ne sont pas nécessairement le recrutement d'IDE de nuit. Il est alors possible d'envisager l'intervention d'une HAD organisée et coordonnées en fonction des besoins des résidents. De même, dans le cadre de la politique du non-remplacement systématique des aides-soignants, des défauts de prise en charge peuvent se traduire par un nombre d'escarres en augmentation. Il est alors nécessaire de rechercher la cause exacte. Est-ce parce que les professionnels n'ont plus le temps de solliciter les résidents ou bien car ils ne se sont pas adaptés à la dernière réorganisation ? De même si le nombre de chute des résidents augmente il est nécessaire d'en rechercher les causes. Si l'augmentation du nombre de chutes est dû à l'augmentation de prise de médicaments car les résidents sont plus agités, il est important de rechercher les causes de l'augmentation de ces agitations. Est-ce que les professionnels n'ont plus le temps nécessaire pour accompagner correctement les résidents à cause de la réorganisation faite dans le cadre du plan de retour à l'équilibre ? Ou bien est-ce car les nouveaux professionnels de l'établissement ne sont pas formés à cet accompagnement spécifique ? A chaque écart constaté, il est essentiel que les raisons précises soient identifiées. Le lien doit pouvoir être fait et démontré pour ainsi pouvoir se poser les bonnes questions et trouver les meilleures solutions en termes de qualité de vie des résidents tout en gardant à l'esprit le contexte du plan de retour à l'équilibre dans lequel se trouve l'établissement.

3.3.2 Le maintien de la qualité de vie des résidents

A) Le rôle du directeur

Peu importe la raison de la dégradation de la prise en charge, le directeur se doit de trouver les solutions pour y remédier. Dans le contexte du plan de retour à l'équilibre, il doit s'assurer que les mesures qu'il met en place pour rétablir la situation financière de l'établissement ne se fait pas au détriment de la qualité de vie des résidents. Si ce constat est fait à partir des indicateurs établis, il se doit de comprendre et de trouver exactement les raisons de la dégradation de la qualité de vie et de rechercher les solutions les plus adaptées. En effet, il faut distinguer les impacts immédiats des impacts à long terme. En ce sens, une réorganisation engendre inévitablement des changements qui peuvent mettre du temps à être accepté par les équipes. De plus, un temps est nécessaire pour que chaque professionnel s'adapte aux changements tout comme les résidents. Il est donc important de bien distinguer ces impacts et de chercher à les limiter au maximum. Le directeur doit en ce sens mettre en œuvre les mesures pour permettre d'atténuer les effets (formation

des professionnels, temps libéré au cadre de proximité pour pouvoir être auprès des équipes pour les accompagner). La diffusion de ces indicateurs aux différentes instances semble également intéressant dans une logique d'amélioration continue de la qualité. En effet que ce soit lors du conseil de vie social (CVS), du comité technique d'établissement (CTE) ou du conseil d'administration (CA), ces indicateurs permettent à chaque membre d'être informé de l'impact des mesures sur la qualité de vie des résidents. C'est donc également l'occasion pour le directeur de justifier les chiffres et d'apporter des réponses en cas de dégradation de la qualité de vie. Les équipes doivent également être directement informées à l'occasion des réunions trimestrielles notamment. Enfin, la difficulté principale tient sur les marges de manœuvre dont dispose le directeur. En effet, la question se pose lorsque, suite à des ajustements des mesures après le constat d'une dégradation, la qualité de vie des résidents continue de se détériorer. Le directeur se trouve alors confronter à un dilemme : supprimer la mesure pour maintenir la qualité de vie des résidents au détriment des économies escomptées ou maintenir la mesure au détriment de la qualité de vie des résidents. Ce dilemme interroge sur la pertinence de la mesure initiale. En ce sens, on peut citer la suppression du poste d'infirmière de nuit. Dans des établissements de plus en plus médicalisés, même si la suppression de ce poste représente des économies non négligeables, il est nécessaire de s'interroger sur le risque que représente cette suppression sur la qualité de vie des résidents et plus précisément sur la qualité de la prise en charge. Le plan de retour à l'équilibre ne doit pas avoir été pensé et mis en œuvre à travers des mesures les unes à côté des autres. C'est un projet global qui doit permettre de repenser les organisations notamment dans leur ensemble et de manière à ce que le plan de retour à l'équilibre ne repose pas uniquement sur une mesure. De plus, il est nécessaire d'avoir anticipé les interactions des différentes mesures sur la qualité de vie du résident et c'est bien le directeur qui se doit d'anticiper cet aspect.

