

Dossier technique

L'investissement dans les établissements médico-sociaux

L'apport des plans d'aide CNSA
Bilan 2006-2010

Décembre 2011



Ce dossier technique a été coordonné par Evelyne Sylvain pour la Direction des établissements et services médico-sociaux de la CNSA, avec, notamment, Marie Hamon, Laure-Marie Issanchou, Matthieu Meunier.

Ses rédacteurs souhaitent remercier :

- Madame Danielle Bernard-Castel, ingénieur régional de l'équipement sanitaire et social, ARS Languedoc-Roussillon ;
 - Monsieur Denis Bouvard, ingénieur régional de l'équipement sanitaire et social, ARS Rhône-Alpes ;
 - Monsieur Jean Caignol, ingénieur régional de l'équipement sanitaire et social, ARS Aquitaine ;
 - ainsi que toutes les personnes rencontrées lors des visites d'établissements (qui ne sont pas nommées afin de conserver l'anonymat des structures).
- 

Sommaire

Introduction	3
I. Évaluation des besoins d'investissement dans le secteur médico-social	5
1. Besoins d'investissement sur le champ des personnes âgées	5
1.1. Les besoins de modernisation du parc existant	5
1.2. Les besoins nouveaux	7
2. Besoin d'investissement sur le champ des personnes handicapées	7
2.1. Les besoins de modernisation du parc existant	7
2.2. Développement de l'offre nouvelle	7
3. Objectifs du Plan d'aide à l'investissement	8
4. La mise en œuvre des plans d'aide à l'investissement	11
4.1. La procédure d'instruction	11
II. Bilan des plans d'aide à l'investissement sur la période 2006-2009	13
1. L'ampleur du PAI : volume financier, nombre d'établissements et de places notifiés	13
1.1. Le montant des PAI	13
1.2. Le nombre d'opérations financées	15
1.3. Le nombre de places concernées	17
2. Les caractéristiques des projets financés : catégories des établissements, propriétaires, nature et coûts des investissements	20
2.1. Les catégories d'établissements	20
2.2. La nature des projets financés	23
2.3. Les propriétaires des établissements aidés	24
2.4. Le coût des opérations financées	24
2.4.2. Les coûts par place	28
3. Les financements des projets	30
3.1. Les aides au financement	30
3.2. Structure globale des financements des opérations financées 2006-2009	32
4. L'impact des investissements sur le prix de journée (champ des personnes âgées) et sur le budget de l'établissement (champ des personnes handicapées)	35
4.1. Sur le prix de journée (personnes âgées)	35
4.2. Impact moyen de l'aide CNSA sur le budget de l'établissement (personnes handicapées)	36
5. L'avancement des projets et l'engagement des crédits	37
III. Analyse de projets d'investissement	39
1. Trois points clefs d'un projet d'investissement : le projet d'établissement, le choix du montage juridique et l'élaboration du plan de financement	41
1.1. Le projet d'établissement et le projet de vie : les fondations du projet d'investissement	41
1.2. Choix du montage juridique de l'opération	46
1.3. Le plan de financement	53
2. Études des écarts entre les délais et coûts prévisionnels et réalisés	59
2.1. Les écarts de délais	59
2.2. Les écarts de coûts	62



Conclusion	64
Annexes	67
Annexe 1: le Prix CNSA Lieux de vie collectifs & Autonomie	68
Annexe 2: Répartition des dossiers selon le statut du gestionnaire (personnes âgées/2006-2009)	70
Annexe 3: Nature des travaux sur la période 2006-2009	71
Annexe 4: Coûts projet convention, dépense subventionnable et montant attribué 2006-2009	72
Annexe 5: Cofinancements sur la période 2006-2009	73
Annexe 6: Grille synthétique d'aide à l'appréciation de la qualité d'usage des espaces modernisés ou reconstruits des établissements	74
Annexe 7: ARVHA – Un établissement médico-social pour tous	80
Annexe 8: Analyse comparée aide en capital-compensation des frais financiers	88
Annexe 9: Bibliographie	92
Annexe 10: Glossaire	93

Introduction

Dans le secteur médico-social, un grand nombre d'établissements, pour la plupart construits dans les années 1960 à 1980, pour des personnes souvent plus autonomes, ne permettent plus d'offrir une qualité de vie suffisante aux personnes âgées et handicapées en perte d'autonomie qu'ils accueillent. Ainsi, l'adaptation de l'offre d'hébergement à l'évolution démographique de la population et à celle de ses besoins nécessite encore de lourds investissements alors que les aides publiques dans la période antérieure à 2005 se sont concentrées sur les établissements pour personnes âgées, dans le cadre des contrats de plan État-Région, avec des volumes décroissants priorisés sur l'accompagnement de la transformation des hospices dont le principe était posé dès 1970.

Selon diverses études¹, le nombre de lits à moderniser représente 20 % à 40 % des lits existants pour un coût allant de 10 à 100 k€ par place selon les hypothèses (cf. infra I.1.). En outre, d'importants investissements sont aussi indispensables à la création de capacités supplémentaires pour faire face à l'allongement de la vie avec incapacités, comme le prévoient différents plans et programmes nationaux à destination des personnes handicapées aux différents âges de la vie.

Du point de vue des établissements, les besoins de modernisation et de développement, souvent très onéreux, soulèvent la question de leur financement. Cette dernière est d'autant plus épineuse que l'autofinancement est faible dans le secteur et que l'investissement a un impact financier direct sur le prix journalier acquitté par les usagers (sur le champ des personnes âgées) et sur les forfaits et prix de journée financés par l'assurance maladie (sur le champ des personnes handicapées).

Afin de soutenir et de dynamiser ces investissements, différents acteurs (État, collectivités locales, organismes de sécurité sociale, etc.) proposent des aides sous diverses formes (subvention, prêt à taux zéro, don de terrain, garantie d'emprunts, etc.).

Dans ce contexte, le Plan d'aide à la modernisation (PAM), mis en œuvre par la CNSA et financé exclusivement par ses réserves jusqu'à 2010², a vu le jour en 2006. Son but est de contribuer à la modernisation des établissements du secteur médico-social en subventionnant les opérations d'investissement. Les établissements pouvant avoir recours au PAM sont les établissements pour personnes âgées³ et personnes handicapées⁴. Les investissements éligibles au plan doivent avoir pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des usagers.

D'abord mission temporaire, le déploiement de ce plan d'aide constitue à partir de 2008 une mission pérenne de la CNSA (article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et article L.14-10-9 du code de l'action sociale et des familles). Le Plan d'aide à la modernisation change alors de nom pour devenir le Plan d'aide à l'investissement (PAI). Depuis cette date, le périmètre d'éligibilité des opérations concernées est élargi aux créations de places nouvelles qui étaient jusqu'alors hors du champ des PAM 2006 et 2007. En 2009, la CNSA a en outre repris, à la demande de l'État, le financement des opérations inscrites aux contrats de projet État-Région (CPER) 2007–2013 n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation d'engagement par l'État au titre des exercices 2007 et 2008. De plus, le PAI 2009 a contribué au Plan de relance de l'Économie dans le secteur médico-social.

Depuis 2006, plus de 2000 opérations d'investissement au bénéfice d'établissements pour personnes handicapées et âgées ont été soutenues par la CNSA, à hauteur de 1,52 milliard d'euros.

Cinq ans après la mise en œuvre du PAI, et au-delà des points annuels présentés au Conseil de la CNSA, il est apparu utile d'établir un premier bilan des résultats de cette politique depuis ses débuts⁵, en dégageant les questions clés issues de sa mise

1 Les personnes âgées dépendantes, Cour des comptes, 2005.

2 En effet, la CNSA ne dispose pas de ressource spécifique pour financer les PAM/PAI, la loi prévoyant qu'elle peut seulement y affecter les excédents reportés des années précédentes (article L 14-10-9 du CASF).

3 Visés aux articles L 312-1-1, 6° du CASF et L 633-1 du code de la construction et de l'habitation).

4 Visés aux 2°, 3°, 5° b et 7° du I de l'article L 312-1, du CASF.

5 Des bilans annuels sont élaborés chaque année par la CNSA.



en œuvre en lien avec les services déconcentrés de l'État puis aujourd'hui les agences régionales de santé (ARS) ainsi que des travaux d'accompagnement menés avec les partenaires du secteur, notamment autour de la qualité des lieux de vie collectifs⁶.

L'analyse portera d'abord sur les besoins en investissement et les objectifs du PAI (I) avant de dresser ce bilan (II). Enfin, seront analysées plus en détail certaines opérations d'investissement afin de tenter d'en tirer des enseignements pour les projets futurs (III).

⁶ Dans le cadre de sa politique globale d'aide à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux, la CNSA organise le Prix CNSA Lieux de vie collectifs & autonomie. Au-delà de l'aspect architectural, il récompense la réflexion commune des maîtres d'ouvrages et des architectes et tend à répondre à un triple enjeu : encourager l'évolution des structures d'accueil, valoriser des réalisations de qualité et attirer l'attention des étudiants en architecture.
Plus d'informations en annexe 1

I. Évaluation des besoins d'investissement dans le secteur médico-social

La question des besoins d'investissement - actuels et futurs - sur le champ des personnes âgées (champ PA) puis sur celui des personnes handicapées (PH) constitue une question récurrente posée par les décideurs locaux et nationaux, les gestionnaires et les financeurs - y compris les organismes financiers - et, bien sûr, les « résidents » et leurs représentants.

Il est nécessaire de préciser d'emblée que, pour une partie du secteur des personnes handicapées (IME, MAS...), le financement de l'assurance maladie en fonctionnement couvre les amortissements et frais financiers des investissements, différence majeure avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ce qui explique l'orientation prioritaire des plans d'aide à la modernisation (PAM) et plans d'aide à l'investissement (PAI) vers le secteur des personnes âgées.

Il est difficile de chiffrer les besoins d'investissement du secteur médico-social en l'absence de données exhaustives et homogènes sur l'état du parc immobilier. Les estimations ci-après, fondées sur le recoupement de plusieurs sources et rapport sur le sujet, visent à dessiner un ordre de grandeur de ces besoins avant intervention des plans d'aide à l'investissement de la CNSA.

1. Besoins d'investissement sur le champ des personnes âgées

1.1. Les besoins de modernisation du parc existant

1.1.1. Les évaluations antérieures à la mise en œuvre des PAI

Les besoins de modernisation du secteur des personnes âgées ont fait l'objet de plusieurs études au milieu des années 2000. En effet, dans un rapport de 2005⁷, la Cour des comptes indique que « les études menées par l'UNIOPSS, la CNAVTS⁸ et l'IGAS⁹ convergent. Les maisons de retraite et les logements-foyers créés ou adaptés dans les années 80 nécessitent une modernisation : 20 à 30 % des lits ne seraient pas conformes aux normes de sécurité-incendie, et les locaux, souvent issus d'extensions successives, feraient obstacle à une organisation optimale du travail et à une bonne prise en charge des résidents [...]. La seule mise aux normes de sécurité incendie, qui ne constitue qu'un sous-ensemble de la rénovation, a été chiffrée à 9000 € par lit dans la circulaire d'avril 2001 de la DAGPB (relative à l'engagement des crédits d'État) et concernerait, selon cette circulaire, au minimum 20 % des lits, soit un investissement à prévoir de 1,2 Md€. Le coût global de la rénovation d'un lit, mise aux normes comprise, a été chiffré entre 25 000 € et 50 000 € dans l'étude de la CNAVTS de janvier 2004. Le coût le plus élevé (50 000 €) est également celui qui ressort d'une enquête de l'UNIOPSS (mais en valeur 1997). Une estimation nationale indique que 30 % des lits sont à rénover partiellement et 10 % à 15 % totalement : cette estimation est mentionnée dans l'enquête de l'UNIOPSS dans le rapport IGAS déjà cité et reprise dans l'étude de la CNAVTS. Dans ce cas, l'investissement à prévoir varierait entre 7,6 Md€ et 15,8 Md€¹⁰. Toutefois, l'étude de la CNAVTS propose un second calcul consistant à appliquer la rénovation, alors assimilée à la mise en conformité avec le cahier des charges des EHPAD d'avril 1999, à tous les lits non conventionnés, soit 480 000 lits environ. Dans ce cas, l'investissement à prévoir varierait entre 12 Md€ et 24 Md€. La fourchette des montants d'investissement à prévoir pour la modernisation des EHPA va ainsi du simple au triple, selon les études, avec un socle minimum de 1,2 Md€ pour la seule mise aux normes de sécurité-incendie ».

⁷ Les personnes âgées dépendantes, Cour des comptes, 2005.

⁸ Données quantitatives de l'enquête sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la branche retraite, CNAVTS, janvier 2004.

⁹ La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003, IGAS, 2004.

¹⁰ Chiffres calculés sur un nombre de lits de 676 000.

1.1.2. Une évaluation sur la base des constats tirés des PAI

Une autre proposition d'évaluation des besoins est de considérer que les établissements construits avant 1970 ne répondent plus, pour la plupart, aux normes actuelles de qualité, d'espace et de sécurité, autant en raison de l'évolution profonde du public accueilli plus âgé et moins autonome qu'en raison de l'évolution des exigences sociales d'accueil (chambres individuelles, sanitaires personnels...). La modernisation des établissements doit donc les concerner en premier lieu. D'après l'enquête EHPA 2007, 22 % des établissements qui ont répondu ont été construits depuis plus de 40 ans (1451 établissements). Ce chiffre doit être redressé pour tenir compte des établissements n'ayant pas répondu (20 %). À partir de ce redressement, l'estimation retenue est que 1 670 établissements ont été construits avant 1970. Si est retenue une moyenne de 70 places par établissements, cela représente un besoin de modernisation de 116 900 places, soit environ 17 %¹¹ des places du secteur au niveau national. Au coût actuel de la modernisation d'une place, évaluée par la CNSA à 100 000 euros, le besoin en investissement serait de 11,7 Mds€.

DATE DE CONSTRUCTION	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENT	%
Avant 1900	561	8,5
1900-1929	271	4,1
1930-1949	105	1,6
1950-1969	514	7,8
1970-1989	2816	35,2
1990-2009	2316	35,2
Total	6583	100

Cette estimation ne prend donc pas en compte les besoins des établissements construits ou rénovés après 1970, qui ne sont pas négligeables. En effet, selon le rapport de l'IGAS (2004), « l'offre mise en place ou rénovée au milieu des années 1980, parfois à l'économie, est désormais largement inadaptée à l'accueil d'une population de plus en plus dépendante ».

Toujours d'après ce rapport, « la structuration interne des locaux¹² est souvent peu adaptée, avec notamment des chambres doubles trop exiguës pour la prise en charge de personnes dépendantes (soins, appareillage, intimité), des portes trop étroites pour la circulation des fauteuils, une absence de douches individuelles au profit de salles de bains communes dans les quartiers centraux des étages. Relativement fréquents même en région rurale, les bâtiments en étage accroissent l'isolement des personnes à faible mobilité mais multiplient les déplacements de personnel ». Ce constat est corroboré par une étude de la DREES¹³, selon laquelle 18 % des résidents ne bénéficient pas d'une chambre individuelle, 30 % des chambres sont des chambres individuelles dont la superficie est inférieure ou égale à 16 m²¹⁴, 48 % des chambres ne sont pas équipées d'une douche et 17 % des ascenseurs ne sont pas accessibles aux personnes en fauteuil roulant.

La définition du besoin et du coût de la modernisation du secteur est donc variable selon les études. Cette question mériterait donc d'être davantage étudiée. Il paraît ainsi nécessaire d'établir un diagnostic complet du patrimoine (cf. infra). Par ailleurs, les éléments de diagnostic détenus au niveau national ne permettent pas d'apprécier les inégalités territoriales dans l'état du bâti et sa capacité à s'adapter selon les départements et régions dans un champ décentralisé depuis 1982. Le besoin de lancer des initiatives de diagnostic du bâti en région, avec partage des méthodes, est exprimé depuis plusieurs années par les correspondants investissement en région.

¹¹ Le nombre de places installées en 2007 est de 684 000 (DRESS, 2009).

¹² Il s'agit ici des locaux visités par la mission.

¹³ DREES, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements, 2005.

¹⁴ Alors que la recommandation est de 20 m².

1.2. Les besoins nouveaux¹⁵

Les besoins d'investissements nouveaux sont estimés à partir des créations de places prévues par le Plan Solidarité grand âge (PSGA) et le Plan Alzheimer.

Le PSGA, complété par le plan Alzheimer, prévoit chaque année, pour cinq ans (2007-2012), la création de 7 500 places d'EHPAD, 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire. À compter de 2011, dans le cadre du déploiement des plateformes de répit, il prévoit la création de 1 200 places d'accueil de jour et 800 places d'hébergement temporaire. Le besoin de financement en matière d'investissement pour les créations de places prévues dans le cadre de ce plan est ainsi évalué à 2,5 Md€ au total.

Le Plan Alzheimer (2008-2012) prévoit en outre la création de 1 666 places d'unités d'hébergement renforcées (UHR) sur une durée de cinq ans. En prenant comme hypothèse un coût à la place de 120 000 €, on arrive à un besoin d'investissement de 480 M€ sur cinq ans (durée d'installation réelle des places). Ce plan prévoit en outre la création de 25 000 places de PASA (pôles d'activité et de soins adaptés), pour un coût d'investissement estimé à 25 000 € la place (soit 625 M€).

2. Besoins d'investissement sur le champ des personnes handicapées¹⁶

2.1. Les besoins de modernisation du parc existant

Le nombre de places existantes est estimé à 140 000 places : 105 000 places en établissements pour enfants handicapés et 35 000 en établissements pour les adultes handicapés.

Le secteur du handicap est aussi très concerné par la modernisation des locaux existants. Ils sont désormais souvent inadaptés aux modalités de prises en charge, particulièrement dans le secteur de l'enfance : établissements éloignés des centres urbains, peu desservis par les transports, internat important, etc.

En l'absence d'une étude telle qu'EHPA (enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées), et en faisant l'hypothèse que, comme sur le champ PA, 22 % des places ont été construites avant 1970, le besoin de financement s'élèverait à 3,1 Md€ (soit 31 000 places à 100 000 € la place).

2.2. Développement de l'offre nouvelle

Sur les années 2008 à 2012, le plan de développement de l'offre sur le secteur du handicap représente 17 000 places environ dans les seules institutions (MAS, FAM, ITEP). En considérant que 60 % des places se réaliseront par création, les besoins de financement seraient de l'ordre de 1 Md€.

D'une manière générale et sur les deux champs : personnes âgées et personnes handicapées, les flux d'investissement cumulés s'élèveraient ainsi à 6,23 M€

¹⁵ Note sur les besoins d'investissement dans le secteur médico-social accueillant des personnes âgées et handicapées. Note interne, CNSA, 2009.

¹⁶ Note sur les besoins d'investissement dans le secteur médico-social accueillant des personnes âgées et handicapées. Note interne, CNSA, 2009.

3. Objectifs du Plan d'aide à l'investissement

Face au besoin de modernisation et de développement du secteur médico-social, la CNSA a, dès 2006, mis en place, à la demande du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, un Plan d'aide à la modernisation reconduit chaque année depuis selon des modalités qui ont, en revanche, évolué.

Ce plan est centré sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie et des conditions d'exercice des professionnels au sein des établissements entrant dans le périmètre fixé par la loi et sur les priorités annuelles fixées aux préfets de région, puis aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) sur la base d'orientations du Conseil de la CNSA qui ont pu évoluer dans le temps.

Année	Critères d'éligibilité au plan d'aide à l'investissement
PAM 2006- 2007	<ul style="list-style-type: none">• Établissements pour personnes âgées (article L 312-1-6°, 11° et 12° du CASF et L 633-1 du code de la construction et de l'habilitation ainsi que les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée) et personnes handicapées (article L 312-1-2°, 3°, 5 ° b, 7°, 11° et 12° du CASF) en fonctionnement ;• Opérations d'investissement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux en fonctionnement.
PAI depuis 2008	<ul style="list-style-type: none">• Établissements pour personnes âgées (article L 312-1-6°, 11° et 12° du CASF et L 633-1 du code de la construction et de l'habilitation ainsi que les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée) et personnes handicapées (article L 312-1-2°, 3°, 5 ° b, 7°, 11° et 12° du CASF) en fonctionnement ;• Opérations d'investissement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux en fonctionnement, ainsi que la création de places nouvelles pour les capacités habilitées à l'aide sociale.

Année	Critères de priorisation de la CNSA
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Sont exclusivement concernés les travaux de modernisation des locaux existants, soit par restructuration ou par reconstruction (cette hypothèse devant être privilégiée dans les cas où le coût de restructuration de l'ancien atteint 70% du neuf). • Sur le secteur des personnes âgées, seules les places habilitées à l'aide sociale sont concernées par le PAM. • Le projet d'investissement doit se faire en cohérence avec le projet d'établissement et le projet de vie de la structure • Les EHPAD, logements-foyers, USLD ayant signé la convention tripartite ou qui s'engagent à conventionner dans les 6 mois qui suivent la notification de l'aide sont retenus en priorité. • Les mises aux normes techniques et de sécurité, notamment incendie, ne sont recevables que si elles s'intègrent dans un projet global d'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées. Elles doivent résulter de prescriptions légales. • L'opération de modernisation doit intégrer les exigences réglementaires en vigueur en matière d'accessibilité. • S'agissant des établissements pour enfants handicapés, et en conformité avec les objectifs posés par la loi du 11 février 2005, les effets de la scolarisation en milieu ordinaire, la proximité de l'accompagnement médico-social en lien avec les familles et la diversification des modes de prises en charge doivent être intégrés au programme de l'opération de modernisation. • Priorité sera donnée, particulièrement pour les établissements et services accompagnant des personnes handicapées, aux lieux de vie permanents. • Les établissements développant des modes d'accueil diversifiés (accueil modulé/hébergement temporaire...) et s'inscrivant dans des coopérations structurées avec les établissements de santé ou les autres services sociaux seront retenus en priorité. • Les établissements retenus sont ceux pour lesquels l'aide de la CNSA vient en complément et non en substitution des financements disponibles de façon à rechercher « un effet levier » substantiel et une forte limitation du reste à charge (sur le champ PA). • Le dossier technique présenté à l'appui de la demande de financement doit au moins être au stade du programme technique détaillé et si possible au niveau d'un avant-projet sommaire.
2007	<p>Le PAM 2007 reprend les priorités 2006 en les élargissant aux projets qui intègrent les principes de la haute qualité environnementale (HQE).</p>
2008	<p>Le PAI 2008 reprend les priorités 2007 auxquelles s'ajoutent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les projets visant à l'adaptation des lieux de vie et de soins dédiés à l'accueil et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, tant dans une approche globale que par des unités spécifiques en cohérence avec les mesures du plan Alzheimer. • Les établissements qui ont des projets d'extension de capacités incluses dans un projet global de rénovation. <p>Sur le secteur des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de capacités nouvelles à partir d'établissements existants avec une priorité donnée à la réalisation d'unités Alzheimer et de plateformes de services (création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire), en lien avec le plan Alzheimer. - Création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire médicalisées autonomes (par autonome, il faut entendre non rattachées à un EHPAD). - Création de véritables « plateformes » de services. Ainsi, l'adaptation d'EHPAD proposant également de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire, voire des prestations d'aide à domicile, correspond à une priorité, avec un projet d'accueil organisé en réseau. <p>Sur le secteur des personnes handicapées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de capacités nouvelles à partir d'établissements existants avec une priorité donnée au développement de l'offre sur le secteur des adultes, et en particulier les MAS. - Création de places d'accueil temporaire.

Année	Critères de priorisation de la CNSA
2009	<p>Le PAI 2009 reprend les orientations 2008 en renforçant les priorités liées à la mise en œuvre du plan Alzheimer (mise en place des PASA et UHR, développement des structures de répit) auxquelles s'ajoute la création d'unités pour personnes handicapées vieillissantes.</p> <p>Ce PAI intègre la reprise des engagements de l'État au titre des contrats de projets État-Région (CPER 2007-2013) ainsi que les mesures du plan de relance 2009 (volet aide à l'investissement)</p> <p>Les critères de sélection des opérations retenues au plan de relance sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les opérations de création ou extension d'établissements comportant la réalisation de places nouvelles. • La date de démarrage des travaux : seules ont été retenues les opérations comportant une date de démarrage au premier semestre 2009. • Les opérations correspondant aux priorités des plans gouvernementaux : les MAS/FAM sur le secteur des adultes handicapés ; les opérations comportant des places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur le secteur des personnes âgées.
2010	<p>Le PAI 2010 réaffirme les grandes orientations devant présider à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA.</p> <p>L'aide à l'investissement mobilisée doit permettre de soutenir les opérations d'investissement visant prioritairement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les objectifs quantitatifs et qualitatifs des plans nationaux qui visent à la modernisation et au développement de l'offre d'établissements et de services à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, et tout particulièrement du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012. • Adapter les modalités d'accueil des établissements et services médico-sociaux à l'évolution des besoins des personnes accueillies • Soutenir la qualité de conception et de programmation des opérations d'investissement pour une meilleure prise en compte du confort d'usage des locaux dédiés aux personnes en perte d'autonomie, et une optimisation de l'impact financier pour les usagers et l'assurance maladie. <p>Ce PAI intègre également la reprise des engagements de l'État au titre des contrats de projets État-Région (CPER 2007-2013).</p>

4. La mise en œuvre des plans d'aide à l'investissement

La CNSA diffuse annuellement les éléments de cadrage du PAM ou du PAI de l'année, en terme de priorités, de règles techniques et financières assorti d'une enveloppe indicative par région répartie sur la base des critères validés par son Conseil, en référence à un arrêté ministériel fixant la procédure et le cadrage financier.

4.1. La procédure d'instruction

• Constitution du dossier de demande d'aide

La personne morale gestionnaire qui demande une aide à l'investissement doit déposer sa demande auprès de l'ARS (avant 2010 c'était auprès des DDASS sous la coordination de la DRASS).

• La proposition de programmation régionale : l'initiative du choix revient au décideur régional

Le directeur général de l'ARS (avant 2010, le préfet de région) établit la proposition de programmation, en concertation avec les conseils généraux pour les champs de compétence partagée, et la transmet à la CNSA accompagnée d'un exemplaire de chaque dossier de demande inscrit à la proposition de programmation.

