



---

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

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Novembre 2024**

---

# **La politique d'investissement dans les EHPAD rattachés : constats et perspectives d'avenir**

---

**Inès BROISE**



---

# Remerciements

---

La réalisation de ce mémoire a été rendue possible grâce au soutien de plusieurs personnes, à qui j'aimerais manifester, dans ce court propos, toute ma gratitude pour l'aide et le temps qu'ils m'ont consacrés.

Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de direction du centre hospitalier d'Armentières, pour leur accueil et leur bienveillance tout au long de mon stage. Ils ont toujours été disponibles pour répondre à mes questions. Je remercie particulièrement mes deux maîtres de stage, M. BAYOD Samy et Mme DE ROO Hélène qui ont su m'accompagner dans la construction de ma posture en tant que future directrice. Enfin, un grand merci à Mme LEMAIRE Dominique qui a pris le temps de m'enseigner les rouages des finances de l'établissement, un domaine que je découvrais en grande partie, très instructif dans le cadre de ce mémoire.

Je tiens également à remercier les directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la région des Hauts de France de s'être prêtés au jeu de l'entretien semi-directif. Vous avez, par votre témoignage, apporté les éléments clés de mon mémoire. Merci pour votre temps et vos retours d'expérience.

Je remercie la Fédération Hospitalière des Hauts de France, en particulier à M. GUNST Serge, pour le temps accordé à mon sujet de mémoire. Merci pour votre témoignage et votre regard pertinent sur la situation des EHPAD dans la région des Hauts de France.

J'aimerais remercier également l'ensemble de mes professeurs de l'EHESP, dont Mme ROUTELOUS Christelle pour l'accompagnement dans la méthodologie du mémoire et M. LE ROUX Jean-Marc pour ses analyses précieuses et ses conseils pour ce travail.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
Méthodologie retenue .....	3
La phase de recherche et d'état de la littérature .....	3
L'autodiagnostic de la structure d'accueil .....	3
La réalisation d'entretiens avec des établissements de différentes tailles de la région des Hauts de France .....	4
Les propositions de solutions pour investir et les perspectives sur la future prise de poste .....	5
1 Les EHPAD rattachés constituent un modèle à part rencontrant aujourd'hui de nombreuses difficultés sur le plan financier et notamment en termes d'investissement...	11
1.1 Situés généralement dans des bâtiments anciens et plus médicalisés qu'en EHPAD autonomes, les EHPAD rattachés se distinguent par une gestion financière centralisée par l'hôpital.....	11
1.1.1 Les EHPAD rattachés se situent souvent dans des bâtiments relativement anciens et non réhabilités depuis plusieurs années .....	11
1.1.2 Des ressources RH plus importantes qui participent à une médicalisation plus prononcée de ces structures .....	13
1.1.3 Une gestion des finances de l'EHPAD centralisée au niveau de la Direction des Affaires Financières de l'hôpital.....	16
1.2 Déficitaires et souvent non prioritaires vis-à-vis du MCO, les EHPAD rattachés doivent composer avec un cadre réglementaire contraint imposé par le rattachement ne facilitant pas leur marge d'investissement .....	18
1.2.1 Des déficits budgétaires ne facilitant pas les actions possibles pour investir durablement dans l'EHPAD.....	18
1.2.2 De plus grande ampleur, les investissements sanitaires priment sur ceux du médico-social .....	20
1.2.3 Soumis aux règles de la commande publique et de la comptabilité analytique, les EHPAD rattachés font également face à un éloignement des prises de décision ne facilitant pas leur marge d'investissement.....	23

2	Face à ces nombreux défis, les EHPAD rattachés ont la nécessité de trouver des marges pour investir. Ils ont la possibilité à la fois d’agir sur leur fonctionnement interne ou de trouver des moyens extérieurs à la structure .....	26
2.1	Si une bonne construction des outils financiers et l’appui des fonctions supports sont des facteurs de réussite en termes d’investissement, le développement d’une culture médico-sociale dans la structure peut également être bénéfique .....	26
2.1.1	La bonne construction des outils comptables et leur analyse pour dégager les marges d’investissement de la structure .....	26
2.1.2	Malgré leurs coûts sur les budgets annexes, les fonctions supports du centre hospitalier apportent des bénéfices indirects à l’EHPAD pour la partie investissement	29
2.1.3	Le développement d’une culture médico-sociale dans l’établissement : un moyen de faire connaître l’EHPAD et ses besoins en investissement .....	32
2.2	Pour investir davantage, les EHPAD rattachés peuvent s’ouvrir à de nouvelles activités ou se regrouper avec d’autres structures. Dans certains cas, ils peuvent aussi faire le choix de la cession d’une partie de leur activité.....	34
2.2.1	L’existence de multiples sources de financement peut être une opportunité pour les EHPAD rattachés pour investir dans leur structure en s’ouvrant à de nouvelles activités, notamment en lien avec le virage domiciliaire .....	34
2.2.2	L’opportunité de se regrouper pour réaliser des économies d’échelle et favoriser le retour sur investissement.....	37
2.2.3	Dans certaines situations, des établissements font le choix de la cession d’une partie de leur activité EHPAD faute de moyens en interne pour y parvenir .....	40
	Conclusion .....	43
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	VI
	Annexe 1 : Cartographie des EHPAD dans la région des Hauts de France .....	VI
	Annexe 2 : Grille d’entretien .....	VI
	Annexe 3 : Analyse des entretiens menés.....	VII
	Annexe 4 : Autodiagnostic structure d’accueil (sur la base de la grille d’entretien) ...	XXVI
	Annexe 5 : Synthèse des demandes 2024 commission d’investissement.....	XXIX
	Annexe 6 : Financement de l’investissement 2024.....	XXX
	Annexe 7 : Investissement 2024 (PGFP).....	XXX

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AAP** : Appel A Projet

**AMO** : Assistant à Maitrise d’Ouvrage

**ANAP** : Agence Nationale d’Appui à la Performance

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**BFR** : Besoin en Fonds de Roulement

**CAF** : Capacité d’Auto Financement

**CASF** : Code de l’Action Sociale et des Familles

**CD** : Conseil Départemental

**CH** : Centre Hospitalier

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CME** : Commission Médicale d’Etablissement

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie

**CODIR** : Comité de Direction

**CRT** : Centre de Ressource Territorial

**CS** : Conseil de Surveillance

**CSE** : Comité Social d’Etablissement

**CVS** : Conseil de la Vie Sociale

**DAF** : Direction des Affaires Financières

**DGCS** : Direction Générale de la Cohésion Sociale

**DGOS** : Direction Générale de l’Offre de Soins

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

**DRH** : Direction des Ressources Humaines

**EHPAD** : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

**EPS** : Etablissement Public de Santé

**EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**FHF** : Fédération Hospitalière de France

**FRE** : Fonds de Roulement d'Exploitation  
**FRI** : Fonds de Roulement d'Investissement

**GCMS** : Groupement de Coopération Médico-Sociale  
**GIR** : Groupe Iso-Ressources  
**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire  
**GMP** : GIR Moyen Pondéré  
**GTCMS** : Groupement Territorial de Coopération Médico-Sociale

**HCAAM** : Haut Conseil Pour l'Avenir de l'Assurance Maladie  
**HAD** : Hospitalisation A Domicile  
**HP** : Hôpital de Proximité

**IAF** : Insuffisance d'Auto Financement  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique

**NBI** : Nouvelle Bonification Indiciaire

**PAI** : Plan d'Aide à l'Investissement  
**PASA** : Pôle d'Activités de Soins Adaptés  
**PGFP** : Plan Global de Financement Pluriannuel  
**PPI** : Plan Pluriannuel d'Investissement

**RH** : Ressources Humaines

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile

**TO** : Taux d'Occupation  
**T2A** : Tarification A l'Activité

**USLD** : Unité de Soin de Longue Durée

## Introduction

« *Il est inacceptable de laisser s'installer un déficit pour les structures qui s'occupent de nos aînés* ». Tels sont les propos du président du Collectif Santé en danger, Arnaud Chiche, lors de son intervention sur France Info le 19 avril 2024. Lors de son enquête sur la situation financière des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) publics de 2023, la Fédération Hospitalière de France (FHF) souligne une généralisation et une aggravation des déficits dans le secteur, menant à terme, à des difficultés de trésorerie en dépit d'une activité en augmentation depuis la crise covid (FHF nationale, 2024). Malgré la hausse de 650 millions d'euros de dotation de l'Etat en 2024 pour résorber ce déficit, les moyens financiers ne suffisent plus à enrayer le phénomène qui tend à s'aggraver au fil des années. Pour les Hauts de France, région de mon terrain de stage, près de 85% des EHPAD publics hospitaliers sont déficitaires en 2023 (FHF Hauts de France, 2024). Avec la hausse du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans d'ici 2040, des solutions financières rentables doivent pouvoir être trouvées afin de répondre à la demande exponentielle dans ce secteur (Nedelec, Somme, Charras, 2023).

L'EHPAD du centre hospitalier d'Armentières dans lequel je réalise mon stage de professionnalisation, est le reflet de cette situation. Avec un déficit proche des 200 000 euros, il est nécessaire de s'intéresser aux causes structurelles de ce phénomène. Il est d'autant plus important de comprendre que ce déficit ne permet pas d'investir dans la structure, malgré des besoins identifiés et réels.

Investir dans le champ sanitaire et médico-social a toujours été une priorité des gouvernements en place. Les plans « Hôpital 2007 » (6 milliards d'euros) et « Hôpital 2012 » (2,5 milliards d'euros) ont permis aux établissements de santé de réaliser des investissements immobiliers d'envergure. Faisant le constat d'un recul des investissements au cours de la décennie passée, l'Etat a initié un nouveau programme d'investissement avec le Ségur de la santé. Une enveloppe globale de 19 milliards d'euros a été consacrée aux différents projets d'investissements. Pour la première fois, cette enveloppe a été ouverte aux structures médico-sociales avec un volet spécifique relatif à ce secteur. Selon le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), l'investissement est une commodité visant à se mettre au service du soin. Il doit permettre également de répondre à l'accès aux soins sur le territoire (HCAAM, 2023). C'est un sujet aux multiples enjeux qui vise par exemple à l'amélioration de la qualité de vie au travail ainsi qu'un enjeu au niveau environnemental (Responsabilité Sociétale des entreprises, isolement des bâtiments vétustes...). L'investissement permet également de répondre aux nouveaux

enjeux des résidents en termes de confort et de prestations. Il peut permettre également d'améliorer la qualité des soins.

Selon la FHF, 116 EHPAD publics des Hauts de France sont rattachés à un Centre Hospitalier (CH). Ils constituent une part majeure des places disponibles sur le territoire avec plus de 22 000 lits d'hébergement, soit 47% des places disponibles sur la région (FHF HDF, juin 2024). A leurs côtés, les EHPAD autonomes proposent également une offre d'hébergement en complément de ces structures (cartographie des EHPAD de la région en annexe n° 1). Les EHPAD rattachés à un CH sont un modèle à part, qui mérite d'être étudié. L'exemple de l'EHPAD du centre hospitalier d'Armentières m'amène à faire quelques premiers constats en amont de l'enquête sur ce modèle :

- L'organisation des finances, des Ressources Humaines (RH) ou encore des travaux est assurée par les fonctions support de l'hôpital.
- L'organisation est plus médicalisée avec un ratio de soignants plus important qu'en EHPAD autonomes.
- Un accueil de tous les publics est assuré allant des moins de 60 ans aux personnes âgées de plus de 85 ans en perte d'autonomie. La structure bénéficie d'une habilitation à 100% à l'aide sociale.
- L'EHPAD se situe dans un bâtiment différent d'où s'exerce la Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Ce bâtiment est relativement vétuste avec encore de nombreuses chambres doubles et salles de bain communes.
- Un déficit important est constaté sur le budget EHPAD depuis plusieurs années sans succès de retour à l'équilibre.
- Une activité EHPAD en retrait et moins valorisée (financièrement et stratégiquement) par rapport au sanitaire avec un projet de cession de cette offre à l'horizon 2027.
- L'investissement du quotidien pour l'EHPAD constitue une enveloppe faible par rapport aux autres secteurs de l'établissement.
- Les investissements de grande envergure sont peu nombreux sur le pôle de gériatrie (et notamment sur la partie EHPAD)

Ces réflexions s'intègrent dans le cadre des travaux réalisés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) en 2022 sur le modèle des EHPAD rattachés, qui soulignent la situation problématique de ces établissements en termes fonciers et financiers notamment.

Au regard de ces deux constats (déficit des EHPAD publics et modèle des EHPAD rattachés en souffrance), mon terrain de stage m'invite à traiter le sujet de l'investissement

en EHPAD rattaché pour plusieurs raisons. Pour le centre hospitalier d'Armentières, cette étude vise à nourrir les réflexions sur les marges de manœuvre possibles pour investir dans un contexte financier plus que contraint. Pour les établissements environnants de la région, cette étude leur permettra de se comparer et de tirer profit des expériences positives de chacun en la matière. En résumé, s'intéresser à l'investissement en EHPAD rattaché permet de trouver des solutions pour accueillir au mieux les personnes accompagnées dans un contexte budgétaire tendu et avec des contraintes matérielles et humaines très fortes. Il a été fait le choix de s'intéresser à la politique d'investissement menée par la direction et non à son analyse dans le détail (bien qu'une analyse des grandes tendances a été effectuée pour chaque structure interrogée). Ainsi, on pourrait se poser la question suivante :

*Face à des bâtiments souvent vétustes et à des déficits budgétaires conséquents, comment les EHPAD rattachés à des établissements publics de santé peuvent-ils mener leur politique d'investissement pour améliorer l'accompagnement et les prestations des résidents qu'ils accueillent ?*

Pour répondre à cette problématique, j'ai suivi une méthodologie en quatre étapes, que je vais vous décrire ci-dessous.

## **Méthodologie retenue**

### **La phase de recherche et d'état de la littérature**

Face à un sujet aussi technique que l'investissement en EHPAD, la première étape de ce travail a été d'accomplir un inventaire de la littérature sur le sujet. Les ouvrages sur l'investissement en EHPAD sont peu nombreux et peu d'études ont été réalisées ces dernières années. Pour autant, certains manuels généraux m'ont permis d'appréhender les règles budgétaires générales, les différentes sources de financement possibles ainsi que la construction du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) dans les établissements médico-sociaux.

### **L'autodiagnostic de la structure d'accueil**

Une fois les notions appréhendées et les attendus en termes d'investissement compris, j'ai réalisé un autodiagnostic et un état des lieux de l'investissement de la structure de mon lieu

de stage. J'ai alors réalisé des entretiens informels avec plusieurs professionnels, notamment avec ceux de la Direction des Affaires Financières (DAF). Pour parfaire cette investigation, j'ai assisté à plusieurs réunions me permettant de comprendre la place de l'investissement dans le quotidien de l'établissement. J'ai ainsi pu participer à la commission des investissements, sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et, en amont, à tous les groupes de travail pour la préparer et faire ainsi remonter les besoins par pôle. J'ai eu la chance également de pouvoir participer à une réunion sur le schéma directeur immobilier avec le directeur travaux.

Cet autodiagnostic a été élaboré grâce à la mise à disposition des documents financiers internes de l'établissement. Pour permettre la comparaison avec les autres structures de la région, j'ai élaboré cet état des lieux sur la base de la grille d'entretien qui m'a servi de support pour mener à bien les entretiens semi-directifs avec les établissements de la région des Hauts de France (annexe n°4).

## **La réalisation d'entretiens avec des établissements de différentes tailles de la région des Hauts de France**

Afin de prendre de la hauteur et de dépasser le cadre de mon lieu de stage, j'ai réalisé un benchmarking de plusieurs établissements de la région des Hauts de France. Pour ce faire, j'ai mené des entretiens semi-directifs avec les directeurs de ces structures sur la base d'une grille d'entretien commune. Elle a été construite en quatre parties (annexe n°2) :

- Une première relatant les informations générales de la structure
- Une deuxième sur le fonctionnement de l'investissement dans l'établissement : son montant, son affectation, les différentes enveloppes, investissement courant / investissement long terme
- Une troisième partie sur les avantages et les inconvénients de ce système
- Une dernière partie sur les perspectives d'avenir en termes d'investissement avec des questions sur le virage domiciliaire, les groupements d'établissements, l'avis sur les modèles de structures, etc

Pour permettre la comparaison, j'ai fait le choix d'interroger plusieurs types de structures de taille différente afin de déterminer s'il existait des échelles plus favorables à l'investissement ou non. Ainsi j'ai interrogé des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), des Centres Hospitaliers (CH), des hôpitaux de proximité (HP) ainsi que des EHPAD autonomes (analyse des verbatims en annexe n°3). J'ai déterminé deux critères d'inclusion pour ces entretiens :

- Premièrement une volonté que les établissements se situent dans les Hauts de France pour pouvoir comparer les structures sur un territoire qui rencontre les mêmes difficultés et dispose des mêmes autorités de tutelle.
- Deuxièmement le choix d'établissements comprenant dans leur offre un ou plusieurs EHPAD.

Pour obtenir une vision plus générale sur le territoire, un entretien avec un membre de la FHF de la région a été mené. Voici le tableau des entretiens réalisés :

Entretiens réalisés				
Centres Hospitaliers Universitaires	Centres hospitaliers	Hôpitaux de Proximité	EHPAD autonomes publics	Autre
CHU 1	CH 1	HP 1	EHPAD 1	FHF
CHU 2	CH 2	HP 2	EHPAD 2	
	CH 3	HP 3	EHPAD 3	
	CH 4		EHPAD 4	
	CH 5 (lieu de stage)			

Quelques limites peuvent être soulevées concernant cette méthodologie. Il est à noter l'absence de témoignage des EHPAD privés lucratifs et non lucratifs qui n'ont pas répondu à mes sollicitations sur le sujet malgré plusieurs relances. Cette vision aurait eu le mérite de pouvoir comparer le secteur public et privé sur la question. L'étude de ce mémoire se focalisera ainsi uniquement sur le regard et les besoins des structures publiques. De même, les autorités de tarification (Agence Régionale de Santé (ARS) et Conseil Départemental (CD)) n'ont pas été approchées dans le but de centrer l'analyse sur les besoins des structures sans rentrer dans une analyse trop politique de la thématique.

### **Les propositions de solutions pour investir et les perspectives sur la future prise de poste**

Enfin, après retranscription et analyse des entretiens réalisés (retranscription partielle des entretiens en annexe n°3), une restitution des propositions pour investir dans un contexte contraint sera proposée. Elle compose la seconde partie de ce mémoire et se présentera en deux sous-parties : les solutions internes à l'établissement et les solutions à rechercher en externe.

**Encadré – Analyse des grandes tendances financières des établissements  
interrogés**

*Analyse effectuée à partir des balances comptables de la direction générale des finances publiques (année 2022 pour les EHPAD autonomes et 2021 pour les établissements de santé) :*

CHU n°1	
Résultat	-34 970 218
FRI	+208 596 338
FRE	-119 557 455
FRNG	+89 038 882
BFR	+128 966 824
TRESORERIE	-39 927 941

67% de taux de dépendance financière / 56% vétusté construction et 75% vétusté installations techniques / 1,79% de taux de CAF / -10,7 jours de trésorerie

CHU n°2	
Résultat	+1 631 714
FRI	+205 876 358
FRE	-88 463 893
FRNG	+117 412 464
BFR	+105 256 986
TRESORERIE	+12 155 478

80% de taux de dépendance financière / 54% vétusté construction et 80% vétusté installations techniques / 4,86% de taux de CAF / 6,8 jours de trésorerie

CH n°1	
Résultat	-2 835 272
FRI	+48 585 442
FRE	+1 262 809
FRNG	+49 848 251
BFR	+13 546 668
TRESORERIE	+36 301 581

44% de taux de dépendance financière / 86% vétusté construction et 84% vétusté installations techniques / 0,93% de taux de CAF / 97,7 jours de trésorerie

CH n°2	
Résultat	-638 648
FRI	+37 536 687
FRE	+21 088 251
FRNG	+58 624 939
BFR	+40 335 584
TRESORERIE	+18 289 354

38% de taux de dépendance financière / 62% vétusté construction et 69% vétusté installations techniques / 5,02% de taux de CAF / 24,9 jours de trésorerie

CH n°3	
Résultat	-5 574 950
FRI	+14 075 630
FRE	+3 906 830
FRNG	+17 982 461
BFR	+14 219 388
TRESORERIE	+3 763 072

25% de taux de dépendance financière / 66% vétusté construction et 74% vétusté installations techniques / 1,60% de taux de CAF / 7,9 jours de trésorerie

CH n°4	
Résultat	-143 499
FRI	+61 319 425
FRE	-27 609 966
FRNG	+33 709 459
BFR	+23 641 965
TRESORERIE	+10 067 494

67% de taux de dépendance financière / 62% vétusté construction et 85% vétusté installations techniques / 3,52% de taux de CAF / 18,7 jours de trésorerie

CH n°5 (lieu de stage)	
Résultat	-2 074 451
FRI	+30 555 121
FRE	-18 177 765
FRNG	+12 377 356
BFR	+5 032 847
TRESORERIE	+7 344 509

36% de taux de dépendance financière / 64% vétusté construction et 84% vétusté installations techniques / 1,39% de taux de CAF / 26,7 jours de trésorerie

HP n°1	
Résultat	+1 225 439
FRI	+20 535 566
FRE	+6 815 800
FRNG	+27 351 366
BFR	+6 106 529
TRESORERIE	+21 244 837

28% de taux de dépendance financière / 70% vétusté construction et 80% vétusté installations techniques / 8,99% de taux de CAF et 169 jours de trésorerie

HP n°2	
Résultat	-1 362 484
FRI	+3 045 046
FRE	+5 981 459
FRNG	+9 026 506
BFR	+1 606 342
TRESORERIE	+7 420 164

39% de taux de dépendance financière / 50% vétusté construction et 87% vétusté installations techniques / -0,79% de taux de CAF et 141,6 jours de trésorerie

HP n°3	
Résultat	-4 152 439
FRI	+8 066 162
FRE	-1 142 051
FRNG	+6 924 110
BFR	+1 410 292
TRESORERIE	+5 513 817

22% de taux de dépendance financière / 44% vétusté construction et 93% vétusté installations techniques / -0,67% de taux de CAF et 41,8 jours de trésorerie

Autonome n°1	
Résultat	-81 582
FRI	+638 229
FRE	+111 996
FRNG	+750 225
BFR	+25 276
TRESORERIE	+775 501

0% de taux de dépendance financière / 80% vétusté construction et 83% vétusté installations techniques / -0.17% de taux de CAF et 141,4 jours de trésorerie

Autonome n°2	
Résultat	+1 216
FRI	+1 453 628
FRE	+128 261
FRNG	+1 581 890
BFR	-86 899
TRESORERIE	+1 668 790

0% de taux de dépendance financière / 71% vétusté construction et 94% vétusté installations techniques / 5,66% de taux de CAF et 215,7 jours de trésorerie

Autonome n°3	
Résultat	+56 503
FRI	+1 526 606
FRE	+983 943
FRNG	+2 510 549
BFR	+409 366
TRESORERIE	+2 101 183

30% de taux de dépendance financière / 52% vétusté construction et 95% vétusté installations techniques / 7,50% de taux de CAF et 35,1 jours de trésorerie

Autonome n°4	
Résultat	+48 542
FRI	+1 432 596
FRE	+874 514
FRNG	+1 997 365
BFR	+399 875
TRESORERIE	+1 895 437

28% de taux de dépendance financière / 68% vétusté construction et 78% vétusté installations techniques / 6,98% de taux de CAF et 25,9 jours de trésorerie

Quelques remarques :

Les résultats sont la plupart du temps déficitaires avec des taux de CAF assez faible.

Des situations financières globalement saines mais avec des niveaux de trésorerie plutôt faibles, sauf pour quelques établissements qui présentent un bon niveau de trésorerie en jours.

En parallèle on note également des taux de vétusté élevés notamment sur les constructions.

Tous les établissements présentent des Fonds de Roulement d'Investissement (FRI) positifs. Mais ces ressources d'investissement ne peuvent être mobilisées car elles compensent le plus souvent des Fonds de Roulement d'Exploitation (FRE) trop faibles.

Les taux de dépendance financières sont nettement plus élevés pour les établissements de santé, ce qui peut freiner l'investissement dans ces structures. Les EHPAD autonomes ont eux plus de marges de recours à l'emprunt et donc à l'investissement.

# **1 Les EHPAD rattachés constituent un modèle à part rencontrant aujourd’hui de nombreuses difficultés sur le plan financier et notamment en termes d’investissement**

Le modèle des EHPAD rattachés se distingue, dans le paysage médico-social français, par une organisation différente de celle des EHPAD autonomes (A). Ces modalités d’organisation, bien que pertinentes sur différents aspects managériaux, sont à l’origine de plusieurs difficultés constatées, notamment sur le volet investissement (B).

## **1.1 Situés généralement dans des bâtiments anciens et plus médicalisés qu’en EHPAD autonomes, les EHPAD rattachés se distinguent par une gestion financière centralisée par l’hôpital**

### **1.1.1 Les EHPAD rattachés se situent souvent dans des bâtiments relativement anciens et non réhabilités depuis plusieurs années**

L’EHPAD rencontre de plus en plus des problématiques financières importantes qui limitent ses capacités de rénovation immobilière (Jeune, Porte, 2022). Ainsi, plusieurs EHPAD rattachés apparaissent comme vétustes et démodés quant à l’offre qu’ils proposent aux personnes âgées. Dans l’enquête menée, plusieurs établissements me font part de la dernière date de réhabilitation de leur structure, s’il y en a eu après la construction du bâti :

	EHPAD en CHU	EHPAD en CH	EHPAD en HP	EHPAD autonomes
1	Années 90	Années 90	2023	Années 40
2	Années 90	Années 2000	Années 80 + 2023	Années 70
3		Années 80 + 1 EHPAD de 2011	Années 50, années 90 + 2013	1991
4		Années 90		2014
5		Années 80, 2005		

On note que beaucoup d'établissements n'ont pas eu de réhabilitation de leur EHPAD depuis plus de 30 ans. Quelques structures interrogées affichent, en opposition à cette tendance, des EHPAD réhabilités à neuf. Sans en faire de généralité, ce sont les hôpitaux de proximité qui affichent ici la meilleure réaffectation de leur patrimoine immobilier. A la question « Pensez-vous que c'est grâce aux financements particuliers de la structure ? », les directeurs concernés me répondent que non. Les EHPAD autonomes n'affichent pas, dans cette étude, de meilleur taux de reconstruction que les EHPAD rattachés. Dans l'analyse des grandes tendances financières, il est remarqué un taux de vétusté relativement élevé pour l'ensemble des structures, notamment sur les constructions.

L'ancienneté de ces structures se traduit principalement par la présence de chambres doubles et de salles de bain communes. Cette configuration peut s'expliquer notamment par le fait que lors de la construction des EHPAD au début des années 60, les structures étaient pensées pour des résidents relativement autonomes (Sol, 2020). Aujourd'hui avec l'évolution des pathologies et l'augmentation des personnes en perte d'autonomie, ces configurations ne sont plus du tout adaptées pour un accompagnement de qualité des personnes âgées. Sur les 10 EHPAD rattachés interrogés (rattachés à un CHU, CH ou HP), 9 structures me font part de l'existence de chambres doubles dans leurs locaux. L'hôpital de proximité n°2 me confiera par exemple à propos des chambres doubles : « *c'est vrai qu'aujourd'hui ce n'est pas très attractif, notamment en termes de respect de l'intimité et puis les chambres doubles ça fait fuir les familles à tous les coups* ». Dans la même veine, le CHU n°2 fait le même constat : « *le nombre de chambres doubles c'est une de nos préoccupations. Ça retient les familles notamment* ». A contrario, l'hôpital de proximité n°1 ne propose lui que de la chambre individuelle grâce à la reconstruction à neuf de son EHPAD l'année dernière : « *les chambres sont très performantes sur le plan domotique, numérique, énergétique et structurel. Elles sont toutes équipées de rails.* ». Sur les EHPAD autonomes, la situation est similaire aux structures rattachées : sur les 4 établissements interrogés, seul l'EHPAD rénové en 2014 ne dispose que de chambres individuelles.

S'il est important de s'intéresser aux bâtis de ces EHPAD et de la présence ou non de chambres doubles dans les unités, il est instructif de les comparer avec les structures sanitaires auxquelles ils sont rattachés. Si on les compare par rapport aux dates de réhabilitation des sites sanitaires, sur les 10 structures avec EHPAD rattachés, 6 affirment qu'une rénovation du site principal a été réalisée ou est prévue dans les années à venir. C'est le cas par exemple de l'EHPAD rattaché au CH n°1 qui a entamé sa phase de modernisation ces dernières années. Le directeur de cette même structure affirmera également que cette rénovation du site MCO est faite en amont de la réhabilitation des EHPAD qui lui sont rattachés. Dans cette enquête, seul l'hôpital de proximité n°1 me fera

part de la réhabilitation et de la fusion de ces 3 EHPAD en priorité vis-à-vis du site MCO. Le directeur de la structure le justifie ainsi : « *je me suis dit au départ il faut les fusionner car on avait beaucoup de chambres doubles voire triples, le bâti était vétuste enfin bref il y avait tout à refaire* ».

Cette étude montrera également que les EHPAD rattachés sont situés sur des sites distincts de l'activité MCO. Sur les 10 structures étudiées, toutes me font part de la décentralisation des EHPAD sur un site à part de l'hôpital. Cette distance induit, dans une moindre mesure, une marginalisation de l'EHPAD. C'est ce qu'affirme par exemple le directeur du CHU n°1 : « *il y avait un projet de méga EHPAD (...) mais c'est très difficile, juste déjà sur où on met l'EHPAD. Il y avait aussi l'idée de le mettre sur le campus du CHU mais bon ça ternit l'image* ».