B) Les attentes des autorités de tarification

Un des objectifs de la réforme tarifaire est une meilleure équité d'un point de vue du financement. En effet, celui-ci est à présent calculé à partir d'équations tarifaires qui prennent en compte le GMP et le PMP de l'établissement. Cependant comme on n'a pu le constater précédemment, l'architecture a un impact non négligeable sur le besoin en personnel qui va au-delà du niveau de dépendance des résidents et de la charge en soins. Dans le cas de figure de l'établissement Latour du Pin, l'étude sur la charge de travail semble tendre vers un maintien des effectifs actuels au niveau des aides-soignants si l'on souhaite assurer un accompagnement de qualité. Or dans l'immédiat les économies proposées dans le cadre du plan, à savoir un salaire de médecin coordonnateur plus raisonnable, le gel du poste de cadre de proximité, la suppression du poste de préparatrice en pharmacie ne permettront pas d'obtenir les économies escomptées. Pour la situation

transitoire, c'est-à-dire avant l'ouverture des nouveaux locaux, il semble nécessaire de négocier auprès des autorités de tarification un accompagnement financier afin de permettre à l'établissement de passer cette période. Cependant avec la réforme tarifaire et la fin annoncée des CNR, on peut s'interroger sur les moyens dont disposeront les ARS. Le plan de retour à l'équilibre est un outil à échelonner sur plusieurs années. En fonction du niveau de dégradation financière de l'établissement, les mesures seront plus ou moins longues à porter leur résultat. Cependant, dans un objectif de maintenir une offre de service de qualité nécessaire sur le territoire, il serait souhaitable que les autorités de tarification aient encore des marges de manœuvre pour aider et accompagner les établissements mettant en œuvre des mesures dans le sens d'une bonne gestion de l'argent public.

Conclusion

Il y a différentes manières d'appréhender un plan de retour à l'équilibre. Dans la logique de performance dans laquelle les établissements médico-sociaux évoluent aujourd'hui, il est indispensable pour les directeurs d'utiliser cette contrainte comme une opportunité pour leur structure et donc pour les résidents. Cet outil est un bon moyen de questionner les différentes pratiques établies et de redéfinir ce qui est essentiel pour une prise en charge et un accompagnement de qualité. *« La conclusion peut être que le plan de retour à l'équilibre, c'est pas un problème. A mon sens, c'est une opportunité. Je pense que dans le cadre de la réforme de financement des EHPAD, c'est un outil dont de nombreux directeurs auront besoin parce que vous allez vous retrouver sans guide, sans outils, sans consigne, car pas plus le département que l'ARS ne sauront vous aider sur les conditions dans lesquelles vous pouvez bâtir votre EPRD et surtout le suivre. Sincèrement, le plan de retour à l'équilibre, c'est peut-être le terme qui est inapproprié car c'est un schéma d'emploi, est un document qui a vocation à permettre une bonne gestion de la structure ».* [ARS]

Afin qu'un plan de retour à l'équilibre soit mis en œuvre de manière efficiente, le directeur doit avoir une connaissance complète de la situation de l'établissement, tant des personnes accueillies, des professionnels, de l'architecture, que des organisations qui supportent au quotidien le fonctionnement de la structure. Une fois cette identification complète, lors de la préparation du plan de retour à l'équilibre, le directeur doit mettre en place des indicateurs de suivi de la qualité préalablement identifiés. Les indicateurs issus des enquêtes sur l'expérience des résidents sont des données clés à suivre pour s'assurer d'un accompagnement et d'une prise en charge de qualité. Les indicateurs de la qualité de vie au travail des professionnels sont aussi essentiels à suivre tant le lien entre la santé au travail des professionnels et la qualité de vie des résidents est fort.

Il est du devoir et de la responsabilité du directeur de toujours s'assurer que la qualité de vie des résidents est bien respectée ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels. Les directeurs doivent en ce sens adopter une gestion efficiente des moyens qui leur sont alloués au service des personnes âgées accueillies. Les autorités de tarification doivent alors octroyer les financements nécessaires à une prise en charge de qualité d'une population qui va être de plus en plus nombreuse et dont les besoins d'accompagnement seront de plus en plus lourds. Ils doivent être attentifs aux spécificités des établissements publics et surtout des personnes âgées accueillies au sein de ces structures.