À l'issue de l'élaboration du programme régional, le directeur général de l'ARS informe par courrier les porteurs de projets de l'inscription de leur opération au sein de la programmation régionale ainsi que, le cas échéant, de la suite négative réservée à leur demande, assortie des motifs du rejet (faisabilité financière au regard du PPI (plan pluriannuel d'investissement), éligibilité, priorisation, avancement technique du dossier...).

Il convient de souligner que le choix des opérations individuelles proposées au PAI relève du seul choix des ARS.

• Notification de la décision CNSA et modalités de mise en paiement ; une mise en œuvre centralisée avec une implication des services techniques des DRASS puis ARS dans le suivi technique de proximité

Sur la base de la proposition de programmation régionale présentée par le directeur général de l'ARS, la CNSA, après un contrôle de cohérence et de conformité aux priorités énoncées, notifie les enveloppes régionales d'aide à l'investissement définitives, assorties de la liste des opérations retenues.

À réception de la notification de l'aide à l'investissement de la CNSA, les établissements aidés s'engagent à déposer auprès de l'ARS, sous trois mois, le plan de financement définitif de l'opération et l'échéancier de travaux.

Le directeur général de l'ARS transmet à la CNSA les échéanciers des opérations financées, l'engagement conventionnel de chaque établissement ayant fait l'objet d'une notification et, le cas échéant, les pièces comptables nécessaires aux premiers versements.

L'aide à l'investissement de la CNSA est payée à l'établissement gestionnaire ou au maître d'ouvrage en trois versements selon la répartition suivante :

PAM 2006-2007 :

- 30 % à la réception de l'ordre de service ;
- 50 % sur présentation des factures justifiées acquittées correspondant à 80 % du coût total des travaux ;
- 20 % à l'achèvement des travaux et à la réception du document d'attestation définitive de fin de travaux et de l'établissement du compte général et définitif.

Depuis le PAI 2008 :

- 30 % à la réception de l'acte juridique engageant les travaux ou études ;
- 40 % sur présentation du bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant à 50 % du coût total des travaux, visé par le maître d'œuvre et certifié par le maître d'ouvrage et le comptable ;
- 30 % à l'achèvement des travaux et à la réception du document d'attestation définitive de fin de travaux et ;
- du décompte final (établissements publics).

- 
- du bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant au coût total des travaux, visé par le maître d'œuvre et certifié par le maître d'ouvrage et le comptable (établissements privés).

Après avoir vu dans quelles conditions le Plan d'aide à l'investissement a été élaboré pour répondre aux besoins d'investissement du secteur médico-social, nous allons maintenant dresser le bilan de sa mise en œuvre depuis 2006.

II. Bilan des plans d'aide à l'investissement sur la période 2006-2009

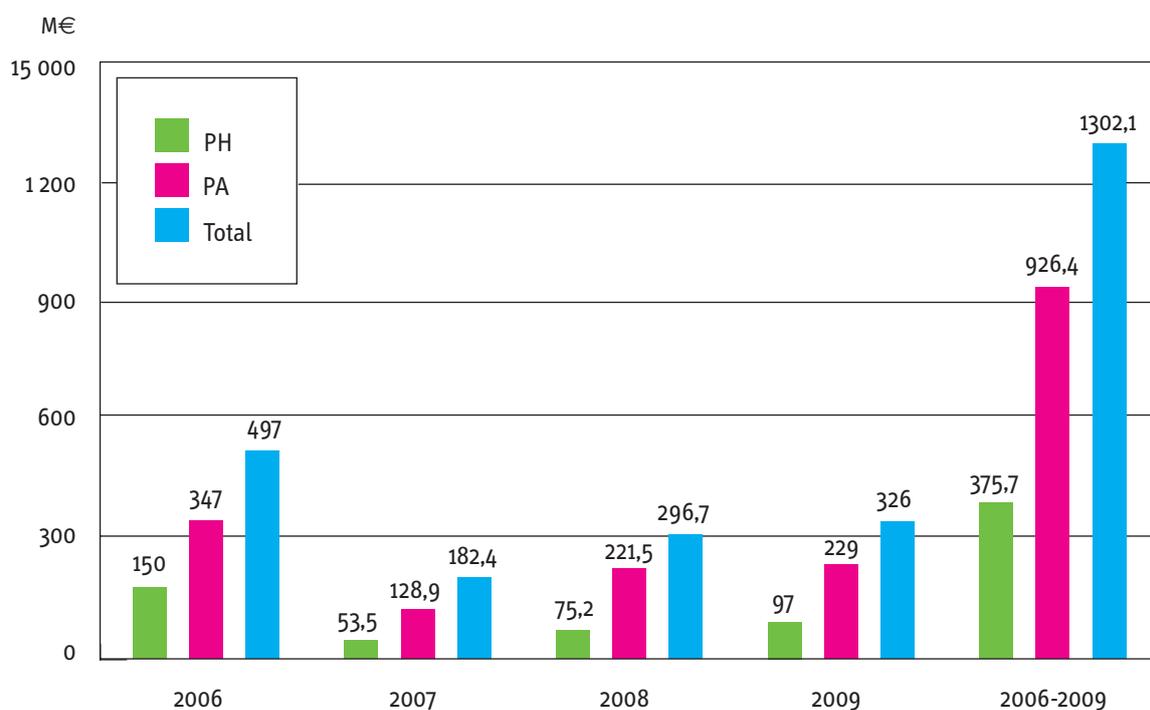
Quel est le montant des PAI ? Combien de places sont-elles concernées ? Quels sont les établissements en bénéficiant ? Quels sont les coûts des projets financés ? Comment les opérations sont-elles financées ? Quelle incidence la subvention CNSA a-t-elle pour les usagers finaux ? Autant de questions auxquelles tente de répondre cette deuxième partie.

1. L'ampleur du PAI : volume financier, nombre d'établissements et de places notifiés

1.1. Le montant des PAI

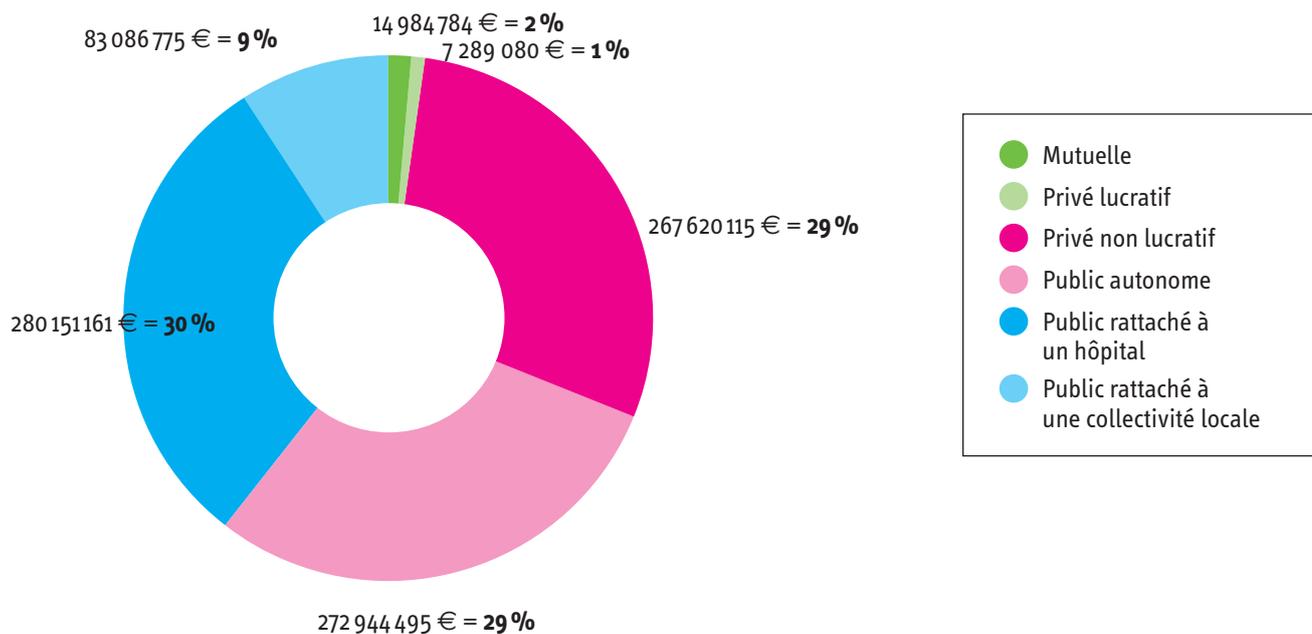
Entre 2006 et 2009, le volume financier global du PAI s'élève à 1,3 milliard d'euros. Son montant annuel évolue de façon discontinue au cours du temps. Par contre les parts consacrées aux champs personnes âgées (PA) et personnes handicapées (PH) sont quasiment stables (70 % PA, 30 % PH).

Montants des PAI notifiés en millions d'euros sur la période 2006-2009

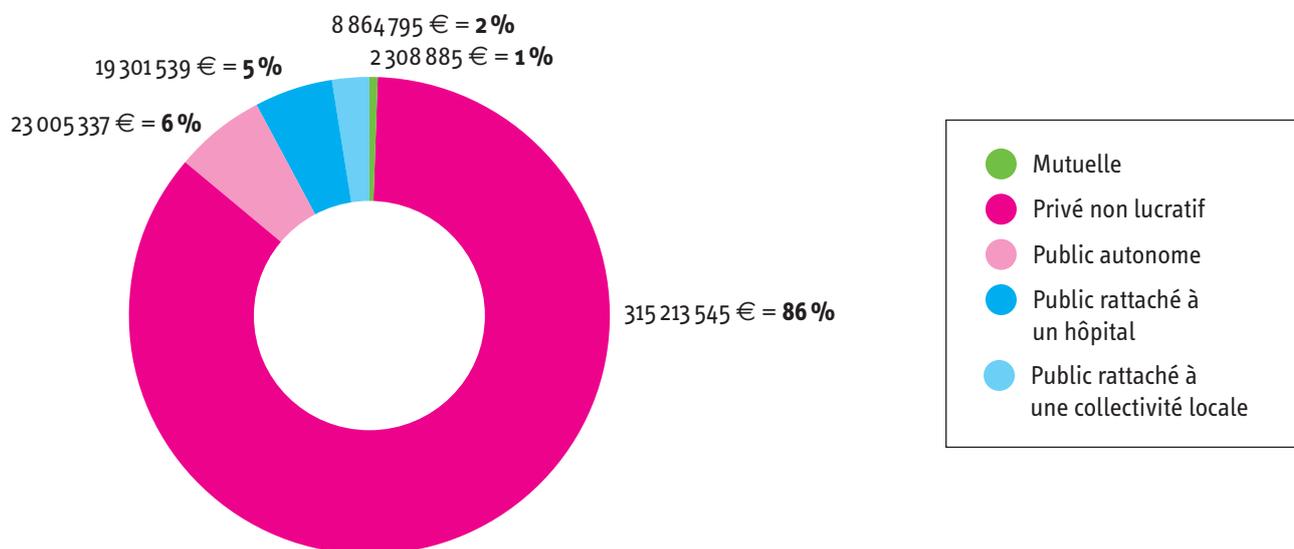


Les répartitions (champ PA, PH) des montants des PAI selon le statut des gestionnaires sont illustrées par les graphiques suivants.

Montant du PAI selon le statut du gestionnaire sur la période 2006-2009 (champ personnes âgées)¹⁷



Montant du PAI selon le statut du gestionnaire sur la période 2006-2009 (champ personnes handicapées)¹⁸

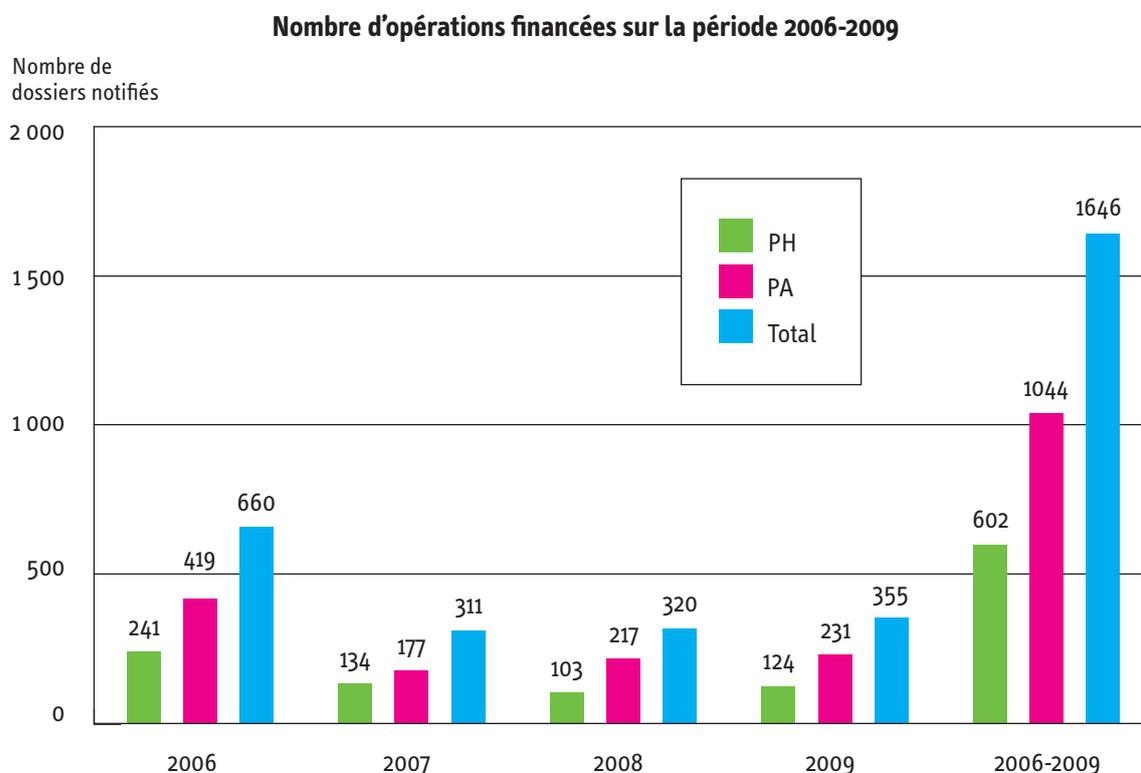


¹⁷ Nous ne disposons pas du statut du gestionnaire pour certains établissements, ce qui explique que les totaux du graphique sont légèrement différents du chiffre présenté au graphique de la page précédente.

¹⁸ Nous ne disposons pas du statut du gestionnaire pour certains établissements, ce qui explique que les totaux du graphique sont légèrement différents du chiffre présenté au graphique de la page précédente.

1.2. Le nombre d'opérations financées

Le nombre de dossiers de subvention notifiés sur la période étudiée s'élève à 1646. Environ 63 % des dossiers concernent le champ PA contre 37 % pour le champ PH. Ces proportions ne varient que faiblement selon les années.



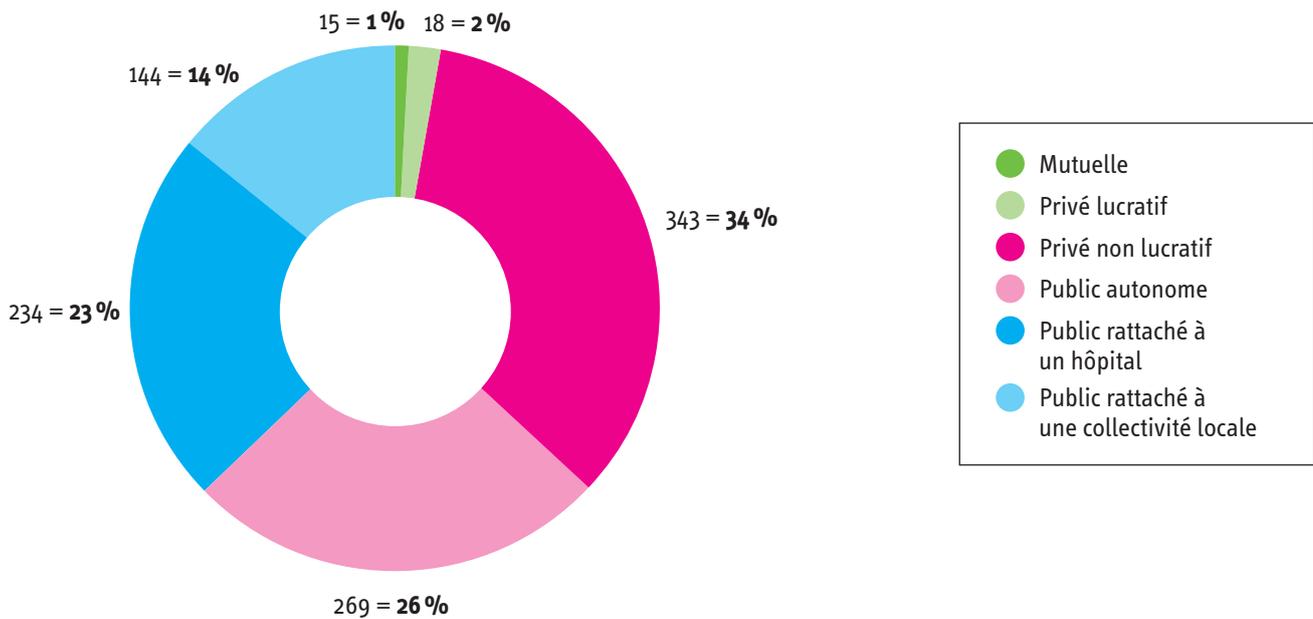
À l'échelle nationale, sur le champ PA, ce sont donc 10 % des établissements qui ont bénéficié du PAI en quatre ans. Ces établissements mènent des projets de moyenne ou grande ampleur (en termes de nombre de places concernées). En effet, 33 % des opérations touchent 60 à 90 places, 29 % plus de 90 places contre 38 % concernant les projets de moins de 60 places.

Les gestionnaires publics sont dans leur grande majorité à l'origine des projets retenus (63 % en regroupant toutes les catégories du secteur public). La part des gestionnaires privés non lucratifs représente quant à elle 34 % alors que le secteur privé lucratif ne représente que 2 % des dossiers notifiés. Au regard de la répartition nationale des établissements selon leur statut¹⁹, la surreprésentation des établissements publics et la sous-représentation des établissements privés commerciaux s'expliquent par la limitation du champ d'intervention de l'aide à l'investissement de la CNSA aux lits et places habilités à l'aide sociale, qui ne représentent qu'une proportion très faible des capacités dans le secteur privé lucratif.

Sur les années 2006 à 2009, la répartition des différents opérateurs en nombre d'établissements aidés est quasi stable (annexe 2). Le profil de 2009 est particulier avec une part du privé non lucratif culminant à 42 % alors que la part du public autonome atteint son plus petit niveau avec 18 %. Les orientations de la CNSA aux services de l'État en région avaient insisté sur la nécessité de tenir compte dans les programmations prévisionnelles de la diversité et du poids des secteurs gestionnaires du domaine.

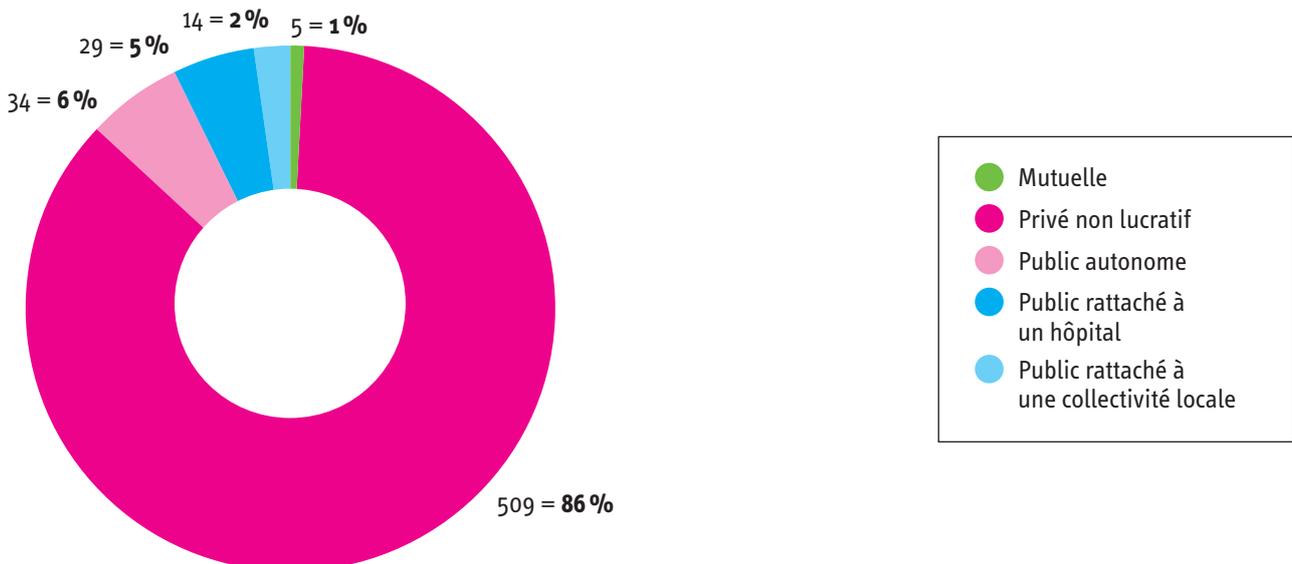
¹⁹ à savoir 51 % d'établissements publics, 28 % d'établissements privés non lucratifs, 21 % d'établissements privés lucratifs. (Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009).

Répartition des dossiers notifiés selon le statut du gestionnaire sur la période 2006-2009 (PA)



Sur le champ personnes handicapées, les catégories de gestionnaires représentées sont les mêmes que sur le champ des personnes âgées, exception faite des gestionnaires du secteur privé lucratif non représentés²⁰. Par contre, leur répartition est tout à fait différente de celle du champ PA puisque les gestionnaires issus du secteur privé non lucratif rassemblent à eux seuls 86 % des dossiers retenus. Cette répartition correspond tout à fait à la structure de l'offre nationale.

Répartition des dossiers notifiés selon le statut du gestionnaire sur la période 2006-2009 (PH)



²⁰ Tout comme au niveau national.

1.3. Le nombre de places concernées

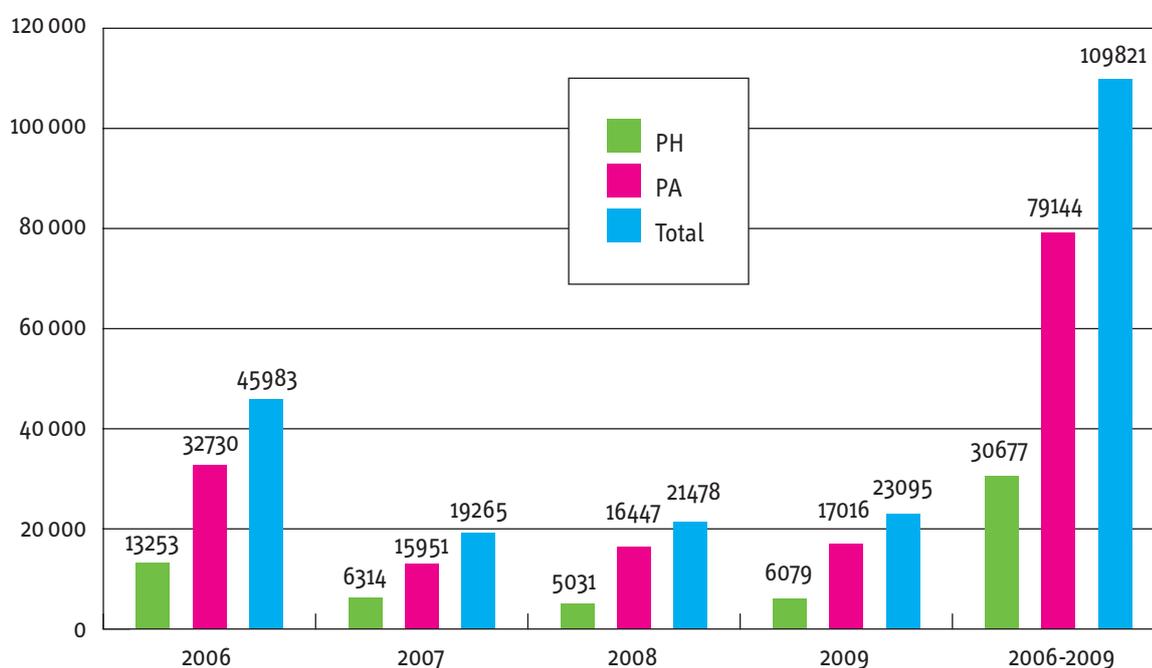
Le nombre de places ayant bénéficié d'une aide à l'investissement sur l'ensemble du secteur médico-social lors de la période étudiée est de 109 821.

72 % de ces places concernent le champ personnes âgées, 28 % le champ personnes handicapées. La part du champ personnes âgées varie au cours du temps entre 67 % et 76 %.

Depuis 2008, année à partir de laquelle le PAI finance également les créations de places, 7 846 places créées ont été financées sur le champ personnes âgées (soit 10 % des places PA aidées au titre du PAI) et 2 426 sur le champ personnes handicapées (soit 8 % des places PH aidées au titre du PAI). Ainsi, la priorité donnée à la modernisation de places existantes énoncée dans les instructions de la CNSA est bien respectée puisqu'elle représente environ 80 % des opérations en 2008-2009.