La structure de mon lieu de stage est le reflet de ce premier constat fait sur les EHPAD rattachés. Le site médico-social où se situent les 3 EHPAD, site appelé plus communément dans la structure la « maison de cure médicale », est un bâtiment distinct du MCO dont le bâti général date des années 80. Seul un des trois EHPAD a été réhabilité en 2005. Le site du MCO est en cours de modernisation avec l'inscription dans le schéma directeur immobilier de plusieurs réhabilitations pour le sanitaire (nouvelles urgences, extension du bloc opératoire, rénovation énergétique du bâtiment...). Cependant, les projets immobiliers d'envergure sur l'EHPAD sont inexistantes. Au contraire, une cession de l'activité EHPAD à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la ville est prévue en 2027. Ainsi, tout projet de réhabilitation d'envergure est écarté au regard de cette échéance prochaine. Concernant l'offre d'hébergement, deux EHPAD proposent un mix entre des chambres doubles et des chambres simples. L'autre résidence, plus récente, ne dispose quant à elle que de chambres individuelles et salles de bain privatives. Son attractivité est plus importante que les deux autres EHPAD puisqu'elle affiche un Taux d'Occupation (TO) de 92% en 2023 contre 70,40% pour les deux résidences plus anciennes expliquée notamment par ses chambres plus récentes. Si en résumé, cette enquête permet de dresser un premier constat des EHPAD rattachés dans la région en termes d'architecture immobilière, un deuxième élément pourrait être avancé concernant la constitution des RH dans la structure.

### **1.1.2 Des ressources RH plus importantes qui participent à une médicalisation plus prononcée de ces structures**

Dans son rapport de 2020, la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) faisait le constat que les taux d'encadrement en EHPAD variaient en fonction du statut de la structure. Si le taux d'encadrement est plus important dans le public que dans le privé, ce sont les EHPAD dits hospitaliers qui emploient le plus de personnel (en moyenne 69 Equivalents Temps Plein (ETP) pour 100 résidents) (Reynaud, 2020). Le ratio des effectifs par résident a d'ailleurs augmenté ces dernières années en EHPAD (Cour des comptes, 2022). Les éléments de cette enquête qualitative confirment ces propos. Dans la structure de mon lieu de stage, avec un capacitaire de 180 lits installés, nous avons un ratio de 0,62, équivalent à 112,01 ETP tous confondus pour un Gir Moyen Pondéré (GMP) à 678. Pour les autres établissements, voici un tableau récapitulatif des ETP affectés au budget EHPAD en fonction du nombre de lits autorisés.

	EHPAD en CHU	EHPAD en CH	EHPAD en HP	EHPAD autonomes
1	150 lits - 116 ETP	356 lits - 248 ETP	400 lits - ETP non renseigné	106 lits - ETP non renseigné
2	140 lits - 111 ETP	264 lits - 165 ETP	320 lits - 237 ETP	85 lits - 57 ETP
3		366 lits - ETP non renseigné	240 lits - 153 ETP	82 lits - 54 ETP
4		230 lits - 157 ETP		80 lits - 53 ETP
5		180 lits - 112,01 ETP		

Toujours selon la DREES, l'explication d'un nombre d'ETP plus important en EHPAD s'explique par la présence proche des services d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) dans le même bâtiment (Reynaud, 2020). Les services d'EHPAD ont conservé la même organisation RH que sur le sanitaire. Les EHPAD autonomes sont quant à eux moins dotés en ETP. Même si aux premiers abords on pourrait se réjouir d'un aussi bon taux d'encadrement dans les EHPAD rattachés, plusieurs études tendent à montrer que ces modèles ne répondent plus aux attentes des résidents et de leurs familles. L'entretien avec la FHF le confirme : « *Les structures doivent devenir moins sanitaires et proposer des prestations plus conviviales et hôtelières* ». Les EHPAD rattachés apparaissent, pour la plupart, comme des lieux de fin de vie, très protocolisés. C'est le cas par exemple d'une étude bretonne menée en 2023 qui analyse l'influence de l'architecture du bâtiment sur le confort des personnes accompagnées. Les auteurs révèlent que les éléments architecturaux faisant primer la logique d'habitat sur la logique de soin ont un impact positif

sur le bien-être des résidents (Nedelec, Somme, Charras, 2023). De manière générale, comme le montre d'ailleurs le label Humanitude, certains EHPAD tendent à se tourner vers une organisation en lieu de vie plus qu'en véritable structure médicalisée. La classification en type U ou en type J est désormais déterminante dans le choix de construction des nouveaux EHPAD, que l'on considère comme de véritables domiciles plus que comme un service de l'hôpital supplémentaire.

En plus d'avoir des ressources humaines plus importantes, les EHPAD rattachés ont aussi un accès plus aisé qu'en EHPAD autonome pour aller rechercher la ressource humaine. L'hôpital de proximité n°3 m'affirmera que : « *au niveau médical, on a la chance d'être dans un groupement avec un pôle inter-établissement. On a plus de 1000 agents et une équipe médicale de territoire active, donc on arrive toujours à s'en sortir* ». De même, le CHU n°1 me confiera que, même s'il existe des problèmes d'attractivité sur le pôle, il est toujours plus aisé de trouver des RH quand on est rattaché à un Etablissement Public de Santé (EPS) : « *c'est évident que c'est beaucoup plus facile pour une structure comme la nôtre de remplacer* » ou encore « *au CHU, on a des docteurs juniors d'EHPAD (...) On bénéficie de pâtisseries, de pharmaciens pour faire de la conciliation médicamenteuse* ». Pour les EHPAD autonomes, 3 structures sur les 4 me font part de problématiques d'attractivité RH et médicales. Même si ces tensions s'observent dans l'ensemble des EHPAD interrogés, les EHPAD autonomes apparaissent ici relativement seuls sur le territoire pour réaliser les remplacements (absence de pools ou d'équipes territoriales) et ne peuvent bénéficier d'une structure plus grande, tel que les EPS, pour les aider.

Sur le plan financier, la part plus importante de ressources humaines sur les EHPAD rattachés pèse de manière significative sur le budget annexe. Le titre I de l'EPRD concerne les charges liées au personnel. Dans tous les établissements, c'est le poste de dépenses principal, ainsi que celui ayant été le plus impacté par des facteurs exogènes à l'établissement. On peut notamment évoquer les différents effets prix non décidés par l'établissement (prime Ségur, augmentation des Nouvelles Bonifications Indiciaires (NBI), etc). Dans la structure d'accueil du lieu de mon stage, les charges de personnel représentent près de 7 350 000 euros, contre 80 000 euros de charges d'exploitation courante et de 2 240 000 euros de charges afférentes à la structure. En EHPAD autonomes, les postes de dépenses de titre I, bien que moins importantes par rapport aux structures rattachées, sont également celles qui sont les plus élevées.

Les RH sont donc plus nombreuses dans les EHPAD rattachés du fait de la proximité avec les unités sanitaires et les moyens techniques associés. On y retrouve donc des dépenses en RH importantes au regard de l'EPRD. Ces éléments, ainsi que les autres charges du

budget sont gérés dans leur globalité par la DAF de l'établissement sanitaire, qui réalise le suivi budgétaire et les éventuelles décisions modificatives de l'EPRD.

### **1.1.3 Une gestion des finances de l'EHPAD centralisée au niveau de la Direction des Affaires Financières de l'hôpital**

Tout établissement public dans le champ sanitaire ou médico-social est contraint par des règles budgétaires édictées par la comptabilité publique. L'article L. 314-7 V du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) prévoit que « *l'établissement tient à la disposition de l'autorité en matière de tarification tout élément d'information comptable ou financier ainsi que tous comptes annuels consolidés* ». Cette fonction est exercée par la DAF de l'établissement dans les Etablissements Publics de Santé. Les EHPAD qui y sont rattachés ont alors une marge de manœuvre relative sur cette compétence, ce qui n'est pas le cas des structures autonomes dans lesquelles le directeur a la pleine possession de ses budgets. Les EHPAD autonomes interrogés me font tous part de leur liberté dans les choix budgétaires de leur structure. L'EHPAD rattaché n°4 me confiera à contrario sur ce sujet : « *je ne maîtrise pas du tout mon financement : tu fais des demandes, ils te disent oui ou non et après en fin d'année on te dit si tu as trop dépassé ou pas* ». La DAF s'occupe ainsi du suivi des budgets annexes, ainsi que des sections exploitation et investissement. Elle établit les documents financiers obligatoires afin de pouvoir rendre des comptes aux autorités de tarification. Dans le cadre de ce travail, c'est la partie investissement qui a été investiguée plus précisément. Dans les établissements publics, on distingue deux types d'investissement : l'investissement courant et les structurantes Je reviendrai sur chacun de ces deux éléments.

L'investissement de long terme est une stratégie de l'établissement sur plusieurs années afin d'anticiper les projets financiers de grande envergure. Dans les EPS, il est alors construit un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) que chaque structure doit anticiper et actualiser régulièrement. Le PPI se construit en plusieurs phases. Tout d'abord, un recensement des besoins de chaque secteur est réalisé. Ces besoins seront alors étudiés en termes de faisabilité, d'utilité et de pertinence au regard des objectifs définis. Afin de ne pas impacter trop fortement un exercice budgétaire, l'ensemble de ces coûts d'investissements va être lissé dans le temps. Il est possible de prolonger la stratégie d'investissement en projetant le PPI sur la durée d'amortissement lorsque cela est possible (Sol, 2020). Ensuite, la DAF va alors créer son PGFP sur cinq ans ou dix ans, document qui va représenter sa trajectoire financière. On retrouve dans le PGFP l'ensemble des investissements courants et les grosses opérations. Pour les opérations immobilières, un

schéma directeur est alors initié et reprend les projets de grande envergure sur 10 ans avec les montants engagés chaque année pour réaliser ces opérations. Dans ce cadre, la place de l'EHPAD ne fait pas partie d'une section investissement qui lui est propre. L'entretien avec l'hôpital de proximité n°1 me le confirme : *« ce qu'il faut savoir c'est que l'enveloppe investissement général, elle n'est pas médico-sociale. C'est une enveloppe d'investissement global. »* ou encore le CH n°3 : *« l'investissement c'est le MCO. On a une direction qui s'occupe de tout ça et qui prépare sa tambouille »*. Certains établissements interrogés ont mené à bien des investissements de type grosse opération. Dans le cadre de la structure d'accueil de mon stage, le schéma directeur immobilier investi sur 10 ans n'inclut aucun projet pour l'EHPAD au regard de la cession de l'activité à l'EPSM dans 3 ans.

Concernant les investissements courants, plusieurs enveloppes budgétaires sont déterminées chaque année au sein de l'EPRD. On y retrouve les travaux, le biomédical, les équipements non médicaux et l'informatique. Ces enveloppes, dont les montants sont décidés chaque année par la DAF, permettent d'investir tout en étant autonomes sur ce qui est acheté. La DAF prend en compte un ensemble d'éléments pour déterminer le montant de ces enveloppes (moyens de la structure, source de financements, subventions octroyées...). Dans la structure de mon lieu de stage, voici les montants d'enveloppe octroyés pour l'année 2024 :

- Travaux à 120 000 euros
- Informatique à 100 000 euros
- Biomédical à 100 000 euros
- Equipements non médicaux à 60 000 euros

Pour les autres établissements interrogés et de même taille, les montants de ces enveloppes sont quasiment similaires à Armentières. Les 2 CHU me font part d'une organisation un peu différente les concernant. Au CHU n°1, une enveloppe EHPAD est octroyée à hauteur de 120 000 euros mélangeant à la fois la partie exploitation et la partie investissement. Le CHU n°2 me fera part du même constat.

En complément de ces enveloppes d'investissement annuel, une commission d'investissement, sous-commission de la CME, peut être mise en place pour octroyer des enveloppes supplémentaires pour les pôles. C'est le cas notamment dans la structure de mon stage, où chaque pôle fait remonter ses besoins tous les ans. La commission statue alors, après validation d'un montant maximal par la DAF, sur le montant de l'enveloppe à attribuer à chaque pôle.

Cette gestion financière par la DAF, qui inclut à la fois des bénéfices et des inconvénients pour l'EHPAD, ne résorbe pas les difficultés en termes d'investissement que les structures rencontrent dans la pratique. Si les EHPAD rattachés bénéficient du soutien de la DAF du côté sanitaire pour investir plus facilement, plusieurs freins sont à souligner quant à leur véritable marge de manœuvre.

## **1.2 Déficitaires et souvent non prioritaires vis-à-vis du MCO, les EHPAD rattachés doivent composer avec un cadre réglementaire contraint imposé par le rattachement ne facilitant pas leur marge d'investissement**

### **1.2.1 Des déficits budgétaires ne facilitant pas les actions possibles pour investir durablement dans l'EHPAD**

Selon la FHF, le déficit des EHPAD publics s'élève au total à 800 millions d'euros en 2023, soit une hausse de 60% en un an (FHF nationale, 2024). Cette situation est par ailleurs inédite puisqu'historiquement les EHPAD affichaient un certain équilibre de leur budget avant la crise sanitaire de covid-19 (Catton, Faugère, Hovine, 2024). Sur les 14 entretiens réalisés, 3 EHPAD sont à l'équilibre ou excédentaires. Deux sont des EHPAD autonomes avec un très bon taux d'occupation et l'autre est un établissement rattaché à un CHU. Sur les 11 entretiens affichant pour l'année 2023 un déficit (compris pour le budget EHPAD entre – 100 000 euros et – 2 millions d'euros), les raisons annoncées concernant la partie exploitation sont multiples :

- Activité en baisse (taux d'occupation en dessous des 95%)
- Inflation des prix et contexte politique de la guerre en Ukraine
- Les effets de la réforme du Ségur et de l'augmentation des charges de titre 1 du personnel
- Coûts des charges communes (expliqués dans le 3. de cette sous-partie)

Concernant l'activité, les EHPAD interrogés ont pour la plupart un TO non optimisé depuis la crise sanitaire de covid-19. Le tableau ci-dessous fait l'état des lieux des TO des structures interrogées au regard des tarifs hébergement (hors dépendance) proposés sur l'année 2023 :

	EHPAD en CHU	EHPAD en CH	EHPAD en HP	EHPAD autonomes
1	83% - 65,36 €	82% - 58,50 €	87% - 64 €	93% - 67 €
2	87% - 62,88 €	95% - 64,50 €	92% - 56,14 €	87% - 60 €
3		94% - 76 €	92% - 80 €	98,5% - 64,20 €
4		94% - 60,74 €		98% - 64 €
5		81,45% - 65,73 € / 76.26 €		

A quelques exceptions près, les TO affichés par les EHPAD rattachés sont en dessous des 94%, contrairement aux EHPAD autonomes dans cette étude qui affichent un meilleur taux. Plusieurs directeurs me font part de cette situation problématique : « *depuis 2021, on a des taux d'occupation qui remontent (...) mais quand je compare avec les débuts de ma carrière, on avait une place on avait 5 demandes pour y rentrer. Bon aujourd'hui ce n'est plus le cas* » (entretien CH n°4) ou encore « *c'est le covid qui a fait chuter énormément le taux d'occupation* » (entretien HP n°1). Pour la plupart des structures interrogées, les lits d'hébergement sont 100% habilités à l'aide sociale. Cette spécificité du service public induit par conséquent que les établissements ne sont pas maîtres à 100% de la fixation de leur tarif hébergement. En effet, c'est le président du CD qui en fixe le montant. Cependant, deux EHPAD sur un même territoire peuvent avoir des différences dans leur tarif dues par exemple à la prestation hôtellerie ou encore à des choix politiques. Le déficit des EHPAD est en grande partie lié au sous-financement des tarifs hébergement votés par le département (FHF, Robinet, 2024). Pour autant, analyser les TO de ces structures n'explique pas tous les déficits enregistrés. Certains témoignages me feront part que même les EHPAD avec un bon TO sont également en difficulté financière. Les causes de cette problématique sont multifactorielles et structurelles.

Le représentant de la FHF des Hauts de France m'expliquera alors que « *les EHPAD sont tous déficitaires aujourd'hui quasiment. Vous avez deux choses qui expliquent cela : les effets Ségur et l'inflation et la guerre en Ukraine* ». L'inflation constatée depuis ces dernières années n'a pas été prise en compte dans les tarifs appliqués dans les structures. Marc Bourquin, directeur d'hôpital, démontrera dans un podcast chez France Culture qu'en 2022, l'inflation a atteint les 6% quand les tarifs eux ont augmenté de 1% seulement (Catton, Faugère, Hovine, 2024). L'enquête menée dans le cadre de ce mémoire le montre bien également. Plusieurs directeurs avancent l'argument de l'inflation pour expliquer une partie de leur déficit. L'hôpital de proximité n°2 m'affirmera à propos du prix des protections qu'il a triplé en seulement un an. En parallèle de l'augmentation des prix, l'accroissement des dépenses de nature RH est également souligné par les structures interrogées. En cause

notamment : la prime Ségur dont les effets sont encore visibles sur les budgets 2023 et 2024 (FHF Hauts de France, 2024). L'EHPAD autonome n°4 fera également le constat de la montée en charge du groupe 1 due à l'évolution réglementaire relatif aux NBI.

L'ensemble de ces éléments amène l'EHPAD à présenter un déficit dans son EPRD et est une des causes principales aux manques d'investissement constatés dans ces structures. Le CH n°3 me dira : « *dans un établissement, tant que le budget est supportable, marge brute et capacité d'autofinancement (CAF), il va s'en sortir. Quand on est en insuffisance d'autofinancement (IAF) et en marge brute négative, on ne maîtrise plus son destin* ». Ainsi, les marges de manœuvre au niveau des investissements se déterminent en fonction du calcul de la CAF. Les taux de CAF sont faibles pour la plupart des établissements interrogés (encadré page 6 à 9). Cet indicateur désigne l'ensemble des ressources d'une structure pour assurer son financement (partie exploitation du budget). Dans un établissement en bonne situation financière, elle doit être positive (CAF) afin de pouvoir investir le surplus. Cependant, plusieurs établissements interrogés enregistrent à contrario une IAF, qui ne leur permet pas d'investir. C'est le cas par exemple de la structure d'accueil de mon lieu de stage qui enregistre une IAF à 2 millions d'euros tous budgets confondus en 2023. Cette situation rend difficile les marges d'investissement possibles, et notamment la capacité d'emprunt auprès des banques (Sol, 2020).

Malgré ces situations budgétaires problématiques, les déficits des EHPAD ne sont pas les seuls responsables du manque d'investissement dans les établissements. Des arbitrages décisionnels en termes d'investissement entre les activités sont également à noter dans le cadre de cette étude.

### **1.2.2 De plus grande ampleur, les investissements sanitaires priment sur ceux du médico-social**

Depuis de nombreuses années, les gouvernements en place consacrent de conséquents budgets pour la partie investissement en établissements sanitaires et médico-sociaux. Le Ségur de la santé en est un exemple avec plus de 19 milliards d'euros consacrés à cette thématique. Cette mesure inédite illustre une meilleure prise en compte des besoins en investissements dans le médico-social, avec une part de ces enveloppes qui leur est allouée, contrairement aux autres plans d'investissements antérieurs, centrés uniquement sur le secteur sanitaire. Pourtant, dans le cadre de cette enquête, les établissements interrogés me feront part de leur ressenti : les demandes d'investissements sanitaires sont souvent prioritaires sur celles du médico-social.

Si on recense les projets en cours ou à venir de ces structures, on peut noter la différence d'ampleur entre les projets. Si les investissements médico-sociaux se concentrent principalement sur des déménagements de services ou encore la transformation de chambres doubles en chambres simples, les investissements sanitaires concernent quant à eux des investissements plus lourds financièrement (achat d'équipements matériels lourds type scanners, extension des salles de blocs opératoires, etc). La directrice du CHU n°1 me fera part des projets dans l'établissement : « *au CHU, on a un projet CHU 2030 avec les gros projets et clairement les X (nom de l'EHPAD) n'en font pas partie. On a trois grosses opérations notamment pharmacie et on compte ça à 100 millions d'euros, une extension de l'hôpital, etc. Donc bah tu te doutes bien que l'EHPAD...* ». Idem pour la structure d'accueil de mon lieu de stage : les investissements inscrits dans le PGFP pour les années à venir n'incluent que des projets sanitaires de grande ampleur (extension salles de blocs opératoires, reconstruction des urgences, etc). Il est à noter également que ce constat peut aussi s'expliquer par la part des produits générée entre l'EHPAD et l'USLD. A Armentières, les produits de tarification de l'EHPAD affichent un montant de plus de 10 000 000 d'euros pour 2023, contre un peu moins de 98 000 000 euros pour le budget H. les produits de l'EHPAD représentent ainsi 10% de la totalité des produits du centre hospitalier. De ce fait, il est également normal que les investissements soient plus nombreux et plus coûteux sur le volet sanitaire. Sur le médico-social, même si la majorité des établissements m'annoncent des investissements moins volumineux, quelques établissements interrogés me feront part du contraire. C'est le cas par exemple de l'hôpital de proximité n°1 qui a fusionné ses trois EHPAD en un seul en construisant un établissement neuf pour un montant de 40 millions d'euros : « *on est parti sur un financement d'un tiers par un emprunt, un tiers de trésorerie pure et un tiers en subventions de l'extérieur* ». On notera dans cette étude, et sans en faire une généralité, que les reconstructions d'EHPAD dans leur intégralité sont réalisées par les hôpitaux de proximité. Un des arguments avancé par un des directeurs concerne le fait que la partie MCO étant moins développée que dans un hôpital, il est plus facile de se consacrer entièrement au volet médico-social. On remarque également que ce sont ces structures qui engagent le plus d'investissements dit innovants. Concernant les structures autonomes, les 4 EHPAD interrogés me parleront de leurs investissements et de leur facilité à les réaliser puisqu'il n'existe pas d'activités autres que l'EHPAD dans leurs structures. L'EHPAD autonome n°2 me confiera : « *sur le sujet de l'investissement, nous on est seul donc on va venir tout de suite investir si on a les moyens de le faire. Les décisions sont plus rapides et on peut arbitrer seul sur ça* ». Les chefferies ne sont en concurrence avec aucun autre secteur : leur investissement dépend uniquement de leur situation financière initiale.

Cette « priorisation » du sanitaire sur le médico-social, selon les constats de cette étude et basée sur les témoignages des directeurs en poste peut s'expliquer par deux raisons.

Tout d'abord, les investissements médico-sociaux sont considérés, par la plupart des décideurs d'établissement, comme non rentables sur le long terme. L'entretien avec le CHU n°2 me parlera du manque de retour sur investissement des projets médico-sociaux : *« c'est vrai qu'on a des limites quand on demande de l'investissement. On nous dit que l'EHPAD est déficitaire donc on ne peut pas investir. Les modalités de financement ne permettent pas d'avoir un gain économique. Sur le MCO, c'est déficitaire mais on peut investir car cela peut rapporter de l'activité et réduire la Durée Moyenne de Séjour (DMS) »*. Selon ses dires, il serait plus rentable d'investir dans un scanner qui permettra de développer l'activité radiologique plutôt qu'investir dans un EHPAD pour améliorer le bien-être des résidents. Cette affirmation est directement en lien avec les modalités de financement de ces activités. Si d'un côté la Tarification A l'Activité (T2A) permet de valoriser certains actes, l'EHPAD est quant à lui financé par l'ARS, le CD et le résident, quel que soit la réhabilitation réalisée sur le bâtiment ou sur l'achat de matériel (Laboueix, 2020). Ce constat est partagé par le directeur de l'EHPAD autonome n°2 qui m'expliquera que pour lui : *« c'est un frein à l'investissement. Parce que quand on est rattaché à un établissement hospitalier, l'EHPAD est pour moi jamais prioritaire (...) car en effet, quand on veut investir, on préfère le faire sur des équipements opératoires que dans un équipement hôtelier, qui semble moins important »*.

Enfin, les investissements médico-sociaux peuvent être considérés comme moins prioritaires car les EHPAD rattachés peuvent parfois faire face à une mauvaise connaissance du secteur médico-social dans leur propre structure. Comme le soulignent de nombreuses études, le secteur médico-social, de par la diversité de ses acteurs et de ses structures, peut apparaître complexe à appréhender dans son ensemble (Arnal-Capdevielle, 2020). L'hôpital de proximité n°2 évoquera cette difficulté dans son quotidien : *« souvent le sanitaire il considère que l'EHPAD il n'y a rien à faire de différent que l'hôpital mais c'est faux : on n'agit pas pareil car ici c'est un lieu de vie, pas un lit qui sera occupé 3 ou 4 jours par la personne »*. L'investissement dans les structures médico-sociales peut parfois aussi être compliqué quant à l'image qu'a le domaine dans les représentations de certains établissements sanitaires aujourd'hui, et notamment lorsque cela concerne les grosses structures. Le CHU n°1 évoquera quand il parle des éventuels emplacements de son futur EHPAD : *« il y avait un projet de méga EHPAD (...) mais c'est très difficile, juste déjà sur où on met l'EHPAD. Il y avait aussi l'idée de le mettre sur le campus du CHU mais bon ça ternit l'image »*. Dans ce contexte, les investissements dans ce secteur peuvent apparaître plus difficiles à appréhender.

Les priorités d'investissement entre les domaines sanitaires et médico-sociaux, s'ils peuvent apparaître comme des choix justifiés ou non, ne peuvent pas expliquer l'ensemble des difficultés des marges d'investissement des EHPAD rattachés. Les contraintes matérielles et réglementaires dont ces structures doivent répondre sont également un élément d'explication sur les difficultés d'investissement de ces structures.

### **1.2.3 Soumis aux règles de la commande publique et de la comptabilité analytique, les EHPAD rattachés font également face à un éloignement des prises de décision ne facilitant pas leur marge d'investissement**

Les EHPAD hospitaliers, du fait de leur rattachement à un établissement de santé, sont contraints de respecter certaines règles supplémentaires pour pouvoir investir par rapport aux autres structures publiques :

- La fonction achat dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)
- Le transfert de charges entre les budgets
- L'éloignement géographique de l'EHPAD des lieux où se prend la décision

Tout d'abord, les EHPAD rattachés, sont soumis, comme toute structure de statut public, au code de la commande publique et aux directives européennes en la matière. Concernant les achats d'investissement, il peut s'agir d'équipements médicaux, logistiques ou encore de travaux (FHF, 2011). Le respect de cette réglementation a pour but que les structures respectent les 3 principes fondamentaux : la liberté d'accès à la commande publique, l'égalité de traitement entre les candidats et la transparence des procédures dans les achats. Si ces principes permettent dans leur globalité de choisir les achats les plus adaptés et rentables pour l'utilisation des deniers publics, leur mise en place dans la pratique peut mener à quelques contraintes supplémentaires. Le CH n°4 me confiera à ce sujet : *« une des principales difficultés qu'on rencontre aussi sur la partie investissement, c'est le sujet des achats. Le code de la commande publique est hyper contraint et il est très difficile de faire ce qu'on veut en la matière (...) souvent en plus tu conclus ces marchés au niveau de ton GHT donc tu ne décides pas vraiment de tes prix ni de ton produit »*. Les marchés varient en effet en fonction du montant des achats qui détermine lui-même certaines contraintes en fonction des procédures choisies (exemple : publicité). Un autre établissement interrogé me dira que les marchés, une fois conclus, ne peuvent être rompus facilement : *« moi j'ai une solution si on veut arrêter tout ça (situation déficitaire), c'est qu'on arrête les travaux. Les marchés publics font que si on arrête les travaux on doit payer le montant des travaux donc en gros on est bloqué »* (entretien CH n°4). Pour résoudre une

partie de ces problématiques, plusieurs établissements se lancent dans les marchés globaux de performance. Ils permettent ainsi de déroger au principe d'allotissement et d'acheter en fonction d'objectifs de performance définis. (Nauleau, 2019).

Ensuite, les EHPAD rattachés font face également à la difficulté de répartition des charges communes entre les budgets qui pèsent lourdement sur les budgets annexes de l'EHPAD et contraignent, in fine, les capacités d'investissement. La DAF de l'établissement de mon lieu de stage m'expliquera ce système de comptabilité analytique appliqué dans tous les établissements gérant plusieurs budgets. Au centre hospitalier d'Armentières, la DAF pilote le budget principal de l'hôpital, le budget H, où se réalise tous les achats de toutes les activités. Afin de répartir les charges entre les budgets en fonction de ce qui a été acheté par chaque service, une sortie des stocks est effectuée sur les budgets annexes (budget EHPAD, budget école, USLD, etc). Cette sortie de stocks se traduit par une recette pour le budget principal et une charge sur les budgets annexes. Ces clés de répartition sont élaborées librement par les DAF de chaque établissement avec un arbitrage qui leur est propre. Dans l'établissement de mon lieu de stage, sur l'année 2023, 883 748 euros ont été facturés sur le budget de l'EHPAD au titre de ces charges communes. L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire le confirme également. Le CH n°1 évoquera alors la montée en charge de son budget selon ce mécanisme : « *la réactualisation des charges communes entre le budget H et le budget E, ce qui fait qu'on s'est pris 730 000 euros en plus sur l'EHPAD* ». Cet élément peut notamment être expliqué par les prix Ségur qui ont un impact sur le coût des fonctions support. Le CH n°2, dans la même veine et tout en se confiant sur la chance de pouvoir disposer de l'expertise technique des fonctions supports, évoque également cette difficulté sur le budget EHPAD. Pour témoignage, la directrice me confiera : « *l'établissement sur sa partie sanitaire c'est 220 millions d'euros de budget. EHPAD et USLD on va être à 22 millions d'euros de budget et donc en fait tout support qui va être facturé, les services informatiques, techniques, etc sont des services de luxe pour un EHPAD par rapport à son budget* ». Le rattachement a un coût pour l'EHPAD, contrairement aux structures autonomes, dont les contraintes sont moins importantes dans ce cadre avec la liberté pour eux de choisir leur propre fournisseur à moindre prix.