La qualité de vie des personnes âgées dépendantes doit être au centre de la logique de performance des EHPAD. Un objectif d'équilibre financier n'a pas de sens s'il ne se fait pas au service des personnes accueillies et prises en charge. L'objectif commun de l'ensemble des acteurs, que ce soit les professionnels de l'établissements ou les autorités de tarification, doit toujours rester le maintien de la qualité de vie des résidents.

Bibliographie

Ouvrages :

- CLARGE Florence, GLESS Peggy, 2012, *La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*, Les Etudes Hospitalières, 126p.
- FAUGERAS Sylvie, 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social, paroles d'usagers et démarche qualité*, Paris : Seli Arslan, 272p.

Revue/ articles :

- BERTILLOT H, 2016, « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière, sociogénèse d'une rationalisation en douceur ».
- BRAND Olivier, RICHARD Christian, LANGLOIS Valérie, 2015, « Plan de retour à l'équilibre financier : Bilan et perspective au CHI Eure-Seine », *Gestion Hospitalière*, n°543, (pp97-101).
- CROW R, et al ,2002, "The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature", *Health Techno Assess.* (pp1-244).
- FENDER R et al., 2011, "Redonner du sens au travail: Essai de modélisation de la reconnaissance au travail", *Projectics/Proyética/Projectique*, n°8-9, (pp51-65).
- FONLUPT Gaëlle, FOUQUE Nicolas-Raphaël, 2009, "Les plans de retour à l'équilibre (PREF): un levier pertinent pour les établissements de santé", *Finances Hospitalières*, n°24, (pp9-14).
- GUILLAUME Stéphanie, OR Zeynep, 2016, "La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins: une approche qualitative explorative », *IRDS, Question d'économie de la santé*, n°214, (pp1-26).
- HURLIMANN Claire, 2001, « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *adsp* n°35, (pp23-28).
- LAGRAIS Céline, MASSON Bruno, "Elaboration et suivi d'un plan de retour à l'équilibre: utilisation de la comptabilité analytique", *Revue Hospitalière de France*, n°531, (pp70-73).
- OR Zeynep, COM-RUELLE Laure, 2008, "La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer?", *IRDS, Document de travail*, n°19, (pp1-19).
- RAYBOIS Mathieu, « Contraintes temporelle et qualité du travail dans l'activité des soignants », *Université Lille 3, Laboratoire PSITEC*, vol.20, n°1, (pp91-102).

- THOMAS Philippe, HAZIF-THOMAS Cyril, et al, 2015, «La qualité de l'accueil en EHPAD d'une personne âgée », *La revue de Gériatrie*, t.40, n°7, (pp417-426).
- TREGOAT Jean-Jacques 2008, « De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'Etat et de son administration territoriale », *Gérontologie et société*, vol.31, n°126, (p236).
- Carrière publique, mars 2012, « Pourquoi la performance bouleverse la fonction publique... » [en ligne], [visité le 03.05.2017], disponible sur le site internet : www.carriere-publique.com

Rapports:

- ANAP, 2012 "Piloter la performance dans le secteur medico-social, Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage", [visité le 05.03.2017], disponible sur internet: <http://cnape.fr/files/news/1107.pdf>
- ANESM, 2010, "Revue de littérature sur la qualité de vie en EHPAD: une synthèse de la littérature scientifique et un rapport sur des recommandations nationales », [visité le 24.07.2017], disponible sur internet: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/3%20revue_litt%C3%A9rature_synth%C3%A8se%20scientifique_rapport%20recommandations%20nationales_versionsite_mars2011.pdf
- ANESM: Recommandation des bonnes pratiques professionnelles: Volet 1: De l'accueil de la personne à son accompagnement, décembre 2010, [visité le 26.07.2017], disponible sur internet: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_qualite-de-vie_web.pdf
- ANESM: Recommandation des bonnes pratiques professionnelles: Volet 2: Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, juin 2011, [visité le 26.07.2017], disponible sur internet: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_04_QDV2_CS4_web090911pdf-2.pdf
- ANESM: Recommandation des bonnes pratiques professionnelles: Volet 3: La vie sociale des résidents en EHPAD, décembre 2011, [visité le 26.07.2017], disponible sur internet: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf
- ANESM: Recommandation des bonnes pratiques professionnelles: Volet 4: L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, septembre 2012, [visité le 26.07.2017], disponible sur internet: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf