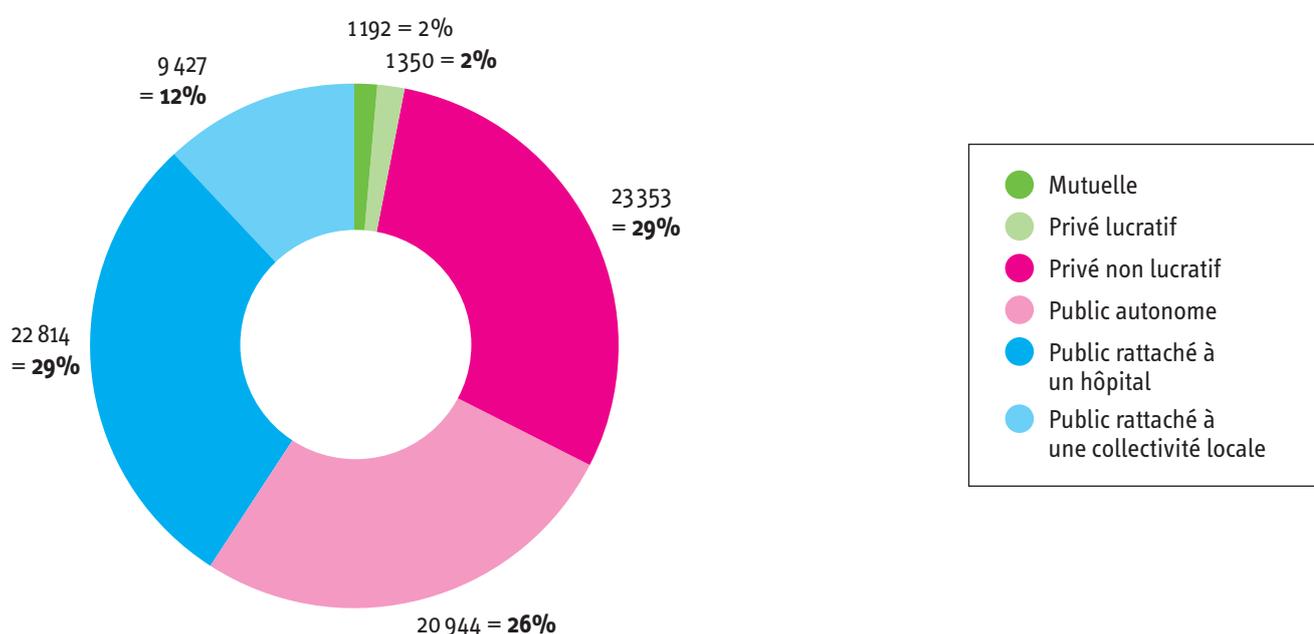
Au final, 11,5 % des places du champ personnes âgées ont bénéficié du PAI au niveau national. Ce chiffre s'élève à 20 % sur le champ personnes handicapées.

Nombre de places financées sur la période 2006-2009



La répartition des places selon le statut du gestionnaire sur le champ personnes âgées est montrée par le graphique ci-dessous.

Répartition des places notifiées selon le type de gestionnaire sur la période 2006-2009 (PA)



À propos des gestionnaires (champ personnes âgées)

En comparant, la répartition selon le statut du gestionnaire, des montants attribués, des établissements et des places financés, nous parvenons au tableau suivant.

Part du montant attribué, des établissements et des places notifiées selon le statut du gestionnaire (PA/2006-2009)

Statut du gestionnaire	répartition du montant attribué	répartition en nombre d'établissements financés	répartition en places financées
Mutuelle	2 %	1 %	2 %
Privé lucratif	1 %	2 %	2 %
Privé non lucratif	29 %	34 %	29 %
Public autonome	29 %	26 %	26 %
Public rattaché à un hôpital	30 %	23 %	29 %
Public rattaché à une collectivité locale	9 %	14 %	12 %

De façon générale, la part du montant attribué selon le statut du gestionnaire correspond relativement bien à la part des établissements et places financés. Notons cependant que, bien que ne représentant que 23 % des établissements aidés, les établissements publics rattachés à un hôpital ont reçu 30 % des financements des PAI, cela s'expliquant par la taille importante de ces établissements, impliquant des opérations d'investissement d'ampleur supérieure à la moyenne des opérations financées par les PAM-PAI. L'inverse est observé concernant les établissements privés non lucratifs et les établissements publics rattachés à une collectivité locale. Ces établissements publics sont les seuls (hormis les établissements privés lucratifs) pour lesquels la part dans les PAI exprimée en places financées est supérieure à la part du montant attribué.

Cette observation peut être expliquée par une part plus importante des restructurations dans les établissements publics rattachés à une collectivité locale par rapport aux autres statuts de gestionnaires qui ont davantage recours à des opérations de construction/reconstruction²¹:

Part du volume financier de la restructuration seule sur le volume financier total de l'ensemble des opérations

Statut du gestionnaire ²²	Part des opérations de restructuration (en volume financier)
Mutuelle	11 %
Privé lucratif	2 %
Privé non lucratif	17,5 %
Public autonome	17 %
Public rattaché à un hôpital	11 %
Public rattaché à une collectivité locale	30,5 %
Total	16,5 %

Pour compléter cette analyse, nous pouvons calculer le montant attribué par place selon le statut du gestionnaire :

Montant attribué par place financée selon le statut du gestionnaire²²

Statut du gestionnaire	Montant attribué par place aidée (en euros)
Mutuelle	12 571
Privé lucratif	5 399
Privé non lucratif	11 460
Public autonome	13 032
Public rattaché à un hôpital	12 280
Public rattaché à une collectivité locale	8 814
Total	11 711

²¹ Parmi les opérations aidées aux PAM/PAI 2006 à 2009, le coût moyen d'une opération de restructuration seule s'élève à 45 000 €/ place, alors que celui d'une opération de construction/reconstruction seule s'élève à 90 000 €/place.

²² Les données relatives aux mutuelles et privés lucratifs sont à analyser avec précaution compte tenu du faible nombre d'opérations aidées dans les PAI pour ces statuts de gestionnaires (3 % du volume financier aidé).

2. Les caractéristiques des projets financés : catégories des établissements, propriétaires, nature et coûts des investissements

2.1. Les catégories d'établissements

2.1.1. Sur le champ personnes âgées

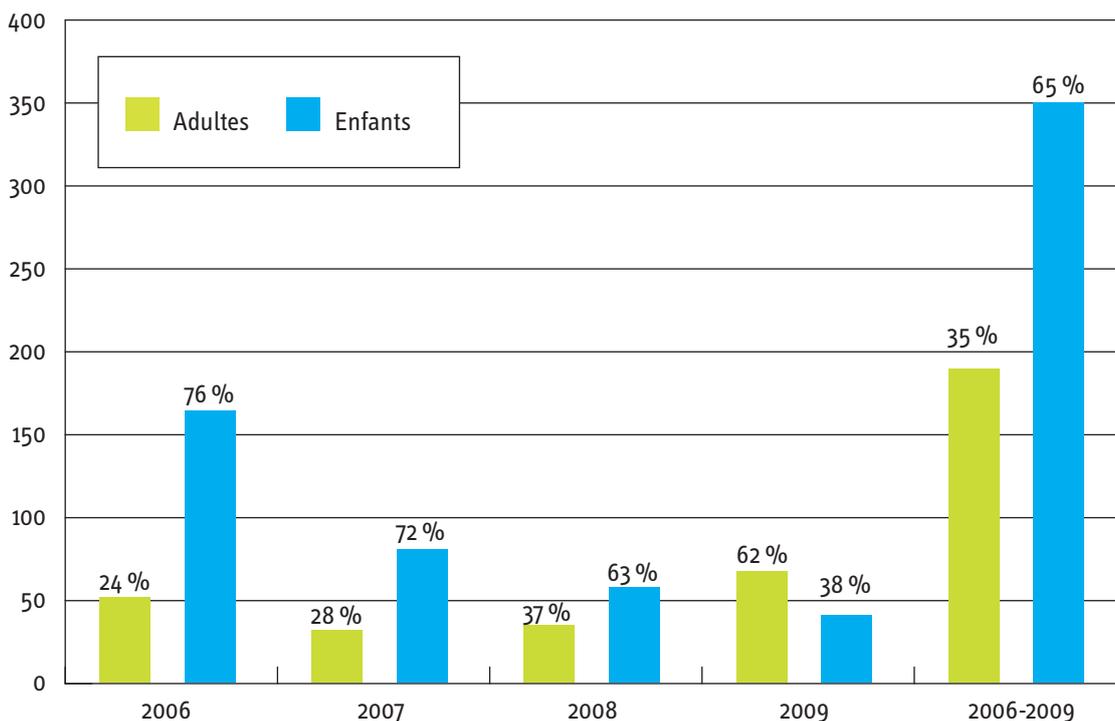
Sur la période 2006-2009, 98,5 % des projets financés sur le champ PA concernent les EHPAD (y compris des logements-foyers transformés ou en cours de transformation en EHPAD) et 1,5 % les accueils de jour autonomes.

2.1.2. Sur le champ personnes handicapées

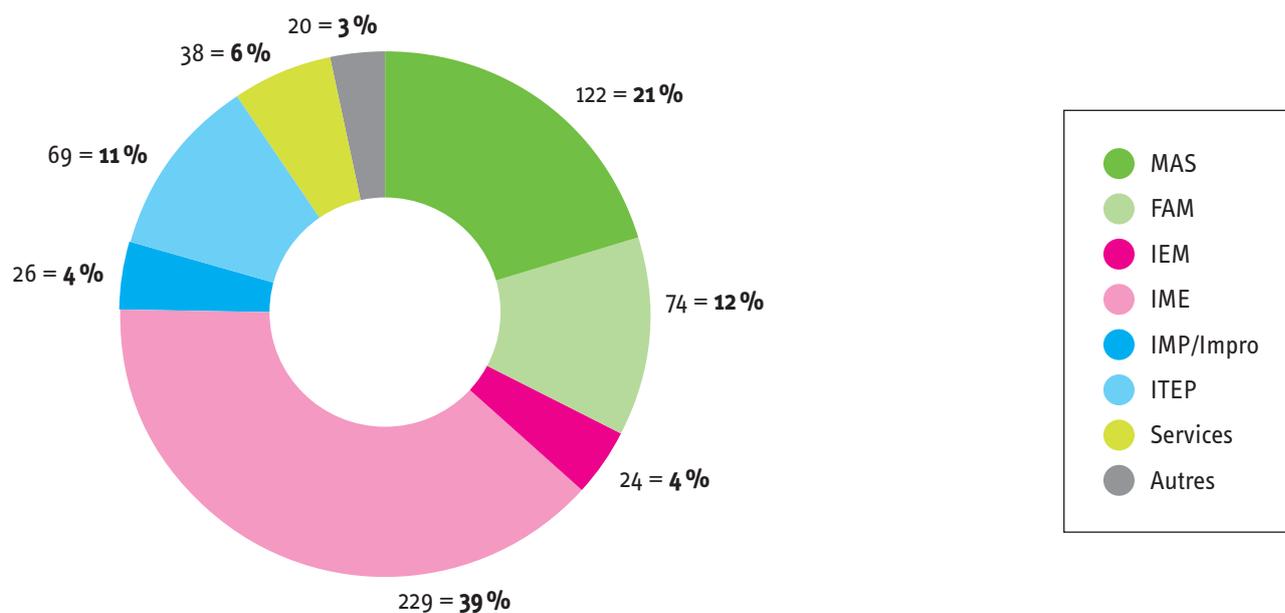
De 2006 à 2008, la grande majorité des projets financés sur le champ PH se concentre sur les établissements pour enfants, même si leur part diminue progressivement au cours du temps (76 % en 2006 contre 63 % en 2008). En 2009, on observe un retournement de tendance total puisque la part des projets concernant les structures pour adultes atteint alors 62 %. Cela correspond tout à fait à l'une des priorités du PAI 2009, en référence au Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie (2008-2012), qui consiste à favoriser le développement de l'offre sur le secteur adultes, compte tenu du vieillissement des personnes handicapées.

Répartition des dossiers personnes handicapées notifiés selon le secteur enfants/adultes (2006-2009)

Nombre de dossiers notifiés PH



Répartition des dossiers notifiés entre les différentes catégories d'établissements personnes handicapées (2006-2009)

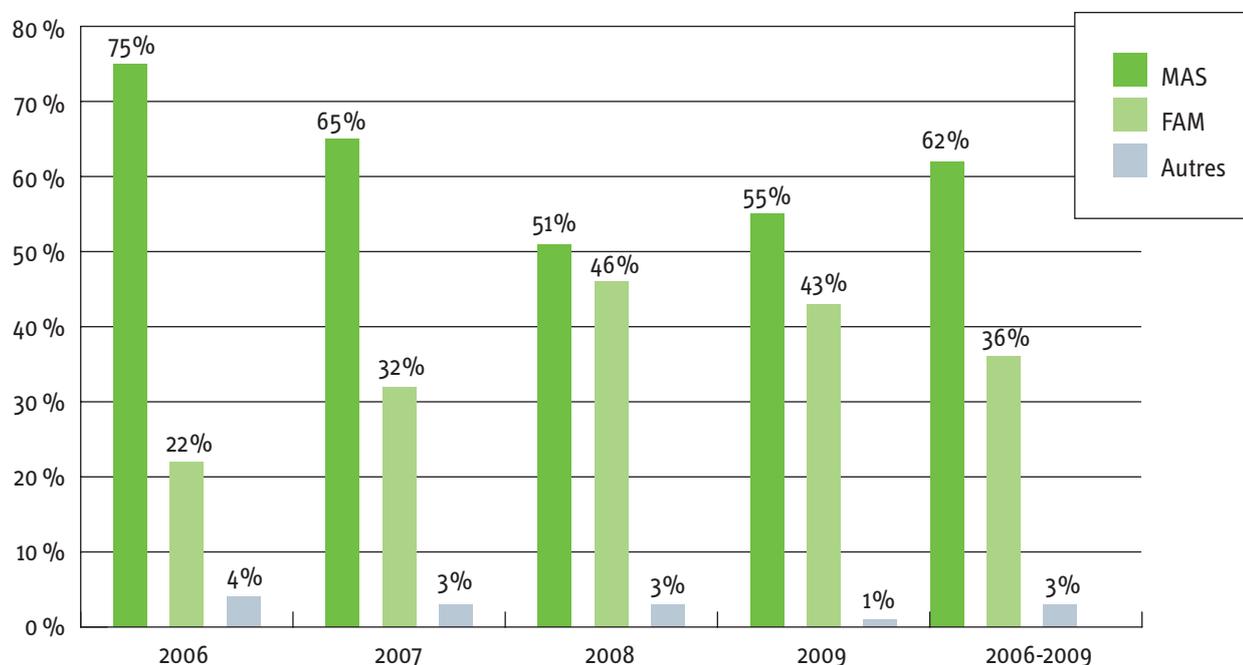


- MAS : maison d'accueil spécialisé
- FAM : foyer d'accueil médicalisé
- IEM : établissement accueillant des enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie
- IME : institut médico-éducatif
- IMP/IMPRO : institut médico-professionnel
- ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique
- « Services » : service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

2.1.2.1. Le secteur des adultes handicapés

Sur le secteur des adultes handicapés, nous observons que la part des maisons d'accueil spécialisées (MAS) est plus importante que celle des foyers d'accueil médicalisé (FAM). Nous pouvons noter qu'un rééquilibrage au profit des FAM s'opère progressivement au cours de la période.

Répartition des dossiers notifiés selon les structures d'accueil pour adultes handicapés (2006-2009)



2.1.2.2. secteur des enfants handicapés

Sur le secteur des enfants handicapés, il est difficile de dégager une quelconque tendance concernant la répartition des différentes catégories d'établissements notifiés dans le cadre du PAI. En effet, leurs parts sont très variables d'une année sur l'autre.

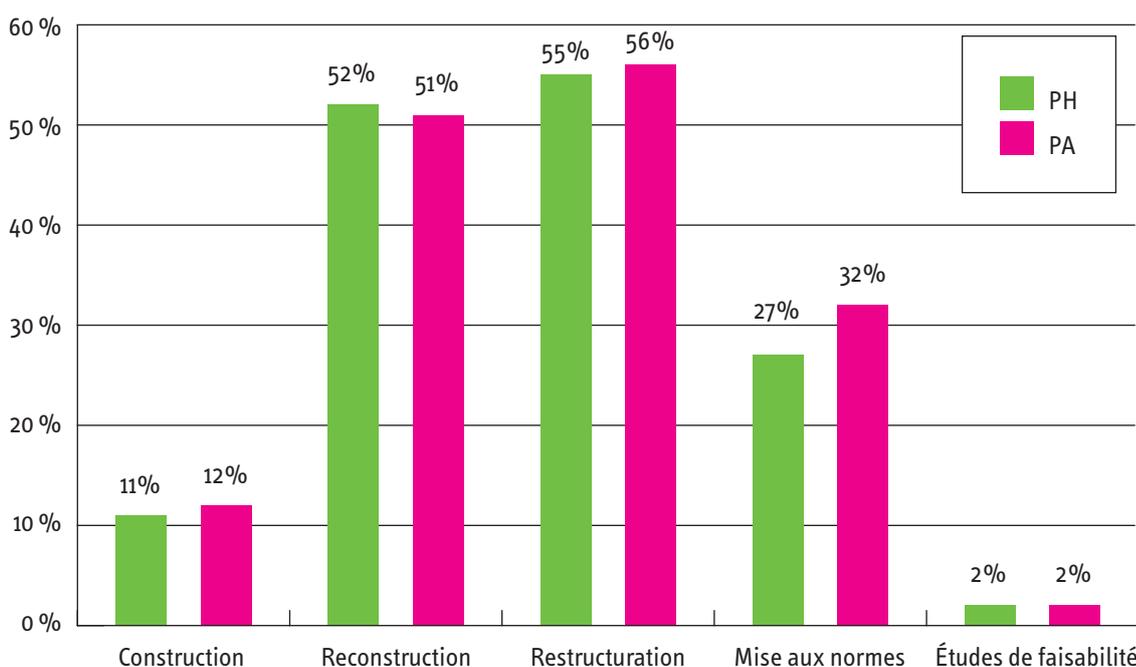
Répartition des dossiers notifiés selon les structures d'accueil pour enfants handicapés (2006-2009)



2.2. La nature des projets financés

Sur le champ personnes âgées comme sur celui des personnes handicapées, les projets financés au cours de la période étudiée concernent surtout des opérations mixtes comportant une part de restructuration (respectivement 56 % et 55 %) et de reconstruction (respectivement 51 % et 52 %). À partir de 2008, la part des investissements comportant une part de construction pour extension de capacité, qui deviennent éligibles au PAI à cette date, commence à croître : ils représentent environ 10 % des projets financés en 2008 et 45 % en 2009 (annexe 3). Conformément aux priorités des PAM-PAI, les opérations se limitant à une mise aux normes ne représentent que 6 % des projets (66 dossiers).

Nature des projets notifiés 2006-2009 (PA et PH)²³



²³ Lecture du graphique : sur la période 2006-2009, 55 % des projets d'investissement sur le champ PH et 56 % des projets d'investissement sur le champ PA comportent une part de restructuration.



Il est toutefois nécessaire de préciser qu'en volume financier, la part des opérations de construction/reconstruction seule représente le double de celle des opérations de restructuration seule (382 M€ versus 184 M€) sur le secteur des personnes âgées. Sur le secteur des personnes handicapées, elle représente presque le triple (966 M€ versus 327 M€). En nombre d'opérations, le nombre d'opérations de construction/reconstruction seule est équivalent sur le secteur des PA ; il est multiplié par 1,5 sur le secteur des PH.

2.3. Les propriétaires des établissements aidés

Les gestionnaires sont, dans leur grande majorité, propriétaires des murs de leur établissement. En 2009²⁴, sur le champ personnes âgées, seulement 18,5 % des gestionnaires ne sont pas propriétaires de leur structure. Il s'agit des gestionnaires du secteur privé non lucratif (81 %) et des établissements publics rattachés à une collectivité locale (21 %). Les propriétaires sont pour la plupart des bailleurs sociaux tels les offices publics de l'habitat (OPH). Sur le champ personnes handicapées, 99 % des gestionnaires sont également propriétaires.

2.4. Le coût des opérations financées

2.4.1. Coûts des projets et montants attribués

Sur le champ personnes âgées comme sur le champ personnes handicapées, les coûts totaux²⁵ moyens des projets aidés sont en nette augmentation depuis la mise en place du PAI (excepté en 2007 sur le champ PH). Ainsi, entre 2006 et 2009, ce coût a été multiplié par 1,87 sur le champ PA et par 2 sur le champ PH.

²⁴ Nous ne disposons pas de donnée pour les autres années.

²⁵ Les coûts totaux englobent les coûts « *Toutes dépenses confondues* » des travaux et le coût d'acquisition du foncier. Le coût TDC exprime le budget global nécessaire à la réalisation de l'opération immobilière (hors foncier).

Coûts moyens des projets aidés en milliers d'euros (personnes âgées et personnes handicapées)



2.4.1.1. Sur le champ personnes âgées

Sur la période étudiée, le montant attribué par opération s'élève en moyenne à 890 609 € (annexe 4). Il correspond à 14,4 % du coût total moyen et à 18 % de la dépense subventionnable²⁶ moyenne. L'écart-type correspondant au montant attribué moyen est extrêmement élevé (830 032 €), ce qui montre que les montants attribués sont considérablement dispersés autour de la moyenne. Cela s'explique par des coûts totaux tout aussi dispersés.

En observant les quartiles, nous pouvons constater que 50 % des projets d'investissements ont un coût total compris entre 1 750 965 € et 8 941 936 €.

²⁶ La dépense subventionnable est celle pouvant donner lieu à une aide de la CNSA. Elle ne prend pas en compte les coûts d'acquisition du terrain, la modernisation des lieux autres que les lieux de vie (buanderie, cuisine, locaux administratifs sont donc exclus), ainsi que les investissements mobiliers. En outre, les coûts TDC des travaux par m² pris en compte dans cette dépense sont plafonnés.

Coûts des projets en euros sur le champ PA (2006-2009)

	Coût total convention	Dépense subventionnable	Montant attribué	Taux de subvention, moyen
Moyenne	6 176 328	4 915 009	890 609	18,12 %
Écart-type	6 052 473	4 374 693	830 032	18,97 %
Quartile 1	1 750 965	1 434 518	319 860	22,30 %
Quartile 2 (médiane)	4 793 234	3 871 262	700 875	18,10 %
Quartile 3	8 941 936	7 274 265	1 200 126	16,50 %
Quartile 4	75 315 000	31 258 673	8 000 000	25,59 %

L'analyse de l'évolution du premier quartile au cours du temps montre que le coût total convention (coût total prévisionnel d'opérations précisé dans la convention signée entre la CNSA et le maître d'ouvrage, pour l'obtention d'une aide au titre du PAI) des projets qui appartiennent à ce quartile a tendance à progresser. Cela correspond tout à fait aux orientations données par la CNSA qui consistent à prioriser les projets dont le coût convention est relativement important (> 200 000 €).

L'étude des coûts selon le statut du gestionnaire montre notamment que la moyenne des coûts totaux convention est de loin la plus élevée pour les établissements rattachés à un hôpital (8 587 475 €), ce qui n'est pas étonnant étant donné que ces structures sont les plus importantes. La moyenne la plus basse concerne les établissements publics rattachés à une collectivité locale (4 253 663 €).

La part de la dépense subventionnable moyenne par rapport au coût total moyen est assez variable selon les gestionnaires. Cette part permet d'évaluer, pour partie, dans quelle mesure les projets répondent à certains objectifs fixés par la CNSA (prise en compte des places habilitées à l'aide sociale, modernisation des lieux de vie, etc.). Une faible part peut aussi indiquer un coût du foncier élevé. Elle atteint son plus bas niveau (38 %) dans le secteur privé lucratif, secteur dans lequel les places habilitées à l'aide sociale sont peu nombreuses. S'agissant des structures publiques, on observe que cette part est la plus basse (75 %) pour les établissements publics rattachés à un hôpital.

Étude des coûts moyens selon le statut des gestionnaires

	Coût total convention moyen	Dépense subventionnable moyenne et % coût total convention	Montant attribué moyen et % dépense subventionnable
Mutuelle	7 078 323	4 821 859 68 %	998 985 21 %
Privé lucratif	5 201 489,52	1 968 627,48 38 %	396 902,83 20 %
Privé non lucratif	5 490 935,41	4 399 336,14 80 %	774 206,22 18 %
Public autonome	6 111 126	5 229 099 86 %	984 863 19 %
Public rattaché à un hôpital	8 587 475	6 471 08 75 %	1 181 800 18 %
Public rattaché à une collectivité locale	4 253 662	3 504 311 82 %	576 991 16 %
Total	6 176 328	4 915 009 80 %	890 609 18 %

2.4.1.2. Sur le champ personnes handicapées

Comme sur le champ personnes âgées, les coûts totaux par convention, les dépenses subventionnables²⁷ ainsi que les montants attribués pour les projets PH sont très dispersés autour de la moyenne. On constate que 50 % des investissements correspondent à un coût total compris entre 606 556 € et 4 539 260 €.

Coûts des projets en euros sur le champ PH

	Coût total convention	Dépense subventionnable	Montant attribué
Moyenne	3 027 169	2 476 468	626 020
Écart-type	3 349 874	2 514 788	575 426
Quartile 1	606 556	547 230	217 601
Quartile 2 (médiane)	1 680 776	1 517 241	450 000
quartile 3	4 539 260	3 647 315	844 961
Quartile 4	23 668 003	13 354 112	3 000 000

On observe (annexe 4) que les projets sont de plus en plus onéreux à partir de 2007. En effet, la moyenne du coût total des opérations passe de 2 161 677 € en 2007 à 4 700 018 € en 2009.

Ce constat rejoint la nécessité de prioriser ce type d'opérations coûteuses dans le PAI, de manière à produire un « effet de levier » substantiel, et améliorer significativement les conditions financières de l'investissement.