Enfin, les EHPAD rattachés ont plus de mal à contractualiser un investissement du fait qu'ils ne se situent pas sur le lieu géographique où se prend la décision finale. Toutes les structures interrogées se situent sur un site distinct du MCO, où est établie la DAF de l'établissement et plus généralement les fonctions supports. Le directeur du CHU n°1 me dira que « *la grosse difficulté c'est que pour l'élaboration de la partie investissement du CHU, on ne pense pas à l'EHPAD. Donc il faut viser le bon créneau, toquer à la bonne porte (...)* Le plus difficile c'est d'accéder aux lieux de décision ». L'écart géographique est

ici évoqué pour parler des difficultés qu'ont les EHPAD rattachés pour faire remonter leurs besoins d'investissement. C'est le cas également du CH n°4 qui me confiera un message dans la même veine que le précédent témoignage : « *Je suis un peu écarté de la décision financière de mon établissement. Par exemple, là ça fait plusieurs mois que je le réclame auprès de la DAF pour la gestion de mes comptes et avoir une marge de manœuvre sur mes budgets et bah c'est très difficile d'obtenir ces données* ». Contrairement à ces structures, les EHPAD autonomes ne rencontrent pas cette difficulté. Étant donné que les directeurs sont à la fois les DAF, Direction des Ressources Humaines (DRH), directeur des travaux de leur établissement, les prises de décision ne sont pas décentralisées comme c'est le cas dans les EHPAD rattachés.

L'investissement en EHPAD rattaché, comme nous le voyons avec cette étude, n'est pas aussi simple à appréhender dans la pratique. Les difficultés évoquées dans cette sous-partie (déficits des budgets E, priorité donnée aux projets sanitaires ou encore les contraintes imposées par le rattachement), soulignent une réelle complexité pour ses structures pour se développer et investir. Pourtant, certaines solutions, en interne et en externe à la structure, peuvent être avancées pour répondre en partie à ces contraintes.

## **2 Face à ces nombreux défis, les EHPAD rattachés ont la nécessité de trouver des marges pour investir. Ils ont la possibilité à la fois d’agir sur leur fonctionnement interne ou de trouver des moyens extérieurs à la structure**

Les EHPAD rattachés, malgré les difficultés qu’ils rencontrent sur la partie investissement, ne doivent pas ménager leurs efforts pour trouver des solutions pour toujours proposer le meilleur accompagnement des résidents possible. En interne, ils ont la possibilité de travailler sur leurs documents et leurs modalités de fonctionnement (A). En externe, les structures peuvent trouver des financements extérieurs, se regrouper ou bien, lorsque cela est nécessaire, céder une partie de leur activité (B).

### **2.1 Si une bonne construction des outils financiers et l’appui des fonctions supports sont des facteurs de réussite en termes d’investissement, le développement d’une culture médico-sociale dans la structure peut également être bénéfique**

#### **2.1.1 La bonne construction des outils comptables et leur analyse pour dégager les marges d’investissement de la structure**

Selon le HCAAM dans son rapport en 2023, les investissements comportent deux principaux enjeux : agir sur l’existant et son obsolescence ainsi que garantir une bonne implantation sur le territoire (HCAAM, 2023). Pour réaliser ces objectifs, les établissements élaborent des outils budgétaires réglementaires que sont le PGFP et l’EPRD, tous deux validés par les autorités de tarification du territoire concerné. Ces outils, afin de représenter le plus fidèlement la situation financière de la structure, doivent suivre une méthodologie bien précise que les établissements doivent pouvoir investiguer en équipe pluridisciplinaire. Pour maîtriser leurs investissements et leurs plans de financement, les directions d’établissements doivent adopter une méthodologie en plusieurs étapes (Camroux, 2014) :

- Tout d’abord, une analyse de l’existant doit être réalisée. Elle comprend le projet d’établissement, le suivi des immobilisations dans le bilan (constructions, aménagements) ou encore le respect de l’équilibre de la section investissement (subventions, provisions, emprunts ...).

- Ensuite, un recensement et une planification des besoins doit se mettre en place avec l'ensemble des acteurs. C'est une étape importante qui permet de motiver l'ensemble des parties prenantes (tutelle, salariés, dirigeants, fournisseurs). Au centre hospitalier d'Armentières, le recensement des besoins constitue une véritable démarche managériale pour susciter la motivation de chaque acteur. Une remontée des besoins, sans autocensure, est effectuée en première intention. Pour parfaire le dispositif, il est nécessaire de porter une attention toute particulière aux types d'immobilisations et aux durées d'amortissement. Ces indicateurs doivent alerter sur les priorités à mettre sur certains besoins (Camroux, 2014). Leur taux de vétusté doit permettre de prioriser certaines actions plus que d'autres. Une enveloppe de sécurité doit également être anticipée pour faire face à quelques imprévus au cours de l'année en cours.
- Enfin, une fois ce recensement effectué, le montage du PPI peut s'effectuer. Le PPI doit être cohérent avec les moyens de la structure, sans la mettre en difficulté sur les années à venir. Pour ce faire, il doit être bien préparé en amont, notamment grâce à l'analyse de la situation financière. Les établissements devront suivre les variations du FRI, FRE, BFR ainsi que la trésorerie (voir encadré sur l'analyse des grandes tendances des établissements interrogés). Dans l'étude menée, les FRI des établissements sont tous positifs, cependant ils ne peuvent être mobilisés car ils compensent un FRE relativement bas voire négatif. Les établissements ne disposant pas de documents d'analyse financière en interne rencontrent des difficultés pour trouver des marges d'investissement. Plusieurs indicateurs du contrôle de gestion doivent être suivis. On y trouve les indicateurs financiers comme la marge brute d'exploitation mais aussi les indicateurs opérationnels, comme le TO. Pour être pleinement serein quant à la démarche, les établissements devront s'attacher à justifier leurs choix par une note explicative en annexe du document. Cela permettra de démontrer que la structure a bien anticipé les risques encourus à de telles projections.

Cette méthodologie idéale, est également souhaitée par les établissements interrogés. Le CH n°3 me confie sa manière de voir les choses en la matière : « *moi ce que j'imagine, c'est qu'en juin, la direction de la gériatrie, elle recense les besoins sur son pôle et ensuite elle nous fait les propositions à la DAF. On prépare le volet financier avec les argumentaires accompagnants* ». Concernant les structures autonomes interviewées, le constat est le même : le recensement des besoins est une étape fondamentale pour bien élaborer ses futurs investissements : « *en N-1, on fait le recensement des besoins par service et donc*

*bah les choix d'investissement se font en fonction d'abord des demandes objectivées des responsables de service et des priorités.* » (Entretien EHPAD autonome n°3).

Certains établissements me feront part également de leur souhait de créer un volet médico-social dans leurs documents budgétaires. C'est le cas par exemple du CH n°2 qui me parlera de son projet, il y a cinq ans, de créer un volet médico-social dans son PPI : « *c'est une partie PPI spécifique à l'EHPAD et à l'USLD pour ne pas toujours qu'on passe en dernier dans ce qui est prévu et pour ne pas aussi qu'on utilise l'enveloppe budgétaire du centre hospitalier* ». Cette spécificité permettrait à l'EHPAD d'obtenir sa propre partie investissement. Tous les autres témoignages me feront part, au contraire du CH n°2, d'un investissement confondu entre le MCO et le médico-social. Cette initiative permettrait également de donner de la visibilité à l'EHPAD qui, quand on regarde les indicateurs financiers, dispose d'immobilisations avec des taux de vétusté très importants et des durées d'amortissement très longues par rapport au sanitaire.

Dans la même logique, la construction de ces documents permet de définir les marges de manœuvre sur lesquelles la structure peut agir. Par exemple, un levier possible réside dans le fait d'augmenter les prix de journée de l'EHPAD pour augmenter les capitaux propres. Pour les EHPAD habilités à l'aide sociale, il est également possible d'appliquer le tarif différencié entre les résidents bénéficiant de l'aide sociale et les résidents payants (ANAP, 2024). Introduite par la loi Bien vieillir du 8 avril 2024 à son article 24, le tarif différencié est désormais possible pour les EHPAD relevant en partie ou totalement de l'aide sociale. L'objectif est ici de laisser une marge de manœuvre aux gestionnaires pour appliquer eux-mêmes (et non par le CD), les tarifs d'hébergement pour le résident non bénéficiaire de l'aide sociale. Ces réflexions sur le prix de journée sont à mener en lien étroit avec les Conseils Départementaux qui fixent les tarifs d'hébergement de tous les résidents jusqu'à présent. En attente des décrets d'application pour ce nouveau dispositif, le tarif différencié devrait être envisageable au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Il est également possible de jouer sur d'autres leviers, comme par exemple les subventions d'investissement ou encore les reprises de provision (Sol, 2020).

Cependant parfois, les structures sont bloquées dans leur action. Leur taux de dépendance financière étant trop important, le recours à l'emprunt est plus difficile à contractualiser. Dans le cadre de cette étude, les EHPAD autonomes ont plus de marge de manœuvre sur ce sujet que les EPS. Au centre hospitalier d'Armentières par exemple, le recours à l'emprunt n'est possible que depuis 2024. Avant, le taux de dépendance financière était trop important pour contractualiser un prêt de cet ordre. Globalement, chaque choix de la

direction doit être motivé et justifié sur la base d'arguments solides et vérifiables par les autorités de tarification.

En résumé, les actions à mener :

- Analyser l'existant dans une structure et le patrimoine
- Etablir un recensement des besoins en impliquant l'ensemble des parties prenantes (s'en servir comme levier motivationnel)
- Construire l'EPRD et le PGFP en cohérence avec les moyens réels de la structure. Ces documents doivent être construits après analyse financière des grandes tendances
- Justifier des choix en commentant les options retenues et en légitimant les priorités définies
- Créer possiblement une section médico-sociale dans le PPI, distincte de celle du MCO
- Entamer un travail de collaboration avec le CD pour réviser les prix de journée en EHPAD

Sur un autre volet, et bien que cela représente un coût pour les budgets annexes, l'établissement peut jouer également sur l'avantage de ses fonctions supports pour investir.

### **2.1.2 Malgré leurs coûts sur les budgets annexes, les fonctions supports du centre hospitalier apportent des bénéfices indirects à l'EHPAD pour la partie investissement**

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe des transferts de charge entre le budget principal (le budget H) et les budgets annexes. Ces dépenses sont le résultat des expertises techniques, payées sur le budget H, qui ont profité à l'EHPAD au cours de l'année. Il est alors appliqué une clé de répartition en fonction des ressources mobilisées. Malgré ces coûts supplémentaires pour les budgets annexes, les fonctions supports du centre hospitalier apparaissent comme un levier pour l'EHPAD pour trouver des marges d'investissement. C'est pourquoi il est important de maintenir l'avantage de ces fonctions support sur l'EHPAD rattaché par le directeur. Elles sont principalement au nombre de quatre :

- Obtention de financements supplémentaires, notamment pour les dépenses du quotidien ou les imprévus
- Bénéfice de l'expertise financière de la DAF
- Intervention d'agents techniques ou logistiques sur l'EHPAD (refacturation au coût réel car pas de compétitivité)
- Facilitation de réponse aux différents appels à projet

Bien que sur l'investissement chaque pôle fasse remonter son besoin propre, force est de constater que l'EHPAD bénéficie indirectement aux produits générés par le budget principal de l'hôpital. Ces propos sont confirmés par plusieurs établissements interrogés dans le cadre de cette étude : *« malgré tout, on a quand même 120 000 euros, donc contrairement à d'autres, c'est pas mal. En plus de l'exploitation normale. On a quand même des crédits, sur le quotidien et les petites dépenses »* (entretien CHU n°1). Ou encore : *« c'est un atout parce qu'on a plus d'activités avec un volet recettes plus large que simplement le médico-social. Et donc on a plus de marge de manœuvre en termes de recettes et donc pour absorber la dépense et financer les amortissements. Plus le budget est conséquent et plus l'opération est viable »* (entretien HP n°3). Dans la structure du lieu de stage, le budget principal pallie les manques de l'EHPAD sur les imprévus. Par exemple, lorsqu'une climatisation tombe en panne, au lieu de prélever dans l'enveloppe investissement de l'EHPAD, les travaux peuvent être engagés sur des enveloppes annexes, telles que celles des travaux. Ces marges de manœuvre doivent être négociées entre les directions afin de gérer au mieux les deniers publics sans trop faire peser sur les budgets déjà en difficulté.

Concernant l'expertise financière, les EHPAD rattachés ont la possibilité de solliciter les agents de la DAF en cas de problématiques rencontrées. Non seulement la DAF élabore les budgets annexes et organise la stratégie générale, mais elle met à disposition des agents spécifiques aux budgets annexes. Ainsi, sur la structure de mon lieu de stage, un adjoint des cadres joue le rôle de référent avec le personnel de l'EHPAD. Ce constat est confirmé par les autres établissements interrogés : *« avec les fonctions supports, vous bénéficiez d'une expertise sur tous les sujets, ce que les directeurs d'EHPAD n'ont pas. En chefferie, vous avez intérêt à maîtriser tous les champs »* (entretien CH n°1). En structure autonome, cet avantage est regretté par certains : *« moi je suis directrice de deux sites, je dois tout gérer toute seule sur tous les aspects (...) Je n'ai pas l'expertise technique sur un sujet de prédilection. Je touche à tout mais je ne suis pas experte »* (entretien EHPAD autonome n°1). Il est donc important pour les directeurs en poste dans les EHPAD rattachés de faire perdurer l'avantage de ces expertises techniques et de les utiliser à bon escient pour permettre de dégager des marges d'investissement. Une attention particulière concernant la communication sur ce point est à noter. En effet, si de fait l'établissement de la stratégie financière de l'EHPAD n'est pas réalisée par le directeur de l'EHPAD lui-même, il doit s'assurer de disposer de toutes les informations nécessaires pour la bonne utilisation du budget de l'EHPAD. La communication et l'échange d'informations dans des points réguliers entre directions doivent pouvoir se mettre en place.

Le constat est le même pour l'intervention des supports techniques sur l'EHPAD. Quand il y a une panne ou un problème de maintenance sur la résidence, ce sont les services

techniques du centre hospitalier qui se déplacent pour résoudre le problème. La direction adjointe d'un CH me confiera que « *c'est une aide sur la partie technique. Concrètement les services techniques quand ils viennent regarder la toiture, etc c'est une véritable aide qu'on n'aurait pas autant si on était établissement autonome car on n'aurait pas les moyens de le faire* » (entretien CH n°2). Ici l'avantage pour les EHPAD rattachés réside dans le fait qu'ils n'ont pas besoin de faire venir un prestataire extérieur pour résoudre le problème.

Enfin, les fonctions supports des hôpitaux permettent, de par leur nombre d'agents plus conséquent, une meilleure réponse aux appels à projet de divers financeurs. Le représentant de la FHF des Hauts de France me le dira lors de notre entretien : « *le rattaché permet incontestablement de mieux appréhender la construction d'un nouvel EHPAD parce qu'ils ont les moyens pour monter le dossier et qu'ils ont plus de personnes pour répondre aux appels à projet et surtout plusieurs en même temps. En autonome, c'est plus compliqué* ». La réponse à ces appels à projet, permet, in fine, de rapporter à la structure des financements extérieurs pour mener à bien des projets d'investissement. Malgré le nombre important d'appels à projet dans le secteur, les dossiers de candidature demandent du temps et de la ressource pour s'y consacrer. Les fonctions support des hôpitaux peuvent être mis à profit pour y répondre dans les délais impartis.

En résumé les actions à mener :

- Avoir une bonne connaissance des différentes enveloppes annuelles de sa structure et négocier certaines dépenses pour ne pas faire peser davantage les charges sur un budget déjà en difficulté
- Organiser des points réguliers avec la DAF du centre hospitalier pour bénéficier de toutes les informations financières sur le budget de l'EHPAD et s'imprégner de la stratégie mise en place
- Maintenir le lien avec les supports techniques de la structure pour des interventions rapides et efficaces sur l'EHPAD
- Identifier les ressources mobilisables pour répondre le plus efficacement possible aux différents appels à projet et ainsi maximiser les chances d'obtenir des subventions d'investissement extérieures

Malgré la ressource disponible pour y répondre, les EHPAD rattachés doivent en complément développer une culture médico-sociale dans le CH afin de donner du sens et de la visibilité à leurs actions.

### **2.1.3 Le développement d'une culture médico-sociale dans l'établissement : un moyen de faire connaître l'EHPAD et ses besoins en investissement**

« Entrer dans le monde médico-social est un choix délibéré (...) Mais ce choix implique de quitter le milieu sanitaire, qui se veut performant, pour un milieu où les événements sont lents, où l'action est volontairement indirecte » (Truscelli, 2007). Les propos introductifs de cet article mettent en exergue des distinctions fortes entre le secteur sanitaire et celui du médico-social. Pourtant, bien que différent sur les fonctionnements et les financements, ils sont étroitement liés et doivent travailler ensemble pour accompagner au mieux le patient/résident. Dans le cadre de l'investissement, la partie médico-sociale a intérêt à développer sa culture sur le champ sanitaire pour se faire connaître. Mes observations sur le terrain de mon lieu de stage m'amènent à confirmer ces propos. Par exemple, lors de la commission des investissements de novembre dernier, tous les chefs de pôle étaient présents pour défendre leurs intérêts en matière d'investissement pour leur secteur, sauf le chef de pôle de la gériatrie. Sur d'autres sujets, comme par exemple la tenue des directoires ou des commissions médicales d'établissement, aucun gériatre n'est non plus représenté. Absent des principaux lieux où se prennent les décisions, les membres du pôle de gériatrie perdent en visibilité et ne peuvent pas faire remonter leurs problématiques de pôle concernant l'investissement. Ce constat m'amène à penser qu'il est alors important de développer une culture médico-sociale dans l'établissement sanitaire de rattachement. Cette culture peut être travaillée en trois principaux points par la direction de la gériatrie :

- Partager une vision et des valeurs communes
- Communiquer et promouvoir l'EHPAD
- Obtenir le soutien de la direction et mener des partenariats stratégiques

La première étape pour l'EHPAD rattaché dans cette situation, est de s'imprégner d'une vision pour le pôle de gériatrie, en adéquation avec les projets et les objectifs retenus sur le volet MCO. Sur la structure de mon lieu de stage, l'équipe soignante est en train de réécrire son projet médical, en lien avec la réactualisation du projet d'établissement de l'EHPAD. Il est alors expliqué la volonté de s'ouvrir à de nouvelles activités, telles que les soins palliatifs. Ces rédactions s'inscrivent dans une démarche plus large menée sur le centre hospitalier, notamment au sein des directions de pôle où les stratégies pour l'avenir sont énumérées en équipe pluridisciplinaire. Ces démarches sont nécessaires pour porter les besoins d'investissement du pôle de gériatrie à l'ensemble des parties prenantes de l'hôpital.

Ensuite, il est important de communiquer et de promouvoir l'EHPAD et ses spécificités au sein de l'établissement. Plusieurs moyens sont possibles pour atteindre cet objectif. Tout d'abord, et c'est le plus facile, il est important d'inscrire les sujets de l'EHPAD dans les instances de l'établissement. Si nous pensons forcément au Conseil de la Vie Sociale (CVS), il est important aussi que certaines thématiques soient abordées en directoire ou encore en Conseil de Surveillance (CS). De manière générale, cet aspect de communication est assez bien intégré dans les établissements : « *Dans les instances, quand il y a des sujets EHPAD, ils sont exposés aussi. En Comité Social d'Etablissement (CSE) récemment est passée l'organisation soignante par exemple* » (entretien CHU n°2) ou encore « *J'ai également repris les CVS, du coup on a inclus des membres du conseil de surveillance dans le CVS donc ça permet de faire des liens. En CS je leur fais valider les règlements de fonctionnement, les contrats de séjour, etc. cela permet de faire parler de l'EHPAD au sein des CH* » (entretien CH n°4). C'est le cas également sur la structure de mon lieu de stage. Outre cet aspect informatif, il est nécessaire également de présenter la stratégie du pôle, notamment en termes d'investissement. Cela permettra alors de donner de la visibilité à l'EHPAD et de montrer les réels besoins sur le secteur. Il est important également de faire connaître les spécificités du champ médico-social. En effet, dans les financements mais également dans la sémantique utilisée, ce secteur est spécifique par rapport au sanitaire et il est important de le faire comprendre et adhérer (Bigenho-Poet, 2014).

Enfin, pour développer une culture médico-sociale dans l'établissement, l'engagement de la direction générale doit se formaliser de manière concrète dans la pratique. Sur le lieu de mon stage, le changement de direction générale a été une opportunité pour l'EHPAD qui a pu, avec cette nouvelle arrivée, organiser des rencontres et proposer des nouvelles modalités stratégiques. Par exemple, nous avons organisé un Comité de Direction (CODIR) spécial gériatrie un mois après l'arrivée de la nouvelle directrice. Ce moment convivial a été l'occasion de parler des actualités de l'EHPAD ainsi que des projets futurs sur le pôle qui nécessitent de l'investissement humain et financier pour être développés. Au regard du succès de l'évènement, il a été décidé que les CODIR s'organiseraient désormais tous les quinze jours sur le site de l'EHPAD. Il est important pour la direction de montrer l'appartenance de l'EHPAD au centre hospitalier en y prenant des décisions clés dans ses murs. Cela permet de montrer également au personnel l'implication de la direction sur le terrain, ce qui véhicule une image très positive au sein de l'équipe.

Les autres établissements interrogés me feront part aussi de leur volonté d'intégration de l'EHPAD dans la stratégie institutionnelle : « *je fais partie du comité de direction, on se voit toutes les semaines. Il y a une disponibilité si j'ai besoin de mon directeur et de mes*

*collègues. C'est important que la direction puisse s'inscrire dans la stratégie de la gériatrie. Il faut leur laisser la place pour le faire et en retour qu'il nous laisse l'opportunité pour leur présenter des choses » (entretien CH n°2). Cet échange de bons procédés devra permettre à terme de mieux faire connaître l'EHPAD et ses problématiques au sein de l'institution.*

**En résumé les actions à mener :**

- Définir la stratégie de l'EHPAD en amont via les documents institutionnels : projet médical, projet d'établissement et en référer aux collègues sur le MCO
- Inscrire les points de l'EHPAD lors des instances de l'établissement (CVS, directoire, CS, CSE...)
- Faire adhérer la direction générale à la vision stratégique de l'EHPAD dans l'institution (montrer que l'EHPAD est une filière d'aval et donc une opportunité pour la structure)
- Être force de proposition pour créer des événements institutionnels en EHPAD : instaurer des CODIR gériatriques, visite du site de l'EHPAD aux équipes du MCO, etc

Malgré tout, les actions internes ne suffiront pas à obtenir des marges de manœuvre financières suffisantes pour investir dans les EHPAD rattachés. En complément, certaines ressources ou décisions devront être prises en externe à la structure.

## **2.2 Pour investir davantage, les EHPAD rattachés peuvent s'ouvrir à de nouvelles activités ou se regrouper avec d'autres structures. Dans certains cas, ils peuvent aussi faire le choix de la cession d'une partie de leur activité**

### **2.2.1 L'existence de multiples sources de financement peut être une opportunité pour les EHPAD rattachés pour investir dans leur structure en s'ouvrant à de nouvelles activités, notamment en lien avec le virage domiciliaire**

Agir sur les marges de manœuvre de la structure ne suffit pas toujours pour investir dans l'EHPAD, d'autant plus quand la structure est déficitaire. La recherche de financements extérieurs, par le biais notamment de réponse à des appels à projet, est une dimension intéressante à explorer pour les établissements (Sol, 2020). Différents financements extérieurs sont possibles. Tout d'abord, les subventions octroyées par les pouvoirs publics, notamment par l'ARS ou le CD, mais également sur le Plan d'Aide à l'Investissement (PAI). On retrouve également des financements des caisses de retraite, fondations privées ou encore des financements européens (Fonds Européen de

Développement Régional). Depuis quelques années, de nombreux appels d'offres sont également proposés sur la thématique du développement durable. C'est le cas par exemple des certificats d'économie d'énergie qui permettent aux structures de financer des travaux de rénovation énergétique des bâtiments. C'est le cas également concernant le numérique avec des financements spécifiques pour les établissements médico-sociaux intéressés. Dans le cadre de recherche de financement pour investir, le PAI, financé sur les fonds de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), est une mesure intéressante pour les établissements concernés.

Dans l'enquête menée dans le cadre de ce mémoire, sur les 14 établissements interrogés, 12 ont déposé au moins une fois un dossier PAI (8 EHPAD rattachés et 4 EHPAD autonomes). Le PAI est une aide à l'investissement immobilier des structures médico-sociales pour des opérations de modernisation ou de création de places supplémentaires. Actuellement, les établissements peuvent demander un PAI dans le cadre du plan 2021-2025 qui consacre plus d'1,5 milliards d'euros, dont 990 millions pour les EHPAD pour les projets immobiliers et 2,1 milliards d'euros pour la rénovation d'équipement et de rattrapage numérique (Instruction CNSA, 2022). Avant 2020, les PAI étaient financés par les excédents budgétaires de la CNSA (Sa, 2012). Aujourd'hui, ils sont financés sur les crédits propres de l'assurance maladie, dans le cadre du Ségur de la santé. C'est une aide unique et non reconductible qui doit être demandée par le biais de la constitution d'un dossier de demande avec un plan prévisionnel des dépenses du projet. Les dossiers de demande inférieurs à 800 000 euros et n'ayant pour objectif que la mise aux normes techniques (sauf si dans un projet plus global), ne sont plus acceptés dans ce plan. Pour être éligible au PAI, l'établissement doit pouvoir s'inscrire dans une de ces dispositions : ouverture sur l'extérieur, création d'un Pôle d'Activités de Soins Adaptés (PASA) ou encore favoriser le « chez soi ». Une priorisation des établissements considérés comme ayant des besoins urgents est annoncée par la CNSA. Cette aide est un véritable levier pour investir dans les structures, pour y développer notamment de nouvelles activités. La constitution d'un dossier de demande doit être privilégiée par la direction de l'établissement.

Pour pouvoir répondre à ces multiples sources de financement, le directeur et son équipe doit pouvoir proposer un projet solide et bien ficelé. Cette condition demande du temps, ce qui est confirmé par le témoignage d'un des directeurs en poste interrogé : « *Le temps a fait que le projet a eu le temps de mûrir et le fait d'être retoqué car n'était pas viable, on l'a revu à la baisse mais sans lâcher l'ambition de ce qu'on voulait* » (entretien EHPAD autonome n°3). Comme dit précédemment dans cet écrit, l'avantage de disposer des fonctions support pour les EHPAD rattachés doit pouvoir être ici mis à contribution pour en faire une véritable force.

Cette recherche de financements extérieurs rejoint également la volonté des pouvoirs publics en place de mettre à profit ce qu'on appelle plus communément le « virage domiciliaire » dans les EHPAD. Proposer de nouvelles activités en lien avec le domicile peut être une opportunité pour obtenir des financements extérieurs et développer son activité pour mieux accueillir les résidents. Quand l'établissement rencontre des difficultés en termes d'investissement, le directeur doit chercher de nouveaux modes de gestion. S'intéresser au virage domiciliaire est une des options (Sol, 2020). L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a rendu un rapport complet sur le sujet. Le constat est clair : depuis quelques années, les français refusent de manière croissante de rentrer en EHPAD et privilégient le maintien à domicile le plus longtemps possible. La politique domiciliaire voulue par le gouvernement pour répondre aux aspirations des français se traduit par deux dimensions : la première sur le renfort du secteur du domicile (Hospitalisation A Domicile (HAD), Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), etc) et la deuxième sur l'adaptation de l'EHPAD en y intégrant le domicile (Emmanuelli, Frossard, Vincent, 2024). Malgré de fortes volontés, le virage domiciliaire reste fragile selon les inspecteurs. Un des axes avancés par ces derniers (axe 4) consiste à demander à l'Etat un plan national de transformation domiciliaire des EHPAD avec la création, dans certains départements en tension, de places supplémentaires dans les structures. Les établissements interrogés soutiennent pour la plupart la volonté de transformation des EHPAD en intégrant le domicile : « *Il est indéniable. Les EHPAD ne doivent pas négliger ce virage* » (entretien CH n°2) ou encore « *c'est un virage nécessaire et c'est également une demande de la population qu'on accueille donc on doit pouvoir y répondre favorablement. Associer les SAAD, les SSIAD à tout ça pour créer des ponts* » (entretien HP n°2). Plusieurs établissements ont déjà initié la démarche, y compris dans la structure de mon lieu de stage. C'est par exemple la création des Centres de Ressources Territoriaux (CRT) développés par l'ARS qui vont permettre de créer des liens entre l'institution et les acteurs du domicile. Il est à noter toutefois que certains directeurs sont méfiants quant aux objectifs visés par ce virage. Si l'objectif est de retarder l'arrivée en EHPAD, il ne faut pas non plus que cela mette en difficulté la structure qui va accueillir des résidents de plus en plus dépendants du fait de ce maintien à domicile : « *donc on participe à une certaine filière c'est très bien, mais elle va arriver encore plus tard que ce qu'elle ne l'est déjà* » (entretien CH n°1). Il est donc important d'accompagner ce virage domiciliaire en proposant l'intervention du domicile dans l'EHPAD avec comme objectif des entrées progressives en institution. Le développement de l'hébergement temporaire peut être une bonne solution.