- Chambre régionale des comptes Nouvelle Aquitaine, 2016, “rapport d’observation definitive : EHPAD Latour du Pin
- Conseil départemental de Gironde, “Règlement départemental d’aide social de Gironde », 2017, [visité le 17.07.2017], disponible sur internet:
<https://www.gironde.fr/sites/default/files/2017-05/RDAS-PA-PH-2017.pdf>
- Cour des Comptes, “les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics”, septembre 2013, [visité le 04.05.2017], disponible sur internet :
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_fragilites_redressement_financier_hopitaux_publics-.pdf
- HAS, “Mesure de l’expérience du patient: Analyse des initiatives internationaux”, COMPAQ HPST, avril 2011, [visité le 11.09.2016], disponible sur internet:
<http://www.rpcu.qc.ca/pdf/documents/Rapport-experience-patientVF.pdf>
- KPMG, “Observatoire des EHPAD” avril 2014: [visité le 05.08.2017], disponible sur internet:
<http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

Textes législatifs et réglementaire :

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002. [visité le 11.03.2017], disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Journal officiel, n°0301 du 29 décembre 2015. [visité le 3.04.2017], disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l’article L312-1 du code de l’action sociale et des familles, Journal officiel n°0298 du 23 décembre 2016, [visité le 17.07.2017], disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033674725&categorieLien=id>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. 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 forfaits journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du

II de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles, Journal officiel n°0298 du 23 décembre 2016, [visité le 17.07.2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/21/AFSA1616908D/jo/texte>

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret 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, Journal officiel, [visité le 25.07.2017], disponible sur le site internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42119.pdf

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens semi-directifs

Annexe 2 : Liste des entretiens informels

Annexe 3 : Photographie panoramique de l'EHPAD Latour du Pin

Annexe 4 : Tableau des effectifs par grade et par statut (janvier 2017)

Annexe 5 : Bilan financier

Annexe6 : Ratios financiers

Annexe 1 : liste des entretiens semi-directifs

Fonction	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Enregistrement	Sujets abordés
Président du conseil d'administration	30/06/2017	30 minutes	Oui	- définition de la qualité de vie, qualité d'accompagnement et de prise en charge
Médecin du conseil départemental	27/06/2017	1h13	Oui	- définition de la qualité de vie, qualité d'accompagnement et de prise en charge - rôle du médecin conseil du conseil départemental
Directeur territorial de l'ARS, responsable adjointe du pôle financement médico-social et addictologie, et inspecteur ARS	22/06/2017	50 minutes	Oui	- La définition de la qualité de vie, de la qualité d'accompagnement et de prise en charge des résidents - Le rôle d'un plan de retour à l'équilibre - Le traitement et prise en compte des fiches d'évènements indésirables - Le rôle de l'ARS et son accompagnement dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre
Représentants du personnel	15/06/2017	1h23	Oui	- La réorganisation précédente et son impact sur les professionnels de l'établissement - Leurs attentes par rapport au directeur dans le mise en place d'un plan de retour à l'équilibre - Définition de la qualité de vie des résidents

Annexe 2 : liste des entretiens informels

Fonction de la personne interrogée	Date des entretiens	Circonstances	Sujets abordés
Cadre supérieur de Santé	De janvier à juin 2017	- Groupe de travail projet d'établissement - COPIL Plan de retour à l'équilibre	- Qualité de prise en charge des résidents - Qualité d'accompagnement des résidents - Qualité de vie des résidents - Mesures du plan de retour à l'équilibre et impacts sur les résidents et sur les professionnels
Infirmières référentes, Aides-soignantes, Infirmières, Agents de services hospitaliers, Ergothérapeute, psychomotriciennes, Psychologues, représentant des familles	Janvier et mars 2017	- Groupe de travail projet d'établissement	- Qualité de prise en charge des résidents - Qualité d'accompagnement des résidents - Qualité de vie des résidents
Médecin coordonnateur	Janvier 2017	- Groupe de travail projet d'établissement - Comité d'admission	- Qualité de prise en charge des résidents - procédure d'admission