Outre le nombre de places financées et la nature de l'opération, l'extrême hétérogénéité des coûts constatés sur les champs PA et PH trouve diverses sources d'explications, comme le mentionne le rapport IGAS 2009²⁸:

- La localisation géographique de l'établissement détermine le coût du foncier mais aussi les coûts de la construction (avec des écarts significatifs entre milieux rural et urbain, et entre région parisienne et province).
- L'existence ou non d'un coût d'acquisition du terrain. Des opérations ont pu bénéficier de la mise à disposition gratuite du foncier, notamment par une collectivité locale ou un établissement hospitalier.
- Les différences de coûts de la construction. Toujours selon le rapport cité ci-dessus, des cas allant de 70 000 à 130 000 € la place ont pu être relevés en 2008 selon la localisation géographique, les choix architecturaux (EHPAD de plain-pied ou sur plusieurs niveaux), la qualité des matériaux, etc. La date de construction de l'EHPAD dont les coûts immobiliers peuvent être amortis partiellement ou totalement
- Le montage juridique retenu (établissement propriétaire ou locataire du bâtiment, achat du terrain ou bail emphytéotique)

²⁷

- Sont compris dans la dépense subventionnable : travaux, prestation intellectuelles, divers aléas, assurances et révisions

- ne sont pas compris dans la dépense subventionnable le mobilier et le foncier

- les coûts au m² plafond sont :

- 2000 € TDC au m² (TVA à 5,5%) et 2 300 € TDC au m² (TVA à 19,6%) de surface dans œuvre (SDO) pour des travaux neufs,

- 1600 € TDC au m² (TVA à 5,5%) et 1 800 € TDC au m² (TVA à 19,6%) de surface dans œuvre (SDO) pour les travaux de réhabilitation.

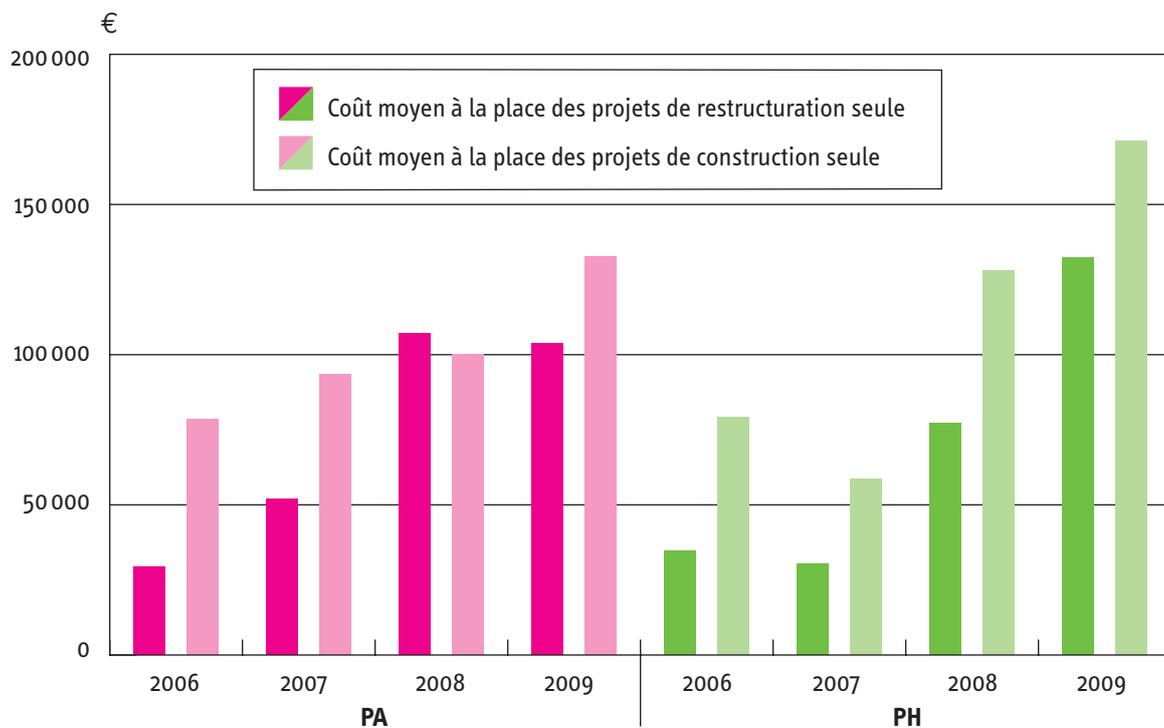
Attention, les coûts maximums plafonnés ne sont applicables que si les coûts au m² sont supérieurs aux plafonds. Ce calcul ne concerne pas les DOM.

²⁸ BRANCHU C., VOISIN J., GUEDJ J., LACAZE D. « et al. ». *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (EHPAD). Paris : Inspection générale des affaires sociales, août 2009. 72 p. Tome 1.

2.4.2. Les coûts par place

Sur le champ personnes âgées comme sur le champ personnes handicapées, les coûts totaux²⁹ moyens par place des projets aidés sont en nette augmentation depuis la mise en place du PAI (excepté en 2007 sur le champ PH). Ainsi, entre 2006 et 2009, ce coût a été multiplié par 3,5 à 4 en restructuration et environ par 2 en construction, tant sur le champ PA que sur le champ PH.

Coûts moyens par place des projets aidés en construction seule et en reconstruction seule (PA et PH)



Cette progression des coûts est largement liée à la problématique foncière et aux normes applicables aux différents secteurs.

2.4.2.1. Secteur personnes âgées

Selon le Crédit foncier (mention dans le rapport Rosso-Debord³⁰), « le coût d'investissement moyen dans les structures d'accueil [sur le champ PA] a progressé de 76 000 à 110 000 euros par lit de 2003 à 2009, cette hausse pouvant s'expliquer par l'importance de la pression foncière, par la hausse des coûts de construction et par les exigences de la puissance publique en matière de normes ». Le centre d'analyse stratégique³¹ avance, quant à lui, une fourchette allant de 85 000 à 100 000 € par lit (données de 2006). Les coûts dont il s'agit ici sont des coûts de création d'établissement.

Concernant le PAI 2006-2009, le coût moyen par place sur le champ PA est de 81 000 euros, allant de 58 300 € en 2006 à 114 600 € en 2009³². Cette très forte augmentation est expliquée par les facteurs énoncés ci-dessus mais

29 Les coûts totaux englobent les coûts « Toutes dépenses confondues » des travaux et le coût d'acquisition du foncier. Le coût TDC exprime le budget global nécessaire à la réalisation de l'opération immobilière (hors foncier).

30 ROSSO-DEBORD V., *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Paris : Assemblée Nationale, juin 2010, 128 p., n° 2647.

31 Centre d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix - Second rapport de la mission «Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes»*, Paris : La Documentation française, juin 2006, 502 p.

32 Ces chiffres sont de 78 500 € en 2007 et de 94 900 € en 2009.

aussi par la nature des travaux de modernisation/développement (proportion plus importante de créations à partir de 2008).

L'étude des coûts moyens par place selon le statut du gestionnaire fait ressortir que les établissements publics rattachés à une collectivité locale ont des coûts nettement inférieurs à la moyenne (- 23 105 €). Cela pourrait être expliqué en partie par leur facilité à acquérir des terrains gratuitement (don des communes). Au contraire, les établissements publics rattachés à un hôpital, qui présentent souvent de grandes superficies par résident, présentent un coût moyen par place plus élevé (+ 7 000 € par rapport à la moyenne).

Coûts moyens par place selon le statut du gestionnaire³³ (2006-2009)

Statut du gestionnaire ³³	Coût global convention moyen par place
Privé non lucratif	80 413
Public autonome	78 489
Public rattaché à une collectivité locale	64 975
Public rattaché à un hôpital	88 080
Moyenne générale	81 303

2.4.2.2. Secteur personnes handicapées

Sur la période 2006-2009, le coût moyen à la place des investissements financés sur le champ PH est de 59 200 € soit 37 % de moins que sur le champ PA. Cela caractérise le fait que les normes de construction et normes qui s'imposent sur le secteur PA sont plus contraignantes que sur le secteur PH.

Les coûts totaux³⁴ moyens par place des projets aidés sont en nette augmentation depuis la mise en place du PAI (excepté en 2007). Ainsi, entre 2006 et 2009, ce coût a été multiplié par 4 en restructuration et par 2 en construction.

Coûts moyens par place selon le type d'opération (2006-2009)

	Personnes handicapées			
	2006	2007	2008	2009
Coût moyen à la place des projets de restructuration seule	34 694	30 258	77 124	132 417
Coût moyen à la place des projets de construction seule	79 091	58 640	128 023	171 089

En conclusion, la progression des coûts témoigne pour une grosse part de l'effet levier du Plan d'aide à l'investissement : l'apport du PAI a ainsi eu pour effet de permettre la réalisation d'opérations de restructuration et de modernisation d'envergure et beaucoup plus abouties.

Ce phénomène explique, sur le secteur PA, le fait que le coût moyen à la place des projets de restructuration atteint à partir de 2009 le « coût standard » de 100 000 € tel que chiffré par la CNSA (cf. 1.1.).

³³ Les mutuelles ainsi que les établissements privés lucratifs n'apparaissent pas ici car nous ne disposons pas de données suffisamment nombreuses sur ces opérations.

³⁴ Les coûts totaux englobent les coûts « Toutes dépenses confondues » des travaux et le coût d'acquisition du foncier. Le coût TDC exprime le budget global nécessaire à la réalisation de l'opération immobilière (hors foncier).

3. Les financements des projets

3.1. Les aides au financement

Les projets financés dans le cadre du PAI peuvent bénéficier d'autres aides financières sous forme d'aides en capital ou de prêts.

3.1.1. Les aides à l'investissement des collectivités locales

3.1.1.1. Les conseils généraux

Les conseils généraux interviennent de diverses manières et, pour certains aspects, de façon facultative sur le secteur des personnes âgées et handicapées. Du fait de la compétence légale du président du conseil général sur le budget hébergement des établissements habilités à l'aide sociale, qui intègre les charges afférentes à l'investissement, les aides à l'investissement des départements (aides en capital) se portent à titre principal sur le secteur des personnes âgées (EHPAD). En outre, les conseils généraux se portent parfois garants des emprunts bancaires contractés par les établissements leur permettant ainsi de gagner environ 1 point de taux d'intérêt.

3.1.1.2. Les communes

Les communes sont susceptibles de favoriser l'investissement en prêtant, donnant ou vendant à bas prix des terrains communaux. Dans certains cas, elles peuvent aussi se porter garantes des emprunts bancaires.

3.1.2. Les prêts aidés

3.1.2.1. Le prêt locatif social (PLS)

La Circulaire logement du 1er mars 2006 assouplit les conditions d'accès au PLS distribué par la Caisse des dépôts et consignations et tout établissement de crédit ayant signé une convention avec elle. Ainsi, les établissements recevant des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées peuvent y recourir pour leurs opérations de construction, d'acquisition et d'amélioration du patrimoine.

L'obtention d'un PLS permet aux établissements de bénéficier d'une TVA à 5,5 %, d'être exonérés de taxe foncière sur les propriétés bâties pendant 15 ans³⁵ et d'être habilités à l'allocation personnalisée au logement (APL), ce qui solvabilise de manière significative les personnes hébergées³⁶. Pour être éligibles au PLS, il convient que les établissements proposent un logement à titre principal obéissant aux règles minimales d'habitabilité (arrêté du 10 juin 1996) et fassent valoir un loyer ou une redevance acquittés par le résident. En contrepartie du prêt, les loyers sont plafonnés, ainsi que le niveau des ressources pour les locataires entrants. En outre, le montant du PLS ne peut être inférieur à 50 % du prix de revient de l'opération. Sur le secteur des personnes handicapées, seuls les foyers médicalisés peuvent bénéficier de l'attribution d'un PLS. Les maisons d'accueil spécialisées en sont exclues au motif qu'il n'existe pas de loyer ou redevance individualisée acquittés par le résident.

Le volume de places financé en PLS pour l'année 2009 sur le secteur médico-social est d'environ 16 000 places (volume de PLS 2009 de 32 000 agréments dont 25 % sont dédiés au secteur médico-social).

3.1.2.2. Le prêt habitat amélioration restructuration extension (PHARE)

Ce prêt permet de financer les opérations concernant des établissements et services destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées en prêt principal ou en prêt complémentaire au PLS.

³⁵ Ou pendant 25 ans pour les logements locatifs sociaux construits sur la période du plan de cohésion sociale (2005-2009).

³⁶ En 2007, le montant moyen mensuel de l'APL est de 203 €. Il est perçu par 12,5 % des résidents (source : IGAS 2009).

3.1.2.3. Le prêt locatif à usage social (PLUS)

Ce prêt permet de financer les logements en structure collective bénéficiant d'un agrément de l'État et destinés aux personnes dont les conditions de ressources sont fixées réglementairement.

3.1.3. Les mesures fiscales : la TVA à 5,5 %

3.1.3.1. Construction d'établissement neuf

La TVA à taux réduit est une mesure importante de limitation du coût total de l'investissement. L'article 45 de la loi du 5 mars 2007 Droit Opposable au Logement (DALO) étend aux MAS le bénéfice de la TVA à taux réduit. Néanmoins, cette mesure ne permet pas de bénéficier de l'exonération de la taxe foncière, ni du conventionnement APL.

3.1.3.2. Travaux de réhabilitation de bâtiments existants

Les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées bénéficient de l'application de la TVA à 5,5 % pour les travaux de modernisation de leurs bâtiments existants.

3.1.4. Les prêts sans intérêt des organismes de protection sociale

Les organismes de protection sociale [caisses régionales d'assurance maladie (CARSAT, ex-CRAM) et Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)] participent au financement d'opérations d'investissement par l'octroi de prêts sans intérêts. La convention d'objectifs et de gestion (COG) État-CNAVTS prévoit de recentrer la politique d'investissement de la CNAV sur les établissements accueillant des personnes âgées non dépendantes (GIR 5 et 6).

3.1.5. La mobilisation des crédits non reconductibles pour aider à l'investissement

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dans son article 86, a explicitement prévu la possibilité de mobiliser des moyens non reconductibles afin de venir soutenir des opérations d'investissement. En application, le décret du 31 octobre 2007 a introduit deux nouveaux articles dans le code de l'action sociale et des familles :

- L'article D. 314-205 instaure un dispositif spécifique de prise en charge par l'assurance maladie des frais financiers des EHPAD, en dérogation au périmètre réglementaire de la section soins.
- L'article D. 314-206 ouvre à l'ensemble des autres établissements médico-sociaux³⁷ la possibilité, sur les crédits financés par l'assurance maladie et dans les limites du périmètre des dépenses pouvant être prises en charge par celle-ci en application de la réglementation tarifaire, de constituer des provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (provision en compte 68142 au compte de résultat, compte 142 au bilan et reprise en compte 78742 pour limiter le recours à l'emprunt et lisser les surcoûts) et des amortissements dérogatoires (dotation en compte 68725 au compte de résultat, compte 145 au bilan et reprise en compte 78725 pour reconstituer plus rapidement l'autofinancement et limiter les surcoûts).

Ainsi, en complément des aides en capital existantes (et notamment le plan d'aide à l'investissement de la CNSA), il convient de prendre en compte les crédits non reconductibles qui peuvent être alloués par les autorités de tarification (DDASS pour la période 2006-2009, puis ARS).

3.1.6. Les aides en capital amortissables (transférables)

Les aides en capital amortissables (transférables) permettent d'atténuer le coût de l'investissement mais également de réduire, à due concurrence du montant de l'aide en capital attribuée, la charge financière et d'amortissement générée par l'opération d'investissement. (Cependant, un tel amortissement des subventions, plus efficace à court terme pour réduire le reste à charge, a pour conséquence de ne pas augmenter le passif de l'établissement et partant, d'imposer au terme du cycle d'investissement, soit le renouvellement de la subvention, soit le recours à l'emprunt).

³⁷ Pour les EHPAD, l'autorité de tarification sur la section hébergement peut autoriser les mêmes amortissements dérogatoires et dotations aux provisions réglementées, sur les ressources de la section hébergement. Sur la section soins, le dispositif ne peut être appliqué qu'aux amortissements compris dans le périmètre de dépenses (amortissements du matériel médical).

Ce mécanisme d'amortissement des aides en capital, rendu possible par les règles de la comptabilité publique, augmente significativement l'efficacité de la subvention en permettant de réduire l'impact des opérations d'investissement sur les budgets des établissements et notamment sur les prix de journée hébergement acquittés par les résidents dans les EHPAD.

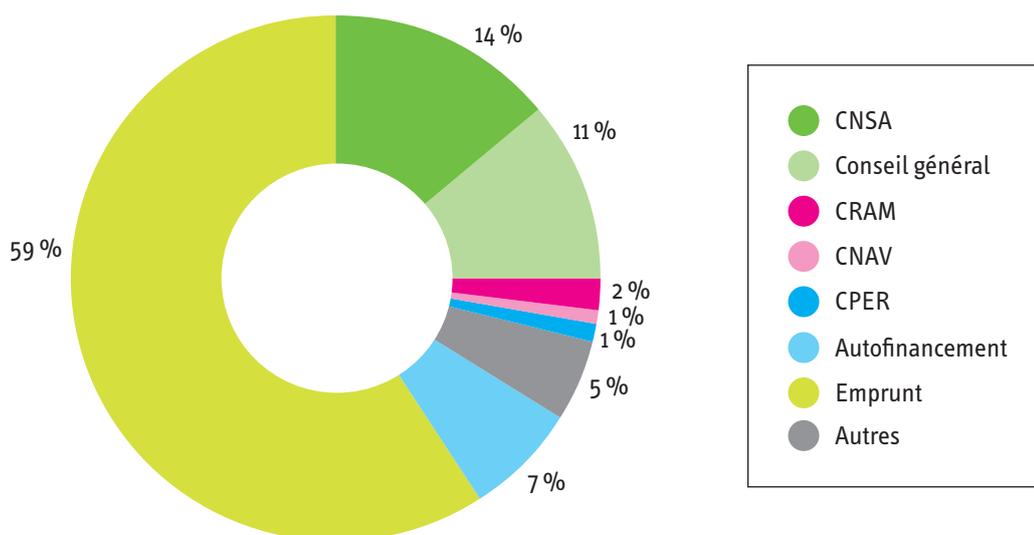
La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financements de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale illustre en page 75 de son rapport (n° 3091 sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées, mai 2006) ce mécanisme par l'exemple d'un établissement de 60 lits réalisant une opération d'investissement importante (4,650 M€) et bénéficiant d'une aide en capital de la part d'un conseil général (1,860 M€). Sans aide en capital, l'opération d'investissement a un impact de 14,6 € par jour et par résident. L'attribution d'une aide en capital non amortissable réduit de 2 € le surcoût journalier (soit 12 €/jour), et de 7 € jour dans le cas d'une aide en capital amortissable (cf annexe 8).

3.2. Structure globale des financements des opérations financées 2006-2009

3.2.1. Sur le champ personnes âgées

On constate que les projets sont largement financés par l'emprunt (59 %). L'aide CNSA constitue le deuxième moyen de financement (14 %) utilisé par les établissements. Viennent ensuite l'aide du conseil général (12 %) et l'autofinancement (7 %). Une analyse de l'évolution de la structure de financement au cours de la période étudiée (annexe 5) montre que celle-ci est relativement stable. Notons tout de même que la part des aides octroyées par le conseil général a tendance à baisser (12,72 % en 2006 contre 10,41 % en 2009).

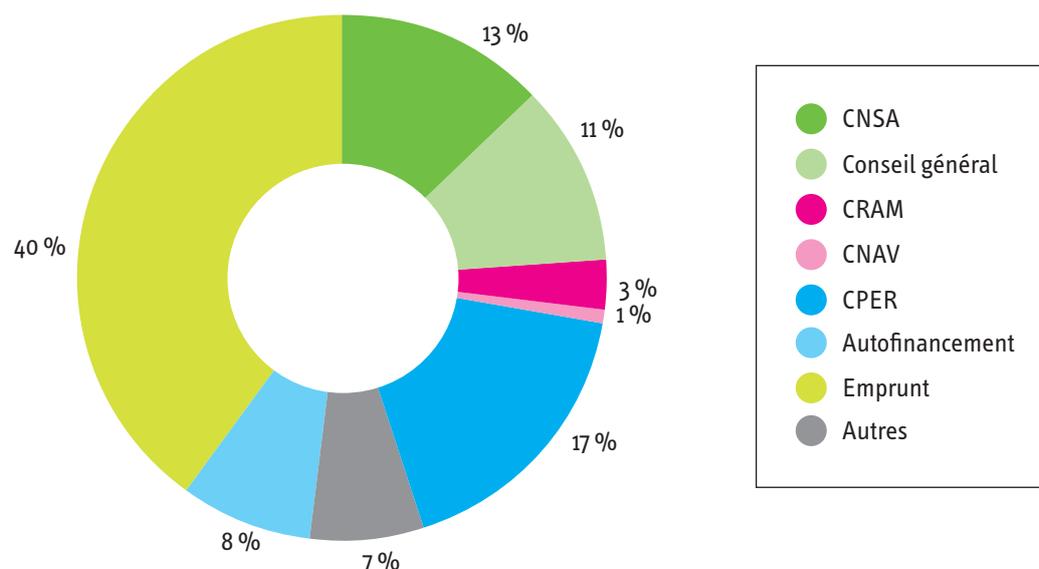
Structure globale des financements 2006-2009³⁸ (personnes âgées)



Le graphique ci-après représente la structure de financement uniquement sur l'année 2009, année pour laquelle nous disposons des données concernant les prêts locatifs sociaux (PLS). Leur part est importante puisqu'elle représente 17 % des financements.

³⁸ Les emprunts comprennent les prêts bancaires ainsi que les PLS.

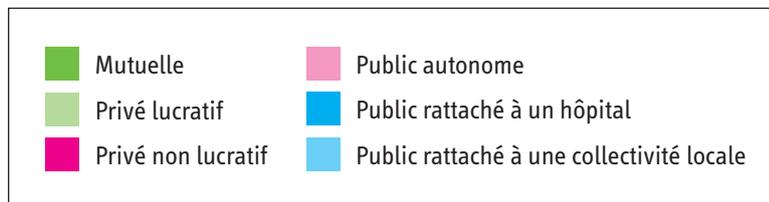
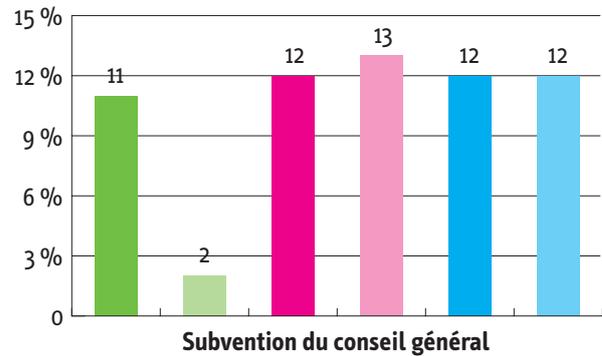
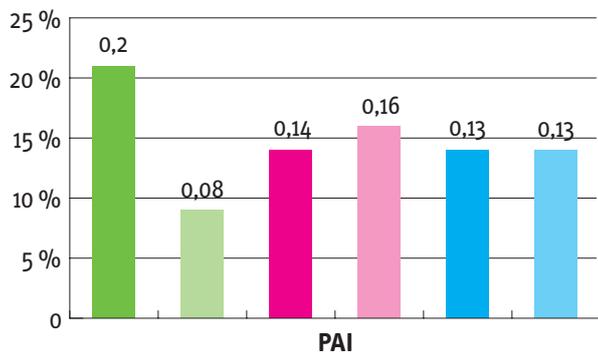
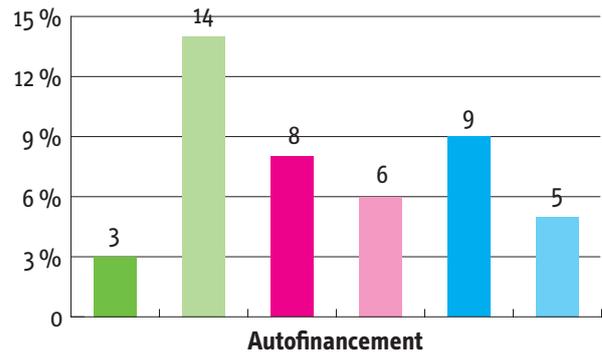
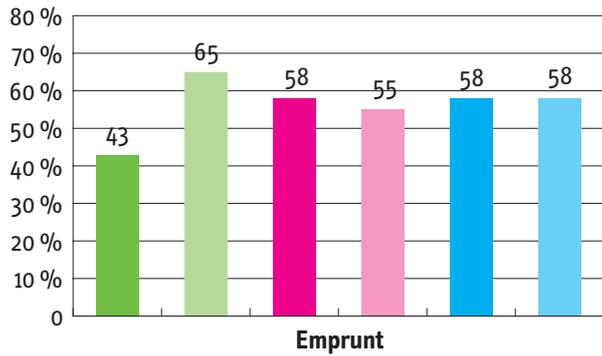
Structure globale des financements en 2009 (personnes âgées)



L'étude des financements selon le statut des gestionnaires sur le champ personnes âgées (échantillon de 804 établissements) ne révèle pas de grandes différences dans leur structure. Néanmoins, on peut noter que la part de l'aide CNSA est de 9 % dans le secteur privé lucratif alors qu'elle est de 14 % pour l'ensemble des secteurs. Cette part étant calculée par rapport au coût global de l'opération, cela n'est pas surprenant car les places habilitées à l'aide sociale - les seules à être financées dans le cadre du PAI - sont peu nombreuses dans le secteur privé lucratif. Par contre, ce secteur a davantage recours à l'emprunt (65 % contre 59 % en global) et à l'autofinancement (14 % contre 7 % en global).

Par ailleurs, la structure de financement des mutuelles est complètement différente de celles des autres gestionnaires car elles ont recours à des financements « autres » à hauteur de 20 % contre 5 % pour le reste des gestionnaires.