En résumé les actions à mener :

- Répondre à de nombreux Appel A Projet (AAP) pour trouver des financements extérieurs. Identifier des ressources RH pour y répondre (consacrer du temps pour cette mission)
- Utiliser le levier des PAI pour les projets immobiliers
- Proposer le virage domiciliaire en EHPAD car c'est une volonté des résidents actuellement. Mais vigilance à avoir sur les profils dépendants que cela va susciter de manière croissante. Prévention de la lourdeur des soins
- Créer du lien et des synergies avec les acteurs du domicile (HAD, SSIAD) et proposer des interventions réciproques
- Développer l'hébergement temporaire en solution alternative à l'hébergement permanent

En parallèle du développement de ces nouvelles activités, les EHPAD peuvent aussi mener une réflexion de regroupement entre eux dans le but de créer des synergies et des économies d'échelle.

### **2.2.2 L'opportunité de se regrouper pour réaliser des économies d'échelle et favoriser le retour sur investissement**

Les EHPAD rattachés, du fait de leur rattachement à un centre hospitalier, sont regroupés au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire dont leur établissement support fait partie. A contrario, les EHPAD autonomes, bien qu'ils aient la possibilité de se rattacher au GHT également, ne sont pas automatiquement constitués en groupement à l'exception de quelques modèles observés sur le terrain. Le regroupement sous toutes ses formes (Groupement d'Intérêt Economique, Groupement de Coopération Sanitaire...) dispose de plusieurs avantages, énoncés lors de cette étude par les directeurs interrogés :

- La rupture de l'isolement des établissements sur le territoire
- Le partage de compétences et de connaissances entre structures
- La mutualisation de certaines fonctions pour réaliser des économies d'échelle
- Le développement et la création d'un travail en réseau

Dans le cadre des GHT, le bilan est mitigé (Cour des comptes, 2020), d'autant plus lorsqu'on regarde les effets positifs sur la partie médico-sociale. Dans l'ensemble des GHT des Hauts de France, seulement 4 EHPAD autonomes sont adhérents à un GHT (FHF HDF, 2024). Si plusieurs établissements en font la promotion comme c'est par exemple le cas de l'hôpital de proximité n°1 : « *les EHPAD peuvent rejoindre un GHT. Cela leur donne à mon sens une sécurité notamment dans les parcours de soins ou les partages de compétence entre les secteurs* », d'autres structures n'y voient pas de plus-value pour les

EHPAD. Le CH n°3 me confiera sur le sujet : « *Faisons le bilan des GHT (...) Pour prendre l'exemple des marchés publics dans le GHT, j'augmente mes prix de 15 à 20%. Le marché est beaucoup plus long à sortir* ». Contrairement aux EHPAD rattachés, les EHPAD autonomes disposent de solutions alternatives pour se regrouper en dehors des GHT :

- La formation d'un Groupement de Coopération Médico-Sociale (GCMS). Dans la région des Hauts de France, 3 modèles sont recensés. Le GCMS Grand Lille regroupe 32 EHPAD autonomes sur le territoire. Certains des directeurs ont été interrogés et leur retour est très positif sur le modèle : « *Nous dans le GCMS cela permet vraiment une mutualisation sur plusieurs moyens, notamment sur la démarche qualité, les groupements d'achat, sur les formations, sur les missions d'expertise* » (entretien EHPAD autonome n°2). A leur côté, le GCMS du centre Picardie est en cours de cessation de son activité. Un autre GCMS Flandre Littoral est en cours de constitution avec le regroupement pour le moment de 8 EHPAD autonomes.
- Les Groupements Territoriaux Sociaux et Médico-Sociaux (GTSMS) instaurés par la loi Bien vieillir du 8 avril 2024. Ces groupements ont quatre principaux enjeux : mutualisation des fonctions, rénovation de l'offre, renfort de l'attractivité et amélioration du parcours des personnes âgées. Cette création est née du fait qu'encore beaucoup de structures autonomes étaient isolées sur le territoire malgré la création des GHT. Demain, les EHPAD autonomes auront l'obligation soit de rejoindre un GHT soit un GTSMS. Les décrets d'application attendus pour la rentrée 2024 préciseront plus en détail les modalités d'intégration à ces dispositifs.

Mais quid des EHPAD rattachés ? Existe-t-il une alternative au GHT ou ne doivent-ils nouer des coopérations qu'à travers cette forme de groupement ? Les dispositions actuelles prévues par les GTSMS laissent la possibilité aux EHPAD communaux et aux EHPAD hospitaliers de s'y rattacher (Vang, 2023). Cependant, une vigilance est de mise : les décrets d'application n'étant pas encore publiés, il est difficile aujourd'hui d'affirmer à 100% la possibilité pour les EHPAD rattachés de faire partie à la fois d'un GHT et d'un GTSMS. Pour autant, la journée médico-sociale des Hauts de France du 7 juin dernier, qui a réuni notamment des personnalités de l'ARS et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), affirmait plutôt que cela serait possible. Pour l'EHPAD, ce rattachement peut permettre certains avantages notamment sur la partie investissement. En plus de pouvoir bénéficier des avantages du GHT dont il fait partie, l'EHPAD rattaché s'il se constitue avec d'autres en GTSMS pourra ainsi mutualiser certains de ces moyens avec d'autres. Cela passera par exemple par la réponse en commun d'appels à projet portés au nom du GTSMS. Cela permettrait à ces structures d'obtenir plus de poids pour peser dans la

balance des décisions lorsque des crédits sont octroyés pour mener à bien un projet. Sur d'autres leviers, le GTSMS contribuera également à nouer des liens avec les autres structures médico-sociales du territoire pour y créer des coopérations plus facilement. En résumé, les GTSMS apparaissent comme une solution de repli intéressante pour les EHPAD rattachés qui ne trouvent pas d'avantages à être seulement intégrés au sein des GHT de territoire.

En parallèle de ces possibles créations de groupements, une opportunité pour les EHPAD rattachés peut également résider dans la création d'un collectif informel de directeurs médico-sociaux au sein d'un territoire. Le CH n°2 évoquera cette idée lors de notre entretien sur le sujet : « *les liens GHT sont à vrai dire assez minces pour la partie médico-sociale. On se disait avec certains collègues qu'il fallait qu'on lance quelque chose, une forme de COTEMS du médico-social mais pour le moment il n'y a rien* ». L'initiative est également en cours de réflexion sur la structure de mon lieu de stage. Des réunions informelles s'organisent entre les directeurs médico-sociaux de plusieurs établissements environnants pour échanger sur les pratiques et sur les organisations au sein de l'EHPAD. Généralement, ce sont des temps très appréciés des directeurs qui permettent d'échanger sur des thématiques spécifiques au secteur et qui nouent des liens entre eux. Cela permet de développer une spécificité que certains EHPAD rattachés disent ne pas retrouver toujours lors des CODIR sur la partie sanitaire.

En résumé les actions à mener :

- Participer aux réflexions de territoire pour l'intégration de l'EHPAD au sein du GTSMS (sous couvert que les décrets d'application les y autorisent en plus du GHT)
- Créer du lien et proposer des rencontres avec les acteurs médico-sociaux environnants pour proposer des travaux conjoints
- Créer un collectif informel de directeurs médico-sociaux pour le partage de bonnes pratiques et de compétences (s'informer sur les plus-values d'un tel regroupement et voir si, sur le territoire, la logique de coopération est envisageable et souhaitée)

Malgré tout, parfois, les structures bien que volontaires pour répondre à des appels à projet pour diversifier leur offre et pour se regrouper et créer des économies d'échelle ne s'en sortent toujours pas sur le volet financier. Une solution demeure concernant la cession de l'activité, même si toutefois elle est à prendre avec des pincettes au regard de notre devoir de service public et d'accueil des publics vulnérables.

### **2.2.3 Dans certaines situations, des établissements font le choix de la cession d'une partie de leur activité EHPAD faute de moyens en interne pour y parvenir**

« L'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente pour la délivrer, qui s'assure que le cessionnaire pressenti remplit les conditions pour gérer l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil dans le respect de l'autorisation préexistante » (article L. 313-1 du CASF). La demande de cession doit comporter trois parties : une administrative, une relative au personnel et une dernière financière (décret n° 2020-254 du 13 mars 2020 et article D. 313-10-8 du CASF). Lors de cette étude, certains établissements me font part de leur volonté de céder une partie ou la totalité de leur activité d'EHPAD à une autre structure. Plus généralement, de plus en plus d'établissements se font démarcher par des opérateurs publics ou privés pour le rachat de places d'EHPAD. Sur les 14 entretiens menés, 4 EHPAD rattachés sur 10 et 2 EHPAD autonomes sur 4 ont été démarchés. Ce constat est vérifié par le représentant de la FHF des Hauts de France qui relate une recrudescence de ce phénomène dans les établissements : « *on commence à voir des cessions d'activité sur le territoire pour la raison que ce n'est pas rentable. La position peut être cohérente mais est uniquement budgétaire. Soit j'investis beaucoup d'argent dans mon EHPAD et pour les 20 prochaines années je serre ma ceinture pour être à peu près dans les clous soit je vends* ». Cette situation amène à se poser la question du pourquoi certains chefs d'établissements en arrivent à cet arbitrage.

Plusieurs arguments peuvent être avancés par les directeurs pour faire le choix de la cession d'une partie ou de la totalité d'une activité :

- Le bâtiment nécessite déjà beaucoup de ressources pour faire tourner l'exploitation, et par conséquent l'investissement n'est pas toujours possible
- Les plans de financement étudiés sur un éventuel projet de réhabilitation ne permettent pas de répondre favorablement à un investissement majeur
- L'établissement enregistre une mauvaise trésorerie qui empêche la structure d'investir au regard pourtant des besoins

Sur le premier volet, certains établissements interrogés me font part de leur difficulté à déjà exploiter correctement la structure où se situe l'EHPAD : « *l'EHPAD il nous coûte un fric fou en exploitation car mal isolé, parce qu'on a une alimentation électrique très vieille, et qu'on n'investit pas dedans pour rénover* » (entretien CHU n°1). L'exploitation pèse lourdement sur l'investissement et ne permet donc pas à l'établissement de se projeter sur d'éventuels travaux de réhabilitation. L'argument est partagé par le CH n°3 : « *ce qu'on s'est rendu compte au cours des années 2010 c'est que pour continuer à exploiter ce bâtiment sur 105 lits, il fallait des travaux très importants* ».

Pour le second argument, les établissements font parfois le choix de la cession d'une partie de leur activité d'EHPAD car leur étude en amont pour réhabiliter le site montre qu'ils ne sont pas viable financièrement. Dans la structure du lieu de stage, les prévisions de travaux du bâtiment appelé plus communément « la maison de cure médicale » qui comporte notamment l'EHPAD, ont amené l'ancien directeur délégué à refuser d'établir des travaux au regard de l'enveloppe financière trop importante des réhabilitations envisagées au regard des ressources internes de la structure. De ce fait, il a été fait le choix de céder l'activité des 180 lits d'EHPAD à l'EPSM de la ville. Ce choix a été justifié par l'ARS et le CD du fait de la bonne trésorerie de l'EPSM et de la viabilité du projet proposé (reconstruction d'un EHPAD à neuf sur le terrain de l'institution. Un autre établissement interrogé a également fait le choix de la cession d'activité. Le CH n°3 évoquera que *« l'équation financière était difficile à résoudre. On aurait été en EHPAD autonome, ils y seraient allés dans ce projet. Mais là ça a été difficile car en plus l'EHPAD en question avait un mauvais TO »*.

Pour le troisième élément, céder une activité peut aussi être arbitré au regard de l'état de la trésorerie de l'établissement. Le représentant de la FHF le confirmera : *« beaucoup de directeurs disent à la FHF que c'est la merde. Dire qu'en gros trop de déficits, donc on jette l'éponge, on arrête. Souvent on cède son activité parce qu'au niveau de la trésorerie c'est trop juste »*. De manière générale, les structures concernées par cette situation font ce choix car cela apparaît comme la meilleure solution économique à un instant T. Il est parfois judicieux pour les structures de reconnaître ses défaillances sur le sujet pour mieux laisser un autre opérateur réaliser les missions à sa place qui plus est quand il a les ressources financières pour la mener.

Cette situation amène toutefois la réflexion de la place accordée à l'activité médico-sociale dans les établissements publics de santé. Le représentant de la FHF des Hauts de France me confiera : *« c'est aussi révélateur du peu d'intérêt du médico-social pour les hôpitaux rattachés. (...) ça pose une question plus fondamentale derrière qui est : quelle est la pérennité du système actuel et du financement octroyé par l'Etat ? »*. Un directeur me répondra hors entretien que cette situation de facilité est bénéfique à court terme pour la structure. Pour autant, à moyen ou long terme, doit-on se réjouir de la séparation des EHPAD des établissements publics de santé ? Quelles solutions assurer pour bénéficier de la filière d'aval que représente l'EHPAD dans le parcours des patients ? Tant de questions qui m'amènent aujourd'hui à aborder la cession d'activité avec prudence. Si elle a le mérite d'être une possibilité à côté d'autres solutions, comme la mobilisation des capitaux propres ou la recherche de subventions (Sol, 2020), le directeur doit se poser la question de la

finalité de cette cession. En tant que structure publique et donc ayant vocation à accueillir du public âgé sur le territoire au regard des besoins, le directeur doit accompagner la démarche de cession avec l'opérateur qui reprend cette activité. A Armentières, des COPIL sur ce transfert sont organisés depuis maintenant plus d'un an avec les Assistants à Maitrise d'Ouvrage (AMO). Une responsabilité du directeur réside dans l'accompagnement de ce nouveau projet. Même si, in fine, les lits ne seront plus administrés sous son giron, il se doit, avec son équipe de direction, d'accompagner au mieux la structure d'accueil dans l'élaboration de ce nouvel EHPAD au regard des besoins de la population tout en y intégrant les évolutions futures dont le secteur va faire face dans les années à venir.

En résumé les actions à mener :

- Mener une étude d'impact pour pouvoir chiffrer le coût total d'une éventuelle réhabilitation de l'EHPAD. Cette étude devra permettre de prendre le meilleur arbitrage possible pour la structure
- Accompagner l'opérateur dans le nouveau projet de cession (mise en place de COPIL, groupe de travail en interne sur différentes thématiques, proposition de visite sur le site actuel avec les AMO, etc)
- Communiquer sur les décisions de ce choix auprès des équipes internes à la structure. S'il y a d'éventuels transferts RH dans le projet, bien accompagner les agents et répondre à leurs questions sur leur avenir

## Conclusion

Les propos de ce mémoire consistaient à interroger la politique d'investissement stratégique des EHPAD rattachés à des établissements publics de santé. Pour ce faire, une étude a été réalisée pour étudier les éléments clés de ce sujet. Si j'ai commencé par un état des lieux de la littérature sur l'investissement, j'ai mené en parallèle un autodiagnostic de la structure de mon lieu de stage. Pour prendre de la hauteur, des entretiens semi-directifs ont été menés avec des directeurs d'établissements de la région des Hauts de France pour pouvoir comparer les politiques d'investissement en place. Plusieurs éléments ressortent nettement lors de ce travail :

Tout d'abord celui des grands constats sur la configuration des EHPAD rattachés. Situés souvent dans des bâtiments vétustes, les réhabilitations des bâtiments datent de plus de 30 ans. La vétusté des immobilisations des structures interrogées le confirme. On remarque également que les EHPAD rattachés ont plus de ressources RH que les établissements autonomes. Cela s'explique notamment par leur proximité avec les structures de soin, ce qui pèse significativement sur leur budget. Enfin, ces structures ont la particularité d'être administrées par les fonctions supports de l'hôpital, et notamment de la DAF pour la constitution et la stratégie des budgets. Cela représente plusieurs avantages mais également des contraintes que les EHPAD autonomes n'ont pas dans la pratique.

Ensuite, ce travail nous a révélé les grandes difficultés financières que les EHPAD hospitaliers publics rencontrent aujourd'hui. Il est alors constaté des déficits importants, corrélés à plusieurs facteurs d'explication tels que l'inflation ou encore le mauvais TO de ces structures. De plus, les établissements interrogés soulignent de manière générale une domination des investissements sanitaires sur ceux du médico-social au regard notamment de la génération de produits entre le budget H et E. Il est à souligner également les obligations induites au rattachement qui limitent les possibilités pour l'EHPAD rattaché, notamment en termes de charges communes ou d'achats groupés.

Enfin, il a été avancé plusieurs solutions pour l'EHPAD rattaché pour construire une bonne politique d'investissement sur le long terme. En interne, cela se focalise sur la bonne construction de ces outils financiers avec un recensement des besoins rigoureux mais également joue sur l'avantage des fonctions supports et le développement d'une culture médico-sociale dans la structure. En externe, les solutions se focalisent plutôt sur la recherche de subventions extérieures notamment en lien avec le virage domiciliaire mais aussi sur la possibilité de se regrouper entre structures pour obtenir des économies

d'échelle. Dans certains cas, l'établissement peut aussi faire le choix de la cession d'activité lorsque la situation le justifie.

Ainsi, investir dans le secteur médico-social est un enjeu clé pour le futur directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social de demain. Il est à la fois une nécessité pour répondre aux nouvelles aspirations des résidents accueillis, mais également pour les professionnels qui y travaillent et pour la bonne évolution de la structure en tant que telle. Des enjeux contemporains, tels que le développement durable nous invite également à investir davantage et différemment dans les EHPAD français. Au carrefour de plusieurs disciplines clés du management de demain, l'investissement en EHPAD rattaché est une nécessité dont le directeur devra devoir faire face au cours de sa carrière professionnelle.

---

## Bibliographie

---

### Articles scientifiques :

FHF. (2011). « Les achats à l'hôpital ». *Archive de la FHF*. 21 décembre 2011

Nauleau, P-Y. (2019). « Réhabilitation des EHPAD : pourquoi recourir au marché global ? ». *Techniques hospitalières*. 74<sup>ème</sup> année

Nedelec, P., Somme, D. & Charras, K. (2023). « L'architecture des Ehpads et son influence sur le bien-être des résidents ». *Gérontologie et société*, 45(171), 105-124.

Sa, S. (2012). « Les aides aux opérations d'investissement immobilier », *Travail Social Actualités*

Truscelli, D. (2007). « Culture hospitalière et rencontre avec la culture du secteur médico-social : Réflexion à partir d'un parcours personnel ». *Contraste*, 27, 115-140.

Vang, K. (2023). « Le groupement territorial social et médico-social, un presque GHT pour le secteur médico-social ? ». *Gestions hospitalières*. n°627

### Ouvrages et extraits d'ouvrages :

Arnal-Capdevielle, I. (2020). « Chapitre 1. L'offre médico-sociale : une réelle complexité ». Dans : I. Arnal-Capdevielle, *Le droit des établissements et services médico-sociaux* (pp. 13-33). Rennes : Presses de l'EHESP.

Bigenho-Poet, V. (2014). « Le secteur médico-social, une culture « à part entière » à orienter vers l'efficacité ». Dans : Bruno Fantino éd., *ARS : mode d'emploi* (pp. 171-182). Paris: Dunod.

Camroux, A. (2014). « Piloter les finances d'un établissement médico-social ». *Collection Directions*.

Hardy, J. (2018). *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Dunod.

### Articles de presse et podcasts :

Inès BROISE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2023-2024

Barret, B. (2024). « Les EHPAD de la région en grandes difficultés financières ». *La voix du nord*. 23 mars 2024

Catton, M. Faugère, F. Hovine, A. (2024). « Les EHPAD publics risquent-ils la faillite ? ». *France Culture* (podcast)

Janin, A. (2024). « Deux tiers des Ehpads en déficit en 2022, selon la CNSA ». *Le quotidien du médecin*. Publié le 23 juillet 2024

Jeune, L. Porte, N. (2022). « L'EHPAD d'aujourd'hui : un contrat d'échec ? ». *Houdart et Associés*

Porte, N. (2020). « Médico-social : précisions sur les cessions d'autorisations ». *Houdart et Associés*.

Poullenec, S. (2024). « Malgré les aides, les Ehpads publics s'enfoncent dans le rouge ». *Les Echos*. Publié le 18 avril 2024

Ricard, M. (2022). « EHPAD publics hospitaliers : les pistes de l'Anap pour améliorer leur situation ». *Actualités Sociales Hebdomadaire*.

Ricard, M. (2022). « Ehpads publics hospitaliers : les pistes de l'Anap pour améliorer la situation »

Pour Robinet, A. (2024). « Augmentation de 5% des financements alloués par l'Etat aux EHPAD publics en 2024 : un ballon d'oxygène salué par la FHF, même s'il ne permettra pas à lui seul le rattrapage des situations de sous-financement constatées ». *Communiqué de presse FHF*. 24 avril 2024

Pour Robinet, A. (2024). « La FHF sonne l'alerte sur la situation budgétaire des EHPAD publics : c'est la pérennité de l'offre publique qui est en jeu ». *Communiqué de presse FHF*. 18 avril 2024

Sol, L. (2020). « EHPAD : comment investir sans exploser le prix de journée ? ». *La gazette santé social*. n°177

#### Rapports :

Agence Nationale de l'Appui à la Performance. (2024). « Etablissements habilités à l'aide sociale. Tout savoir sur le tarif différencié ». *Agence Nationale de l'appui à la Performance*. (Consultée le 04 juillet 2024). Disponible à l'adresse : <https://anap.fr/s/article/etablissements-habilites-aide-sociale-tout-savoir-sur-le-tarif-differencie>

Cour des Comptes. (2020). « Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre ». *Sécurité sociale 2020*. Octobre 2020. (Consultée le 2 juillet 2024). Disponible à l'adresse : [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201007-Ralfss-2020-4-Groupements-hospitaliers-de-territoire\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201007-Ralfss-2020-4-Groupements-hospitaliers-de-territoire_0.pdf)

Cour des Comptes. (2022). « La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD. Un nouveau modèle à construire ». *Rapport de la Cour des Comptes*. Février 2022. (Consultée le 1<sup>er</sup> juillet 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad>

Direction Générale de l'Offre de Soins. (2011). « Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière ». *Direction Générale de l'Offre de Soins*. (Consultée le 24 juin 2024). Disponible à l'adresse : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE\\_CAH\\_BOS\\_2011-3.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH_BOS_2011-3.pdf)

Emmanueli, J. Frossard, J-P. Vincent, B. (2024). « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire. Se sentir chez soi où que l'on soit ». *Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)*. (Consultée le 24 mai 2024). Disponible à l'adresse : <https://igas.gouv.fr/Lieux-de-vie-et-accompagnement-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie-les>

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (2023). « Financement et pilotage de l'investissement dans le secteur de la santé : synthèse ». *Document de travail du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*. Novembre 2023 (consultée le 18 juin 2024). Disponible à l'adresse : <https://www.securitesociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2023/Synth%c3%a8se%20Investissement%20Hcaam.pdf>

Laboureix, J-P. (2020). « Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019. Prévisions 2020 ». *Les Comptes de la Sécurité Sociale*. (consultée le 29 juin 2024). Disponible à

l'adresse :

<https://www.securitesociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS%20JUN%202020.pdf>

Reynaud, F. (2020). « Le taux d'encadrement dans les Ehpad : ses déterminants et ses alternatives ». *Les dossiers de la DREES*. N°68, décembre 2020 (consultée le 25 juin 2024). Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>

Mémoires :

Cloez, M-A. (2021). « Dynamisation et diversification d'un EHPAD rattaché à un Centre Hospitalier : projet de construction/réfection ». *Rennes. Mémoire formation élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social 2020-2021*. EHESP

Présentation Powerpoint :

FHF Hauts de France. (2024). « Table ronde – réforme des GTSMS ». *Demi-journée médico-sociale régionale de la Fédération Hospitalière des Hauts de France*. Invité : Bourquin Marc, Caniard Benjamin, Chevalley Charly, Berlemont Laliberte Jean-Baptiste. 7 juin 2024

Enquêtes :

FHF Hauts de France. (2024). « Situation financière des EHPAD publics hospitaliers dans les Hauts de France ». *Enquête FHF Hauts de France. Mars 2024*

FHF nationale. (2024). « Enquête nationale FHF. Situation financière des EHPAD public à fin 2023 ». *Enquête nationale FHF. Avril 2024*

Textes législatifs :

Code de l'Action Sociale et des Familles :

- Article D.313-10-8
- Article L.313-1
- Article L. 314-7 (V)

Code de la commande publique :

- Article L. 1111-1 et suivants

Décret n° 2020-254 du 13 mars 2020 relatif aux modalités de la cession prévue à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles

Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2023/109 du 23 juin 2023 complétant l'instruction du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées

Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2024/53 du 17 avril 2024 complétant l'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2023/184 du 23 novembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées

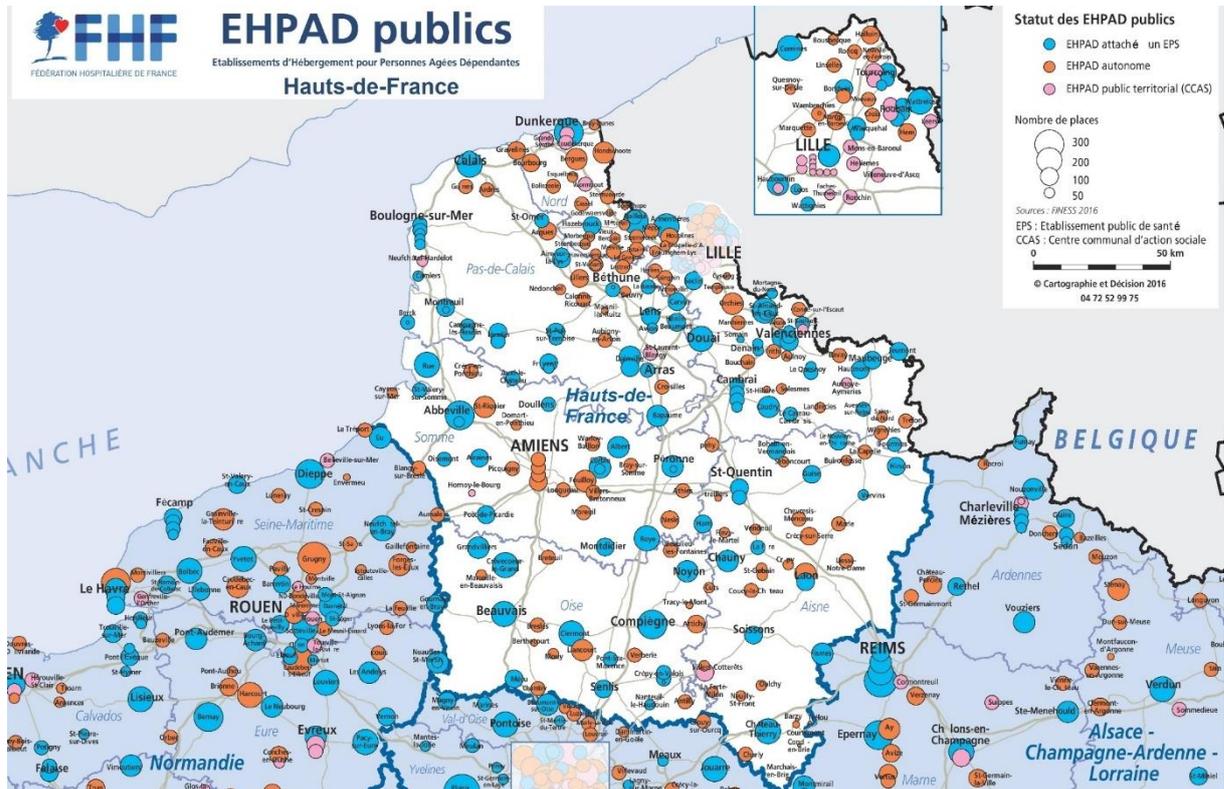
Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant sur les mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie

---

# Liste des annexes

---

## Annexe 1 : Cartographie des EHPAD dans la région des Hauts de France



Source : FHF, diaporama journée médico-sociale HDF, 7 juin 2024

## Annexe 2 : Grille d'entretien

### Partie 1 : Informations générales

- Description de la structure (tournée médico-sociale)
  - o Nombre de lits
  - o Nature de l'activité (EHPAD, UAJ, PASA, etc)
  - o Chambres doubles/simples
  - o Combien de sites
  - o Date de construction et réhabilitation des bâtiments, besoin de rénovation ?
  - o Vétusté ou non (ressenti)
  - o TO
  - o Prix de journée
- Situation générale de l'établissement
  - o RH paramédicale et médicale
  - o Financier : déficitaire, excédentaire, à l'équilibre
  - o Projets en cours ou à venir

- Implantation dans le territoire (GHT, filière gériatrique, autres)

### Partie 2 : La politique d'investissement de l'EHPAD

- Quelle est la politique en termes d'investissement ?
  - o Son fonctionnement : investissement quotidien, projet de grande envergure
  - o Arbitrage
  - o Enveloppes investissement
- Montant de l'investissement médico-social
- Les différents financeurs de projets dans l'EHPAD
- PAI ?
- Le maire de votre commune participe-t-il à vos projets d'investissement ? Quelles relations avez-vous avec les acteurs politiques de votre territoire sur ce sujet ?