Annexe 3 : Photographie panoramique de l'EHPAD Latour du Pin



1 : Hospice : Direction + PASA

2 : Bâtiment dit « centrale » : 5 étages de

3 : Bâtiment dit « ménage » : 2 étages de

4 : Blanchisserie et ateliers

5 : Bâtiment dit « NB » : 3 étages de

6 : Bâtiment administratif

Annexe 4 : Tableau des effectifs (janvier 2017)

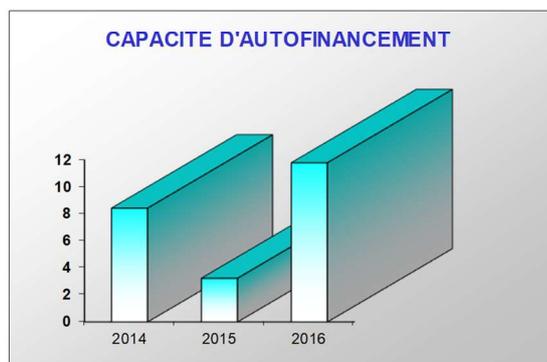
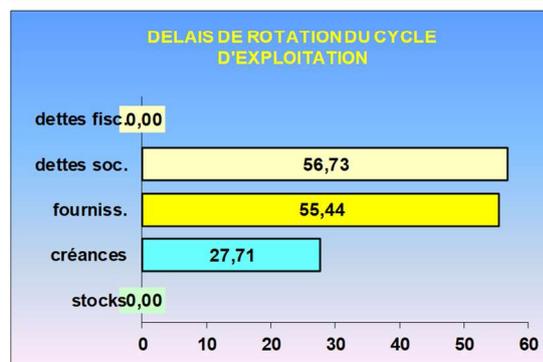
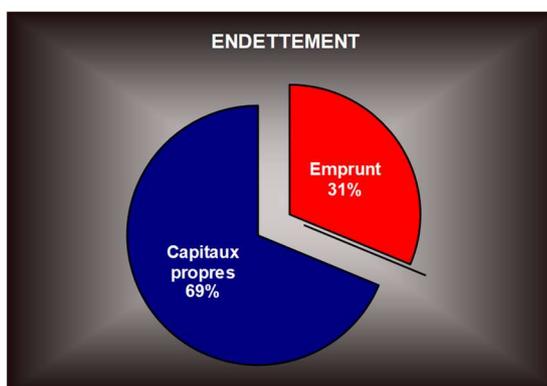
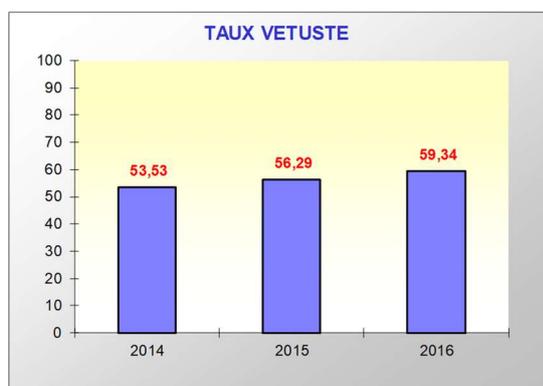
	ETP autorisés 2016	ETP réels				TOTAL
		Titulaire/ stagiaire	CDI	CDD	Contrats aidés	
Administratif						
Directeur	1	1				1
Directeur adjoint	1	1				1
AAH, ACH, TSH	3	2	1	0,7		3,7
Adjoints administratifs	3	2			1	3
Secrétaire médicale	1	1				1
TOTAL administratif	9	7	1	0,7	1	9,7
Educatif et social						
Animateur	2	1			1	2
TOTAL éducatif et social	2	1			1	2
Médico-techniques						
ASH	35,5	31		9,6	16	56,6
AS	49	47		21,2		68,2
Psychologue	1,6	1,8				1,8
TOTAL Médico-technique	86,1	79,8	0	30,8	16	126,6
Auxiliaires Médicaux						
IDE	17	12,3		7		19,3
ASG (PASA)	2	1,8				1,8
Psychomotricienne	1	1				1
Ergothérapeute	1	1				1
Diététicienne	0,2	0,2				0,2
Cadre de santé	2	2				2
TOTAL auxiliaires médicaux	23,2	18,3	0	7	0	25,3
Médical						
Médecin coordonnateur	1,4	1,2		0,5		1,7
TOTAL médical	1,4	1,2	0	0,5	0	1,7
Service Généraux						
OPQ	16	16,5			6	22,5
TOTAL Services généraux	16	16,5			6	22,5
Contrats aidés						
CUI/CAE/CA	13					
TOTAL contrats aidés	13					
TOTAL	150,7	123,8	1	39	24	187,8