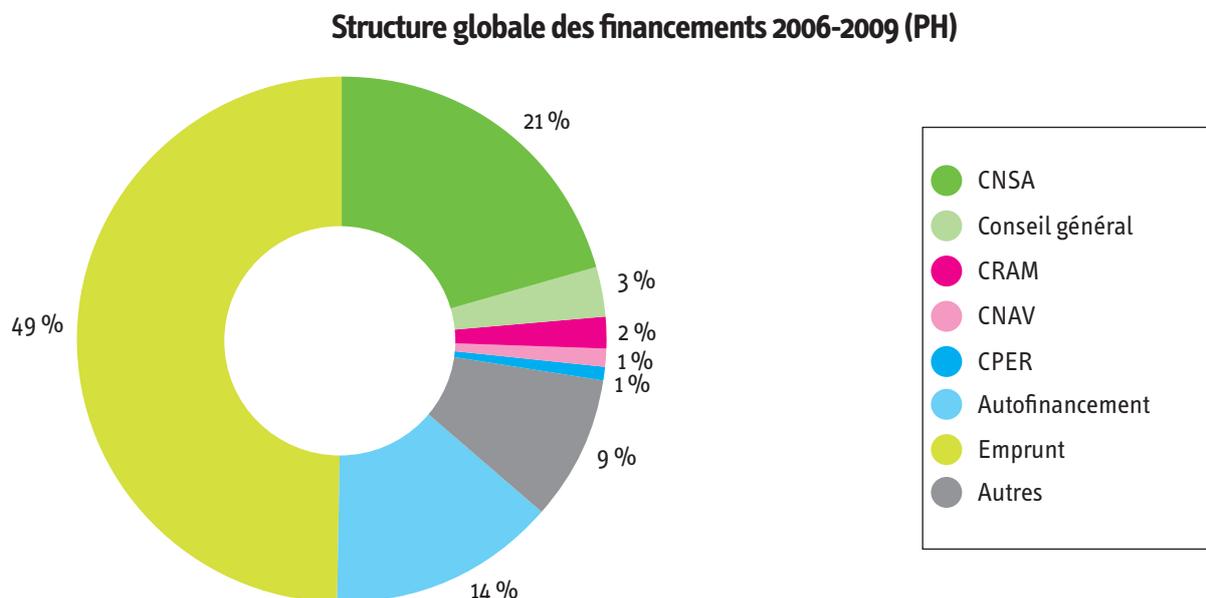
Part des quatre plus importants moyens de financement des opérations selon les gestionnaires³⁹



³⁹ Ce graphique a été réalisé à partir de 804 dossiers notifiés pour lesquels nous disposons d'un plan de financement complet. Les PLS sont compris dans la rubrique « emprunt ».

3.2.2. Sur le champ des personnes handicapées

Sur le champ PH, on observe que les investissements sont principalement financés par l'emprunt (49 %) et l'aide CNSA (21 %). Notons que l'autofinancement est relativement fort (14 %).



La structure des financements des champs personnes âgées et personnes handicapées diffère. Même si les deux moyens de financement les plus utilisés sont les mêmes, l'emprunt et l'aide CNSA, leur part varie sensiblement (respectivement 59 % et 14 % sur le champ PA contre 49 % et 21 % sur le champ PH). Les principales différences proviennent de l'aide accordée par le département, quasi inexistante dans le champ PH (3 % contre 12 % sur le champ PA) et de la part de l'autofinancement, nettement plus forte dans le champ PH (15 % contre 7 %).

Nous avons vu ici la structure globale des cofinancements sur les champs PA et PH mais il faut souligner qu'au niveau des établissements, ces parts de cofinancements sont extrêmement variables. En effet, les aides de la CNSA, du conseil général, de la CRAM et de la CNAV peuvent représenter, suivant les établissements, entre 0 %⁴⁰ et 40 % du coût convention de l'opération.

4. L'impact des investissements sur le prix de journée (champ des personnes âgées) et sur le budget de l'établissement (champ des personnes handicapées)

4.1. Sur le prix de journée (personnes âgées)

Sur le champ PA, les investissements ont inévitablement pour conséquence une augmentation du prix journalier acquitté par le résident.

En effet, les dotations aux amortissements et les frais financiers générés sont imputés sur le budget hébergement de l'établissement. Pour équilibrer le budget, le prix de journée est automatiquement augmenté.

D'après les données déclarées par les établissements notifiés dans le cadre des PAI 2008 et 2009⁴¹, l'aide CNSA a pour conséquence de réduire le surcoût journalier de 2,68 € en moyenne.

⁴⁰ L'aide de la CNSA représente au minimum 5 % de la dépense subventionnable.

⁴¹ Les données ne sont pas disponibles pour les PAM 2006 et 2007.

Impact déclaré de l'aide CNSA sur le prix hébergement selon le statut du gestionnaire sur la période 2008-2009

Type de gestionnaire	Baisse de surcoût moyenne du prix hébergement liée à l'aide CNSA	Nombre de dossiers disponibles
mutuelle	3,11	8
privé lucratif	2,87	10
privé non lucratif	2,84	148
public autonome	2,82	85
public rattaché à un hôpital	2,51	77
public rattaché à une collectivité locale	2,20	51
total	2,68	379

Ce chiffre, relativement élevé, paraît très optimiste alors même que tous les établissements n'ont pas pris en compte le caractère amortissable de la subvention dans leurs calculs. Cela laisserait envisager une limitation de surcoût encore plus importante après considération de cette possibilité d'amortissement de la subvention par tous les établissements. Toujours d'après les données déclarées par les établissements, les prix hébergement atteints après investissement en tenant compte de l'aide CNSA se répartissent selon le tableau suivant.

Répartition des établissements selon les fourchettes de prix atteints après investissement⁴²

Prix hébergement journalier en euros	Part des établissements
< 40	3 %
[40 ; 50[20 %
[50 ; 60[50 %
[60 ; 70[20 %
[70 ; 80[2 %
> 80	3 %

4.2. Impact moyen de l'aide CNSA sur le budget de l'établissement (personnes handicapées)

D'après les déclarations des établissements de personnes handicapées, l'aide CNSA leur permet de réduire en moyenne leur budget de fonctionnement de 57 921 €⁴³ par an.

⁴² 182 dossiers disponibles.

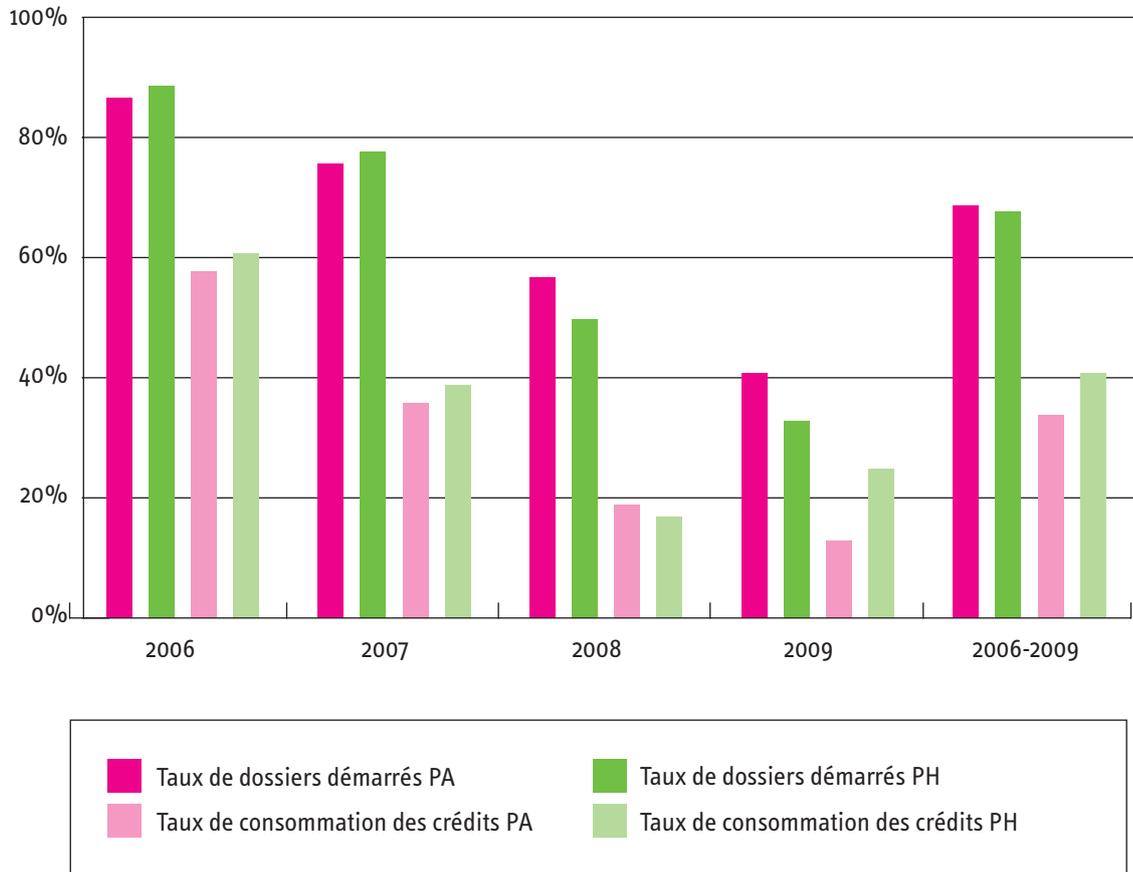
⁴³ Donnée calculée à partir des déclarations des établissements PH disponibles (158 dossiers).



5. L'avancement des projets et l'engagement des crédits

Sur la période 2006-2009, 1643 dossiers ont été notifiés pour un montant de 1,3 milliard d'euros. Au 30 août 2011, 759 millions d'euros de crédits ont été versés aux établissements bénéficiaires des PAM-PAI 2006 à 2009, soit plus de 58 % des subventions allouées.

Exécution et consommation des PAI (2006-2009)



À ce jour, 319 projets financés sont achevés, soit 19 %. La plupart de ces opérations relèvent des PAM 2006 (76 %) et 2007 (18 %). Cela illustre le fait que la réalisation des projets prend bien souvent plusieurs années. La durée moyenne prévisionnelle des travaux des projets financés est de 19,5 mois sur le champ PA et de 13,5 mois sur le champ PH. Pour les opérations terminées, les travaux débutent en moyenne avec un retard de 3 mois et terminent avec un retard de 9 mois⁴⁴ sur le champ PA. Ces chiffres sont de 5 mois et 11 mois sur le champ PH.

La durée moyenne totale de réalisation des 154 opérations achevées s'est ainsi établie à 32 mois dans le secteur des personnes âgées et 29,5 mois sur le secteur des personnes handicapées.

⁴⁴ Moyennes réalisées à partir de 154 opérations finalisées.



Sur le champ des personnes âgées, 18 % des projets ont été achevés (quel que soit le statut du gestionnaire) contre 22 % sur le champ PH. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que les projets, plus modestes sur le champ PH, sont plus rapidement mis en œuvre.

Dossiers notifiés et clôturés

	PA et PH			PA			PH		
	Dossiers notifiés	Dossiers clôturés	%	Dossiers notifiés	Dossiers clôturés	%	Dossiers notifiés	Dossiers clôturés	%
2006	660	243	37	419	153	37	241	104	43
2007	311	56	18	177	26	15	134	30	22
2008	320	3	1	217	3	1	103	0	0
2009	355	3	1	231	2	1	124	1	1
2006-2009	1646	319	19	1044	184	18	602	135	22

Consommation des crédits (M€)

	PA et PH			PA			PH		
	Dossiers notifiés	Dossiers clôturés	%	Dossiers notifiés	Dossiers clôturés	%	Dossiers notifiés	Dossiers clôturés	%
2006	497	291	58	347	199	57	150	92	61
2007	182,4	67	37	128,9	47	36	53,5	20	37
2008	296,7	56	19	221,5	43	19	75,2	13	17
2009	326	52	16	229	33	14	97	19	19
2006-2009	1302,1	466	36	926,4	322	35	375,7	144	38

Le bilan global de la mise en œuvre des PAI sur la période 2006-2009 qui vient d'être dressé montre le rôle déterminant qu'ils jouent dans la modernisation et le développement du secteur mais ne nous informe en rien sur le montage des projets d'investissement. Or, l'efficacité du PAI dépend tout d'abord du montage des opérations.

III. Analyse de projets d'investissement

Afin de compléter l'étude globale précédente, une analyse plus fine de certains points clefs du montage d'un projet d'investissement à l'aide d'un échantillon de sept projets finalisés ayant bénéficié du PAI a été menée. Ensuite, les écarts entre les coûts et délais prévisionnels et réalisés de ces opérations d'investissement ont été étudiés.

L'expérience acquise au travers du suivi d'exécution des plans d'aide sur cinq ans, de six visites terrain sur des opérations achevées, ainsi que des travaux menés avec le jury du Prix Lieux de vie collectifs & Autonomie conduit à identifier des points déterminants pour la conduite et la qualité des opérations d'investissement dans une dimension « qualité d'usage ». Cela permet de dégager des questionnements à prendre en compte pour les projets futurs.

Liste des établissements visités et description de l'opération

Établissements	Région Département	Type d'établissement et statut	Capacité concernée par le projet	Description de l'opération
A	Languedoc- Roussillon Hérault	EHPAD Rattaché à une collectivité locale (CCAS)	80	Reconstruction sur un nouveau site avec création d'une unité pour personnes désorientées et d'une place d'accueil temporaire
B	Aquitaine Gironde	EHPAD public autonome	40	Reconstruction – restructuration
C	Rhône-Alpes Rhône	EHPAD privé à but non lucratif	109	Reconstruction sur un nouveau site avec création de 2 unités pour personnes désorientées
D	Rhône-Alpes Isère	EHPAD public autonome	80	Reconstruction sur un nouveau site (fusion d'un EHPAD et d'un domicile collectif communal)
E	Languedoc- Roussillon Hérault	IES (IME/ITEP) Privé à but non lucratif	80	Restructuration et reconstruction partielle de l'IES sur le même site
F	Rhône-Alpes	ITEP Privé à but non lucratif	10	Construction d'un hébergement thérapeutique sur le même site
G	Rhône-Alpes Loire	Institut spécialisé (IME/ITEP) Privé à but non lucratif	30	Restructuration de l'internat. Réalisation de trois unités de vie de dix places chacune dans le bâtiment principal. Chaque unité comprend chambres, sanitaires, salle à manger et séjour

Les principales étapes d'un projet médico-social⁴⁵



⁴⁵ Figure inspirée par le document de travail *Guide pratique d'aide à la conception de projets d'investissements à l'attention des maîtres d'ouvrage d'établissements recevant des personnes âgées ou handicapées*, BOUVARD D., DRASS Rhône-Alpes, 2007.

1. Trois points clefs d'un projet d'investissement : le projet d'établissement, le choix du montage juridique et l'élaboration du plan de financement

Cette première sous-partie n'a pas pour objet d'analyser toutes les étapes d'un projet d'investissement (Figure page précédente). En effet, nous avons choisi d'étudier trois points clefs du montage d'un projet, points que nous jugeons particulièrement essentiels à sa réussite : la prise en compte du projet d'établissement et de vie dans le projet d'investissement, le montage juridique de l'opération ainsi que son plan de financement.

1.1. Le projet d'établissement et le projet de vie : les fondations du projet d'investissement

Les opérations d'investissement doivent répondre aux objectifs fixés dans le projet d'établissement. Celui-ci, fondé sur les directives stratégiques nationales et locales doit être clairement déterminé. L'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles dispose qu'il « définit [les] objectifs [de l'établissement], notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ». Selon le Guide de la fonction du directeur d'établissement social et médico-social⁴⁶, « un projet d'établissement est une élaboration dynamique des objectifs d'action sociale et médico-sociale fixés par une institution au regard de sa philosophie, de ses missions et de ses choix stratégiques, pour répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement et des partenaires ». Ce document se décline en différents volets, dont le projet de vie. Celui-ci définit les modalités d'accueil et de prise en charge des usagers.

Les projets d'établissement et de vie déterminent donc des choix d'accueil et d'organisation qui auront un impact direct sur l'architecture et l'agencement des nouveaux espaces. L'élaboration ou l'actualisation de ces projets est un préalable incontournable à la transformation ou à la construction d'un établissement. L'architecture doit être au service de la qualité de vie des usagers. D'ailleurs les différentes instructions techniques de la CNSA relatives au PAI précisent bien que « l'instruction des demandes doit garantir l'inscription des opérations dans des projets d'établissement adossés à de véritables projets de vie⁴⁷ ».

Malgré cela, l'expérience montre parfois que certaines structures adaptent leur projet d'établissement à l'opération réalisée, ce qui est contraire à la logique initiale.

Par ailleurs, la consultation et la recherche de l'adhésion des différents partenaires prenant part au projet de modernisation, que sont les résidents, les équipes, les familles, les bénévoles, le conseil de la vie sociale (CVS), les autorités de tarification, etc., constituent un gage de réussite. Dans la plupart des cas, cette consultation est réalisée. Cependant, certains projets (ici le projet B) sont le fruit de l'unique travail du directeur qui, en règle générale, ne peut aboutir à un résultat aussi riche qu'une réflexion multi-acteurs et multidisciplinaire.

En outre, les ingénieurs régionaux de l'Équipement (IRE) des ARS, qui jouent les rôles d'experts et de conseils techniques pour toutes les questions liées à l'équipement, interviennent de différentes façons dans les opérations d'investissement. Certains donnent un avis général sur le projet tandis que d'autres conditionnent l'aide de la CNSA à certaines exigences architecturales visant une plus grande qualité de vie pour les résidents et personnels (exemples : construction d'une passerelle, d'une mezzanine, etc.). Ils s'assurent aussi de la cohérence d'ensemble du projet, notamment du juste équilibre entre « lieu de vie » et « lieu de soin ». L'expérience montre que les établissements rattachés à un hôpital présentent un projet orienté davantage vers le domaine du soin que vers celui du lieu de vie. L'inverse est vérifié lorsqu'il s'agit des établissements publics autonomes, rattachés à une collectivité locale ou d'établissements privés associatifs. Le recours aux IRE le plus en amont possible du projet est vivement conseillé.

⁴⁶ LEFEVRE P., *Guide de la fonction directeur d'établissements dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 2003, 406 p.

⁴⁷ Instruction technique du 15 mai 2008 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées (enfants et adultes) en 2008.

Éléments des projets d'établissement et de vie des structures visitées

	Éléments du projet d'établissement/de vie
EHPAD A	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une unité d'hébergement pour personnes désorientées au sein d'un espace sécurisé, situé en rez-de-chaussée, permettant l'accès à un jardin extérieur protégé. • Préserver l'intimité des personnes âgées (portes ouvertes, depuis le couloir, l'intimité est respectée). • Privilégier l'alternance entre les espaces calmes de détente et les lieux d'activités • Construire un ouvrage « flexible » c'est-à-dire capable de s'adapter à d'éventuelles évolutions des besoins ou des normes (agrandissement des chambres rendu possible par des cloisons à haute performance acoustique).
EHPAD C	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un cadre de vie adapté, rassurant et sécurisant, aménagé pour le bien-être des personnes âgées. Cet objectif se traduit par la répartition des chambres en unités de vie au nombre de six. • Assurer une organisation médicale et paramédicale garantissant la sécurité et la qualité des soins aux résidents 24/24h.
IME/ITEP E	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accueil et la signalétique. • Regrouper les activités afin de rendre les déplacements cohérents. • Assurer la sécurité des enfants en limitant la circulation des véhicules.
IME/ITEP G	<ul style="list-style-type: none"> • Parvenir à une « ambiance familiale » sécurisante. • Rendre les lieux de vie plus « contenant » et limitant la dispersion des chambres dans le bâtiment. • Agencer les chambres de façon à mieux respecter l'intimité des usagers. • Améliorer la prise en charge rapprochée des jeunes. • Améliorer les conditions de travail des salariés. • Garantir une meilleure sécurité (respect des normes de sécurité) et une meilleure hygiène : revêtement des sols plus facile d'entretien. • Améliorer le confort des personnes accueillies (meilleure isolation phonique et thermique).

L'inscription d'une opération au plan d'aide à l'investissement de la CNSA doit s'opérer pour une opération autorisée (et donc dont le fonctionnement est financé), pour laquelle une décision d'investissement est validée par l'entité gestionnaire, jugée opportune par les autorités de contrôle et ayant atteint au moins le stade du programme et au mieux de l'avant-projet sommaire (APS) déposé.

L'instruction des projets présentés dans les PAI ou concourant aux catégories « réalisations médico-sociales » du Prix CNSA Lieux de vie collectifs & Autonomie révèle que certaines opérations présentées, certes minoritaires, sont lancées avec des projets d'établissements anciens et parfois des projets de service partiels, le volet projet de soins étant parfois exclusivement présent. Or une conception du programme par la maîtrise d'ouvrage en lien étroit avec les équipes pluridisciplinaires et en intégrant le point de vue d'usage des résidents et de leurs familles et son évolution sociale en dialogue très tôt avec la maîtrise d'œuvre est cruciale pour le fonctionnement et l'appropriation future des espaces, Il apparaît au travers de ce recul de cinq ans que la qualité de ces différents dialogues et leur traduction fonctionnelle et technique doivent continuer à être soutenues pour prendre les bons arbitrages sur la localisation et son sens pour la participation sociale des personnes, sur le choix entre moderniser un patrimoine ancien, même s'il ne sera jamais fonctionnel à l'aune des besoins actuels et futurs et reconstruire et dans la définition des espaces, dépasser des conceptions des lieux avec hébergement encore trop inspirées des établissements hospitaliers.

Repères pour lancer un projet d'investissement

Les recommandations de l'ANESM relatives à l'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service (décembre 2009) et à l'ouverture de l'établissement et sur son environnement (décembre 2008)

La DGCS a élaboré en 2008 un **Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées**, disponible auprès des presses de l'EHESP et lancé, en 2011, en partenariat avec la CNSA, la Fondation Médéric Alzheimer et la Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité, **une Étude-action sur l'accompagnement et le cadre de vie en établissement des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs**.

La CNSA met à disposition des maîtres d'ouvrage une **grille des questions à se poser sur les différentes dimensions de la qualité d'usage** (annexe 6).

Éclairage

La valorisation de réalisations médico-sociales intéressantes au travers du Prix CNSA Lieux de vie collectifs & Autonomie

(cf. annexe 1)

Créé en 2007 à l'initiative de la Fédération hospitalière de France, ce prix est porté par la CNSA depuis 2009. Même s'il a évolué au fil des ans et si son jury s'est élargi, ses objectifs fondateurs restent inchangés : encourager l'évolution des structures accueillant les personnes handicapées ou les personnes âgées en perte d'autonomie en fonction des nouveaux besoins (vieillesse des personnes handicapées, maladie d'Alzheimer) et donner des références aux maîtres d'ouvrage et aux concepteurs. Partenarial et pluridisciplinaire, le jury réunit autour de l'architecte Aymeric Zublena des gestionnaires d'établissement, des architectes, des bâtisseurs, des associations d'usagers, des journalistes du secteur et des décideurs. Car c'est en croisant les approches et les regards que des pistes se dégageront pour construire les lieux de vie de demain.

L'architecture de ces établissements n'est pas seulement un geste de spécialiste. Le jury s'entend sur **l'indispensable dialogue entre les maîtres d'ouvrages et les architectes** avant, pendant et après les travaux. Un dialogue qui doit s'appuyer sur **l'analyse des besoins du personnel travaillant dans l'établissement, de ses résidents et de leur famille**.

Le jury insiste aussi sur **l'intégration des établissements dans la cité**. L'implantation, la distance par rapport au centre-ville, la desserte par les transports en commun, l'ouverture vers l'extérieur sont autant d'éléments qui concourent au maintien de la vie sociale des résidents âgés ou handicapés. Par exemple, la Résidence Hector Malot⁴⁸ reconstruite à Fontenay sous Bois (94), à proximité de Paris, Vincennes, Montreuil et Saint Mandé conserve sa vocation intercommunale et bénéficie des dessertes RER, métro et bus. De même la situation centrale de la Maison d'accueil spécialisée Saint-Louis⁴⁹ implantée en bordure d'un parc de seize hectares et à proximité de l'église, de la mairie, d'équipements de loisirs et d'un hôpital a permis de tisser des liens avec d'autres structures de Villepinte (93).

La qualité et la conception du bâti participent à **l'amélioration de la qualité de vie des résidents**, du personnel et des visiteurs. En voici plusieurs illustrations:

- Dans les années 1960-1980, les établissements étaient conçus avec des espaces collectifs très vastes que les personnes investissaient peu, car ils se révélaient très bruyants et pouvaient générer des pertes de repères pour les personnes. Aujourd'hui on privilégie les espaces semi-collectifs où les résidents se retrouvent avec leur famille, à proximité de leur chambre. Ces petits salons présentent aussi un intérêt pour les personnes âgées qui ont du mal à se déplacer dans l'établissement, mais qui souhaitent sortir de leur espace privatif.
- Autre point clé : en limitant les unités à douze ou vingt lits, l'intimité des personnes est préservée et l'on assure au personnel un lieu de travail fonctionnel, comme c'est le cas à la résidence Hector Malot qui accueille pourtant deux cent trente personnes.

⁴⁸ Lauréat du Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées 2011.

⁴⁹ Lauréat du Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes handicapées 2011.



L'organisation en plusieurs pavillons indépendants permet aussi créer les conditions d'un domicile. À la MAS Saint-Louis, les quatre unités de dix chambres avec salles d'ateliers, espaces de détente et de restauration favorisent la vie communautaire et l'autonomie des personnes. Les kitchenettes ont radicalement changé le quotidien des adultes résidents et du personnel. Désormais, les résidents prennent leur petit-déjeuner beaucoup plus librement.



La lumière qui peut entrer grâce à des patios ou des parois translucides et l'ouverture sur des jardins sécurisés pour les résidents désorientés sont deux éléments majeurs synonymes de bien-être pour les résidents.



Par ailleurs, et le jury y tient, les établissements de demain doivent s'inscrire dans une démarche haute qualité environnementale. Les concepteurs du Hameau de la Pelou⁵⁰ à Créon (33) y ont été particulièrement vigilants. Ils ont installé des panneaux solaires pour une partie de la production d'eau chaude sanitaire, des bâches de récupération d'eau de pluie pour arroser le jardin, des rideaux de protection solaire dans les zones de circulation vitrées et ont préservé les essences végétales existantes.



⁵⁰ Lauréat du Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées 2010.