### Partie 3 : Difficultés/avantages dans la mise en œuvre de la politique d'investissement

- Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien dans la mise en œuvre de cette politique d'investissement ? (Manque de financement, manque de projet, contraintes matérielles, problème de gouvernance, etc)
- Quelles sont au contraire ses avantages ? (Projets solides, équipes motivées, place du médico-social dans l'établissement, etc)
- Quel regard ont vos collègues sur le volet médico-social ? (Bien intégré ou non notamment)

### Partie 4 : Perspectives d'avenir

- Selon vous, quelles solutions sont à la disposition des EHPAD pour investir durablement ? Se réhabiliter en cas de besoin ? Les priorités ?
- Avez-vous déjà été contacté par un opérateur public ou privé pour le rachat d'une partie ou de la totalité de votre activité médico-sociale ? Si oui, avez-vous accepté ?
- Selon vous, les EHPAD devraient-ils se regrouper entre eux ? Quel serait selon vous les bienfaits d'une forme de groupement type GCMS ?
- Que pensez-vous du modèle
  - o Des EHPAD rattachés à des EPS ?
  - o De la chefferie ?
  - o De l'EHPAD hors les murs/virage domiciliaire ?
- Avez-vous quelque chose à rajouter ?

## **Annexe 3 : Analyse des entretiens menés**

### **PARTIE 1 : INFORMATIONS GENERALES**

- **Nombre de lits/ETP**

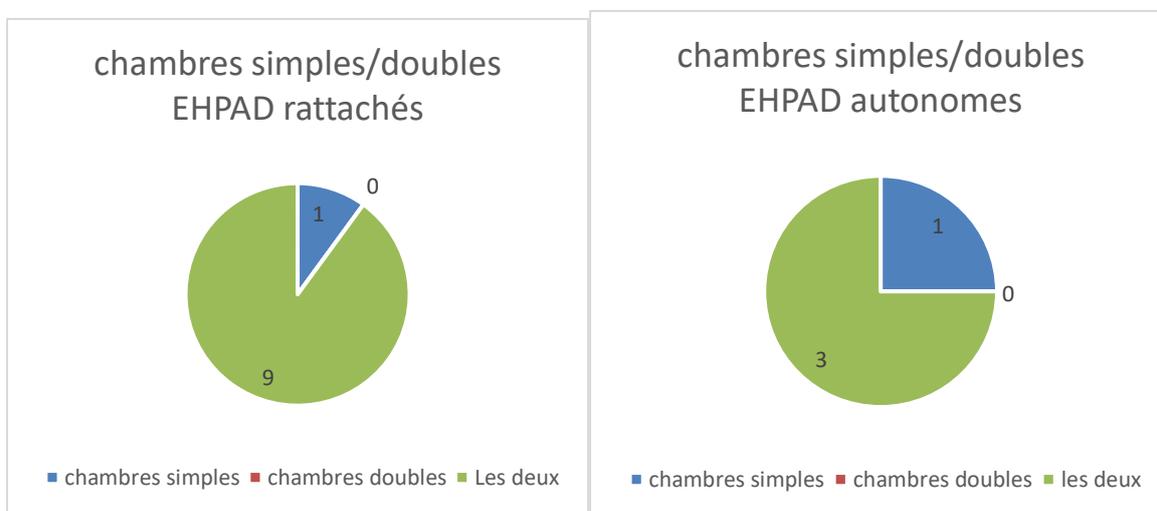
	EHPAD en CHU	EHPAD en CH	EHPAD en HDP	EHPAD autonomes
1	150 lits - 116 ETP	356 lits – 248 ETP	400 lits – ETP non renseigné	106 lits - ETP non renseigné
2	140 lits – 111 ETP	264 lits – 165 ETP	320 lits – 237 ETP	85 lits – 57 ETP
3		366 lits – ETP non renseigné	240 lits – 153 ETP	82 lits – 54 ETP
4		230 lits – 157 ETP		80 lits – 53 ETP
5		180 lits – 112,01 ETP		

- **Nature de l'activité médico-sociale des structures**

EHPAD rattachés à un CHU/CH/HDP : EHPAD (dont UVA), USLD, SMR, CSG, UCC, filière gériatrique, PASA, UHR, hébergement temporaire, UAJ, CAMSP, maison des aidants + activité MCO

EHPAD autonomes : EHPAD (dont UVA), PASA, accueil de jour, hébergement temporaire

- **Chambres doubles**



Verbatims :

« Le nombre de chambres doubles c'est une de nos préoccupations. Ça retient les familles notamment. » (CHU n°2)

« Les chambres sont très performantes sur le plan domotique, numérique, énergétique et structurelle. Elles sont toutes équipées de rails. » (HDP n°1)

« Je me suis dit au départ il faut les fusionner car on avait beaucoup de chambres doubles voire triples, le bâti était vétuste enfin bref il y avait tout à refaire. » (HDP n°1)

« C'est vrai qu'aujourd'hui ce n'est pas très attractif, notamment en termes de respect de l'intimité et puis les chambres doubles ça fait fuir les familles à tous les coups. » (HDP n°2)

« On était sur un mixte de chambres simples et de chambres doubles et on n'a pas de douche dans toutes les chambres. C'est d'ailleurs pour ça aussi qu'on ne reconstruit, c'est plus possible de proposer des chambres doubles aujourd'hui. » (HDP n°3)

« On a encore beaucoup de chambres doubles donc c'est compliqué de les louer, on n'a pas de douches dans les chambres donc ça commence à être compliqué, surtout pour les familles. Des problèmes aussi de fuite, des cuisines qui ne sont pas aux normes actuelles. » (Autonome n°1)

« A l'époque, on avait 53 chambres individuelles et 16 chambres doubles. Notre objectif c'était de les supprimer car ce n'était plus possible. On n'était pas bon dans le respect de l'intimité et de conditions de vie. » (Autonome n°3)

- **Nombre de sites**

EHPAD rattachés : les 10 structures sont multi-sites (distinction MCO et médico-social)

EHPAD autonomes : un seul site (sauf 1 entretien mais car directeur en charge de deux EHPAD sur deux communes différentes)

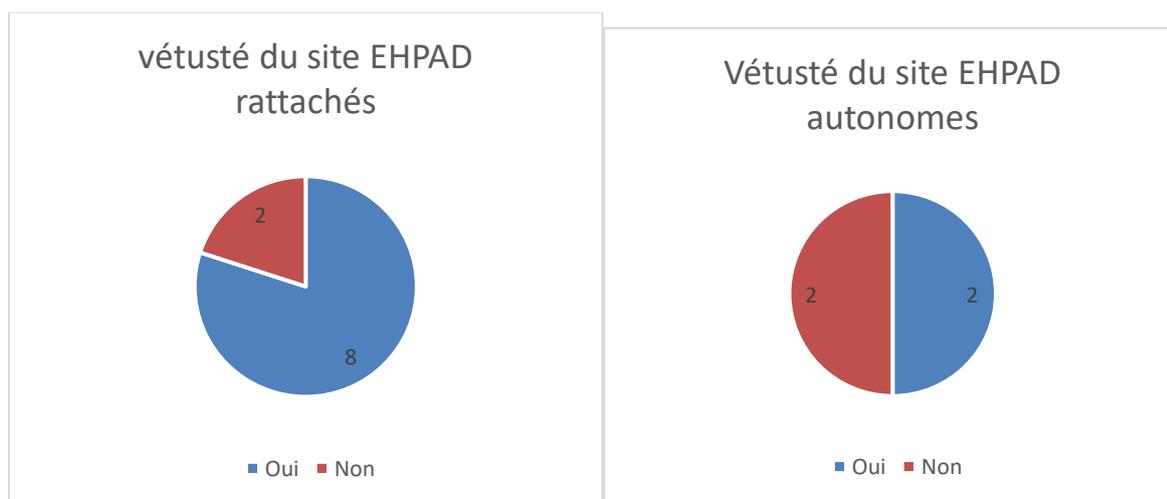
Verbatims :

« Les structures doivent devenir moins sanitaires et proposer des prestations plus conviviales et hôtelières. » (FHF)

- Date construction bâtiment/dernière réhabilitation

	EHPAD en CHU	EHPAD en CH	EHPAD en HDP	EHPAD autonomes
1	Années 90	Années 90	2023	Années 40
2	Années 90	Années 2000	Années 80 + 1 EHPAD de 2023	Années 70
3		Années 80 + 1 EHPAD de 2011	Années 50, années 90 + 1 EHPAD de 2013	1991
4		Années 90		2014
5		Années 80, 2005		

- Vétusté (ressenti)



Verbatims :

« Les EHPAD rattachés sont plus vétustes parce que concrètement on prend des gens de l'hôpital et donc on ne se pose pas trop de questions sur les locaux dans lesquels on les accueille. C'est une des grandes différences avec les EHPAD autonomes. » (FHF)

- TO/Prix de journée

	EHPAD en CHU	EHPAD en CH	EHPAD en HDP	EHPAD autonomes
1	83% - 65,36 €	82% - 58,50 €	87% - 64 €	93% - 67 €
2	87% - 62,88 €	95% - 64,50 €	92% - 56,14 €	87% - 60 €
3		94% - 76 €	92% - 80 €	98,5% - 64,20 €
4		94% - 60,74 €		98% - 64 €
5		81,45% - 65,73 €/76,26 €		

Verbatims :

« On n'est pas attractif pour deux raisons : la vétusté des locaux qui ne correspond plus aux besoins des résidents actuels avec des chambres doubles notamment, et de deux la convergence tarifaire qui ne nous aide pas car il y a des EHPAD rénovés au même tarif à côté. » (CH n°1)

« Depuis 2021, on a des taux d'occupation qui remontent (...) mais quand je compare avec les débuts de ma carrière, on avait une place on avait 5 demandes pour y rentrer. Bon aujourd'hui ce n'est plus le cas. » (CH n°4)

« C'est le covid qui a fait chuter énormément le taux d'occupation. » (HDP n°1)

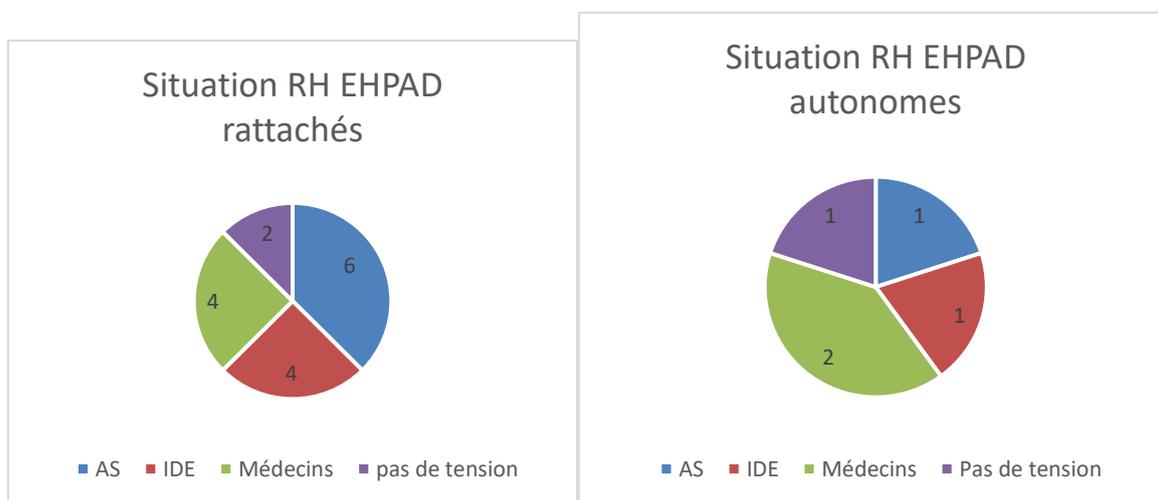
« Les TO sont corrects je trouve mais c'est vrai qu'on a du mal à recruter de nouveaux résidents. Mais il y a du mieux, on a bien remonté la pente depuis le covid. On perd forcément des financements liés à l'activité car on n'est pas plein par contre et ça c'est un manque pour les finances de l'établissement. » (HDP n°2)

« C'est aussi ce qui a motivé le projet de reconstruction. On avait un prix de journée très élevé puisqu'on est prêt des 80 euros par jour, ce qui est énorme, surtout pour un EHPAD qui propose ce type de prestation. On est habilité à l'aide sociale à 100%. » (HDP n°3)

« Ce qui peut s'expliquer pour plusieurs raisons : déjà les chambres doubles et puis la mairie qui nous fait une hyper mauvaise presse. Ils envoient tous les résidents à l'EHPAD d'à côté. Dans la presse, c'est toujours axé sur la vétusté, sur le fait que le maire abandonne le projet, que l'ARS ne veut pas financer le projet. » (Autonome n°1)

« Le fait d'avoir réduit nos chambres doubles c'est un avantage. Quand j'ai attaqué ma politique de travaux et à l'époque le département jouait ses billes, j'ai fait le choix de déshabiliter car je ne pouvais pas à la fois accepter une baisse sur mon tarif de 3% et augmenter mon compte 68 des amortissements. » (Autonome n°3)

- Situation RH



Verbatims :

« C'est évident que c'est beaucoup plus facile pour une structure comme la nôtre de remplacer » ou encore « au CHU, on a des docteurs juniors d'EHPAD (...) On bénéficie de pâtisseries, de pharmaciens pour faire de la conciliation médicamenteuse. » (CHU n°1)

« Aujourd'hui, tension particulièrement sur les IDE et les AS. Mais c'est vrai qu'au niveau du CHU, on a un Hublo qui aide pas mal. Mais on observe une attractivité moindre pour la gériatrie que sur le MCO. Le recrutement est plus difficile du fait de sa localisation, de son environnement. » (CHU n°2)

« Historiquement, les agents qu'on ne voulait plus sur le MCO, on les mettait à l'EHPAD. Mais le fait d'être rattaché à un CH nous donne plus de latitude avec les étudiants de l'IFSI et de l'IFAS. C'est donnant, donnant. » (CH n°1)

« On n'a pas trop de soucis RH. IDE on n'a pas de tension, médecins ça va aussi mais on va avoir de la tension sur les aides-soignantes. On a recruté beaucoup d'auxiliaires de la vie sociale pour pallier. Là on a lancé un programme de fidélisation des AS mais c'est difficile. Pour les médecins, pas de médecin coordonnateur ce sont tous des cliniciens et des prescripteurs. » (CH n°2)

« On est sur des problématiques RH assez classiques : paramédical sur IDE et AS mais surtout IDE. Avec un absentéisme très élevé, nettement plus élevé que la moyenne départementale puisqu'on a flirté en 2022 autour des 15% d'absentéisme et pour la partie EHPAD entre 26 et 27% et amélioration sensible en 2023 : on est passé à 13.3% mais ça reste élevé. » (CH n°3)

« Le plus dur à trouver c'est les médecins. J'avais deux médecins étrangers qui étaient présents en partie, là on a un médecin coordonnateur ce qui est chouette mais là on a besoin de médecins supplémentaires à hauteur de 0.80 ETP mais on n'en trouve pas. » (CH n°4)

« On n'a pas de tensions ni sur les IDE ni sur les AS. Par contre, on a du mal à recruter sur les médecins, et notamment les médecins coordonnateurs qui sont très compliqués à trouver. Je viens de recruter mais de manière générale, on a tous de grandes difficultés de ressources médicales dans le secteur médico-social, enfin en tout cas dans la région. » (HDP n°1)

« On a un médecin coordonnateur à 0.8 ETP on a de la chance, qui fait du bon boulot et qui s'entend très bien avec mes équipes. Donc sur ce point-là, j'ai de la chance. Par contre je suis en manque d'AS constamment... Enormément d'arrêts et très difficile à remplacer. » (HDP n°2)

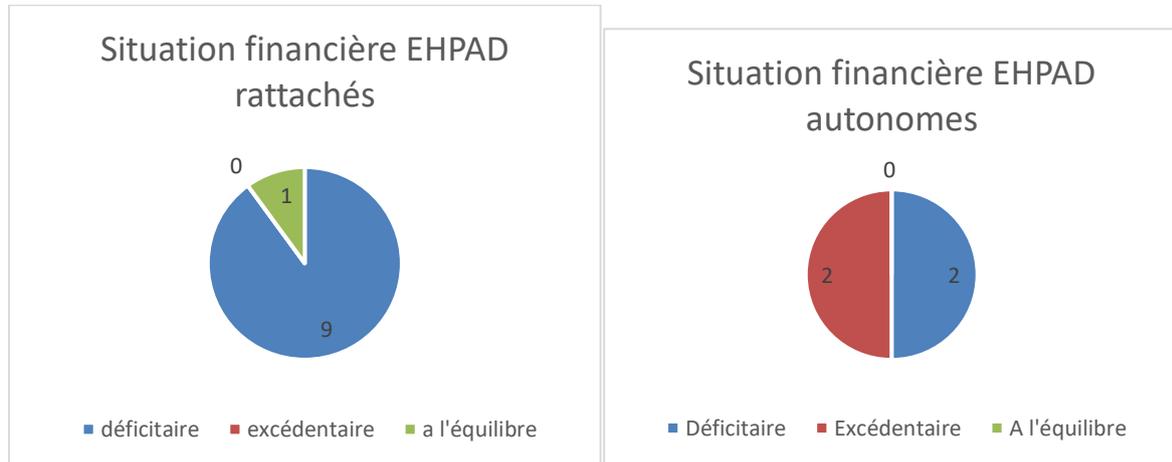
« Au niveau médical, on a la chance d'être dans un groupement avec un pôle inter-établissement. On a plus de 1000 agents et une équipe médicale de territoire active, donc on arrive toujours à s'en sortir. » (HDP n°3)

« La principale difficulté c'est le recrutement de médecins coordonnateurs principalement. Niveau AS, pas de difficultés, mis en part en remplacement de congés mais on n'a pas de postes à pourvoir. IDE ça va également. » (Autonome n°2)

« J'ai la chance d'avoir un médecin coordonnateur avec une IDEC qui sont un bon binôme. J'ai des postes de kinés non pourvus, ni ergothérapeute. Les IDE ça tourne bien. Je n'ai pas de problème de recrutement aide-soignant après on a plutôt une bonne réputation donc les gens quand ils viennent souvent ils restent. Tous les résidents ont un médecin traitant. » (Autonome n°3)

« On est en tension sur les IDE et puis c'est tout. Et si bien sur les médecins coordonnateurs mais bon le nôtre il a 80 ans donc bon. Les ¾ des résidents il les a eus en médecin traitant. » (Autonome n°4)

- *Situation financière*



Verbatims :

« Pour la partie EHPAD, on a été déficitaire et puis on a eu la coupe PATHOS qui nous a rajouté + de 300 000 euros de moyens et donc maintenant on est à l'équilibre à 50 000 euros. » (CHU n°1)

« Ce qui est expliqué par la sous-occupation et puis la réactualisation des charges communes entre le budget H et le budget E, ce qui fait qu'on s'est pris 730 000 euros en plus sur l'EHPAD. Et vous avez aussi toutes les revalorisations salariales non compensées et puis la hausse du coût de l'énergie de ces dernières années. » (CH n°1)

« C'est un vrai sujet le déficit de l'EHPAD car l'absentéisme est élevé mais bon ça, c'était déjà présent avant la crise covid. Sur les TO idem on retrouve le niveau d'avant covid et puis 95% c'est quand même plutôt bon mais par contre on a quand même un déficit. Donc en fait nos marges de manœuvre structurelles elles sont minces et donc on restera toujours déficitaires quoi qu'il arrive, mesures correctionnelles ou pas. » (CH n°2)

« On est à 14 millions d'euros de déficit tout confondu pour 2023. Et la grande nouveauté depuis deux ans c'est que tous les EHPAD sont déficitaires : les 3 budgets EHPAD le sont. L'USLD se maintient tout juste à l'équilibre. Ce qui nous met dans le mal c'est le taux d'occupation mais c'est aussi la convergence tarifaire. Dans un établissement, tant que le budget est supportable, marge brute et capacité d'autofinancement (CAF), il va s'en sortir. Quand on est en insuffisance d'autofinancement (IAF) et en marge brute négative, on ne maîtrise plus son destin. » (CH n°3)

« Historiquement ça a toujours été un EHPAD qui s'est bien tenu financièrement, on avait un léger déficit de 100 000 euros à peine. Mais là cette année avec les effets Ségur, les augmentations des prix de la guerre en Ukraine et autres, on tombe à un déficit d'à peu près 500 000 euros. » (CH n°4)

« Vous connaissez un EHPAD non déficitaire ? (Rires). Mais oui je suis déficitaire, d'environ 2 millions d'euros sur l'EHPAD. Après ça paraît énorme là mais il faut se rappeler que c'est un EHPAD de 320 lits. Et c'est la première fois d'ailleurs qu'on est si bas. Au-delà du contexte énergétique et les factures non payées, c'est surtout le taux d'occupation. » (HDP n°1)

« En 2022, on était déjà déficitaire. En cause toujours le taux d'occupation mais aussi la montée des charges, et notamment de type 2. Mais également la guerre en Ukraine. Pour exemple, le prix de mes protections a triplé en 1 an, c'est effarant. » (HDP n°2)

« Il est assez évident qu'on n'est pas sur un problème de gestion pure. Vous avez 85% des EHPAD publics sont en déficit, ce n'est pas uniquement un problème de gestion, c'est structurel » (HDP n°3)

« Depuis le covid, les taux d'occupation ont pas mal baissé et puis les prix ont explosé totalement notamment sur l'énergie. Je suis passée de x10 sur mes factures en termes d'électricité, mais c'est pareil également sur les couches où les prix ont explosé, le prix aussi des ressources humaines qui a beaucoup augmenté avec la prime Ségur, les revalorisations salariales etc très peu compensé par l'ARS fait qu'on ne s'en sort pas. » (Autonome n°1)

« On est déficitaire bien sûr. Pour 2023, on a un déficit d'environ 145 000 euros. Plusieurs raisons à cela : le taux d'occupation qui est trop faible et donc on a des recettes qui diminuent d'année en année avec en face des dépenses qui continuent à monter, notamment l'augmentation sur les charges d'énergie, sur les charges de personnel. » (Autonome n°2)

« On est excédentaire. On a un tarif qui est raisonnable mais le département avant qu'on le désabilite il répartissait le tarif social par territoire et il avait une petite ligne de voir son tarif augmenté en cas de travaux ou de projets de réhabilitation à hauteur de 5 euros sans toutefois dépasser le tarif payant. Donc une bonne activité + des bons chiffres en termes de tarifs font qu'on est excédentaire. » (Autonome n°3)

« Les NBI, il y a une réglementation des titulaires qui nous coutent 10% en plus. Le CTI on n'a pas la main dessus. Puis l'indice qui a augmenté en 2023, donc on n'a pas la main sur ça et ça impacte forcément nos budgets. » (Autonome n°4)

« C'est d'abord le sanitaire, parce que c'est ce qui fait le budget. L'EHPAD crée un budget aussi ce n'est pas la question mais bien moindre. Ce qui fait qu'on s'intéresse à l'EHPAD souvent c'est quand il est déficitaire, car il plombe le budget général. Mais le reste généralement on s'en fout, c'est souvent vu comme un mouvoir à vieux. » (FHF)

« Les EHPAD sont tous déficitaires aujourd'hui quasiment. Vous avez deux choses qui expliquent cela : les effets Ségur et l'inflation et la guerre en Ukraine qui font que tous les prix ont augmenté de manière significative. Donc à la FHF notre postulat c'est de dire qu'on n'a pas assez de moyens et que ce n'est pas une question de mauvais gestionnaire, pas à cette échelle-là. » (FHF)

- Projets en cours ou à venir

#### EHPAD rattachés :

- Pour l'offre médico-social : déménagement services, transformation chambres doubles en simples, création nouvelle offre activité (PASA, HTSH, UHR, UCC, UVA), restructuration SI, QVCT
- Pour le MCO : ouverture nouvelles salles blocs opératoires, extension bâtiment, achat scanner, réhabilitation site

#### Verbatims :

« Il y avait un projet de méga EHPAD (...) mais c'est très difficile, juste déjà sur où on met l'EHPAD. Il y avait aussi l'idée de le mettre sur le campus du CHU mais bon ça ternit l'image. » (CHU n°1)

« Au CHU, on a un projet CHU 2030 avec les gros projets et clairement les X n'en font pas partie. On a trois grosses opérations notamment pharmacie et on compte ça à 100 millions d'euros, une extension de l'hôpital, etc. donc bah tu te doutes bien que l'EHPAD... Ce qui est un mauvais calcul car la situation déficitaire ne bénéficie pas au CHU et donc bah ne pas investir pèse sur le CHU d'une certaine manière. » (CHU n°1)

« On a proposé ce projet de reconstruction pour deux raisons : la première la vétusté des locaux car on avait encore des chambres doubles et pas de douches individuelles. Avec un prix d'hébergement à 80 euros ça devenait difficilement entendable. La deuxième raison c'est que ça s'inscrit dans un projet plus vaste, qui va nous permettre d'augmenter notre SMR et de reconstruire derrière une nouvelle balnéothérapie pour faire un vrai centre de rééducation. » (HDP n°3)

« Il est important de s'appuyer sur des ressources externes. Par exemple, dans le cadre des CRT, je me suis positionné mais ils m'ont recalé. Structurellement c'est compliqué à mettre en place. Et ceux qui portent le projet malheureusement souvent ils sont dans la logique comptable et pas la logique projet. Le CRT il est très compliqué au niveau du cahier des charges et sur les modalités de coopération. » (Autonome n°4)

EHPAD autonomes : reconstruction site, ouverture nouvelles activités, CRT, béguinage

« Le maire de X tout ce qu'il voulait c'était un projet, un truc qui avance sur sa commune donc il a accepté d'abandonner sa maison de retraite et il a créé une résidence sénior service sur sa commune donc voilà. Aujourd'hui, on est en train d'acheter un terrain sur la commune de X. » (autonome n°1)

- Implantation dans le territoire

EHPAD rattachés : filière gériatrique, GHT, direction commune CH, collectif informel D3S

#### Verbatims :

« Les liens GHT sont à vrai dire assez minces pour la partie médico-sociale. On se disait avec certains collègues qu'il fallait qu'on lance quelque chose, une forme de COTEMS du médico-social mais pour le moment il n'y a rien. Surtout que la logique de la FHF c'est de sortir les établissements médico-sociaux des GHT pour en former des regroupements médico-sociaux spécifiques. »

EHPAD autonomes : filière gériatrique, GCMS

## **PARTIE 2 : POLITIQUE D'INVESTISSEMENT DE L'EHPAD**

- Fonctionnement investissement, arbitrage, enveloppes investissement

EHPAD rattachés : gestion par la DAF (suivi des budgets annexes, établissement des EPRD/PGFP, gestion des enveloppes, gestion exploitation et investissement, réalisation de tendance budgétaire)

- Pour les gros investissements : PPI dans PGFP prévu sur plusieurs années + schéma directeur (en amont recensement des besoins puis arbitrage par la DAF)
- Pour les investissements courants : enveloppes annuelles dans le cadre de l'EPRD (travaux, biomédical, informatique, équipements non médicaux) + commission des investissements pour enveloppe par pôle

Généralement pas de distinction MCO et médico-social pour les investissements : PGFP global, par contre EPRD différents : budget H et budgets annexes

Arbitrage selon les besoins, la capacité d'autofinancement de la structure, des financements extérieurs, capacité d'endettement, etc

EHPAD autonomes : Même organisation mais ici uniquement médico-social : gestion par le chef d'établissement, PGFP médico-social, EPRD EHPAD avec enveloppes annuelles

#### Verbatims :

*« T'as une direction des finances au CHU et tu as une responsable budgétaire qui s'occupe du budget de l'hôpital mais aussi des budgets annexes. Elle nous demande notre GIR moyen, notre taux d'occupation etc et qui nous fait nos prévisions. Avec des vraies difficultés qui sont induites par le CHU bah c'est que les affectations ne sont pas bien faites et donc bah elle reprend des trucs et puis elle bidouille pour essayer de s'en sortir. » (CHU n°1)*

*« Dans nos opérations, on n'a pas de distinction entre le sanitaire et le médico-social. En revanche, on a des demandes particulières auprès de nos AMO pour attribuer sur les bons flux financiers. » (CHU n°2)*

*« La partie finances est gérée par la fonction support CH, idem pour la DRH. Et moi je fais le lien avec eux, je fais le relai. C'est la direction des finances qui en préparation de l'EPRD de chaque année donne une enveloppe et après effectivement il y a des arbitrages d'investissement qui sont effectués et qui sont transmis et débattu avec le PCME en instances. Il y a une commission d'investissement avec le président de la CME qui conforte ou non les arbitrages faits. Cela se passe pour tous les pôles. Mais ça dure vraiment 10 minutes hein. Si vous avez anticipé les choses, ça va très vite. » (CH n°1)*

*« Il y a deux types d'investissement : on a les investissements courants à l'année qui est relatif surtout à la santé financière de l'établissement. Comme nous on est fragile, nous sur les 356 lits, on est sur une enveloppe d'investissement courant à l'année à 200 000 euros. Cela comprend les équipements, l'informatique, les travaux, sécurité, etc. donc ce qui est peu quand même donc il y a des choix et des arbitrages qui sont pris forcément. C'est une enveloppe qui reste assez fermée mais qu'on peut négocier si on a des projets un peu spécifiques à développer. Et ensuite on a les autres projets d'investissement plus lourds, type projet immobilier. Là on est sur des prévisions. Là le gros travail qui a été effectué c'est le travail sur le capacitaire, le programme technique détaillé de l'EHPAD de demain. Et de tous ces éléments-là, ça repasse à la DAF qui met en place les projections, les prêts à venir, les subventions potentielles etc. » (CH n°1)*