Annexe 5 : Bilan financier

ANADES		BILAN FINANCIER					
BIENS	2014	2015	2016	FINANCEMENTS	2014	2015	2016
Biens stables				Financements stables			
Immobilisations incorporelles	151 727	249 092	384 257	Apports ou fonds associatifs	1 581 363	1 585 050	1 585 050
Immobilisations corporelles brutes :				Réserves ou provisions des plus-values nettes	4 492	4 492	4 492
- Terrains	17 646	17 646	17 646	Excédents affectés à l'investissement	503 019	503 019	503 019
- Constructions	5 924 004	6 027 039	6 027 039	Subventions d'investissements			418 000
- Installations techn., matériel, outillage	1 445 418	1 576 757	1 653 097	Réserves de compensat* des charges d'amort			
- Autres	1 669 407	1 747 407	1 825 288	Provisions pour renouvellement d'immobilisat*	1 509 893	1 976 412	1 944 412
Immobilisations en cours		50 394	314 493	Emprunts et dettes financières	2 535 704	2 293 561	2 035 349
Immobilisations financières				Dépôts et cautionnements reçus			15 593
Charges à répartir				Amortissements :			
Autres				- Immobilisations incorporelles	52 785	54 539	56 391
Amortissements comptables différés				- Constructions	2 999 521	3 187 804	3 420 473
Comptes de liaison investissement				- Installations techn., matériel, outillage	825 635	924 360	994 601
				- Autres	1 012 939	1 151 372	1 225 494
				Autres (résultats non contrôlés...)			
TOTAL II	9 208 201	9 668 334	10 221 821	Comptes de liaison investissement			
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)				TOTAL I	11 025 351	11 680 609	12 202 874
Actifs stables d'exploitation				FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)	1 817 149	2 012 275	1 981 053
Report à nouveau déficitaire	1 039 123	1 470 268	2 226 890	Financements stables d'exploitation			
Résultat déficitaire	420 623	800 017		Réserves et provisions de couverture du BFR	346 089	346 089	346 089
Créances glissantes (art.R314-98 CASF)				Réserves de compensation des déficits	242 613	242 613	236 505
Droits acquis par les salariés non provisionnés				Résultat excédentaire			19 927
Autres Dépenses rejetées par l'autorité de tarification	380 720	380 720	380 720	Report à nouveau excédentaire affecté à :			
Comptes de liaison exploitation (stable)				- réduction charges d'exploitation	951 220	961 742	924 455
TOTAL IV	1 840 467	2 651 005	2 607 610	- financement mesures d'exploitation	300 215	300 215	300 215
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)		743 346	780 419	Provisions pour risques et charges	73 000	57 000	
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF				Fonds dédiés			
Valeurs d'exploitation				Autres			
Stocks	49 522	49 522	49 522	Comptes de liaison exploitation (stable)			
Avances et acomptes versés	352 304	715 498	608 705	TOTAL III	1 913 138	1 907 659	1 827 191
Organismes payeurs, usagers				FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)	72 671		
Créances diverses d'exploitation	22 165	63 045	119 921	FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF	1 889 820	1 268 929	1 200 634
Créances irrécouvrables en non valeur				Dettes d'exploitation			
Charges constatées d'avance				Avances reçues	21 689	91 891	90 254
Neutralisation des dettes pour congés à payer				Fournisseurs d'exploitation	-3 801	14 414	360 576
Autres	54 466	45 815	2 100	Dettes sociales et fiscales			302 412
Comptes de liaison du cycle d'exploitation				Dettes diverses d'exploitation	38 589	63 825	53 842
TOTAL VI	478 457	873 880	780 249	Dépréciation des stocks et créances			
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)	412 621	692 215		Produits constatés d'avance			
Liquidités				Ressources à reverser à l'aide sociale			
Valeurs mobilières de placement				Fonds déposés par les résidents	4 338	6 120	3 831
Disponibilités	1 491 694	926 714	1 741 029	Autres (recettes à classer)	5 021	5 414	9 729
Créances sur cessions				Comptes de liaison du cycle d'exploitation			
Comptes de liaison de trésorerie				TOTAL V	65 836	181 665	820 644
TOTAL VIII	1 491 694	926 714	1 741 029	EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)			40 395
TRESORERIE POSITIVE (VIII - VII)	1 477 199	576 714	1 241 029	Financements à court terme			
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	13 018 820	14 119 933	15 350 709	Fournisseurs d'immobilisations	14 496		
				Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants		350 000	500 000
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
				Comptes de liaison de trésorerie			
				TOTAL VII	14 496	350 000	500 000
				TRESORERIE NEGATIVE (VII - VIII)			
				TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	13 018 820	14 119 933	15 350 709