Éclairage

Le projet ARVHA (Association pour la recherche sur la ville et l'habitat) : un établissement médico-social pour tous (soutenu par la section V de la CNSA : soutien aux études, à la recherche et aux actions innovantes)⁵¹

• Ses objectifs

Conception d'un site web de formation en ligne dont les buts sont de :

- Croiser et capitaliser les expériences ; chaque établissement est porteur d'une expertise particulière consacrée au type de handicap qu'il accueille, moteur, IMCV, visuel, auditif, psychique ou mental. L'étude approfondie de 21 établissements couvrant les différents champs du handicap a pour objectif dans un premier temps de faire émerger les meilleures réponses en terme d'organisation et d'aménagement des espaces au regard d'un handicap spécifique. Puis dans un deuxième temps l'étude porte sur le croisement des meilleures réponses pour chacun des handicaps pris séparément, afin de déterminer la solution tous handicaps ensemble.

- Créer des outils d'assistance à la programmation (pour le promoteur) et à la conception (pour l'architecte) : deux acteurs participent à la création et à l'évolution de ces établissements : son promoteur, souvent association et son architecte. L'un comme l'autre ne réalise d'établissement que de façon très occasionnelle.

- Enrichir la formation des espaces banalisés : il est très vraisemblable que dans de nombreux cas les meilleures réponses apportées par les établissements spécialisés pourront être appliquées aux espaces banalisés, habitat, lieux de travail...

• Synthèse générale des études de cas (extrait du rapport, annexe 7)

La synthèse générale met en exergue les pratiques ou les idées les plus significatives en termes de qualité et d'insuffisance liées au fonctionnement des établissements étudiés.

1- Des éléments de qualité des projets :

- Des bâtiments de plain-pied
- Des équipements ouverts sur l'extérieur
- La « rue interne »
- L'organisation en unités de vie
- L'espace au service de l'éveil sensoriel
- Le principe de la douche à l'italienne
- La prise en compte de l'environnement dans les projets

2- Des difficultés liées à l'usage de certains espaces :

- Des projets peu inscrits dans le contexte urbain
- Des espaces de circulations internes inadaptés
- Certains logements inadaptés

L'ensemble des 21 études de cas et leurs résultats sont intégrés dans le site internet⁵² de formation en ligne créé par l'ARVHA. Ce site est organisé en 6 chapitres, contenant des outils d'aide à la programmation et à la conception destinés aux maîtres d'ouvrages et aux architectes d'établissements médico-sociaux :

- Les études préliminaires
- Le projet architectural
- Entreprises et chantier
- Gestion et maintenance
- Études de cas
- Législation, textes et normes

⁵¹ Rapport « Équipement médico-social pour tous – 21 études de cas » ARVHA avec le soutien de la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité et de la CNSA – mai 2011.

⁵² www.ems-pour-tous.org

1.2. Choix du montage juridique de l'opération

Le choix du montage juridique du projet est particulièrement important. En effet, il va déterminer le rôle de l'établissement dans toute l'opération immobilière (maître d'ouvrage ou non) et définir les différentes modalités de financement du projet (loyer, redevance, emprunts). Il peut enfin avoir des répercussions sur les coûts et les délais de l'opération

Le porteur du projet a trois possibilités⁵³ :

- la propriété immédiate du patrimoine,
- la propriété à long terme du patrimoine,
- la non-propriété du patrimoine.

1.2.1. La propriété immédiate du patrimoine

L'établissement peut accéder immédiatement à la propriété du patrimoine en ayant recours à l'emprunt. Différents prêts administrés sont disponibles pour les établissements médico-sociaux comme nous l'avons déjà signalé dans la première partie.

Dans ce montage, l'établissement, représenté par son directeur, est dans la très grande majorité des cas maître d'ouvrage. Cela implique notamment qu'il choisit la procédure d'élaboration des projets. Ce choix dépend du statut du gestionnaire. Les établissements publics, soumis au code des marchés publics doivent recourir à la procédure classique édictée par la loi relative à la maîtrise d'ouvrage publique (dite « loi MOP⁵⁴ ») ou, si des motifs d'ordre technique rendent nécessaire l'association de l'entrepreneur à la conception de l'ouvrage, à la procédure conception-réalisation. Les établissements publics de santé gérant des établissements médico-sociaux peuvent en outre librement choisir cette dernière procédure⁵⁵. Les établissements privés s'inspirent de ces deux procédures pour mener leur opération sans devoir en suivre obligatoirement toutes les étapes.

Dans son guide⁵⁶, la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)⁵⁷ fait le point sur ces deux procédures : dans une procédure de construction publique classique (loi relative à la MOP), le maître d'ouvrage choisit successivement un maître d'œuvre chargé de la conception de l'ouvrage puis une ou plusieurs entreprises. Dans ce schéma le maître d'œuvre est, en particulier, investi de la mission de suivi de la bonne exécution des marchés de travaux conclus entre le maître d'ouvrage et les entreprises. Dans la procédure conception-réalisation, le maître d'ouvrage choisit simultanément un groupement entrepreneur – concepteur, et conclut avec ce groupement un marché unique. Le groupement se voit confié par contrat l'entière responsabilité de concevoir, réaliser, voire mettre en service un ouvrage de bâtiment ou d'infrastructure, destiné à répondre au besoin exprimé par le maître d'ouvrage.

⁵³ Les montages utilisés par certains gestionnaires privés lucratifs ne sont pas décrits ici, ces gestionnaires n'ayant que très peu recours au PAI.

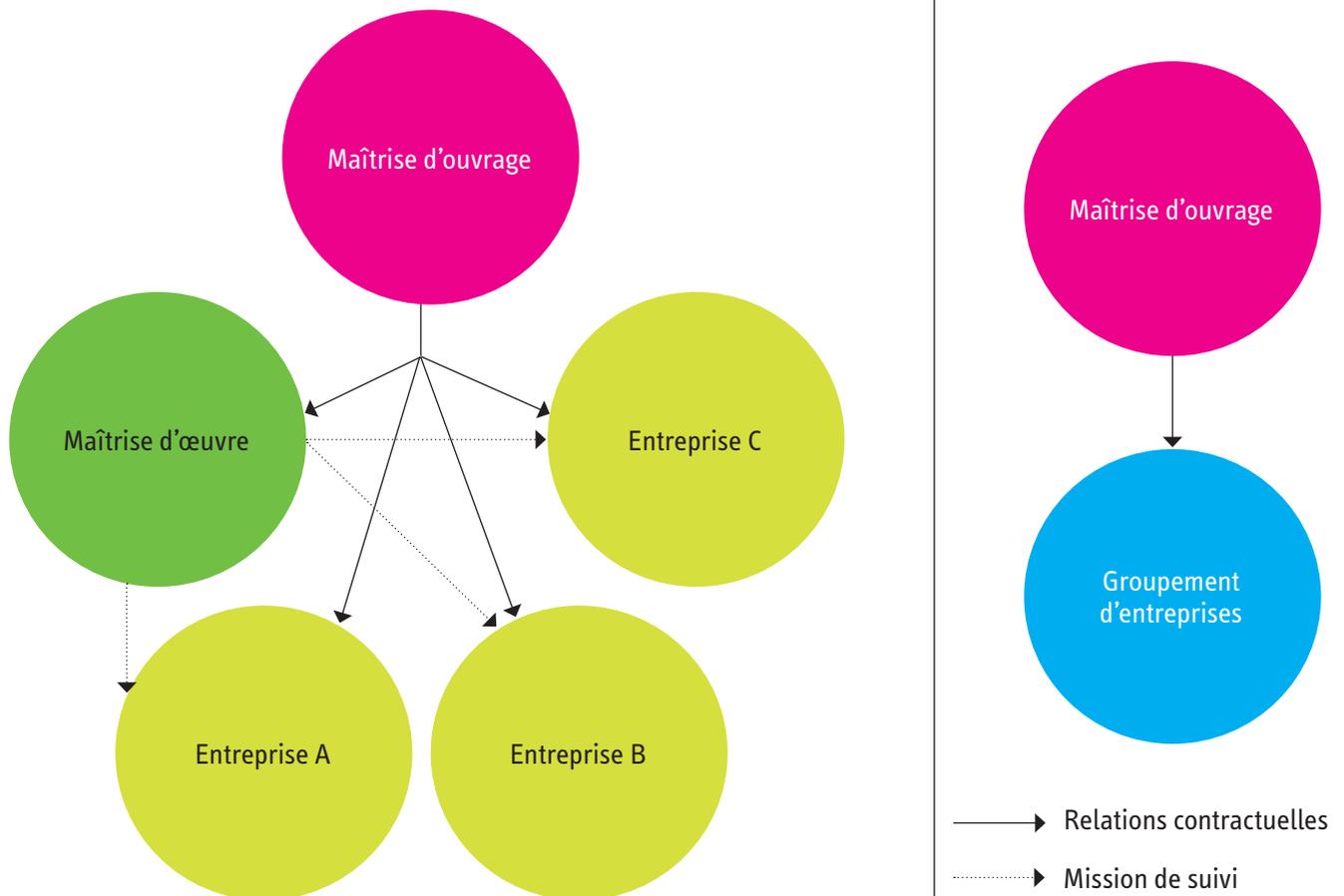
⁵⁴ Loi du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée.

⁵⁵ Par dérogation à la loi MOP, l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation permet le recours à la conception-réalisation pour ces établissements et les groupements de coopération sanitaire.

⁵⁶ *Conception-réalisation : guide pour le choix et la mise en œuvre*, Mission Nationale d'aide à l'investissement hospitalier (MAINH), janvier 2004, 32 p.

⁵⁷ Depuis octobre 2009, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) regroupe trois entités : le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sous la forme juridique d'un groupement d'intérêt public.

Schématisation de la procédure classique et de la procédure conception-réalisation



Pour chaque projet, quelle que soit la procédure utilisée, la typologie des risques retenue dans le guide de la MAINH susmentionné est la suivante:

- les risques fonctionnels, relevant d'une insuffisance dans la définition et l'expression des besoins ou de changement des besoins dans le temps
- les risques d'incohérence d'interface bâtiment/équipements
- les risques « d'entreprise » imputables à la défaillance d'une entreprise en cours de chantier
- les risques financiers, pour partie liés à une mauvaise identification des contraintes
- les risques temporels, liés à des dérives des délais d'études, d'approbation et de réalisation
- les risques juridiques liés à une imparfaite maîtrise de la procédure (recours, contrôle de légalité)
- les risques d'accident d'exploitation liés à un défaut de qualité ou de fiabilité d'une partie de l'ouvrage

L'organisation de l'opération et le choix de la procédure influent sur le niveau de chaque type de risque.

Ainsi, pour un montage classique d'opération, l'expérience montre que :

- le processus de maturation des études de conception conduit à minimiser les risques fonctionnels, avec pour corollaire un risque de dérive temporelle
- le risque de dérive de l'engagement financier est important du fait de la réalisation tardive de la contractualisation sur l'estimation de l'opération et de l'impossibilité de disposer d'une connaissance précise du coût des travaux avant le stade de l'appel d'offres de travaux
- le risque de défaillance d'une entreprise dans le cas de marchés en lots séparés n'est pas négligeable et est directement porté par le maître d'ouvrage

A contrario, dans le cas d'un montage en conception - réalisation :

- le nombre d'interlocuteurs et de procédures se trouve limité au profit d'une meilleure efficacité de la gestion de l'opération
- la collaboration entre le concepteur et le constructeur favorise l'émergence de solutions globalement plus intéressantes pour le maître d'ouvrage
- la compression des études de conception augmente le risque d'une insuffisance dans la définition des besoins, ainsi que le risque de conflit avec les futurs utilisateurs du fait d'une concertation nécessairement limitée
- le risque de dérive des coûts et des délais est réduit du fait d'une contractualisation plus en amont que dans une procédure classique qui inclut tous les aléas imputables au concepteur
- le risque de dérive de coût en phase travaux est inversement proportionnel à la précision et à la stabilité du programme
- le risque de défaillance du concepteur - réalisateur est négligeable

La Mission nationale d'aide à l'investissement hospitalier (MAINH) a mené une première évaluation des opérations menées en conception-réalisation en 2007⁵⁸ sur le secteur sanitaire. Deux éléments essentiels sont à retenir :

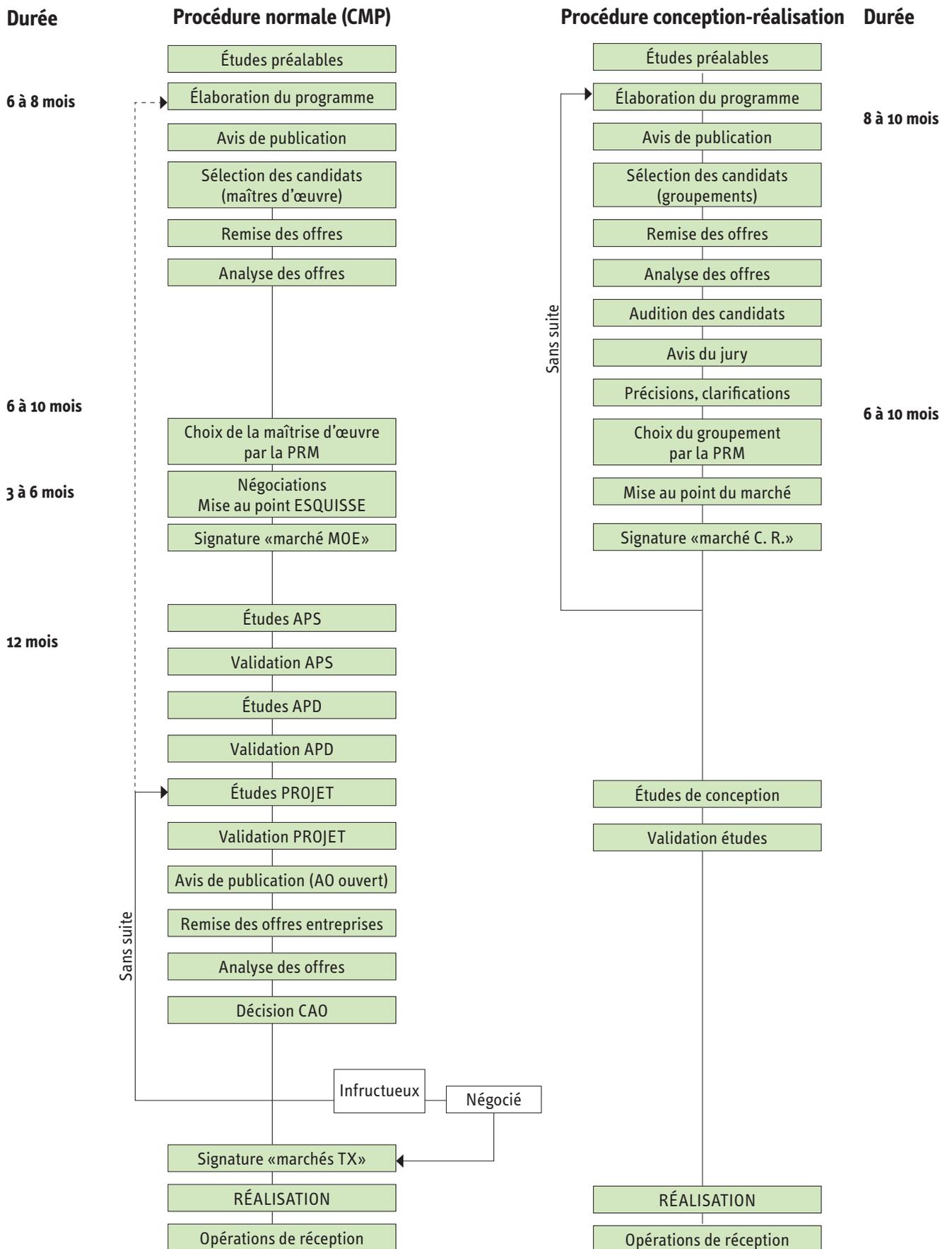
- Le gain de temps lié au choix de la procédure conception-élaboration (par rapport à la loi MOP) est incontestable (environ 20 mois). « L'unicité de la sélection des prestataires l'explique pour partie. En outre, en phase d'exécution du contrat et notamment en phase d'étude, le mode de fonctionnement du groupement avec le maître d'ouvrage conduit (notamment par le biais d'une meilleure stabilité du programme) à compresser les délais tant d'élaboration de ces études que de leur validation ».
- L'écart des prix entre les deux procédures n'est pas démontré. Mais « il convient de rappeler que du seul fait du raccourcissement des délais, l'effet mécanique de l'application de l'indice BT01⁵⁹ conduit à un écart moyen de ordre de 6 à 7 % en valeur fin de chantier en faveur de la conception-réalisation⁶⁰».

58 *Évaluation des premières opérations en conception-réalisation*, Mission Nationale d'aide à l'investissement hospitalier (MAINH), juillet 2007, 44 p.

59 Référence officielle de révision des prix de la construction, cet indice mesure l'évolution du coût des facteurs de production dans le bâtiment.

60 Notons que les délais de réalisation dans le secteur médico-social sont plus courts que dans le secteur sanitaire. En conséquence, les écarts de prix moyens dans le médico-social sont très certainement inférieurs à ceux mentionnés ici (pour une même évolution du BT01).

Schéma comparatif d'une procédure classique et conception- réalisation (guide conception-réalisation de la MAINH)



Le rôle du directeur d'établissement, en tant que maître d'ouvrage, est essentiel car c'est lui qui porte le projet d'investissement. Bien souvent, nous pouvons observer que la réussite d'un projet est directement liée à sa personnalité (volontarisme, dynamisme, persévérance) et à ses compétences (managériales, financières, etc.).

Pour se faire aider dans son rôle de maître d'ouvrage, le directeur peut faire appel à différents professionnels (voir encadré ci-après). En général, les grandes organisations (notamment les associations et groupes privés commerciaux) n'ont pas recours à ces professionnels car elles possèdent les ressources internes nécessaires pour assurer une bonne maîtrise d'ouvrage. Pour les structures plus petites, qui ne possèdent pas ces compétences et qui ne recourent pas à un assistant à maîtrise d'ouvrage (AMO), le risque principal est que les rôles maître d'ouvrage / maître d'œuvre s'inversent. Dans ce cas, c'est le maître d'œuvre qui conseille le maître d'ouvrage. Par conséquent, le projet n'est plus du tout piloté.

Outre les capacités du maître d'ouvrage, ce sont les bonnes relations entre maître d'ouvrage, maître d'œuvre et entreprises qui sont primordiales pour le bon déroulement du projet.

Enfin, soulignons que pour limiter les risques liés à la maîtrise d'ouvrage, le conseil général se porte parfois maître d'ouvrage direct de l'opération, comme cela peut être le cas dans le département de la Gironde, par exemple.

Les principaux acteurs de la procédure classique édictée par la loi relative à la maîtrise d'ouvrage publique (loi MOP)

Le maître d'ouvrage : c'est la personne morale pour laquelle l'ouvrage est construit. Responsable principal de l'ouvrage, il lui appartient après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure avec le maître d'œuvre et les entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux.

Le maître d'ouvrage peut faire appel à différents acteurs pour l'accompagner dans sa mission⁶¹.

En voici quelques-uns :

Le programmiste : c'est la personne à laquelle le pouvoir adjudicateur (le maître d'ouvrage) confie les études nécessaires à l'élaboration du programme architectural et d'ingénierie et à la détermination de l'enveloppe financière prévisionnelle. Il doit être capable de formaliser et traduire les objectifs et besoins du pouvoir adjudicateur et des utilisateurs pour en faire la référence contractualisée de la commande passée au maître d'œuvre.

Le conducteur d'opération et l'assistant à maître d'ouvrage (AMO) : le pouvoir adjudicateur peut recourir à l'intervention d'un conducteur d'opération pour une assistance générale à caractère administratif, financier et technique (art. 6-1 de la loi MOP). Le terme AMO désigne les différents intervenants à compétence « ingénierie » qui aident le pouvoir adjudicateur à exercer ses responsabilités. L'AMO est chargé d'assister le pouvoir adjudicateur dans ses choix et dans la procédure depuis le programme jusqu'à la réception de l'ouvrage grâce à ses compétences techniques et économiques. Cette assistance à caractère administratif, financier et technique, peut être générale ou partielle. Son intervention n'a un véritable sens que si elle se déroule tout au long de l'opération, de l'engagement des études de programmation, jusqu'au règlement du solde des marchés et l'achèvement du délai de garantie de parfait achèvement. Cette mission, exclusive mais complémentaire d'une mission de maîtrise d'œuvre, bien qu'elle ne représente pas une obligation, est cependant fortement conseillée.

Parmi les tâches qui incombent à l'AMO, certaines présentent un intérêt certain :

- rôle de coordination des prestataires intellectuels
- garantie du respect des procédures réglementaires
- garantie du suivi financier de l'opération

Quelle que soit la procédure utilisée, le recours à des compétences techniques, financières et parfois juridiques se révèle être de plus en plus nécessaire, ce sont des compétences que n'ont pas tous les AMO répondant à une consultation.

Le mandataire : lorsque le pouvoir adjudicateur ne possède pas le « métier » nécessaire au pilotage du projet, il peut faire appel à un mandataire. Celui-ci intervient, par convention, dans la limite du programme et de l'enveloppe financière prévisionnelle arrêtée par le pouvoir adjudicateur. Ce dernier peut confier à un mandataire l'exercice en son nom de tout ou partie de ses attributions, à l'exception du choix du maître d'œuvre et des titulaires des contrats de travaux. Le pouvoir adjudicateur ne peut en aucun cas confier au mandataire l'élaboration du programme et la localisation de l'opération, la détermination de l'enveloppe prévisionnelle, le financement de

⁶¹ Liste non exhaustive.

l'opération, le choix de processus de réalisation. La passation du contrat de mandat est soumise aux règles du code des marchés publics.

Le maître d'œuvre : personne physique ou morale de droit privé, ou groupement pluridisciplinaire qui a vocation, pour le compte du pouvoir adjudicateur, à concevoir l'ouvrage en respectant les objectifs et les contraintes du programme, à coordonner l'exécution des marchés de travaux dans le respect des études qu'il a fait effectuer par des bureaux d'études spécialisés et à proposer leur réception. Le recours à une compétence de maîtrise d'œuvre est obligatoire, dans la mesure où l'opération touche aux structures d'un bâtiment.

Le maître d'œuvre est regroupé avec une entreprise dans le cas d'une procédure de conception - réalisation et fait partie d'un consortium en cas de contrat de partenariat.

L'entrepreneur : c'est la personne physique ou morale qui a la charge de la construction de l'ouvrage aux conditions définies par le marché.

Les visites terrain réalisées en 2010-2011 ainsi que les échanges avec les lauréats du Prix CNSA Lieux de vie collectifs & Autonomie ont montré l'importance de la place et des rôles de chaque acteur dans une opération d'investissement, ainsi que de leur dialogue équilibré et collaboratif.

En voici quelques exemples illustratifs :

L'opération de reconstruction d'une MAS, projet pour lequel l'élaboration du programme s'est faite à partir du projet d'établissement, en associant les usagers (professionnels de l'établissement, résidents et familles), a entraîné un grand nombre d'effets positifs du nouveau bâtiment sur les usagers, l'établissement et son ouverture à et sur l'extérieur :

- Les anciens locaux, peu fonctionnels et non conçus comme de réels lieux de vie, étaient décrits comme effrayants par les familles qui les visitaient très peu. Les familles visitent beaucoup plus souvent leur enfant dans les nouveaux locaux, en sont fières et ont pu recréer des liens avec leur enfant. Le voisinage y est venu en nombre lors d'une journée « portes ouvertes ». Les personnels ont également fait visiter l'établissement à leurs propres familles.
- La salle de restauration est polyvalente et commune avec un ESAT, ce qui permet, outre une plus grande ouverture sur l'extérieur, de mutualiser et rationaliser les mètres carrés.
- La conception en lieux de vie à « taille humaine » bénéficie aux résidents, et leur consommation médicamenteuse a été réduite.

En revanche, dans une opération de reconstruction d'EHPAD dans laquelle peu de place a été donnée au dialogue avec les personnels et résidents, si la qualité globale de l'accueil a été améliorée, des effets négatifs ont été engendrés :

- Dans un environnement où la contrainte du foncier pèse énormément, l'affectation excessive de mètres carrés dans un hall immense peu investi par les résidents, génère perte de temps pour les personnels aux horaires des repas et insuffisance de locaux techniques, de stockages et de bureaux pour les personnels
- Insuffisance d'anticipation de la maintenance du nouveau bâtiment qui génère des surcoûts élevés en fonctionnement
- De même, l'absence d'audit sur l'utilisation d'une salle de bains par les personnels avec les résidents a entraîné un aménagement inapproprié (difficulté de positionnement de l'aidant avec le résident lors de la douche, papier hygiénique mouillé lors de la douche, pas de trappe d'accès à la plomberie...).

1.2.2. La propriété du patrimoine à long terme

1.2.2.1. Le crédit-bail

Cette solution est offerte aux établissements privés lucratifs ou non. Le crédit-bail immobilier est un contrat de location assorti d'une option d'achat pour l'établissement qui en devient propriétaire.

Les travaux de construction sont réalisés sous la responsabilité juridique du crédit-bailleur qui est généralement maître d'ouvrage et règle la totalité des dépenses. Après la livraison, le crédit-bailleur facture un loyer financier au crédit-preneur pendant une durée du bail convenue entre les parties (périodicité, loyers constants ou non). La construction peut aussi être assurée par un promoteur qui vendra dans ce cas l'édifice au crédit bailleur.

1.2.2.2. Le partenariat public-privé (PPP)

Il prend diverses formes : le bail emphytéotique administratif (BEA) pour les établissements rattachés à une collectivité locale (et certains établissements publics autonomes), le bail emphytéotique administratif hospitalier (BEAH) pour les établissements rattachés à un hôpital, l'autorisation d'occupation temporaire pour les établissements publics autonomes et le contrat de partenariat (outil utilisable par tous les établissements publics pour les opérations complexes ou urgentes).

Le PPP est un contrat de long terme (15 à 35 ans) par lequel une personne publique attribue à une entreprise privée la conception, la réalisation, le financement, la maintenance et éventuellement l'exploitation de l'établissement. Ainsi, la maîtrise d'ouvrage est transférée au cocontractant de la personne publique. Cette dernière verse un loyer (ou une redevance) depuis l'entrée dans les lieux jusqu'au transfert de propriété en fin de PPP. Il permet de couvrir les coûts d'exploitation, le remboursement de la dette souscrite pour financer l'investissement et de rémunérer le capital investi par le partenaire privé. Son montant est aussi lié au respect de critères de performance définis de manière contractuelle.