*« Alors il y a le PPI de l'hôpital et ce qu'on a mis en place il y a 5 ans maintenant c'est une partie PPI spécifique à l'EHPAD et à l'USLD pour ne pas toujours qu'on passe en dernier dans ce qui est prévu et pour ne pas aussi qu'on utilise l'enveloppe budgétaire du centre hospitalier. Et donc qu'il y ait une vraie identité, notamment pour les logements doubles, la création d'un UHR, on a créé un estaminet. Donc tout projet un peu important il apparaît dans le PPI sur les années à venir et sur son budget alloué car la capacité d'autofinancement elle est quand même assez mince mais on va rechercher des financements auprès des ARS, des PAI, de la fondation des hôpitaux et le département aussi. Les services techniques sont attentifs à l'état des bâtis pour qu'il soit en bonne forme. Quand je suis arrivée en 2016, il n'y avait pas de volet médico-social dans le PPI. On l'a mis en place à partir de 2019 car je me suis rendue compte que le médico-social c'était la cinquième roue du carrosse et bah moi ça ne m'allait pas. » (CH n°2)*

*« L'investissement c'est le MCO. On a une direction qui s'occupe de tout ça et qui prépare sa tambouille. » (CH n°3)*

*« Moi ce que j'imagine, c'est qu'en juin, la direction de la gériatrie, elle recense les besoins sur son pôle et ensuite elle nous fait les propositions à la DAF. On prépare le volet financier avec les argumentaires accompagnant, qu'on ait des données chiffrées pour qu'on puisse dire si on peut faire ou si on ne peut pas faire. Ensuite arbitrage auprès du chef d'établissement. Ce qui nous manque aujourd'hui, c'est l'aspect projection, idéalement 5 ans. On n'a même pas des investissements du quotidien. Et peut-être qu'avec ça, le chef d'établissement dira oui à l'investissement pour la gériatrie, ou alors il va le donner au MCO, cela dépendra du projet. En tout cas l'objectif c'est d'arriver à un PPI sur lequel on sait où on va et on le met en œuvre avec le lancement des projets. » (CH n°3)*

*« Je ne maîtrise pas du tout mon financement : tu fais des demandes, ils te disent oui ou non et après en fin d'année on te dit si tu as trop dépassé ou pas. » (CH n°4)*

*« Mon projet là c'était 40 millions d'euros. Il a impacté l'hôpital dans son intégralité pour des années et des années à venir. On est parti sur un financement d'un tiers par un emprunt, un tiers de trésorerie pure et un tiers en subventions de*

*l'extérieur. Le PGFP à 5 ans, il n'est pas élaboré. Il n'y a pas de PGFP médico-social, il n'y en a qu'un seul global. Donc on est parti sur un projet de 40 millions d'euros avant crise sanitaire et crise ukrainienne. Au final aujourd'hui, j'ai 10 millions d'euros de surcoût qui sont venus impacter directement du projet de restructuration du site sanitaire, qui lui aussi va coûter plus cher. Donc tout est lié : c'est une époque difficile pour ceux qui construisent, et je conviens que j'ai eu de la chance, j'ai fait le projet au bon moment malgré le surcoût final. Donc mon plan d'investissement général il est piloté par mon directeur en charge des finances. Ce plan d'investissement il est pluriannuel sur 5 ans avec un plan annuel d'investissement qui est arbitré en commission d'investissement pour répartition par pôle. » (HDP n°1)*

*« L'investissement, c'est un budget par établissement. Mais il n'y a pas de spécifique EHPAD, ça concerne tous les budgets donc budget principal et budgets annexes. On a une enveloppe globale qui est définie par la direction des affaires financières en lien avec la validation du PGFP par l'ARS. Donc on a une somme qui nous est allouée chaque année à l'investissement. » (HDP n°3)*

*« Il n'y a pas de clé de répartition en amont, c'est en fonction des besoins et c'est ensuite vraiment un arbitrage. On prend en compte pleins d'éléments. Par exemple, il y a des structures qui ont été rénovées, qui ont été reconstruites et donc certains pôles ont bénéficié de financement donc il est logique qu'ils se serrent la ceinture sur les prochaines années au profit des autres qui n'en ont pas bénéficié. On met vraiment les besoins en priorité d'investissement sur proposition des directions, ce qui peut parfois mener à des débats complexes à gérer. » (HDP n°3)*

*« Quand on fait notre EPRD, on prévoit des investissements après c'est beaucoup au fil de l'eau. On prévoit quelques investissements, en tout cas ce qu'on peut anticiper, des remplacements de lits ou des gros travaux. Après il y a des choses qu'on remet un peu tous les ans et puis bah on n'achète pas car on ne roule quand même pas sur l'or. » (Autonome n°1)*

*« Nos investissements sont simplement déterminés par nos chutes d'amortissement année après année. Sauf que là, il y a un besoin d'investissement qui est assez urgent pour répondre aux objectifs notamment d'attractivité des chambres doubles. Donc on va quand même investir dans des travaux dans le but de faire remonter le taux d'occupation. On a la chance de ne pas avoir d'emprunt, donc on n'a pas de dépendance financière qui est un point positif pour investir dans un projet de grande envergure. Pour tout ce qui est investissement du quotidien, c'est moi qui détermine si oui ou non on fait, pour les investissements de grande envergure, on le fait valider en conseil d'administration. » (Autonome n°2)*

*« Notre fonds de roulement d'investissement nous permettrait d'investir mais notre fonds de roulement d'exploitation ne permet pas d'avoir des charges d'amortissement supplémentaires donc c'est ce qui empêche l'investissement et qui fait que notre taux de vétusté augmente d'année en année. » (Autonome n°2)*

*« Aujourd'hui, mon plafond théorique c'est 90 000 euros. En N-1, on fait le recensement des besoins par service et donc bah les choix d'investissement se font en fonction d'abord des demandes objectivées des responsables de service et des priorités. Je le mets de manière théorique dans l'EPRD et l'ERRD sur 5 ans. La réalité et l'expérience m'amène à dire qu'il ne faut pas pousser trop loin et que surtout il faut s'adapter. Alors je fais une feuille qui s'appelle compte délégué, donc là on n'est pas sûr de l'investissement mais sûr du fonctionnement. Donc plusieurs personnes sont gestionnaires d'un compte et on voit ce qu'il a dépensé en 2021, 2022, 2023 avec le montant de l'enveloppe annuel. Je réalloue ou pas en fonction des années, sachant que les comptes doivent être à l'équilibre. » (Autonome n°3)*

*« Le PGFP pour moi c'est du pipeau. Vous prenez l'exercice n de cette année et vous le majorez sur plusieurs années. Mais c'est débile, vous savez ce qu'il va se passer en 2028 ou 2029 ? Moi je n'en sais rien, c'est les tutelles qui ont la main mais pas nous. Donc j'en fais un mais je ne le suis pas moi le PGFP mais je suis mon budget prévisionnel que je suis tous les 3-4 mois avec des indicateurs d'outils notamment sur ma masse salariale. Mon indicateur principal c'est mon FRI : je fais en sorte de sortir un FRI supérieur à 235 000 euros. Donc je pilote tous les mois mes dépenses : mon FRE notamment. » (Autonome n°4)*

*« Les établissements, ils dégagent une CAF. Si vous construisez une imagerie, vous mangez une bonne partie de votre CAF. L'EHPAD bah forcément il va arriver après. Le système hospitalier ne laisse pratiquement aucune place à l'EHPAD. L'hôpital voit en priorité le sanitaire : vous avez une personne qui va travailler le budget, mais tous les budgets, pas que celui de l'EHPAD. De manière générale, peu de place aussi au médico-social au sein des instances, notamment en CME. Dans ce système, rien ne fait ressortir la nécessité de porter le médico-social, en dehors du fait qu'il permet une solution d'aval pour les lits de MCO. C'est hyper dangereux car cela veut dire que l'EHPAD n'a pas besoin d'aller chercher son résident et ne se pose pas la question de comment le séduire pour lui donner envie de venir. » (FHF)*

- **Montant investissement EHPAD**

Investissement courant EHPAD rattachés pour EHPAD :

- CHU : 120 000 euros et 42 000 euros
- CH : 200 000 euros, 500 000 euros, 80 000 euros, n'a pas su répondre, 50 000 euros
- HDP : 80 000 euros, 95 000 euros, n'a pas su répondre

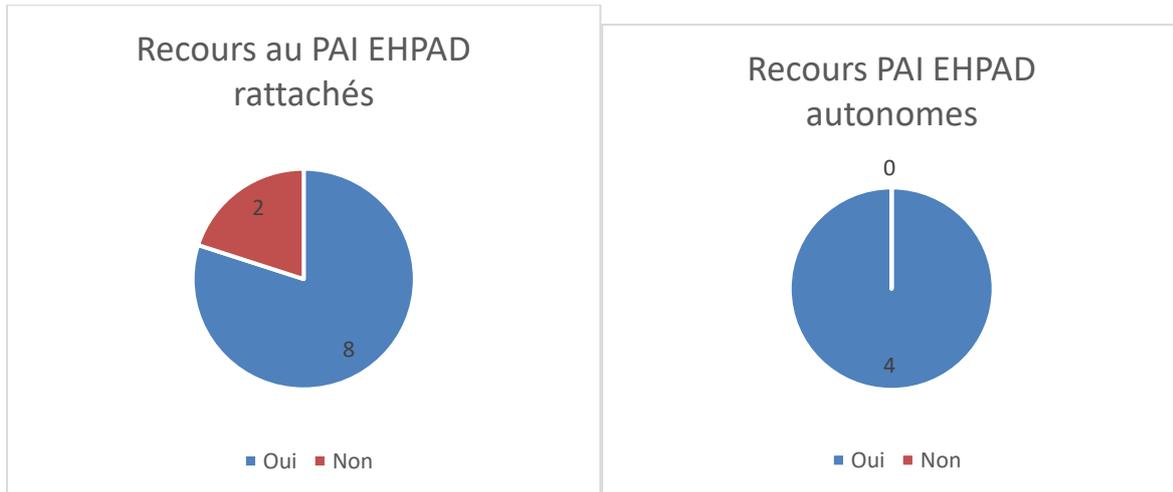
Pour gros investissement : mélange MCO et médico-social (en fonction du projet et de la validation du schéma directeur immobilier et PGFP)

EHPAD autonomes : investissement courant autour de 80 000 euros par an + investissement long terme variable selon le projet défini dans PGFP

- *Les différents financeurs à solliciter pour investir*

ARS, CD, associations locales, fondation des hôpitaux, normes environnementales, AAP, caisses de retraite, banques, fonds européen, CNSA, trésorerie EHPAD, PAI, AMI

- *PAI*



- *Participation élus politiques dans les projets d'investissement*

Pour les CHU : contexte très politique (relations à part)

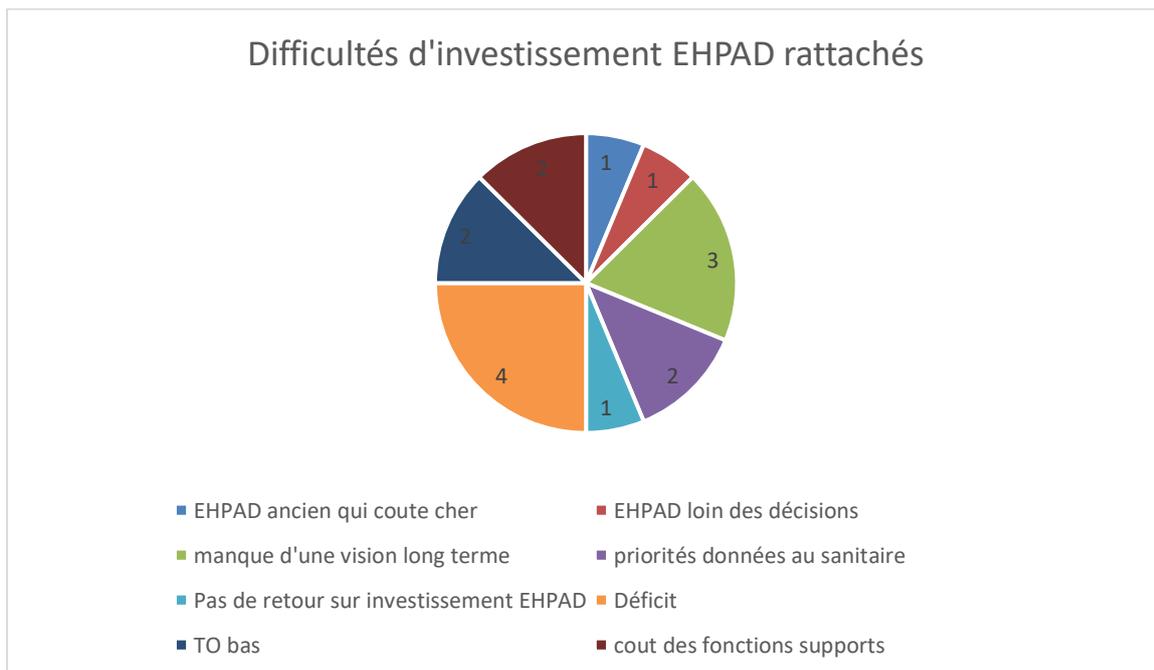
Pour les CH : soutien indirect (contact pour faire avancer plus vite les dossiers) ou indifférent

Pour les HDP : soutien indirect ou très investi directement et indirectement

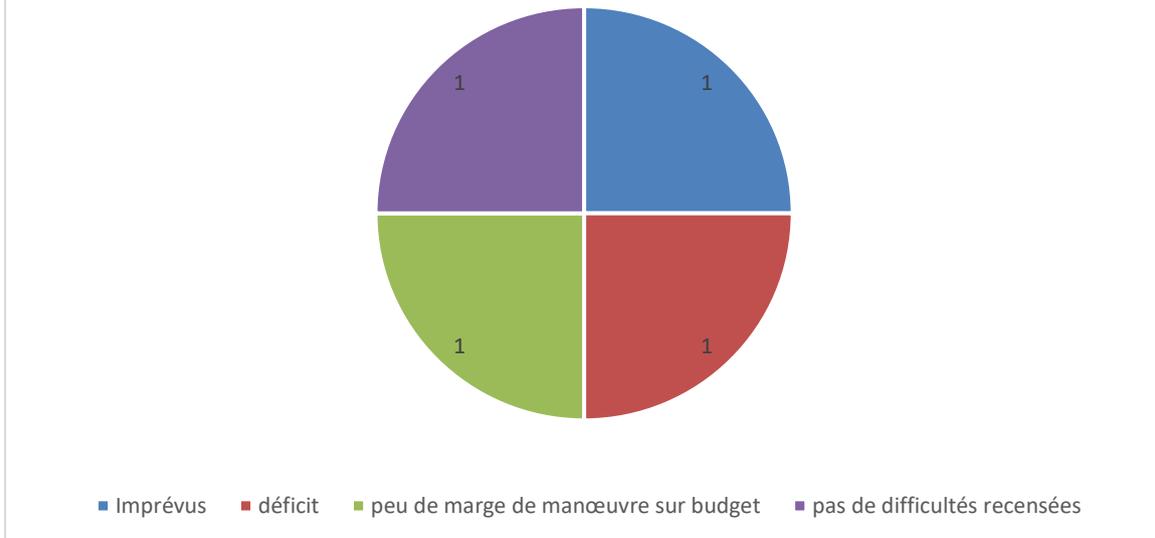
Pour les autonomes : bonne relation (neutre) sauf 1 où le maire bloque les projets

### **PARTIE 3 : AVANTAGES/INCONVENIENTS SUR CE FONCTIONNEMENT**

- *Difficultés*



## Difficultés d'investissement EHPAD autonomes



### Verbatims :

« L'EHPAD il nous coûte un fric fou en exploitation car mal isolé, parce qu'on a une alimentation électrique très vieille, et qu'on n'investit pas dedans pour rénover. Le fait aussi qu'on est loin du campus et que du coup ça nous coûte un fric fou car on a une restauration sur place avec 11 ETP de cuisiniers... mais bon c'est un grain de sable dans une énorme mécanique et donc bah le parti pris c'est de dire que ce n'est pas ce grain de sable qui va enrouer le tout, bon bah voilà. » (CHU n°1)

« La grosse difficulté c'est que pour l'élaboration de la partie investissement du CHU, on ne pense pas à l'EHPAD. Donc il faut viser le bon créneau, toquer à la bonne porte mais tu n'as pas de choses très fléchées et très carrées. Le plus difficile c'est d'accéder aux lieux de décision. » (CHU n°1)

« Pour les investissements courants, il est vrai que quand on a besoin d'investissement, ça fait un an et demi qu'on essaye d'améliorer la prestation repas avec le fait de rendre aux personnes compétentes la fonction de préparation de repas. C'est vrai qu'on a des limites quand on demande de l'investissement. On nous dit que l'EHPAD est déficitaire donc on ne peut pas investir. Les modalités de financement ne permettent pas d'avoir un gain économique. Sur le MCO, c'est déficitaire mais on peut investir car cela peut rapporter de l'activité et réduire la DMS. Nous il n'y a pas de retour sur investissement. Quand c'est des investissements assez conséquents, il y a le problème du retour sur investissement. » (CHU n°2)

« Toujours en lien avec la santé financière, si on avait une situation optimale avec un taux d'occupation plutôt bon, l'idée c'est d'arbitrer en interne sur l'utilisation des excédents, sous couvert de la décision du conseil de surveillance. Mais bien sûr on n'y est pas nous. Si on est dans le dur au niveau financier, c'est hyper dur de se dire on continue à investir largement. » (CH n°1)

« La façon dont c'est moins bien, en tout cas c'est un handicap, c'est que l'établissement sur sa partie sanitaire c'est 220 millions d'euros de budget. L'EHPAD et l'USLD confondu on va être à 22 millions d'euros de budget et donc en fait tout support qui va être facturé, les services informatiques, techniques, etc sont des services de luxe pour un EHPAD par rapport à son budget. Les clés de répartition restent les mêmes dans les services, ce qui est logique, mais si nous on était autonome et qu'on devait prendre une prestation extérieure on la ferait à l'échelle de notre budget, quitte à avoir beaucoup moins qualitatif. Cette variation de prestation de luxe ou pas de luxe elle n'est pas faite et c'est en ça que ça va être difficile c'est que sur le budget on a ce qu'on appelle les frais communs, et sur l'EHPAD ça pèse lourd, mais malgré lui. Il y a un vrai sujet à traiter sur les frais communs et sur leur analyse en comparaison avec les privés et les publics pour trouver un équilibre. Ça ne marche pas parce qu'en fait, je pense que ça n'intéresse personne de traiter ce sujet-là et que bah forcément si l'EHPAD et l'USLD n'assume pas cette dépense elle va se reporter sur le budget sanitaire et donc ça n'intéresse pas forcément ou la DAF et/ou le DG. » (CH n°2)

« Je ne faisais pas partie des pourfendeurs de la T2A, en EHPAD on n'est pas tarifé à l'activité mais à l'occupation et si on perd des jours d'hébergement, l'impact budgétaire il est instantané. Donc on était ultra vigilant à nos TO. Le modèle actuel est très difficile car en théorie on est sur la T2A mais dans la réalité on ne l'est pas parce qu'aucun établissement ne retrouve son activité de pré-covid. Il y a aussi le fait qu'on est en train de plonger dans les déficits à cause des mesures salariales non financées, pour les EHPAD mais aussi le budget H. Donc un établissement tant que le budget est supportable, marge brute

*et capacité d'autofinancement, il va s'en sortir. Quand on est en insuffisance d'autofinancement et en marge brute négative, on ne maîtrise plus son destin. » (CH n°3)*

*« Moi j'ai une solution si on veut arrêter tout ça c'est qu'on arrête les travaux. Les marchés publics font que si on arrête les travaux on doit payer le montant des travaux donc en gros on est bloqué. Notre investissement aujourd'hui il est bloqué sur le projet en cours, si la situation de l'exploitation ne s'améliore pas, c'est l'investissement qui va trinquer et on ne va plus rien faire. Et ça c'est un paradigme qui ne rentre pas du tout dans les mœurs en tout cas ici. Parce que quand je parle des difficultés ici, on me dit bah oui mais on peut toujours emprunter. Sauf qu'il faut le rembourser et accessoirement aussi des intérêts avec et cela coûte vraiment très cher. Donc le modèle actuel il n'est pas mauvais dans son ensemble mais les établissements en grande difficulté, ils vont voir leur investissement complètement anéanti. La dernière roue du carrosse si l'investissement trinque, ce sera forcément l'hébergement en EHPAD. Il y aura toujours la priorité sur un projet en court séjour, toujours. Donc en gros pour investir dans son EHPAD, il faut être en bonne santé financière et c'est là qu'on va pouvoir faire passer le projet EHPAD avant les urgences ou autres. » (CH n°3)*

*« Alors le directeur des soins va te dire que non du tout, cela fait partie de l'ensemble, par contre le directeur de l'EHPAD va te dire que oui. On est la dernière roue du carrosse et puis tu vois tous les financements qui partent de l'autre côté et ça m'énerve. Donc effectivement ce n'est pas la priorité mais c'est des mentalités qui doivent changer. Ça passe par la communication, l'importance du directeur c'est de redonner confiance aux soignants dans leurs outils de travail, dans les organisations et de renouer le dialogue en disant qu'on fait partie du CH et qu'on peut en faire partie en mettant en avant ce qu'on fait. » (CH n°4)*

*« Une des principales difficultés qu'on rencontre aussi sur la partie investissement, c'est le sujet des achats. La code de la commande publique est hyper contraint et il est très difficile de faire ce qu'on veut en la matière. Déjà d'une parce que les sanctions sont lourdes quand tu ne respectes pas les principes mais aussi sur la lourdeur des procédures à adopter. T'as la procédure adaptée, l'appel d'offres etc et c'est super long. Souvent en plus tu conclus ces marchés au niveau de ton GHT donc tu ne décides pas vraiment de tes prix ni de ton produit. Vous faites des lots et puis voilà. » (CH n°4)*

*« Quand on est un EHPAD rattaché à un centre hospitalier, j'ai la sensation qu'on a tous les inconvénients et pas les avantages du CH. Je suis un peu écartée de la décision financière de mon établissement. Par exemple, là ça fait plusieurs mois que je réclame auprès de la DAF pour la gestion de mes comptes et avoir une marge de manœuvre sur mes budgets et bah c'est très difficile d'obtenir ses données. Ce qui me permet aussi moi à mon tour de communiquer avec mes équipes sur ces données pour qu'on concentre tous nos efforts ensemble. » (CH n°4)*

*« La difficulté à la stratégie d'investissement est liée essentiellement au projet, pas à l'enveloppe financière. La plupart du temps, en fin d'année, je n'ai pas dépensé la totalité de mon enveloppe prévue à cet effet. Le problème aujourd'hui, c'est que les équipes médicales ne défendent plus le projet, ou très peu. Sur mes 7 ou 8 équipes médicales, j'en ai 2 qui me proposent encore des choses au directoire. Une fois qu'il est validé en directoire, bah je fais tout pour l'accompagner pour le réaliser, mais je vous dis c'est très rare. Les médecins ont très peu de projets. Si j'ai eu un gros projet médico-social là, c'est que j'avais un médecin leader à l'époque. Si je ne l'avais pas à mes côtés, on ne serait pas allé dans le projet. Donc aujourd'hui, la première limite ce n'est pas tellement l'argent mais c'est plus dans la volonté de porter le projet et de lui donner une lisibilité. Après rien dit que demain, avec tout ce qui se passe au niveau des autorisations et de leur renouvellement. Il y a un manque de lisibilité qui est un gros frein à l'investissement. Après le deuxième gros frein, c'est les délais. C'est une machine un peu complexe avant d'arriver au projet abouti. » (HDP n°1)*

*« Quand l'exploitation est en souffrance, on ne peut plus investir. Le problème de l'exploitation et donc du prix de journée sont intrinsèquement liés au choix du département. Quand j'ai construit cet EHPAD, je n'étais pas en déficit, j'avais une bonne trésorerie et j'avais aussi un appui politique. Je referai le même projet aujourd'hui, je serai clairement en difficulté. » (HDP n°1)*

*« Le plus difficile pour nous concrètement, c'est notre CAF et donc globalement notre situation financière déficitaire qui ne nous permet pas d'investir durablement. Quand déjà l'exploitation ne tourne pas, on ne va pas aller alimenter notre section investissement donc malheureusement, les choses du quotidien et les imprévus pèsent lourdement sur l'investissement au long terme. Pour le gros investissement sur le site de X, on a pu le faire car on a monté le projet avant le covid, avant aussi la guerre en Ukraine et l'envolée des prix. Aujourd'hui, un projet d'une telle envergure n'aurait pas pu se concrétiser avec les difficultés qu'on rencontre aujourd'hui. » (HDP n°2)*

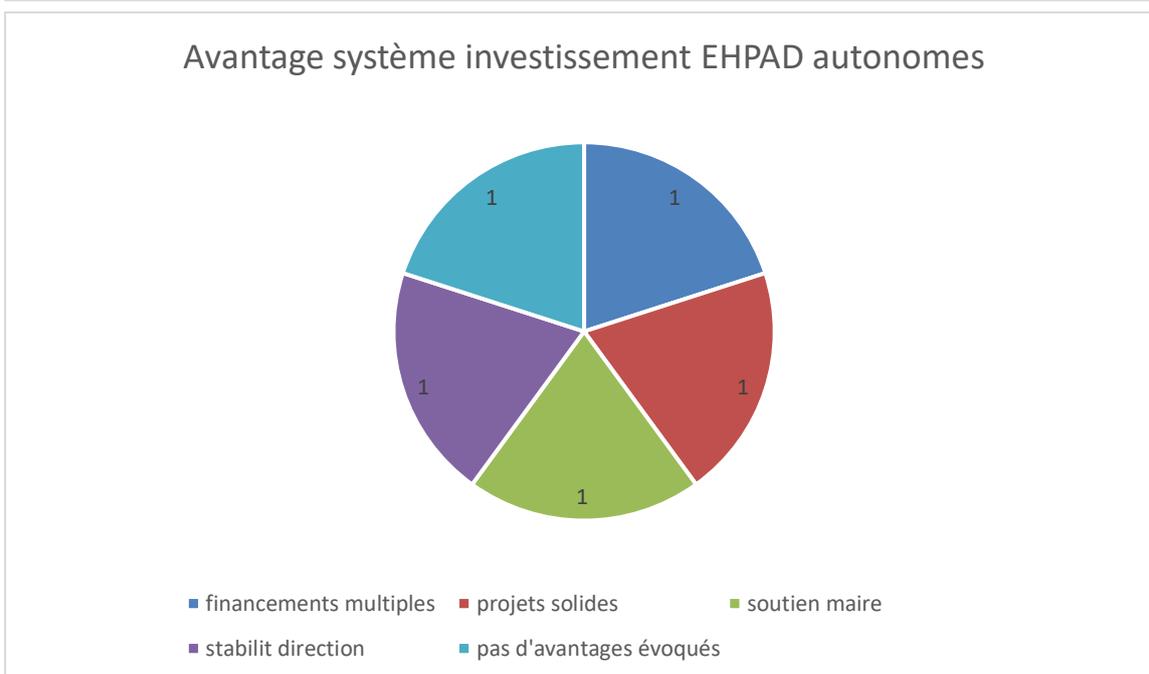
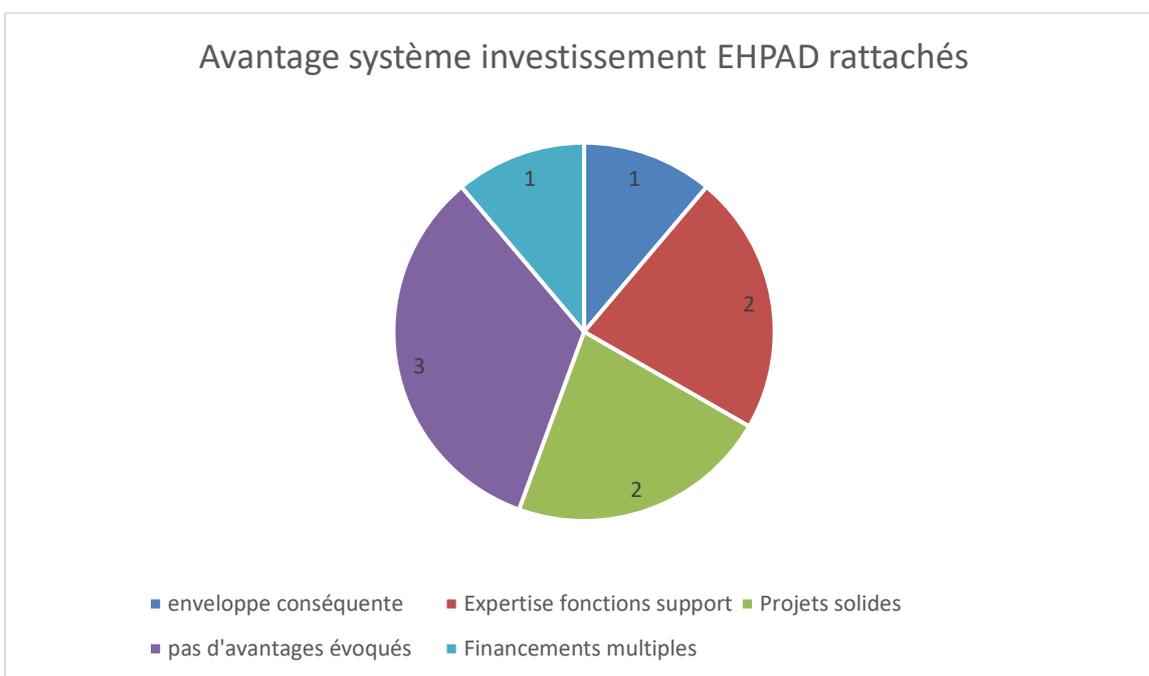
*« Il y a différentes étapes dans un projet et c'est vrai que quand on lance une construction, le plan de financement il n'est pas forcément consolidé ni bouclé. Donc il faut à un moment donné, s'appuyer aussi sur les politiques et notamment ce que je vous disais, sur le président du conseil de surveillance. Ça c'est fondamental. Il faut avoir des appuis, s'assurer aussi auprès des autorités bien évidemment et notamment sur la validation du PGFP. Il ne faut pas avoir peur d'aller solliciter pour qu'on*

puisse bénéficier de subventions, même si ça représente un travail conséquent, car ce sont des dossiers qui sont complexes à monter et qui sont longs. » (HDP n°3)