Annexe 6 : Ratios financiers

 RATIOS			
Vue graphique			
	2014	2015	2016
STRUCTURE FINANCIERE			
1) ENDETTEMENT	41,3%	36,0%	31,3%
2) APUREMENT DE LA DETTE	1,66	1,80	2,05
3) DUREE APPARENTE DE LA DETTE	12,89	28,84	6,57
4) VETUSTE DES IMMOBILISATIONS	53,5%	56,3%	59,3%
- Constructions	50,6%	52,9%	56,8%
- Installations techniques, matériel, outillage	57,1%	58,6%	60,2%
- Autres	60,7%	65,9%	67,1%
5) FDR en jours d'exploitation	77,1 j	46,1 j	42,7 j
- Réserves de trésorerie en jours d'exploitat°	14,1 j	12,6 j	12,3 j
6) BFR en jours d'exploitation	16,8 j	25,1 j	-1,4 j
CYCLE D'EXPLOITATION			
7) VALEUR TECHNIQUE DU LIT (PLACE)	44 058	46 260	48 908
8) ROTATION DES STOCKS			
9) ROTATION CREANCES D'EXPLOITATION	16,0 j	31,6 j	27,7 j
10) ROTATION DETTES D'EXPLOITATION	-0,7 j	2,5 j	55,4 j
11) ROTATION DETTES SOCIALES ET FISCALES			56,7 j
12) CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT (C.A.F.)	196 771	79 534	309 810
CAF en % des produits	2,3%	0,9%	3,2%
TRESORERIE			
13) TRESORERIE en jours d'exploitation	60,2 j	20,9 j	44,2 j
Liquidités en jours d'exploitation	60,8 j	20,9 j	44,2 j
14) RATIO DE TRESORERIE RELATIVE	29,0	7,7	2,4



BERTET

Cécile

Décembre 2017

**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET
MEDICO-SOCIAL**

**PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE :
CONCILIER QUALITE ET TRAJECTOIRE
FINANCIERE**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des hautes études en santé public

Résumé :

Les établissements médico-sociaux évoluent aujourd'hui dans une logique de performance. Dans ce contexte, le directeur se doit de rechercher les moyens de maintenir une qualité de vie tout en assurant un équilibre financier. L'EHPAD étudié possède des caractéristiques architecturales, organisationnelles et financières qui ont conduit l'établissement à devoir mettre en œuvre un plan de retour à l'équilibre. Des indicateurs clés doivent alors être suivis si l'on souhaite maintenir la qualité de vie des résidents lors de la mise en œuvre des mesures d'un plan de retour à l'équilibre. C'est pourquoi la prise en compte du point de vue du résident sur sa qualité de vie à travers des enquêtes sur son expérience, ainsi que les indicateurs de la qualité de soins et de la qualité de vie des professionnels sont des données à suivre dans ce contexte. Différentes analyses nous ont montré la nécessité d'une gestion financière et budgétaire rigoureuse de l'établissement, notamment sur les dépenses d'exploitation et par rapport aux projets à venir. Différents leviers ont alors pu être identifiés que ce soit du point de vue financier et budgétaire qu'organisationnel et réglementaire. L'identification de ces indicateurs ainsi que de ces leviers nous ont permis de dégager différents scénarios de gouvernance et organisationnelles qui peuvent apparaître comme des solutions à des objectifs de performance de l'établissement. Il est ensuite démontré le rôle clé du directeur dans la conduite d'un plan de retour à l'équilibre ainsi que dans l'anticipation des marges de manœuvre possibles en cas de dégradation de l'accompagnement des résidents dans le but d'assurer la réussite d'un tel projet.

Mots clés :

Plan de retour à l'équilibre, qualité de vie des résidents, EHPAD, performance, indicateurs.

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.