La procédure de passation d'un contrat PPP est plus complexe que celle d'un marché de construction classique, mais apporte des gains d'efficacité considérables pour la personne publique dans la gestion des interfaces entre architecte, entreprise, exploitant. Dans le cadre d'un PPP, le groupement est le seul interlocuteur et prend à sa charge l'optimisation globale de la conception, de la construction, du financement et de l'exploitation.

1.2.3. La non-propriété du patrimoine

Dans ce cas de figure, les propriétaires, qui sont également maîtres d'ouvrage, sont le plus souvent des bailleurs sociaux. Ils peuvent aussi être des investisseurs liés au gestionnaire par un partenariat dans un autre domaine d'activité ou par des valeurs communes. Ils sont rémunérés par un loyer, versé par le gestionnaire.

Les montages de propriété à long terme et de non-propriété du patrimoine présentent de grandes similitudes :

- La maîtrise d'ouvrage est déléguée mais l'établissement reste néanmoins un acteur essentiel dans la maîtrise du projet dans le sens où il choisit le terrain, définit les caractéristiques des bâtiments, suit le déroulement des travaux et s'assure du respect des performances définies dans le programme. Ce suivi doit être à la fois technique tout au long du déroulement des travaux (prescriptions architecturales, interventions ponctuelles sur le chantier, conseils) ; mais également financier, dans un souci d'optimisation des montages, afin de minimiser l'incidence des investissements sur la tarification à la charge des résidents (sur le champ des personnes âgées).
- La construction peut se réaliser sans aucun décaissement du crédit-preneur. Cependant, l'établissement peut participer au financement en effectuant des avances s'il dispose de ressources propres et/ou le maître d'ouvrage peut encaisser des subventions allouées à l'établissement.

Au niveau du PAI, nous ne disposons pas de chiffres concernant le choix de la procédure d'élaboration des programmes. Cependant, l'expérience montre que la procédure classique MOP (ou d'inspiration MOP pour les gestionnaires privés) est la plus largement répandue. La conception réalisation et le PPP semblent peu utilisés.

Choix de la procédure d'élaboration des programmes⁶²

Établissements	Procédure d'élaboration des programmes	AMO ou mandataire	Observations de la maîtrise d'ouvrage sur le déroulement des opérations
EHPAD A	Procédure classique loi MOP	AMO public	AMO pas très efficace dans le suivi des travaux
EHPAD B	Procédure classique loi MOP	Mandataire public	Code des marchés publics non respecté par le mandataire. Pas de concours d'architecte. Entreprises choisies peu performantes. Chantier mal suivi car changement de personnel à répétition chez le mandataire Pénalités non demandées aux entreprises
EHPAD C	Crédit-bail immobilier L'établissement n'est pas MO		Bonnes relations entre l'association et le bailleur qui est déjà l'un de ses partenaires
EHPAD D		AMO public	Changement fréquent du personnel de l'AMO ce qui explique le manque de suivi des entreprises
IME/ITEP E	D'inspiration « conception-réalisation »	AMO privé	La bonne coopération entre le groupement d'entreprises et l'IRE ont favorisé la réussite du projet ⁶²
ITEP F	D'inspiration loi MOP	non	Énormément de travail fourni de la part du maître d'ouvrage. Bien que l'opération se soit bien déroulée, ce dernier préconise de faire appel à un AMO.
IME/ITEP G	D'inspiration loi MOP	non	Énormément de travail fourni de la part du maître d'ouvrage et très bonne entente avec l'architecte

1.3. Le plan de financement

Nous évoquerons ici la question du financement dans le cas de la propriété immédiate du patrimoine⁶³.

Dans ce montage, l'opération est financée à l'aide des ressources propres de l'établissement, des éventuelles subventions et des emprunts (aidés ou non).

Avant de construire son plan de financement, il convient tout d'abord de réaliser un diagnostic financier de l'établissement avant tout investissement notamment en analysant les quatre grandes masses financières (le fonds de roulement d'investissement, le fonds de roulement d'exploitation, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie) et leur évolution sur les deux derniers exercices (au moins). Cette première étape permet :

- de donner un jugement d'ensemble de la situation de l'établissement et de son évolution
- de détecter les éventuelles difficultés financières existantes ou prévisibles avant même que le projet ne soit financé (exemple : établissement surendetté dont la pérennité pourrait être remise en cause par un nouvel emprunt)
- d'identifier les principaux leviers d'actions et marges de manœuvre disponibles (exemple : si le fonds de roulement d'investissement est fortement positif, le recours à l'emprunt par financer les investissements projetés sera limité)

À partir de ce diagnostic, le plan pluriannuel de financement élaboré par le maître d'ouvrage doit répondre à deux principaux objectifs :

- garantir à l'établissement une bonne situation financière sur le moyen et long terme
Le fonds de roulement d'investissement doit être positif, tout comme la trésorerie pour laquelle un seuil plancher est à définir (deux mois de fonctionnement par exemple). Ces conditions peuvent ne pas être remplies en début de plan à condition que l'établissement démontre sa capacité de rééquilibre rapide.

⁶² Projet réalisé en deux tranches relevant des PAM 2006 et 2007.

⁶³ Comme nous l'avons déjà mentionné, le financement des opérations dans le cadre des montages par propriété à long terme ou non-propriété du patrimoine ne relève pas directement du directeur d'établissement.

- Minimiser les frais financiers et les dotations aux amortissements⁶⁴ afin de limiter au maximum l'augmentation du reste à charge pour le résident ou du forfait attribué par l'assurance maladie.

En effet, les charges supplémentaires liées à l'investissement - dotations aux amortissements et frais financiers liés à l'emprunt - sont, pour les EHPAD, directement répercutées sur le tarif hébergement de l'établissement, payé par le résident. Il convient donc de veiller à limiter autant que possible cette hausse de tarif tout en conservant une durée d'amortissement cohérente avec la durée de vie du bâtiment (*voir deux pages plus loin le tableau intitulé « les ratios financiers »*).

Pour atteindre ces deux objectifs, le plan pluriannuel de financement doit tenir compte :

- des ressources propres autres que les emprunts : fonds propres, apports, dons, cessions d'immobilisations, subventions (à titre d'apport ou à caractère transférable). Il faut chercher à maximiser ces ressources (affectation d'excédents à l'investissement, reprise des réserves de trésorerie, pratiques des provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations) de façon à limiter le recours à l'emprunt et donc limiter les frais financiers.
- de l'évolution en « tendance morte » des dotations aux amortissements des immobilisations antérieures au début du plan et du remboursement des emprunts contractés antérieurement au début du plan. L'analyse de cette évolution peut avoir un impact sur le choix des modes d'amortissement des immobilisations et des emprunts prévus au plan dans le but de lisser ces charges sur la période concernée et donc de lisser le tarif hébergement. Dans certaines situations, il peut être judicieux de « reprofiler » l'amortissement des emprunts existants.
- de l'étude des différentes possibilités d'emprunts existantes : prêt à taux zéro, PLS, emprunts bancaires classiques, etc. Le taux d'emprunt est bien sûr extrêmement important pour faire son choix mais il est essentiel d'analyser les avantages autres liés au prêt comme l'ouverture du droit à l'APL, la réduction du taux de TVA et l'exonération de la taxe foncière sur 15 ou 25 ans dans le cas du PLS. Par ailleurs, la garantie d'une collectivité locale (commune, conseil général) a un impact très significatif sur le taux d'intérêt accordé par les banques puisqu'elle permet de faire gagner environ un point de taux d'intérêt.
- du fait que l'autofinancement résiduel doit permettre de couvrir tout ou partie des investissements courants, en dehors du projet d'investissement.

L'approbation du plan de financement se fonde en grande partie sur le caractère supportable des surcoûts générés par le projet. Comme nous l'avons déjà dit, ces surcoûts sont composés des dotations aux amortissements et des frais financiers mais il faut aussi identifier et chiffrer les impacts des investissements sur les autres postes de dépenses. La réalisation d'un nouveau bâtiment peut se traduire par des surcoûts sur le groupe I (électricité, chauffage...), sur le groupe III (entretien, maintenance, assurances, taxe foncière), voire sur le groupe II (besoin de personnel supplémentaire). Ainsi, avant de se lancer dans un projet d'investissement, il faut avoir la garantie de disposer des moyens nécessaires à son fonctionnement futur.

Amortissement des subventions

Deux types d'aide en capital sous forme de subventions publiques existent :

- les aides en capital non amortissables (non transférables) qui permettent de minorer le recours à l'emprunt (et donc les frais financiers) et d'augmenter durablement le fonds de roulement d'investissement des établissements
- les aides en capital amortissables (transférables) qui permettent non seulement de minorer les frais financiers mais aussi de réduire les charges que sont les dotations aux amortissements. En effet, la quote-part annuelle (l'amortissement de la subvention) vient en réduction de la charge d'amortissement

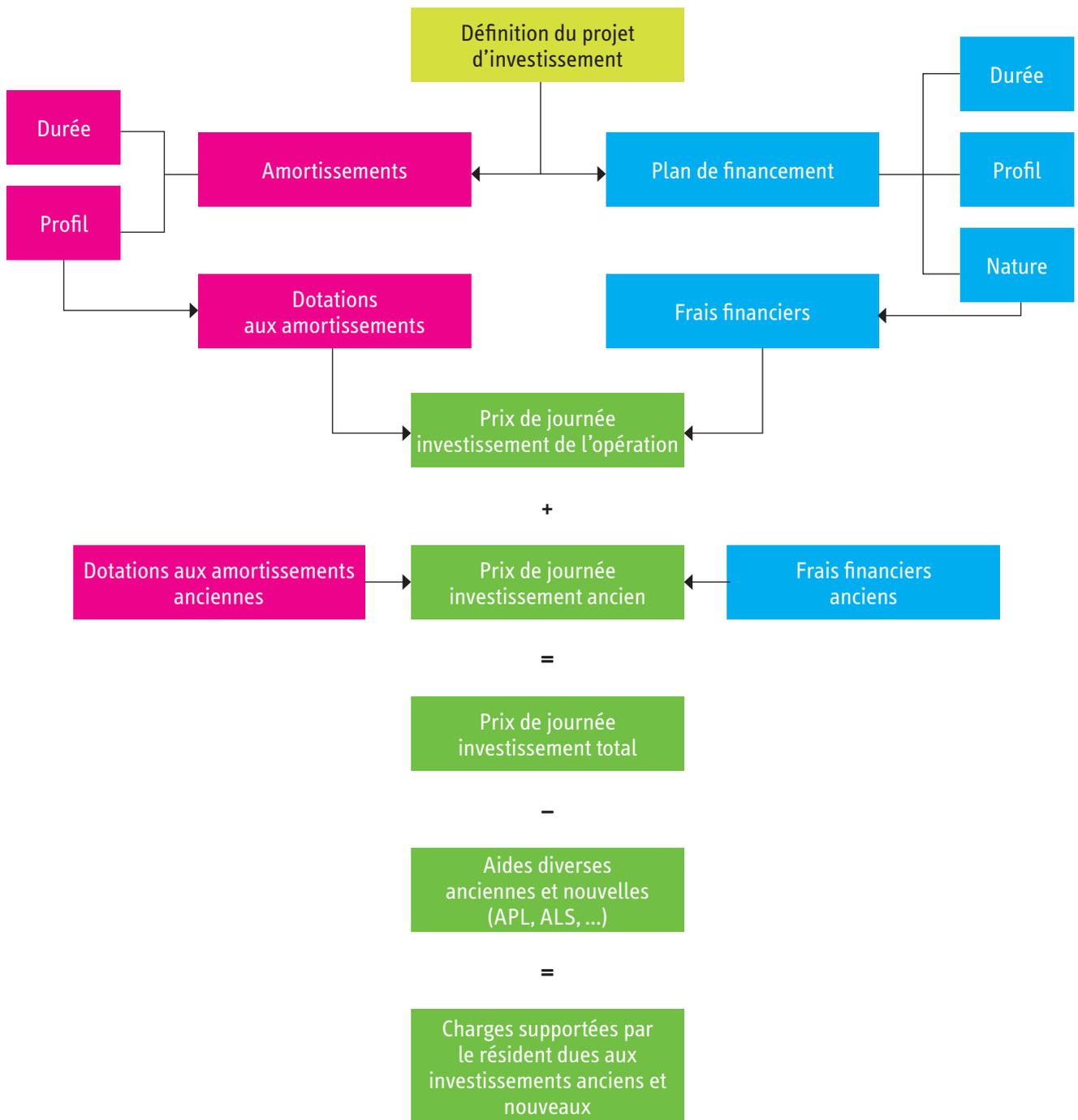
Ainsi, ce mécanisme d'amortissement des aides en capital, rendu possible par la comptabilité publique, augmente significativement l'efficacité de la subvention en permettant de réduire l'impact des opérations d'investissements sur les budgets des établissements et notamment sur les prix de journée hébergement acquittés par les résidents dans les EHPAD.

Par contre, un tel mécanisme, plus efficace à court terme pour réduire le reste à charge, a pour conséquence de ne pas augmenter le passif de l'établissement (la subvention est reprise au compte de résultat) et partant, d'imposer au terme du cycle d'investissement, soit le renouvellement de la subvention, soit le recours à l'emprunt.

Les aides CNSA sont systématiquement transférables alors que celles des conseils généraux sont non transférables ou transférables, selon les départements.

⁶⁴ En utilisant le caractère transférable des subventions lorsque cela est possible.

Impact de l'investissement sur les charges supportées par le résident



Les ratios financiers⁶⁵

Il est conseillé pour le maître d'ouvrage ou pour l'organisme instruisant un dossier de demande de subvention, de calculer ces ratios avant et après l'investissement.
En effet, il est essentiel d'analyser l'évolution de ces ratios sur plusieurs années.

Thèmes et intitulés	Mode de calcul
Taux d'endettement Valeur cible : < 50 %	Dettes financières à moyen et long terme (emprunts) * 100 Capitaux propres + emprunts
Apurement de la dette Valeur cible : > 2	Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Mesure le potentiel de remboursement du capital des emprunts par l'amortissement
Vétusté des immobilisations	Amortissements Immobilisations brutes Indique la vétusté moyenne des immobilisations : plus il est élevé, plus les immobilisations sont vétustes. Attention, il s'agit d'un indicateur financier. Il dépend des modes et durées d'amortissements choisis. À interpréter avec prudence.
FR, BFR, T en jours d'exploitation	FRI ou FRE ou FRNG ou BFR ou T * 365 Total classe 6 (charges décaissables)
Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	Solde des comptes 141 et 10685 * 365 Total classe 6 (charges décaissables)
Taux de CAF Valeur cible : environ 10 %	CAF ⁶⁶ * 100 Total des produits d'exploitation

Ratios financiers de l'établissement B, moyennes régionale et nationale. Exercice 2009

(source : trésorerie de l'établissement et DGFIP)

Exercice 2009	Établissement	Moyenne régionale	Moyenne nationale
Taux de vétusté des constructions	16,7 %	35,6 %	37,4 %
Taux de vétusté des équipements	66 %	64,1 %	66,9 %
Indépendance financière	66 %	38,3 %	38,9 %
Capacité de désendettement (en années)	9,9	5,7	4,9
Coefficient d'autofinancement courant (en %)	91,9 %	59,4 %	79,3 %
Remboursement annuité en K/amortissements	85,9 %	94,9 %	94,8 %
Effort d'investissement	5,8 %	7,2 %	8,7 %
Taux de charges patrimoniales	20,3 %	8,8 %	9,4 %
Rigidité des charges structurelles	62,8 %	70,3 %	68 %
Taux de marge brute	32,7 %	9,9 %	10,7 %
Créances (en jours)	35,4	36	36
Dettes fournisseurs (en jours)	88	26	36,5
Fonds de roulement (en jours)	82,7	92,6	94,7
Besoin en fonds de roulement	22,8	14,5	6,8
Trésorerie nette (en jours)	59,9	78,1	87,9

⁶⁵ Ces ratios apparaissent dans : LE ROUX J.-M., *Liste des comptes du plan comptable des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés*. 10e éd. Rennes : Presses de l'EHESP, 65 p.

⁶⁶ CAF = Résultat comptable + charges non décaissables (dotations aux amortissements et aux provisions + valeur nette comptable des éléments d'actifs cédés) – produits non encaissables (production immobilisée + quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice + reprise sur amortissements et provisions).

L'étude des plans de financement et des emprunts des établissements visités montre que les données présentes dans les conventions ne correspondent pas aux données finales. Le coût de l'investissement prévu dans la convention étant rarement respecté, le plan de financement doit être adapté. La variable d'ajustement principale est le montant de l'emprunt (situation rencontrée pour tous les établissements visités), les subventions étant déterminées en amont du projet. Cependant, nous pouvons observer que l'établissement B a obtenu une subvention du conseil général qui n'était pas prévue par la convention mais que la subvention allouée dans le cadre du CPER a été réduite.

Plan de financements des structures visitées

	EHPAD A				EHPAD B			
	Prévisionnel convention		Réalisé		Prévisionnel Convention		Réalisé	
	montant	%	montant	%	montant	%	montant	%
CNSA	663 289	9,41	663 289	8,5	1 050 000	30	1 050 000	22
conseil général	663 289	9,41	663 289	8,5			674 586	14
CRAM					276 754	8	359 780	8
CNAV								
PLS	5 602 086	79,45	6 360 568	81,4				
Autofinancement	122 099	1,73	122 099	1,6			45 848	1
Emprunt					1 135 420	32	1 944 449	41
CPER					1 037 826	30	674 586	
TOTAL	7 050 763	100	7 815 245	100	3 500 000	100	4 749 251	100
	EHPAD D				ITEP F			
	Prévisionnel convention		Réalisé		Prévisionnel Convention		Réalisé	
	montant	%	montant	%	montant	%	montant	%
CNSA	997 216	13	997 216	12	200 000	42	200 000	43
conseil général	1 200 000	15	1 195 620	14				
CRAM	765 197	10	765 197	9				
CNAV								
PLS	3 900 000	50	3 900 000	47				
Autofinancement	932 227	12	949 430	11	170 000	35	170 000	37
Emprunt			457 457	6	110 996	23		
Crédits non reconductibles							90 000	20
TOTAL	7 794 640	100	8 264 921	100	480 996	100	460 000	100

Les taux d'intérêt varient eux aussi (à la hausse dans les établissements visités) augmentant ainsi les frais financiers et au final le prix hébergement (champ des personnes âgées). Rappelons qu'un point d'intérêt supplémentaire pour 100 000 euros empruntés sur 30 ans correspond à 15 700 € de frais financiers supplémentaires.

Emprunts contractés (prévisionnels et réels)

Établissement	Source de financement	Montant	Taux	Durée (en années)	Annuité
B prév	CRAM	276 754	0	20	17 989
	CDC	307 692	3,25	20	28 800
	banque	827 728	4	20	25 100
B réel	CRAM	359 780	0	23	17 989
	Crédit agricole	152 449	5,95	15	15 645,33 €
	banque	1 312 000	4,60	40	72 318,99 €
	banque	140 000	4,76	30	8 859,57 €
	banque	340 000	4,51	15	31 680,46 €
D prév	PLS	3 900 000	3,61	30	214 980,65 €
D réel	PLS	3 900 000	3,7	30	217 394,79 €
	Banque	457 457	4,71	15	43 212,77 €
E prév	CDC	3 435 682	3,55	40	169 621,95
E réel	CDC	3 435 682	3,55	40	169 621,95
F prév	banque	110 996	4,20	20	8 121,43
F réel	Pas d'emprunt				

Concernant l'impact de la subvention CNSA sur le prix hébergement, nous pouvons faire une simulation à partir du plan de financement de l'établissement B.

Impact de l'aide CNSA sur le tarif hébergement journalier d'un EHPAD

	Sans aide CNSA	Aide CNSA non amortissable	Aide CNSA amortissable
Capacité	52	52	52
Activité	97 %	97 %	97 %
Nb journées prévisionnelles	18 411	18 411	18 411
Coût investissement convention	4 749 251	4 749 251	4 749 251
CNSA	0	1 050 000	1 050 000
Conseil Général	674 586	674 586	674 586
CRAM	359 780	359 780	359 780
Autofinancement	45 848	45 848	45 848
Autres	674 586	674 586	674 586
Emprunt (4,56 % sur 30 ans ⁶⁷)	2 994 551	1 944 449	1 944 449
Frais financiers	82 145	54 245	54 245
Dotations aux amortissements (linéaires 30 ans)	158 308	158 308	158 308
Reprise sur subvention	0	0	35 000
Impact journalier	+ 12,67	+ 11,09	9,25
Limitation du surcoût journalier		- 1,58 €	Soit - 3,42 €

⁶⁷ Ce taux comprend l'assurance.

Dans cet exemple, nous constatons donc que l'aide CNSA permet – toute chose étant égale par ailleurs — de réduire l'augmentation du prix de journée de 1,58 € lorsque l'aide n'est pas amortissable et de 3,42 € lorsqu'elle l'est. Cette atténuation importante de l'augmentation du prix de journée est due au taux d'aide CNSA qui, dans cet exemple, est élevé puisqu'il atteint 22 % du montant total de l'investissement et permet, dès lors que les autres financements sont maintenus, de réduire d'un tiers le montant de l'emprunt.

Avec un taux d'aide de 15 %, la subvention CNSA aurait eu pour conséquence une limitation de surcoût journalier de 1,12 € (subvention non amortissable) ou de 2,41 € (subvention amortissable). Toujours à partir de cet exemple, et dans le cas d'une subvention amortissable, nous pouvons en déduire que 5 points de subvention supplémentaires permettent de gagner 0,80 € en termes de limitation de surcoût journalier. Ainsi, dans ce cas, une subvention de 10 % n'aurait limité la hausse du tarif journalier que de 1,60 € tandis qu'une subvention de 30 % aurait permis d'atteindre de réduire la hausse du tarif de de 4,80 €.

Si nous faisons maintenant passer le taux d'emprunt de 4,56 % à 3,56 %, nous observons que l'efficacité de 5 points de subvention passe de 0,80 € à 0,70 €. Le constat est le même si nous jouons uniquement sur la durée d'amortissement en la portant à 40 ans⁶⁸ (contre 30 ans initialement). Ainsi, une réduction d'un point de taux d'intérêt et une durée d'amortissement allongée de 10 ans ont la même conséquence : une baisse d'efficacité de l'aide de 0,10 € par jour par résident. Nous pouvons donc conclure que l'aide de la CNSA est d'autant plus efficace que le taux d'intérêt est fort et que la durée de l'investissement est courte. Ce résultat montre notamment qu'à montant de subvention et durée d'amortissement constants, l'aide CNSA est plus efficace en période de hausse des taux d'intérêt dès lors qu'elle permet de réduire le recours à l'emprunt. Une condition importante de cette efficacité est donc l'absence de substitution entre le financement de la CNSA et celui des partenaires traditionnels du secteur, conseils généraux, caisses de sécurité sociales par exemple.

Analyse comparée aide en capital-compensation des frais financiers

L'objectif est de comparer les deux possibilités qui s'offrent à la CNSA en matière d'aide à l'investissement, notamment dans le secteur des personnes âgées qui représente la majorité des subventions⁶⁹. Il s'agit de déterminer si le financement des charges d'intérêt permet un effet levier sur l'investissement identique (ou supérieur) au financement en capital tout en s'assurant que le prix de journée à la charge du résident reste stable.

Méthode : L'analyse du bilan des plans d'aide à l'investissement sur la période 2006-2009 a permis de déterminer un « établissement type » à partir duquel les différentes hypothèses vont être comparées. Sans prétendre à la généralisation, cette méthode permet d'apporter un éclairage sur l'impact des différents modes de financement. (annexe 8)

2. Études des écarts entre les délais et coûts prévisionnels et réalisés

2.1. Les écarts de délais

Le respect des délais par l'établissement est important afin que les subventions ne soient pas mobilisées inutilement pour des projets qui ne débutent pas rapidement alors que d'autres établissements pourraient en avoir un besoin plus urgent.

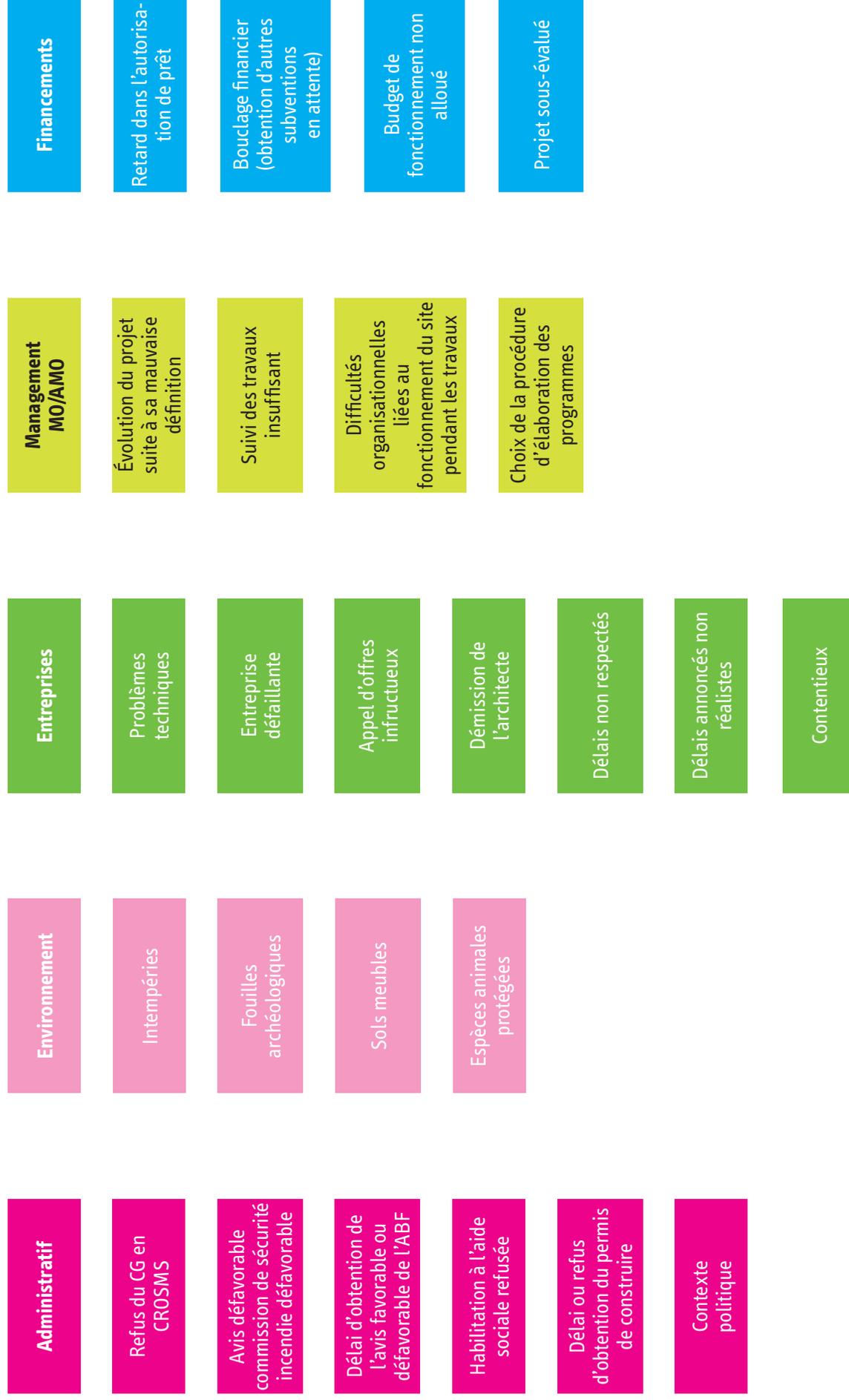
Les écarts de délais peuvent être expliqués par de multiples facteurs que nous proposons de regrouper en cinq grandes catégories [Figure ci-après] :

- Les facteurs administratifs
- Les facteurs environnementaux
- Les facteurs liés aux entreprises
- Les facteurs managériaux
- Les facteurs liés au financement

⁶⁸ En considérant le taux d'intérêt initial de 4,56 %.