« La principale difficulté que j'ai pour investir c'est mon déficit parce que le conseil d'administration quand on présente le projet, ils sont partants, le personnel aussi. Vraiment ce qui bloque c'est la situation financière de l'établissement clairement. » (Autonome n°2)

« On a 80% de notre budget qui est affecté au RH. Donc j'ai 4,6 millions d'euros en tout. Donc allez-y faites 80% de 4,6 millions : 3,6 millions, donc il ne me reste même pas un million pour fonctionner sur l'hébergement. Vous avez déjà 250 000 euros de budget alimentation, 250 000 euros de charges d'énergie, ensuite la maintenance de l'établissement, etc. bah avec tout ça votre partie hébergement elle est déficitaire. Donc qu'on distingue bien l'investissement de la dépendance et du soin. Et bah l'hébergement c'est plus pour fonctionner qu'investir. Donc bah voilà on ne peut pas s'en sortir. Moi l'investissement pour moi c'est un peu de l'épargne que je rajoute à mon excédent. » (Autonome n°4)

- Avantages



Verbatims :

« Malgré tout, on a quand même 120 000 euros, donc contrairement à d'autres, c'est pas mal. En plus de l'exploitation normale. On a quand même des crédits, sur le quotidien et les petites dépenses tu peux trouver, ce qui manque c'est une vision projet, un investissement lourd sur la partie EHPAD. On ne manque rien ici, c'est Byzance. (CHU n°1)

« Si c'est une bonne santé financière, vous avez les mains libres je dirai mais par contre la contrainte tout de même des décisions arbitraires en interne. Car forcément c'est un budget annexe, tout est rattaché à un même budget. Mais vous avez l'expertise financière des fonctions support. Par exemple ce n'est pas moi qui vais aller négocier le prêt. » (CH n°1)

« C'est une aide sur la partie technique. Concrètement, les services techniques quand ils viennent regarder la toiture, etc c'est une véritable aide qu'on n'aurait pas autant si on était établissement autonome car on n'aurait pas les moyens de le faire. » (CH n°2)

« Je pense que c'est le temps. On a mis le temps parce que tu vois je suis arrivé en 2010 et en 2012 je faisais un comité de pilotage avec tous les corps de métier pour rêver ce qu'on voulait demain. On a bossé sur ça pendant plus d'un an. Ça n'a conduit à proposer un projet global en 2015. Et donc bah le temps a fait que le projet a eu le temps de mûrir et le fait d'être retoqué car n'était pas viable, on l'a revu à la baisse mais sans lâcher l'ambition de ce qu'on voulait. Je pense que le temps fait toujours bien les choses, c'est un bon allié. Et c'est aussi la stabilité du directeur en poste, moi j'ai mené mon projet sur plusieurs années et il n'y a pas de turn over de directeurs comme on peut le voir un peu de partout. Moi mon conseil c'est de rester au moins 5 ans dans un établissement pour dire de mener des projets et de les accompagner et récolter les fruits. Mais vraiment le temps, car permet la réflexion et moins tu as de chance de te tromper. Alors après ce n'est pas parfait, il y a des choses que je ferais différemment si je pouvais mais je suis quand même assez content. » (Autonome n°3)

« L'avantage d'être rattaché c'est qu'on peut répondre à des appels à projet : on est plus réactif, plus axé sur les démarches qualité. » (FHF)

- *Regard des collègues sur le médico-social (pour les EHPAD rattachés seulement)*

Dans l'ensemble bonnes relations décrites même si distance ressentie dû aux sites distincts et aux priorités (sanitaires sur médico-social)

#### Verbatims :

« Le pôle de gériatrie est un pôle donc on a quand même le droit à des rencontres de pôle, le suivi sur les activités et les recettes, après ce n'est pas ce qui occupe le plus mais on y a quand même. Donc il y a des collègues qui sont sensibles et d'autres qui n'ont jamais foutu les pieds ici. » (CHU n°1)

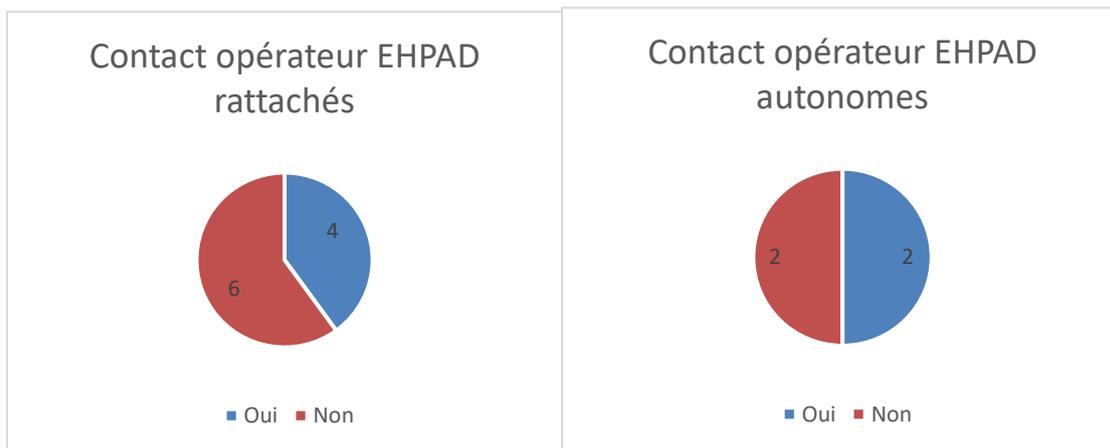
« Sur le site de l'EHPAD, les locaux ne permettent pas de se poser quelque part. on réserve à chaque fois des salles de réunion, il n'y a pas de bureau de directeur. Donc ça n'invite pas à venir sur le site. Et il n'y a pas de temps spécifiquement dédié sur l'EHPAD. La présence du directeur, donc de moi, n'est pas quotidienne. Pour les sujets concernant l'EHPAD, sont traités en CODIR. Dans les instances, quand il y a des sujets EHPAD, ils sont exposés aussi. En CSE récemment est passé l'organisation soignante par exemple. Après une partie des collègues est sensible aux sujets EHPAD et d'autres pas du tout. » (CHU n°2)

« Je fais partie du comité de direction, on se voit toutes les semaines. Il y a une disponibilité si j'ai besoin de mon directeur et de mes collègues C'est important que la direction puisse s'inscrire dans la stratégie de la gériatrie. Il faut leur laisser la place pour le faire et en retour qu'il nous laisse l'opportunité pour leur présenter des choses. On a quand même une sensation de mise à l'écart. On dit tout le temps de travailler notre sentiment d'appartenance, je pense que la première question qu'on doit se poser c'est est-ce qu'on fait partie du centre hospitalier. On est tous convaincu d'en faire partie par contre l'inverse sur l'EHPAD et l'USLD je ne suis pas sûre que ce soit vrai. » (CH n°2)

« Ah oui sur ce côté-là il n'y a pas de problème. En CODIR, on prend chacun la parole et je fais toujours un point sur les résidents et les problématiques éventuelles. J'ai également repris les CVS, du coup on a inclus des membres du conseil de surveillance dans le CVS donc ça permet de faire des liens. Et en CS je leur fais valider les règlements de fonctionnement, les contrats de séjour, etc. cela permet de faire parler de l'EHPAD au sein des CH. » (CH n°4)

#### **PARTIE 4 : PERSPECTIVES D'AVENIR**

- *Contact opérateur public ou privé*



Verbatims :

« Donc bah oui nous on a cédé une partie de notre activité. Le bâtiment en question datait de 1983 ou 1984 qui était vétuste et n'a pas ultra bien vieilli. C'était un site extérieur et ça a beaucoup joué parce que quand on est sur le site, c'est plus facile d'avoir des interventions rapides sur le quotidien. Ce qu'on s'est rendu compte au cours des années 2010 c'est que pour continuer à exploiter ce bâtiment sur 105 lits, il fallait des travaux très importants, une extension, ou alors rebâtir un autre EHPAD sur un autre site avec démolition de celui-ci qui est blindé d'amiante donc qui pose des problèmes. Refaire des chambres simples alors que c'était des chambres doubles. On s'est rendu compte que l'équation financière était difficile à résoudre. On aurait été en EHPAD autonome, ils y seraient allés dans ce projet. Mais là ça a été difficile car en plus l'EHPAD en question avait un mauvais TO. Un étage était fermé enfin bon c'était catastrophique. Le covid est ensuite arrivé par-là, enfin bref. En septembre 2021, les derniers résidents ont été redispachés sur les autres EHPAD soit du centre hospitalier soit d'autres pour ceux qui le souhaitait. On a fait ce choix car financièrement on n'aurait jamais pu reprendre une opération de travaux cohérente. Il aurait fallu je ne sais pas 25 millions d'euros, donc en gros la moitié de ce qu'on investit ici. Accessoirement, quelques rapaces de promoteurs immobiliers qui sont venus toquer avec un carnet de chèque pour ses places. Après c'est allé assez vite. Le foncier qui n'est toujours pas réglé et l'autorisation, bah elle ne peut pas être cédée donc on a fait une convention validée par l'ARS et le CD. On a vendu nos places environ 60 000 euros la place. Donc ouais ça se prend. Je comprends cette décision du chef. En tant qu'ancien D3S, ça m'a un peu fait mal mais dans ces conditions, je pense que c'était la meilleure décision possible. » (CH n°3)

« Beaucoup de directeurs disent à la FHF que c'est la merde. Dire qu'en gros trop de déficit, donc on jette l'éponge, on arrête. Souvent on cède son activité parce qu'au niveau de la trésorerie c'est trop juste. » (FHF)

« On commence à voir des cessions d'activité sur le territoire pour la raison que ce n'est pas rentable. La position peut être cohérente mais elle est uniquement budgétaire. Soit j'investis beaucoup d'argent dans mon EHPAD et pour les 20 prochaines années je serre ma ceinture pour être à peu près dans les clous soit je vends. Et souvent c'est une solution plus logique économiquement car les établissements sont trop vétustes pour ne rien faire. On donne à celui qui a les sous pour investir et reconstruire. C'est aussi révélateur du peu d'intérêt du médico-social pour les hôpitaux rattachés. Donc oui beaucoup d'hôpitaux l'ont déjà fait, d'autres se posent des questions. Ça pose une question plus fondamentale derrière qui est quelle est la pérennité du système actuel et du financement octroyé par l'Etat. Le ministère étant d'accord d'ailleurs que le secteur n'est pas assez doté car ils viennent de nous redonner 650 millions d'euros. » (FHF)

- **Regroupement des EHPAD**

Verbatims :

« Ce serait peut-être pas mal car au moins on aurait des échelles plus importantes pour faire des économies mais tout en étant détaché des mastodontes que sont les hôpitaux. Faire des GCSMS, donc des GHT mais médico-sociaux. Avec toujours des connexions avec ton hôpital pour fluidifier tes filières mais tout en ayant en proximité des acteurs qui parlent médico-social. » (CHU n°1)

« Ça peut être un avantage pour les EHPAD, notamment pour les achats. Les besoins des EHPAD au vue de leur taille sont différents du MCO et donc pas d'intérêt de se mettre dans les GHT. Donc pour moi c'est une très bonne idée de se regrouper entre eux, pour des achats et sur la partie exploitation. Par contre peut être pas pour l'investissement sur du long terme qui reste pour moi propre à chaque structure ». (CHU n°2)

« Je pense que c'est nécessaire de regrouper mais il faut le faire de manière gradée. Par exemple les GHT, peut-être que les hôpitaux y voient un inconvénient mais nous on paye deux fois le prix des choses. Les regroupements donc attention.

*C'est intéressant d'être plus fort ensemble mais tout de même attention. Sur le corps D3S, on peut se poser des questions, parce que plus vous regroupez, plus vous faites des directions communes et donc sur l'attractivité clairement on n'y est pas. La spécificité du métier on la noie dans les directions communes donc moi je suis assez sceptique sur ces regroupements. » (CH n°1)*

*« Il y aurait une vraie plus-value, simplement par le fait déjà de parler de nos problèmes respectifs et d'avoir le point de vue des collègues sur ces derniers. En plus de cela, cela permettrait de centrer sur les sujets médico-sociaux et uniquement ceux-là. On aurait une spécificité des sujets, ce ne serait pas noyé par les sujets sanitaires. » (CH n°2)*

*« Moi très objectivement j'attends de voir ce que ça va donner. Avant de créer des GTSMS, faisons le bilan des GHT. Parce que bon, c'est quoi concrètement les avantages qu'on a retenu du GHT ? Pour prendre l'exemple des marchés publics dans le GHT, j'augmente mes prix de 15 à 20%. Le marché est beaucoup plus long à sortir, donc on perd plusieurs mois et ils sont plus chers pour une qualité moindre. Quand on a mis en place les GHT, les EHPAD étaient cordialement invité à y participer. » (CH n°3)*

*« Ah oui dans la loi bien vieillir. Moi je suis très méfiant de ces trucs-là. Alors après je m'investis dans la filière extérieure et c'est important mais les CRT, les GCMS j'y mets beaucoup de précautions. Plusieurs raisons : la première c'est plus on va laisser les gens à domicile plus ils vont venir dépendants chez nous, dans les CH publics, la seule chance qu'on ait c'est qu'on a des IDE de nuit et là tu sens bien que l'infirmier de nuit sera celui pour tout le territoire, donc ça ne m'intéresse pas vraiment de travailler comme ça mais bon tu sens quand même qu'on nous pousse un peu à ça. Mutualiser des moyens que l'on n'a déjà pas. » (CH n°4)*

*« Alors je sais que c'est la grande mode défendue du moment. En tout cas ne pas rester autonome ça oui je suis d'accord pour des raisons évidentes : la sécurité informatique, le dossier patient informatisé, la permanence des soins. Donc c'est profitable mais je trouve que ça l'est encore plus quand cela se fait au sein d'un GHT que les GCMS. Les EHPAD peuvent rejoindre un GHT. Cela leur donne à mon sens une sécurité notamment dans les parcours de soins ou les partages de compétence entre les secteurs. Etre regroupé, cela est très profitable en période de crise car vous n'êtes pas seul et on vient vous aider. Mais je suis un défenseur des GHT : je pense que les EHPAD ont plus à tirer avantage d'être rattaché au sanitaire que simplement se regrouper entre EHPAD. » (HDP n°1)*

*« Oui pour moi c'est une bonne chose. Cela permet d'être plus fort ensemble et non isolé sur le territoire, car même en hôpital de proximité on est isolé, surtout le directeur. Les groupements, dans le cadre des investissements par exemple, cela permet de se regrouper et de candidater aux appels à projet en commun. Parce que les démarches sont lourdes, les délais d'attente très long et c'est très fastidieux comme démarche : là au moins en groupe, vous faites la démarche en commun, donc ça va plus vite et vous gagnez en efficacité. Moi je trouve que les groupements c'est bien ouais, ça permet aussi le partage de compétences, notamment dans les formations. Les politiques publiques vont dans ce sens depuis plusieurs années et c'est une très bonne chose selon moi. » (HDP n°2)*

*« Moi ça me paraît essentiel. Il faut des regroupements, notamment pour la partie achat et pour la partie système d'information. C'est indispensable pour un EHPAD autonome de ne pas rester isolé et de travailler en réseau. C'est plus simple aussi pour le directeur d'avoir des collègues et de pouvoir échanger aussi. » (HDP n°3)*

*« On ne nous demande pas vraiment de nous rattacher au sanitaire, par contre on nous demande de nous regrouper. Et je pense qu'on va arriver quand même malgré tout à des mini GHT. Alors ça je pense que mes collègues ne vont pas du tout être d'accord mais en fait la loi bien vieillir demande aux EHPAD de se regrouper en GTCMS pour le 1<sup>er</sup> janvier 2025. » (autonome n°1)*

*« Moi je pense que c'est très riche. Nous dans le GCMS cela permet vraiment une mutualisation sur plusieurs moyens, notamment sur la démarche qualité, les groupements d'achat, sur les formations, sur les missions d'expertise. Cela permet également aux directeurs de se rencontrer, d'échanger sur des sujets précis. Il y a des mutualisations sur les réponses à des appels à projet. » (autonome n°2)*

*« Un EHPAD qui est rattaché à un centre hospitalier c'est compliqué. Je pense que c'est une erreur que les EHPAD autonomes se rattachent à des centres hospitaliers ou au GHT. Aujourd'hui il y a déjà le pli qui se prend car beaucoup de directeurs d'EHPAD s'en vont vers le sanitaire pour faire des missions de DH adjoints car c'est plus intéressant financièrement notamment. Mais le modèle des GTSMS ça peut être pas mal. C'est éviter de mettre les établissements en situation d'isolement. » (autonome n°3)*

*« S'ils veulent tuer les EHPAD, et bah ils vont dans les GHT et c'est tout bon. Si je dépends du GHT ça veut dire augmentation des coûts de fonctionnements. Moi je pense qu'il faut se regrouper mais en fonction d'entités structurelles. On ne mélange pas des choux et des navets. Donc oui au regroupement des EHPAD publics autonomes de même territoire, mais sinon non » (autonome n°4)*

- *Avis sur le modèle des EHPAD rattachés*

#### Verbatims :

« Malgré tout en matière d'attractivité médicale et paramédicale, on est un peu plus fort. Au CHU, on a des docteurs juniors d'EHPAD, tu as quand même des bénéficiaires CHU que tu n'auras jamais en tant qu'EHPAD autonomes. Par contre un reproche, au niveau du DG du CHU, t'as beau dire que tu gères plein de choses, il ne prend pas la mesure et l'estimation du temps que ça prend. Mais clairement on vit comme des riches ici. On n'a pas les mêmes problèmes que les autres structures. » (CHU n°1)

« Quand on est un EHPAD rattaché, on est en lien avec l'organisation interne mais si on n'a pas d'enveloppe dédiée, c'est un frein. Car on privilégie toujours le MCO bah parce qu'il y a le retour sur investissement. Après on pourrait se poser la question d'est-ce que c'est au CHU de porter l'EHPAD. » (CHU n°2)

« En tant que jeune directeur, l'avantage que je vois à être rattaché à un CH c'est de ne pas être seul pour gérer la barque. Ça permet aussi de créer sa propre expérience, sa propre identité, acquérir des connaissances supplémentaires tout en étant dans un climat un peu plus sécurisé. Il y a aussi, et là c'est plus un inconvénient, il faut arriver et ce n'est pas toujours simple, d'avoir le même degré d'information que les autres collègues. Les décisions se prennent et moi je fais des fouilles archéologiques pour être au courant du truc quoi. Avec les fonctions supports, vous bénéficiez d'une expertise sur tous les sujets, ce que les directeurs d'EHPAD n'ont pas. En chefferie, vous avez intérêt à maîtriser tous les champs. Nous on a fait notre évaluation externe, j'ai pu bénéficier des ingénieurs de la direction qualité vous voyez pour donner un exemple. Pour le côté négatif, c'est de maîtriser le niveau de décision et de mieux s'y placer. » (CH n°1)

« L'avantage d'être rattaché à un hôpital bah c'est la force de frappe que peut donner l'hôpital notamment en termes de moyen mais l'inconvénient aussi c'est que ce ne sera jamais l'activité n°1. Historiquement être rattaché avait un avantage, un peu en trompe l'œil. Aujourd'hui avec la convergence tarifaire ce n'est pas du tout une bonne chose pour les EHPAD rattachés. Avec la convergence tarifaire, je me demande s'il ne faudrait pas plutôt être un EHPAD autonome vous voyez. Pour l'investissement, l'EHPAD c'est le cœur de la priorité et donc bah ouais au final ce n'est pas une si mauvaise idée d'être seul. » (CH n°3)

« Il y a quand même on ne peut pas le nier un avantage sur la masse salariale du CH qui peut aussi dépanner pour la partie EHPAD. Pour les médecins aussi, les médecins du court séjour, ils peuvent venir plus facilement remplacer les médecins de l'EHPAD. Après on a aussi notre service de communication qui peut être aidant et qui va t'aider dans l'écriture des différents rapports. Et puis surtout je pense que l'EHPAD doit trouver sa place au sein du CH notamment dans le cadre du parcours de la filière gériatrique parce que la personne âgée qui rentre aux urgences, l'EHPAD peut être une solution transitoire voire définitive ensuite. On doit se transformer c'est sûr. Parce que bon l'entité des EHPAD a été construit sur les EHPAD privés et pas vraiment publics et que nous on devrait avoir un modèle un peu mixte pour qu'on ait à la fois des patients et à la fois des résidents, un financement qui nous soit propre là-dessus et du personnel qui permette de gérer correctement. Moi je suis convaincu que l'EHPAD peut être et doit être une solution transitoire, et donc de construire des parcours de ce genre. Et je trouve que j'ai beaucoup de frein de la part de mon coordo, des soignants et de l'encadrement qui sont eux dans une vision très EHPAD qu'avec des résidents. Quand on est rattaché à un CH, on doit avoir une ouverture d'esprit un peu plus large. » (CH n°4)

« C'est une véritable plus-value pour moi. On n'aurait jamais pu mener à bien ce projet avec cette épargne sans ce rapprochement. Mais vous savez pourquoi ça a marché chez nous ? C'est une question de choix du directeur mais porté par des leaders à côté de lui qui décident de prioriser le médico-social face au sanitaire. Le choix n'est jamais fait par un seul : être rattaché permet de s'entourer et de mener à bien les projets. » (HDP n°1)

« Alors là, les EHPAD rattachés comment vous dire... Moi je ne suis pas fan de ces modèles. Ça complique tout : vous avez besoin d'un technicien sur un sujet, vous ne pouvez pas prendre celui que vous voulez mais celui de l'hôpital qui va venir vous ne savez pas quand et surtout qui ne va pas prendre en compte que vous êtes en EHPAD et pas à l'hôpital. Parce que souvent le sanitaire il considère que l'EHPAD il n'y a rien à faire de différent que l'hôpital mais c'est faux : on n'agit pas pareil car ici c'est un lieu de vie pas un lit qui sera occupé 3 ou 4 jours par la personne. Après bon, je suis sûre qu'on peut lui trouver des trucs bien à ce modèle hein, notamment pour les ressources infirmières mais après bon voilà... aujourd'hui en tant que future D3S, il faut plutôt aller en structure autonome. » (HDP n°2)

« Disons que c'est un peu différent d'un EHPAD autonome puisque derrière le projet de reconstruction de l'EHPAD, il y a le projet beaucoup plus grand d'augmenter notre capacité et de diversifier notre offre de soin SMR et de créer une balnéothérapie. Ça s'inscrit dans quelque chose de beaucoup plus large que la simple création de l'EHPAD. Déjà le plan de financement il est différent puisqu'on a les recettes aussi de la partie sanitaire. Donc c'est très différent de l'EHPAD autonome mais pour moi c'est un atout je pense. C'est un atout parce qu'on a plus d'activités avec un volet recettes plus large que

*simplement le médico-social. Et donc on a plus de marge de manœuvre en termes de recettes et donc absorber la dépense et financer les amortissements. Plus le budget est conséquent et plus l'opération est viable. On a aussi plus de moyens en RH. Les résidents sont mieux pris en charge. » (HDP n°3)*

*« Le plus qu'il peut y avoir c'est en termes de support. Moi je suis directrice de deux sites, je dois tout gérer toute seule sur tous les aspects avec ce projet de reconstruction en plus. Je n'ai pas l'expertise technique sur un sujet de prédilection. Je sais un peu tout faire quoi mais rien en expertise. Je ne fais pas des finances toute la journée, je ne fais pas des RH toute la journée, je touche à tout mais je ne suis pas experte. Être rattaché à un CH ça permet d'avoir les expertises et d'avoir un peu plus d'appui. Après au niveau finances, les EHPAD clairement c'est la cinquième roue du carrosse des hôpitaux donc bon. » (autonome n°1)*

*« Après moi je n'y ai jamais travaillé donc c'est un regard purement extérieur, sans vécu. Mais pour moi c'est un frein à l'investissement. Parce que quand on est rattaché à un établissement hospitalier, l'EHPAD est pour moi jamais prioritaire sur les investissements à faire face au sanitaire. Ce que je peux comprendre, car en effet, quand on veut investir, on préfère le faire sur des équipements opératoires que dans un équipement hôtelier, qui semble moins important. Cela reste problématique car il faut accueillir au mieux les résidents. Mais je pense que quand on réfléchit à l'échelle hospitalier, la priorité elle n'est pas là, et donc in fine ça dessert l'investissement de l'EHPAD au contraire de la chefferie. » (autonome n°2)*

*« Après moi le modèle j'y vois un avantage dans la mutualisation des compétences, type qualicien, hygiéniste. Après achat c'est un frein car les besoins de l'EHPAD ne sont pas du tout les besoins de l'hôpital et ce n'est pas comparable. Au niveau RH c'est également un avantage en termes d'attractivité mais aussi pour tout ce qui est reclassement. » (autonome n°2)*

*« Ce qui aurait pu être bien avec ces modèles c'est de travailler et proposer des vrais parcours pour les résidents. Mais je sais qu'à l'heure d'aujourd'hui, ce n'est pas la réalité. On ne voit aucune différence en termes de parcours entre les résidents des EHPAD autonomes et des EHPAD rattachés. Mais il y aurait une plus-value de filière d'amont et d'aval mais qui n'existe pas aujourd'hui. » (autonome n°2)*

*« L'hôpital doit se servir de l'EHPAD comme d'une passerelle pour les patients qui ne sont plus aptes à rester sur les lits de l'hôpital. Donc ça oui c'est bien mais pour le reste non c'est du pipeau. Les EHPAD publics doivent se regrouper entre eux, pas avec les hôpitaux. Ça ne peut pas marcher à moins que l'EHPAD ne soit une passerelle mais alors il faut qu'il y ait un bon parcours de soin de construit derrière. Moi j'ai la main sur mes dépenses buanderie, linge plat. Si c'est l'hôpital qui a la main sur ça, ce n'est plus pareil. On n'est pas dans les mêmes volumes, pas dans la même gestion. » (autonome n°4)*

*« Le rattaché permet incontestablement de mieux appréhender la construction d'un nouvel EHPAD parce qu'ils ont les moyens pour monter le dossier et qu'ils ont plus de personnes pour répondre aux appels à projet et surtout plusieurs en même temps. En autonome, c'est plus compliqué. » (FHF)*

- *Avis sur le modèle de la chefferie*

Verbatims :

*« Je ne le connais pas ici, mais je pense que c'est un exercice très seul. Donc face à ton budget déficitaire tu es seul et puis même en termes d'attractivité ça doit être très compliqué. Même si au CHU on a des difficultés, on n'a pas le même niveau de difficulté que dans les EHPAD autonomes. Après tu as aussi moins de contraintes sur certains sujets. Le coût de la DRH est moins cher qu'au CHU, des coûts de fonctionnement moins cher. » (CHU n°1)*

*« Quand on est autonome ce qui est important pour faire des investissements c'est d'avoir un appui juridique et d'aide à la maîtrise d'œuvre quand on a des gros investissements. C'est plus facile par contre quand on est rattaché d'avoir cette expertise. Ou alors sinon le directeur de l'EHPAD autonome doit avoir déjà un réseau bien développé. Si un EHPAD autonome n'a pas de réseau pour moi, c'est très compliqué. Après les EHPAD autonomes peuvent être rattachés à des GHT et ça peut être un avantage. » (CHU n°2)*

*« On n'est pas sur les mêmes problématiques que les EHPAD autonomes ou associatifs du territoire. Nous on a une ligne infirmière 24h/24, ce qui n'est pas le cas des autres. Sur les ressources humaines, on n'a pas de souci de soins. » (CH n°1)*

*« Ce qui est difficile c'est qu'on est seul et que souvent on ne connaît pas les voisins. Sur l'investissement par contre oui mais à moins grande échelle. Il y a une possibilité un peu différente avec des contraintes qui sont moindres. Quand ils ont un projet de rénovation bah ils vont dans le sens qu'ils veulent, ce qui n'est pas notre cas à nous où on a des contraintes techniques et logistiques. Donc une latitude un peu plus forte » (CH n°2)*

*« Moi je ne pourrais pas, parce que bon c'est quand même un paquet d'emmerdes excusez-moi du terme, on est isolé, on doit tout gérer mais la contrainte financière est quand même majeure en EHPAD rattachés donc on a effectivement dans ce modèle-là, plus de marge de manœuvre sur le plan financier. » (CH n°3)*

« Foncièrement oui, j'aurai plus d'autonomie. Mais néanmoins, je trouve que l'exercice des EHPAD rattachés permet quand même de ne pas être seul, de bénéficier de l'aide des fonctions supports, etc. tu me laisses seul à la tête d'un EHPAD, je pense que je le coule mais bon moi je ne suis pas D3S. quand tu es un jeune directeur, je pense que c'est plus sécurisant et sympa d'être entouré d'une équipe. » (CH n°4)

« Pour moi ils n'ont pas les moyens suffisants : pas de service informatique propre, manque de ressources. Pour moi, ils sont plus en difficulté que les EHPAD rattachés. » (HDP n°1)

« C'est l'essence même du D3S pour moi : mener sa barque comme on l'entend, avec les projets etc. si vous voulez monter un truc bah vous le faites vous ne demandez pas à Pierre Paul ou Jacques un aval de principe. Si vous voulez augmenter votre section investissement, vous êtes libre de le faire, etc. après oui c'est un exercice plus solitaire et qui nécessite une bonne position du directeur mais je trouve que c'est le meilleur modèle possible. » (HDP n°2)

« Moi j'ai eu une gestion d'EHPAD autonome en intérim pendant 1 an et demi. Je vois bien qu'on n'a pas les mêmes marges de manœuvre. Ce qui est critiqué dans les EHPAD rattachés, c'est le volet trop sanitaire de la structure. On le voit quand on fait des évaluations externes. Le côté médico-social est parfois mis de côté mais en même temps ça a d'autres avantages. Pendant le COVID, on avait des avis d'infectiologues, des hygiénistes et donc ça c'est des choses beaucoup plus complexes à mettre en place en EHPAD autonome. Mais il a l'avantage d'être un lieu de vie contrairement au sanitaire. Même si nous dans notre hôpital on a développé les démarches humanités et donc c'est des choses qui sont bien ancrées. On a une culture du médico-social qui est très ancrée. » (HDP n°3)

« Le fait d'être en EHPAD autonome bah on n'a personne au-dessus, donc si on veut que ça avance sur un sujet et bah ça avance plus vite. Donc les décisions sont plus rapides, plus libres aussi. La pression politique est peut-être différente, plus difficile alors que les EHPAD rattachés ne l'ont pas. » (autonome n°1)

« Sur le sujet de l'investissement, nous on est seul donc on va venir tout de suite investir si on a les moyens de le faire. Les décisions sont plus rapides et on peut arbitrer seul sur ça. Après je trouve que de manière globale on a plus de marge de manœuvre dans tous les domaines, on rend moins de compte aussi et on est plus libre de réaliser nos projets car seul décisionnaire, ou presque. » (autonome n°2)

« Quand vous êtes en EHPAD autonome, vous développez ce qui manque en EHPAD rattaché, du marketing. C'est-à-dire j'ai besoin de remplir et donc pour ça j'ai besoin de séduire et d'attirer mes futurs résidents. Sauf qu'aujourd'hui, ce n'est pas encore la culture des EHPAD rattachés, même si ça vient progressivement. En EHPAD rattaché c'est différent, vous remplissez votre EHPAD par le sanitaire. Donc vous avez beaucoup moins besoin qu'on le voit. Les admissions elles se font en direct, souvent ils viennent du SMR ou du CSG, ça s'organise entre médecins et puis voilà c'est fait. On ne se pose pas la question d'est-ce que je vais séduire ou non. Moi ça fait des années que je pleure à la FHF pour développer du marketing dans les EHPAD. Que de casser l'idée de dire que ce n'est pas parce qu'on est public, qu'on ne doit pas se vendre. Pendant longtemps, on a confondu mission de service public et égalité sociale. La mission de service public c'est quand quelqu'un frappe à la porte, je le prends et après je me démerde pour me faire payer le dossier pour être payé. Je ne lui demande pas sa religion, ses choix politiques, etc. alors que l'égalité sociale c'est que tout le monde vive de la même façon parce qu'on est du public. Des pauvres et des riches qui n'a rien à voir là-dedans. Et donc sous ce prétexte-là, on n'a jamais vraiment vendu le produit qu'on proposait. Pour ce coup là il faudrait se tourner vers le privé. On ne le fait pas parce qu'on est mal à l'aise avec ça et qu'on a l'impression que ce n'est pas notre problème car avant le covid, on arrivait à les remplir sans problème nos lits. Aujourd'hui, on cherche des résidents. » (FHF)

- Avis sur le modèle de l'EHPAD hors les murs

#### Verbatims :

« Je n'ai pas encore bien compris ce que c'était ça l'EHPAD à domicile mais bon mon chef de pôle m'en a vaguement parlé et donc bah oui pourquoi pas. Après se pose la question : est-ce à l'EHPAD hospitalier de porter ce projet ? Je ne sais pas. » (CHU n°1)

« Il est indéniable. Les EHPAD ne doivent pas négliger ce virage car aujourd'hui c'est la volonté des personnes âgées de rester chez elle le plus longtemps possible. Et donc les médecins et les paramédicaux doivent pouvoir aider à cet objectif et offrir à l'EHPAD cette possibilité. Les EHPAD doivent être des interlocuteurs pour écouter les alternatives à cette offre, pour moi c'est indéniable. Là on va répondre au CRT et on a décidé de travailler avec un SSIAD pour répondre aux besoins de renforcer l'aide à domicile pour des personnes qui ne sont pas encore prêtes à aller en EHPAD mais qui ont quand même des besoins d'aide. » (CHU n°2)

« Je suis assez partagé parce que là en ce moment on développe les CRT qui vont permettre de fédérer, d'homogénéiser les compétences, etc. A coté de ça, on va le faire avec des ressources de l'EHPAD alors qu'on en a déjà plus. Et c'est aussi

*l'objectif de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à domicile. Donc on participe à une certaine filière c'est très bien, mais elle va arriver encore arriver plus tard que ce qu'elle ne l'est déjà. Donc les DMS vont encore régresser avec des soins de plus en plus lourds. Nous sur 2023, on a fait 120 décès. Vous utilisez des ressources internes pour parfois au bout, peu de plus-value : faire de plus en plus d'accueil pour des séjours de plus en plus court. Ces dispositifs j'ai tendance à dire oui mais le problème c'est qu'on utilise nos ressources propres et donc ce n'est pas tenable. C'est paradoxal. » (CH n°1)*

*« Après on a les politiques publiques qui développent les DAR, les DAC, les CPTS, la loi bien vieillir qui préconise de laisser de plus en plus les personnes âgées à leur domicile avec les aides. Il y a beaucoup de financements qui sont débloqués dans ce cadre-là et donc bah tu te rends compte que ceux qui viennent en EHPAD publics sont des personnes très dépendantes, avec des troubles cognitifs, troubles de comportement et d'agressivité qui augmentent de surcroît la charge en soin et on a n'a pas les effectifs au regard. Donc là on essaye de trouver des solutions de réorganisation le temps de refaire un nouveau CPOM en attendant d'avoir de nouvelles ressources pour employer du personnel. » (CH n°4)*

*« Pour moi ça c'est la ligne rouge de l'institution. Là on est dans un EHPAD, donc on est chez soi. Mais c'est très compliqué à faire comprendre aux familles que les gens sont chez eux. Quand ils ont envie de sortir, ils peuvent, ainsi qu'aller boire un coup. Donc ce virage dans l'institution des EHPAD, il est censé exister cette logique. Sauf que par exemple si un résident fugue : c'est de votre responsabilité. Donc pour moi le chez soi n'est pas tout à fait vrai dans ces institutions, c'est la ligne rouge. Si on veut régler le problème de ce virage, c'est de repositionner les choses clairement. Il faut nous décharger de certaines responsabilités entre guillemets. On ne devrait être qu'un prestataire de ce virage domiciliaire. D'arrêter de faire le tour des résidents aux médecins : on ne fait pas ça dans la réalité. Et il y a aussi toute une culture de la part du personnel qui pour la plupart a été formée à l'hôpital et donc ils ont une vision institutionnelle de la chose. Donc c'est bien sur le papier et sur le plan intellectuel, mais pour que ça marche il faut redonner une culture domiciliaire dans les EHPAD. Mais c'est compliqué parce qu'aujourd'hui les résidents sont de plus en plus fragiles et de moins en moins autonomes. » (HDP n°1)*

*« C'est un virage nécessaire et c'est également une demande de la population qu'on accueille donc on doit pouvoir y répondre favorablement. Associer les SAAD, les SSIAD à tout ça pour créer des ponts et c'est comme je vous disais avant ouvrir notre offre pour répondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles attentes. » (HDP n°2)*

*« Ce que je peux vous en dire c'est que tout le monde constate, c'est que les profils des résidents en EHPAD ont beaucoup évolué. L' EHPAD d'aujourd'hui, c'est l'USLD d'il y a 10 ans. C'est-à-dire que c'est de plus en plus médicalisé. Ils viennent de plus en plus tardivement en EHPAD car ils ne peuvent plus rester à domicile. Le modèle de la maison de retraite d'il y a 15 ans c'est fini maintenant, c'est à la marge. Donc forcément ça nécessite d'adapter notre offre, soit en créant des nouvelles unités sécurisées pour accueillir des résidents avec des troubles du comportement ou alors faire intervenir le domicile dans l'EHPAD. Ça passe par des moyens plus conséquents mais il y a forcément des choses qu'on peut et qu'on doit développer mais ça nécessite de revoir les organisations et de remettre en place des effectifs pour pouvoir le faire. » (HDP n°3)*

*« Ce virage il répond juste à la demande du français donc on doit le prendre. Maintenant est-ce que c'est faisable, bah si le gouvernement nous en donne les moyens oui. Après, on pourra mettre en place pleins de choses pour accueillir au domicile, il y aura toujours une limite dans le sens où l'EHPAD répond aux demandes H24 contrairement au domicile. Après l'EHPAD hors les murs, je pense que c'est le tournant que les EHPAD doivent prendre mais pas dans le niveau CRT qui est en train de se développer car beaucoup trop grand. Moi ma vision, c'est que tout établissement d'EHPAD doit pouvoir proposer aux habitants de leur secteur de pouvoir venir manger, participer aux animations, éventuellement d'avoir des chambres tampons et avoir des chambres d'urgence. Mais aussi faire intervenir du personnel d'EHPAD à domicile pour qu'on puisse connaître les résidents à domicile qui vont peut-être venir plus tard. Mais voilà pour conclure, je pense que la démarche doit être portée au sein de chaque EHPAD et non pas en créant une structure supplémentaire type un CRT sur un territoire immense où les personnes ne pourront pas se repérer. » (autonome n°2)*

*« Il y a un gros tournant qui est en train d'arriver et je ne suis pas sûre qu'on s'y prépare bien. J'ai l'impression qu'on répond à pleins de choses en même temps sans réfléchir à la logique globale, et notamment à la cohabitation domicile-EHPAD. On parle de la fin des EHPAD mais je ne pense pas, on va juste changer de public accueilli car ils vont rester à domicile plus longtemps, donc venir en EHPAD plus vieux. » (autonome n°2)*

*« Je le comprends mais il y aura toujours besoin d'établissements. La courbe du vieillissement elle est exponentielle. Les personnes qu'on retient le plus longtemps possible à domicile au bout d'un moment elles se dégradent tellement bah il n'y a plus le choix que d'aller en institution. Donc ils viennent ici avec des polyopathologies, de plus en plus dépendantes, ils restent moins longtemps. Ça va changer le profil des personnes qu'on va accueillir. Je n'accueille pas moi des personnes qui ont des troubles psychiatriques, je peux me le permettre car je n'ai pas de problème de TO mais il y a trop de situations complexes donc j'ai fait le choix de ne pas prendre ce profil dans mon établissement. Moi je suis garant de la protection des résidents et des personnels donc je ne vais pas prendre de risques. » (autonome n°3)*

« Ça c'est le top. Aujourd'hui on n'a plus les moyens de rester dans son coin. C'est une bonne opportunité pour nous. Avec des professionnels formés, ça nous permet d'aller chercher autre chose, avec des nouveaux acteurs. Et puis en plus, les acteurs du domicile ils sont aussi en difficulté : donc autant se serrer les coudes les uns les autres. On crée une offre de service globale qui permet de répondre à tous les profils. Parce que là ce qu'il se passe c'est qu'on nous appelle en dernier recours, dès que c'est déjà trop tard. Donc il faut prévoir le truc en amont. De toute façon, l'Etat n'a plus les moyens de financer aujourd'hui, donc autant mutualiser nos forces et essayer de créer des ponts et des synergies. » (autonome n°4)

## **Annexe 4 : Autodiagnostic structure d'accueil (sur la base de la grille d'entretien)**

### **PARTIE 1 : informations générales**

#### Description de la structure

- **Nombre de lits** : 520 lits (180 d'hébergement, 60 USLD, 60 SMR, 220 MCO)
- **Nature activité** :
  - MCO
  - USLD
  - SMR
  - EHPAD (hébergement temporaire et hébergement permanent)
  - PASA
  - Accueil de jour
  - Consultations externes
  - Maison des aidants
  - ESPREVE
- **Chambres doubles/simples** : les 2 : résidence Françoise de Luxembourg dispose de 90 chambres simples, Curie et Rostand : 30 chambres simples et 32 chambres doubles
- **Nombre de sites** : 2 (le site principal avec le MCO et la « maison de cure médicale » qui comprend les 3 EHPAD, le SMR, l'USLD et les activités connexes de l'EHPAD)
- **Date construction des bâtiments ou de réhabilitation** : années 1980, 1 EHPAD construit en 2005
- **Vétusté des locaux** : Oui
- **TO** : 81,45% en 2023, en baisse pour 2024 : 78,20% à M4. Différence notable entre les trois résidences : les deux plus anciennes : 70,40% en 2023, la plus récente : 92%
- **Prix de journée** :
  - Curie et Rostand : 65,73 euros pour chambre simple (1971 euros/mois) et 62,45 euros pour chambre double (1873 euros/mois)
  - Françoise de Luxembourg : 76,26 euros (2287 euros/mois)

### Situation générale de l'établissement

- **RH paramédical et médical** : Situation très tendue à la fois sur le volet paramédical : AS et IDE beaucoup de postes vacants, un fort taux d'absentéisme sur la partie EHPAD de l'ordre de 19%, poste de médecin coordonnateur vacant depuis plus de 2 ans : arrivée d'un nouveau médecin en juillet 2024 dans le cadre notamment de la coupe PATHOS. 2 médecins prescripteurs (1,2 ETP) mais non suffisant pour le besoin sur le secteur
- **Financier** : Budget de l'EHPAD déficitaire : - 209 779 euros (projection pour 2024 : - 179 520 euros)

Pour les charges : Charges de personnel : 7 350 383 (projection de diminution sur 2024) , charges d'exploitation courante : 80 941 (inchangé pour les prévisions de 2024) , charges afférentes à la structure : 2 238 956 (en augmentation sur 2024 due à l'inflation des prix notamment des protections, boissons, eau, chauffage)

Pour les produits : produits de la tarification : 10 149 462 euros (en diminution sur 2024), autres produits d'exploitation : 80 941 (en baisse : suppression de prestations payantes, suppression du marquage du linge), autres produits : 148 643 euros (en légère baisse due à la reprise sur provision)

Les produits représentent 10% de la totalité des produits sur l'hôpital (sur le sanitaire : 97 875 047 euros)

- **Projets en cours ou à venir sur l'EHPAD** :
  - Transfert de l'activité EHPAD et USLD dans les locaux de l'EPSM Lille métropole (horizon 2027-2028)
  - Développement et diversification de l'offre : réponse à des appels à projet pour la création de l'EGED en complément de l'offre déjà présente en lien avec la filière gériatrique (espreve, maison des aidants, etc)
  - Négociation du CPOM 2024 et coupe PATHOS
  - Etc

Des projets sanitaires de grande envergure qui s'étalent sur plusieurs années, pas dans le médico-social (extension du bloc opératoire, reconstruction des urgences, achat de nouveaux scanners et IRM). Grande attente envers la coupe pathos (GMP de 678 et PMP de 221) bien en deça des besoins : en cours de réalisation pour la fin de l'année 2024

**Implantation dans le territoire** : Hôpital de référence de la Flandre intérieure, siège de la filière gériatrique de territoire. Coopération avec le CHU de Lille (direction commune), le CH de Bailleul (intérim de direction) et le CH d'Hazebrouck (convention et mutualisation de moyens notamment médicaux)

## **PARTIE 2 : politique investissement EHPAD**

### Quelle politique en termes d'investissement :

- **Fonctionnement** :

### Investissement du quotidien :

On dégage une CAF ou une IAF (si elle est négative) qui représente le résultat d'exploitation. Grâce à lui, on voit si on peut investir. A Armentières, IAF à 2 millions d'euros (qui est à prendre en compte dans le PGFP), donc difficile d'investir

Difficile de prédire les marges d'investissement car incertitudes sur les résultats et sur la CAF + le fait qu'on ne sait pas toujours si ARS ou autre va nous donner des crédits + les notifications budgétaires qui tombent tardivement

Pour faire la projection sur une année n : on prend en compte les emprunts, les immobilisations, les investissements courants (déterminés en fonction des moyens de la structure), les subventions octroyées, les autres ressources

Histoire de la structure qui a été sous administration provisoire de 2017 à 2020 et donc pas le droit d'emprunter : les investissements étaient donc gelés

Le montant des enveloppes annuelles est un arbitrage de la direction. Il y a :

- Enveloppe travaux de 120 000 euros
- Enveloppe informatique de 100 000 euros
- Enveloppe biomédicale de 100 000 euros
- Enveloppe équipements non médicaux de 60 000 euros
- + une enveloppe pour les imprévus

+ Commission des investissements (sous-commission de la CME) : chaque pôle, au total 6, fait remonter ses besoins pour l'année. On débat ensuite sur quel équipement sera financé et ceux qui seront reportés pour déterminer l'enveloppe de chaque pôle. Pour l'année 2024, l'enveloppe à distribuer était de 624 050 euros. Ce qu'il en a découlé :

- Pôle anesthésie/chirurgie : 153 000 euros (24% de l'enveloppe)
- Pôle urgences et réanimation : 90 000 euros (14% de l'enveloppe)
- Pôle fonctions supports : 110 800 euros (18% de l'enveloppe)
- Pôle de médecine : 128 500 euros (21% de l'enveloppe)
- Pôle mère enfant : 91 750 euros (15% de l'enveloppe)
- Pôle de gériatrie : 50 000 euros (8% de l'enveloppe)

Au total, les demandes concernent : 74% du biomédical, 6% d'informatique et 20% de services techniques et de travaux.

NB : Pas de lisibilité pour le médico-social : tout est mélangé (informatique, travaux, biomédical, etc)

### Investissement de grande envergure :

Les projets majeurs sont eux inscrits dans le schéma directeur immobilier

+ PGFP avec en annexe le PPI qui est une projection des investissements : MCO et gériatrie sont tous mélangés, pas de section spécifique

Pour le financement de l'investissement au titre du PGFP : 9,6 millions d'euros (en comprenant l'IAF) avec comme projets majeurs la rénovation et l'extension des urgences, l'installation d'un nouveau scanner, la construction d'une cinquième salle du bloc opératoire

### Comment cela est financé :

Tout cela financé par une reprise sur compte à terme (2,87 millions d'euros), des subventions (restauration de la capacité financière de 534 000 euros et une subvention d'investissement du quotidien de 135 000 euros). Ce qui reste à financer : 2,43 millions d'euros. Nécessité de chercher des subventions, aide de l'ARS et éventuellement emprunt  
Recours à l'emprunt en 2024 : 4 millions d'euros.

- **Montant** : 1,8 millions d'euros d'investissement par an. 50 000 euros attribué à la gériatrie (commission des investissements) + enveloppes si besoin
- **Quels financeurs ?** Structure pas bonne sur les demandes de subventions (manque de temps et de moyens). Peu de financement extérieur, perspective de vente du bâtiment
- **PAI ?** Non
- **Le maire de la commune participe-t-il aux projets d'investissement/réhabilitation, Quelle relation avec le politique ?** : Maire investi dans les projets de l'hôpital, non bloquant
- **Y a-t-il des reports de budgets ?** Charges communes imputées sur le budget de l'EHPAD : sur 2023 : 883 748 euros de facturés

Tous les achats sont faits sur le budget principal : puis sortie des stocks sur les budgets annexes : cela se traduit par une recette sur le budget principal et une charge sur le budget de l'EHPAD. Les clés de répartition sont libres (définies par la DAF)

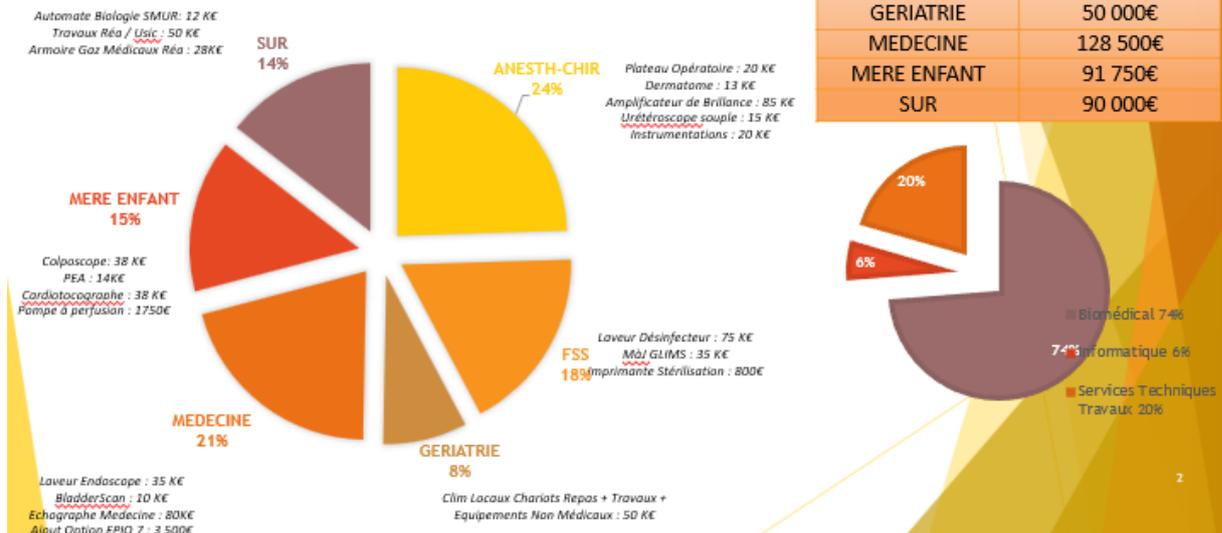
#### **PARTIE 4 : perspectives d'avenir**

**Contact par un opérateur** : oui

**Si oui, avez-vous accepté** : oui : transfert de l'activité EHPAD à l'EPSM de la ville à l'horizon 2027-2028. Projet à + de 50 millions d'euros (reconstruction d'un EHPAD à neuf)

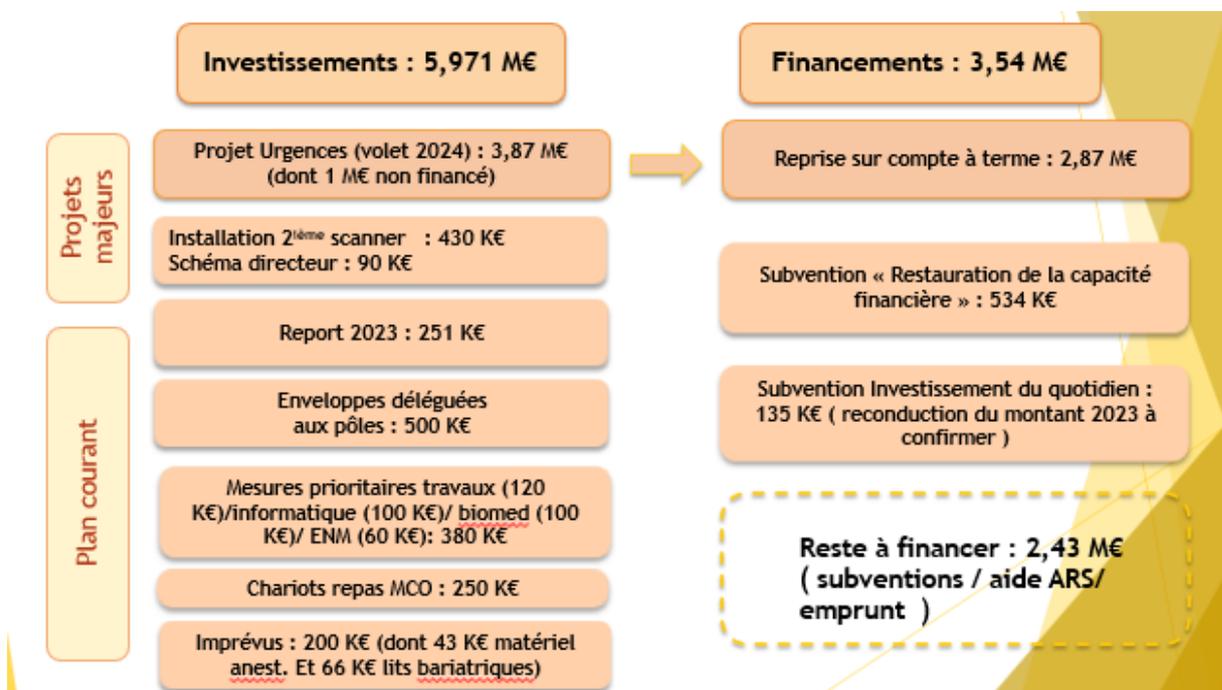
#### **Annexe 5 : Synthèse des demandes 2024 commission d'investissement**

# Synthèse des demandes 2024 commission d'investissement : 624 050€



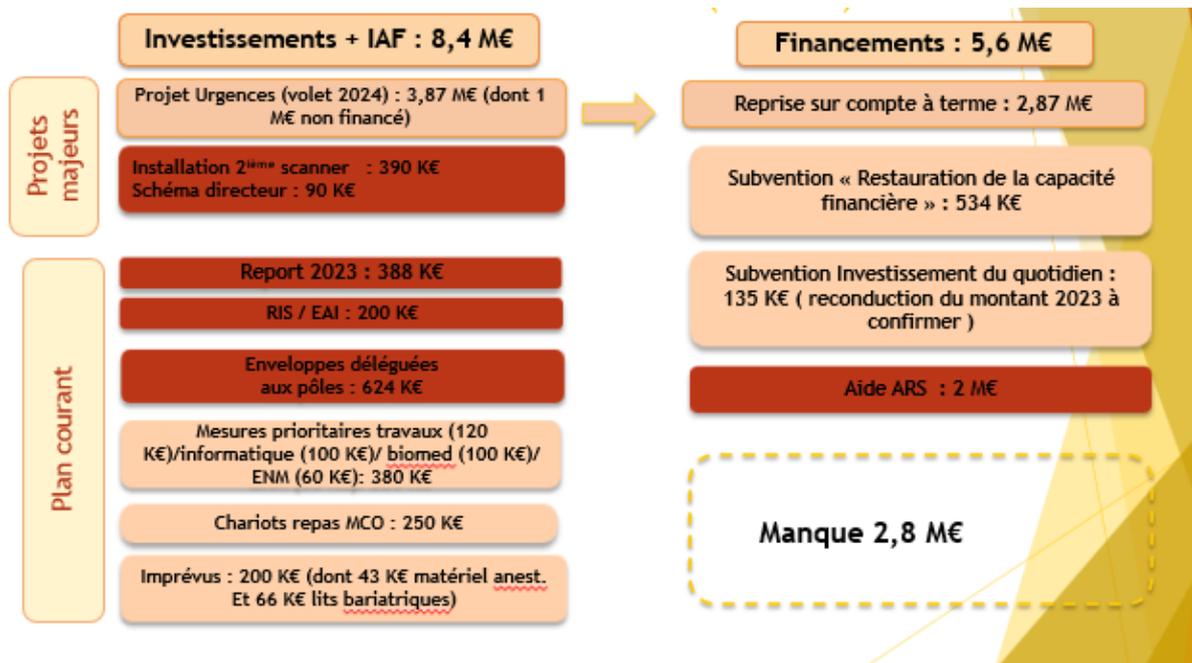
Source : extrait d'un Powerpoint présenté par la DAF lors d'une CME

## Annexe 6 : Financement de l'investissement 2024



Source : extrait d'un Powerpoint présenté par la DAF lors d'une CME

## Annexe 7 : Investissement 2024 (PGFP)





**Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social**  
Promotion 2023-2024

**La politique d'investissement dans les EHPAD  
rattachés : constats et perspectives d'avenir**

**Résumé :**

Dans un contexte financier contraint des établissements publics médico-sociaux en France, les EHPAD rattachés, sur lesquels ce mémoire fait un focus, affichent des déficits budgétaires importants qui ne leur permettent pas d'investir durablement dans la structure.

Pour investiguer la situation, plusieurs entretiens ont été menés avec des directeurs en poste pour questionner la politique d'investissement menée dans leurs établissements. Si plusieurs difficultés sont mises en exergue dans ce travail, de nombreuses solutions sont apportées pour investir dans la structure.

Il y a tout d'abord les solutions avancées en interne qui se concentrent sur la bonne construction de leurs outils financiers, le soutien des fonctions supports ainsi que le développement d'une culture médico-sociale dans l'établissement.

Il y a enfin les options envisageables en externe, qui se concentrent principalement sur l'ouverture de l'EHPAD au virage domiciliaire en allant rechercher diverses sources de financement mais également favoriser le regroupement entre structures. Dans certains cas, une solution peut également résider dans la cession d'activités. Bien qu'elle ne constitue pas une bonne décision pour tout établissement, elle peut s'avérer une option pour des structures qui n'ont pas d'autres choix.

**Mots clés :**

Investissement – EHPAD rattachés – Déficit – Direction des affaires financières – Gestion financière – PGFP – EPRD – Réhabilitation - PAI

*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.*