⁶⁹ 70 % des montants notifiés entre 2006 et 2009 l'ont été à des établissements pour personnes âgées.

Diagramme des affinités appliqué au retard d'un projet



Récapitulatif des délais prévisionnels et réalisés des établissements visités

Établissements	Date de fin prévisionnelle	Date de fin réelle	Retard (en mois)	Causes des retards
EHPAD A	12/2007	09/2008	9	Appel d'offres infructueux
EHPAD B	08/2007	09/06/2009	25	Retard au niveau des travaux Travaux supplémentaires demandés par la commission de sécurité Arrêté de péril pris par le maire
EHPAD C	10/2007	05/2008	8	Découverte d'espèces animales protégées sur le site
EHPAD D	07/2007	10/2007	4	Retard au niveau des travaux
IME/ITEP E	12/2007	12/2008	12	Délais administratifs Congés de l'entreprise non pris en compte dans le planning initial
ITEP F	06/2008	06/2009	12	Délai d'obtention du permis de construire Travaux supplémentaires exigés par la commission de sécurité Délai d'obtention d'une dérogation pour pouvoir construire dans une zone survolée par un couloir aérien
IME/ITEP G	10/2007	07/2008	9	Problèmes de sécurité, les planchers n'étaient pas coupe-feu plus d'une heure

Les retards constatés dans les établissements visités s'établissent entre 4 et 25 mois. Pour rappel, sur la période 2006-2009, pour les opérations terminées, les travaux débutent en moyenne avec un retard de 3 mois et terminent avec un retard de 9 mois⁷⁰ sur le champ des personnes âgées. Ces chiffres sont de 5 mois et 11 mois sur le champ PH. Les retards ne paraissent donc pas liés à l'importance plus grande des opérations dans le champ PA. Sur le champ PA, les retards réels en fin de travaux varient très peu selon le statut du gestionnaire : 9 mois pour les établissements publics autonomes, 10,2 mois pour les établissements rattachés à un hôpital, 10 mois pour ceux rattachés à une collectivité locale et 8,7 mois pour les établissements privés non lucratifs.

Certaines causes de retard, notamment celles liées à l'environnement ne sont pas prévisibles ni évitables (intempéries, découverte d'un sol meuble, etc.) alors que d'autres peuvent être maîtrisées ou contournées. Ainsi, afin de respecter au mieux les délais, il est conseillé :

- de solliciter le plus en amont possible l'ensemble des partenaires (dont les IRE)
- de s'entourer d'une bonne équipe de maîtrise d'ouvrage
- d'avoir un projet bien défini
- de se renseigner sur la fiabilité du maître d'œuvre et des entreprises choisies
- de veiller au suivi des travaux
- d'avoir un plan de financement bien défini
- de choisir la procédure d'élaboration des programmes la plus rapide en fonction de ses objectifs et contraintes

⁷⁰ Moyennes réalisées à partir de 154 opérations finalisées.

2.2. Les écarts de coûts

Différents facteurs sont susceptibles d'expliquer les écarts entre les coûts réels et prévisionnels parmi lesquels:

- des délais plus longs
- une augmentation du coût du bâti entre les prévisions et la date du début des travaux
- une augmentation des taux d'intérêt entre le plan de financement prévisionnel et réalisé
- une présentation trop simpliste du projet par la maîtrise d'ouvrage ayant pour conséquences des ajustements importants en cours de travaux
- une demande de modifications par la commission de sécurité qui peut relever des non-conformités
- un écart de superficie entre le prévisionnel et le réalisé
- un écart d'honoraires de l'AMO ou du mandataire

Coûts convention prévisionnels et réels des établissements visités

Établissements	Coût convention	Coût final	Écarts de coûts	Explications des écarts
EHPAD A	7 050 763	7 815 245	764 482	Augmentation des coûts entre le prévisionnel et le réalisé dû au contexte économique
EHPAD B	3 500 000	4 749 251	1 249 251	Prévisionnel élaboré sur une TVA à 5,5 % alors que TVA à 19,6 % Surcoût dû au prolongement des travaux Travaux supplémentaires demandés par la commission de sécurité
EHPAD C	9 761 355			
EHPAD D	7 794 640	8 264 921	470 281	
IME/ITEPE	4 435 682	4 243 300	-192 382	Coûts bien respectés grâce à l'engagement pris avec l'entreprise dans le cadre de la procédure de type « conception-réalisation » Report de la rénovation du SESSAD prévue en fin de 1 ^{ère} tranche sur le début de la tranche 2
ITEP F	480 996	460 000	-20 996	Respect des coûts
IME/ITEP G	574 572	618 161	43 589	Architecte très respectueux des impératifs financiers

Les écarts de coûts sont très variables d'un établissement à un autre. Sur la période 2006-2009, les opérations terminées sur le secteur des personnes âgées ayant bénéficié du PAI dépassent le coût annoncé de 448 800 €⁷¹ en moyenne par opération terminée. Ce montant est de 136 877 €⁷² sur le champ des personnes handicapées.

Par ailleurs cette étude ne porte pas tant sur le coût du foncier, dont les ARS soulignent l'impact, que sur le délai de montage des opérations d'investissement avec de grandes inégalités territoriales et qui n'entre pas dans le périmètre légal d'intervention de la CNSA.

⁷¹ Moyenne calculée sur 146 dossiers.

⁷² Moyenne calculée sur 107 dossiers.

Travaux en cours

Les coûts de construction médico-sociaux : partenariat ANAP-CNSA sur l'observatoire des coûts de construction pour les EHPAD

Contexte

- Programme de travail de l'ANAP : diffusion d'une culture patrimoniale dans l'ensemble des établissements de santé, notamment à partir de la base de données MAINH/ANAP « Observatoire des coûts de la construction ». Cet outil a été créé en 2004, alimenté en continu, il comprend 203 opérations et a fait l'objet de rapports jusqu'en 2007. L'outil est relancé et une nouvelle version est disponible depuis juillet 2011⁷³, comprenant des opérations de 2005 à 2009 sur tout le territoire métropolitain.
- Plans d'aide à l'investissement de la CNSA depuis 2006 : objectif de soutenir l'adaptation de l'offre aux besoins du public en perte d'autonomie en limitant l'impact des opérations d'investissement sur les tarifs hébergement acquittés par les résidents.

Objectif

- Étendre et adapter au secteur médico-social l'outil existant de la MAINH/ANAP « observatoire des coûts de la construction » au secteur médico-social et, pour commencer, au secteur des EHPAD.
- Pour ce premier observatoire, les travaux observés sont des travaux neufs, portant sur des constructions ou reconstructions d'EHPAD.
- Données recensées :
 - Identification et nature de l'opération
 - Calendrier de l'opération
 - Acteurs de l'opération (assistance MOA, maîtrise d'œuvre...)
 - Données du programme initial (coût et surfaces globaux)
 - Décomposition des coûts de l'opération
 - Décomposition des surfaces et places

Mode opératoire

- Un partenariat ANAP-CNSA sur le projet.
- Une campagne de recueil de données descriptives d'opérations d'investissement récentes auprès de 100 à 150 EHPAD publics, privés, associatifs au niveau national.

Échéances

- Objectif de parution du premier rapport sur le médico-social : 1^{er} trimestre 2012.
-

⁷³ http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Observatoire_des_couts_construction_2011.pdf

Conclusion

La question du financement de l'investissement dans le secteur médico-social constitue un des facteurs de délais de mise en œuvre des créations d'établissements et de places programmées et financées dans les plans nationaux, et de transformation des établissements pour répondre aux exigences actuelles d'accessibilité, de sécurité et de qualité de vie.

La politique d'aide publique à l'investissement dans le champ médico-social conditionne le développement d'une offre de services répondant à la diversité des besoins, en tenant compte de la solvabilité des personnes dans le champ des personnes âgées en particulier et des contraintes des finances publiques (assurance maladie et finances locales). Sans aides publiques et dans un contexte où les capacités d'autofinancement sont réduites pour les acteurs publics et associatifs, le financement pèse via les frais financiers soit sur les personnes hébergées pour les personnes âgées, soit sur l'assurance maladie en fonctionnement pour les personnes handicapées.

L'accompagnement de l'investissement, dans un secteur en développement et qui s'est fortement construit dans les années 60 à 80, avec peu d'investissement public depuis, concerne la modernisation des structures existantes, leur adaptation fonctionnelle et qualitative à l'accueil de publics plus lourdement handicapés, voire à des modifications géographiques d'implantation, mais également la création d'une offre nouvelle pour faire face aux besoins démographiques liés au vieillissement.

Le flux d'investissement cumulé nécessaire, entre adaptation et création est estimé, sur la base des données disponibles, pour le secteur personnes âgées entre 3,2 à 3,5 Mds€ par an, et pour le secteur du handicap à 1,4 Md€ par an sur la période couverte par les plans nationaux.

Depuis 2006, 2 001 opérations d'investissement au bénéfice d'établissements pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes ont été soutenues par la CNSA, à hauteur de 1,52 Md d'euros, ce qui représente un montant total de travaux de 9,8 milliards (soit un effet de levier supérieur à 6). Ce volume englobe les opérations financées par la CNSA au titre de la reprise des engagements CPER de l'État depuis 2009.

Les aides à l'investissement de la CNSA, qui constituent une mission pérenne de la Caisse depuis 2008, étaient financées exclusivement sur ses réserves jusqu'en 2010, en l'absence de recette pérenne affectée spécifiquement. À partir de 2011, des recettes dédiées ont été votées annuellement par le Parlement au travers d'un prélèvement exceptionnel sur les produits de CSA. Ces recettes exceptionnelles n'ont à ce jour pas de caractère pérenne.

Le Plan d'aide à l'investissement est ainsi l'un des principaux moteurs de la modernisation et du développement des établissements médico-sociaux. Les opérations soutenues par ce plan devraient permettre une amélioration significative de la qualité de vie des usagers, en cohérence avec des projets d'établissement et de vie bien définis ainsi qu'avec les politiques nationales et locales du secteur médico-social.

Outre les aides à l'investissement de la CNSA, les collectivités locales (principalement les départements, et indirectement les communes pour le foncier) sont les principaux financeurs publics. S'ajoutent aux subventions directes, le mécanisme des prêts locatifs sociaux (PLS) pour les constructions neuves (pour les cas où l'établissement est la résidence des personnes), l'adaptation du régime de la TVA pour les établissements ne pouvant pas bénéficier des PLS (les MAS, principalement). Depuis 2007, la TVA a également été ramenée à 5,5 % sur les travaux de rénovation.

Sur la période 2006-2009, le PAI a bénéficié à 1646 établissements médico-sociaux : 1044 sur le champ des personnes âgées, soit environ un établissement sur dix sur le plan national, et 602 sur le champ des personnes handicapées. Au total, 109 821 places (79 144 sur le champ des personnes âgées et 30 677 sur le champ des personnes handicapées) ont été notifiées.

Les résultats attendus du PAI peuvent ainsi être mis en parallèle avec l'évaluation des besoins décrite dans la première partie.

Le tableau ci-dessous donne le nombre de places modernisées et créées uniquement dans le cadre du PAI.

Comparaison de l'évaluation des besoins⁷⁴ en investissement aux résultats attendus du PAI

		Personnes âgées		Personnes handicapées	
		Estimation des besoins ⁷⁴	Prévu au PAI 2006-2009	Estimation des besoins	Prévu au PAI 2006-2009
Modernisation	Nb places	116 900	71 234	31 000	28 251
	Montant	11,7 Mds	5,8 Mds	3,1 Mds	1,68 Md
Création	Nb places	20 475 (PSGA ⁷⁵)	5 946	10 020	2423
	Montant	2,5 ⁷⁷ Mds	637 M ⁷⁶	1 Md	143 M

Sur le secteur des personnes âgées :

- Au niveau de la modernisation, 61 % des besoins estimés par la CNSA (en nombre de places) ont été couverts, ce qui correspond à 10,4 % des places au niveau national.
- 30 % des créations prévues par le PSGA sur 5 ans et éligibles au PAI seront réalisées.

Sur le secteur des personnes handicapées :

- 91 % des besoins estimés par la CNSA (en nombre de places) ont été couverts, ce qui correspond à une modernisation de 20 % des places au niveau national.
- 24 % des créations estimées nécessaires vont être réalisées.

Sur le champ PA comme sur le champ PH, les coûts des projets PAI sont bien plus faibles que les coûts prévisionnels (100 000 euros la place) car ces derniers sont des coûts estimés en valeur 2010 alors que les opérations du PAI concernent la période 2006-2009.

De plus, le Plan d'aide à la modernisation (PAM) 2006, qui représente 38 % du montant des PAI 2006-2009 concerne une grande part d'opérations de modernisation de petite taille et donc à faible coût. Par ailleurs, dans le tableau ci-dessus, l'estimation du coût des créations dans le cadre du PAI est certainement minorée, l'hypothèse retenue ayant été de prendre un coût en création identique à celui de la modernisation.

L'aide de la CNSA est, en moyenne, la première aide directe aux établissements. En effet, elle représente 14 % (champ des personnes âgées) et 21 % (champ des personnes handicapées) du montant total des investissements.

Les possibilités d'aide au financement des projets sont très nombreuses et semblent relativement bien connues par les gestionnaires. Cette diversité de financements se révèle souvent problématique en termes de délais. En effet, la consultation puis l'accord (ou non) des différents financeurs est chronophage, d'autant plus que des aides sont conditionnées à l'obtention de certains autres financements ou garanties. Il est donc nécessaire de simplifier et optimiser les tours de table financiers afin de raccourcir les délais et donc les coûts finaux.

Sur le champ des personnes âgées, le PAI permet de réduire l'augmentation du prix hébergement d'environ 2,20 euros par jour et par résident (soit une limitation de dépense de 803 euros par an et par résident), sur une période de 30 ans (durée des amortissements immobiliers). Le PAI concernant plus de 79 000 places sur la période 2006-2009, son impact sur le reste à charge est donc extrêmement important.

Lors des visites effectuées sur le terrain, nous avons pu nous rendre compte que les connaissances des gestionnaires dans le domaine du montage de projet (choix de la procédure d'élaboration des programmes, élaboration du plan de financement) étaient très hétérogènes. Certaines structures, comme les associations importantes, ont déjà mené des projets

⁷⁴ Estimation CNSA, 2009.

⁷⁵ Dans le cadre du PSGA, il est prévu sur 5 ans la création de 48 750 places (32 500 places d'EHPAD, 10 625 places d'accueil de jour, 1125 places d'hébergement temporaire). Nous considérons ici uniquement les places habilitées à l'aide sociale (60 %) et faisons l'hypothèse que 70 % des opérations sont des créations.

⁷⁶ En l'absence de donnée, le coût par place d'une création est ici considéré comme étant égal à celui d'une modernisation.

⁷⁷ 1,75 Md pour le PSGA et 0,75 Md pour le plan Alzheimer (1 666 places d'UHR * 120 000 €/place 25 000 places de PASA * 25 000 €/place).



d'investissement similaires. Elles disposent donc de l'expérience ainsi que des compétences nécessaires pour monter de tels projets. Au contraire, d'autres établissements conduisent pour la première fois ce genre d'opération et n'ont pas de moyens spécifiquement dédiés. Or, la modernisation et le développement du secteur médico-social soutenus par le PAI dépendent en grande partie de la qualité des projets élaborés par les maîtres d'ouvrage.

Même si ces derniers ont la possibilité de s'entourer de professionnels spécialisés (Assistance à maîtrise d'ouvrage notamment), il est indispensable qu'ils connaissent suffisamment le domaine du montage de projet pour réussir leur investissement. En effet, le maître d'ouvrage joue un rôle clef dans le projet puisqu'il est le principal décideur.

Outre les précieux conseils que peuvent leur apporter les ingénieurs régionaux de l'équipement, il semble donc nécessaire qu'une formation à la gestion de projet immobilier soit disponible pour les maîtres d'ouvrage qui en font la demande. En effet, la connaissance, en amont du projet, des différents montages possibles ainsi que des avantages et risques qui leur sont associés, est essentielle pour une prise de décision éclairée et efficace.

De plus, au vu de l'état des plans pluriannuels d'investissement (souvent manquants ou incomplets) présents dans les dossiers de demande de PAI, une étude plus approfondie de ces derniers par les maîtres d'ouvrages comme par les organisations qui instruisent les dossiers (ARS aujourd'hui) paraît indispensable. L'élaboration de ces plans est très importante dans la mesure où ils permettent de mesurer la santé financière de la structure sur le long terme (en général, de 25 à 40 ans). Les conseils généraux mènent cette analyse avec plus de précisions, ce qui montre l'importance d'une programmation concertée ARS/CG.

Certains ratios financiers, tels ceux mentionnés dans ce rapport, pourraient faire l'objet d'un calcul systématique et être répertoriés pour l'ensemble des projets subventionnés. Cela permettrait d'établir aisément des comparaisons entre établissements.

Annexes

Annexe 1 : le Prix CNSA Lieux de vie collectifs & Autonomie

Annexe 2 : Répartition des dossiers selon le statut du gestionnaire (PA/2006-2009)

Annexe 3 : Nature des travaux sur la période 2006-2009

Annexe 4 : Coûts projet convention, dépense subventionnable et montant attribué 2006-2009

Annexe 5 : Cofinancements sur la période 2006-2009

Annexe 6 : Grille synthétique d'aide à l'appréciation de la qualité d'usage des espaces modernisés ou reconstruits des établissements

Annexe 7 : ARVHA : un établissement médico-social pour tous

Annexe 8 : Analyse comparée aide en capital-compensation des frais financiers

Annexe 9 : Bibliographie

Annexe 10 : Glossaire

Annexe 1 : le Prix CNSA Lieux de vie collectifs & Autonomie

Dans le cadre de sa politique globale d'aide à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux, la CNSA organise le Prix CNSA lieux de vie collectifs & autonomie.

Au-delà de l'aspect architectural, il récompense la réflexion commune des maîtres d'ouvrage et des architectes pour construire ou moderniser des établissements qui prennent en compte le projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'architecture se met au service de la qualité de vie des résidents et du personnel.



Trois prix, trois enjeux

Le Prix CNSA Lieux de vie collectifs & Autonomie tend à répondre à un triple enjeu :

- **encourager l'évolution des structures d'accueil** pour personnes âgées et personnes handicapées du secteur médicosocial pour une meilleure adéquation avec des besoins nouveaux (vieillesse des personnes handicapées, maladie d'Alzheimer...);
- **valoriser des réalisations de qualité** pour donner des références aux maîtres d'ouvrage et aux concepteurs ;
- **attirer l'attention des étudiants en architecture** sur un thème social important, encore insuffisamment exploré dans les programmes universitaires.

Les prix

- **Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées**, doté de 30 000 € par la CNSA. Il s'adresse aux gestionnaires d'établissement. Il est ouvert aux établissements accueillant des personnes âgées dont les travaux ont été réalisés au cours des deux dernières années.
- **Mention spéciale « Alzheimer »**, dotée de 10 000 € par la Fondation Médéric Alzheimer. Elle valorise les actions mises en œuvre pour accompagner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, prévu par le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.
- **Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes handicapées**, doté de 30 000 € par la CNSA. Il est ouvert aux établissements accueillant des personnes handicapées dont les travaux ont été réalisés au cours des deux dernières années.
- **Mention spéciale « personnes handicapées vieillissantes »**, dotée de 10 000 € par le Comité national coordination action handicap. Elle valorise les actions mises en œuvre pour accompagner les personnes handicapées vieillissantes.
- **Concours d'idées pour la conception d'un lieu de vie collectif pour personnes âgées**, doté de 12 000 € par la CNSA. Il s'adresse aux étudiants en architecture. Ils doivent proposer des idées novatrices pour la conception d'un projet architectural pour personnes âgées en perte d'autonomie d'une capacité d'accueil d'environ quatre-vingts personnes, dont vingt-six dans deux unités de vie réservées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Les établissements concourant aux prix et mentions doivent avoir réalisé, durant les deux dernières années, des travaux de rénovation, de reconstruction ou de construction de places nouvelles.

Il doit s'agir d'établissements médico-sociaux d'hébergement permanent financés par l'assurance maladie qui peuvent comporter de l'hébergement temporaire ou de l'accueil de jour.

Les travaux doivent être terminés depuis six mois, à la date de réception des dossiers. Ils doivent avoir contribué à améliorer le confort des résidents et avoir concerné, au moins en partie, leurs espaces de vie privés.

Le jury

Le jury est présidé par l'architecte Aymeric Zubléna.

Il est composé de représentants d'Agevillage, de l'AD-PA, de l'ADF, de l'APF, du Comité national coordination action handicap, de la CNAV, du CNRPA, de la CNSA, de la revue D'Architecture, de la Direction de l'architecture et du patrimoine, de la Direction générale de la cohésion sociale, de la FEHAP, de la FHF, de la FNADEPA, de la FNAQPA, de la Fondation des Caisses d'épargne pour la solidarité, de la Fondation nationale de gérontologie, de la Fondation Médéric Alzheimer, de France Alzheimer, du Mensuel des maisons de retraite, d'Oger International, d'OPQIBI, de Pro BTP, du SYNERPA, de l'UNAPEI, de l'UNCCAS et de l'UNIOPSS.

Les critères de sélection

Le jury examine plus particulièrement les points suivants.

- Comment la définition des besoins et des attentes des personnes ayant prévalu à la nécessité de créer l'établissement a-t-elle été réalisée ?
- Comment le projet favorise-t-il l'intégration de la structure dans la cité (implantation, ouverture sur l'extérieur) ?
- Comment le projet a-t-il été conduit (respect des besoins, dialogue maître d'ouvrage et maître d'œuvre, projet de vie et de soins de l'établissement, projet architectural) ?
- En quoi la réalisation concourt-elle à l'amélioration de la qualité de vie des résidents, du personnel et des personnes extérieures : les familles, visiteurs et intervenants extérieurs (qualité de l'accompagnement, qualité du bâti) ?
- Comment les problématiques du développement durable et des nouvelles technologies ont-elles été abordées dans le projet, notamment en termes de haute qualité environnementale, et quel est leur coût global en fonctionnement ?
- Quel est le prix de revient de l'opération et son impact pour les finances individuelles et collectives ?
- L'aspect novateur du projet (pour le concours d'idées).

Toutes les informations sont disponibles sur www.prix-autonomie.cnsa.fr

Annexe 2 : Répartition des dossiers selon le statut du gestionnaire (personnes âgées/2006-2009)

	2006		2007		2008		2009		2006-2009	
	nb dossiers	%								
mutuelle	3	1 %	4	2 %	2	1 %	6	3 %	15	1 %
privé lucratif	3	1 %	1	1 %	5	2 %	9	4 %	18	2 %
privé non lucratif	119	28 %	60	34 %	68	31 %	96	42 %	343	33 %
public autonome	123	29 %	46	26 %	58	27 %	42	18 %	269	26 %
public rattaché à un hôpital	106	25 %	38	21 %	43	20 %	47	20 %	234	22 %
public rattaché à une collectivité locale	60	14 %	22	12 %	35	16 %	27	12 %	144	14 %
pas de donnée	5	1 %	6	3 %	6	3 %	4	2 %	21	2 %
TOTAL	419	100 %	177	100 %	217	100 %	231	100 %	1044	100 %

Annexe 3⁷⁸ : Nature des travaux sur la période 2006-2009

Champ personnes âgées

	Construction		Reconstruction		Restructuration		Mise aux normes		Études de faisabilité	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
2006	0	0 %	256	61,1 %	253	60,4 %	110	26,3 %	4	1 %
2007	0	0 %	114	64,4 %	132	74,6 %	124	70 %	0	0 %
2008	21	9,7 %	90	41,5 %	116	53,5 %	35	16,1 %	0	0 %
2009	104	45 %	74	32 %	84	36,4 %	63	27,3 %	16	7 %
2006-2009	125	12 %	534	51,2 %	585	56 %	332	31,8 %	20	1,92 %

Champ personnes handicapées

	Construction		Reconstruction		Restructuration		Mise aux normes		Études de faisabilité	
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%
2006	0	0 %	151	63 %	138	57 %	54	22 %	1	0 %
2007	0	0 %	85	63 %	104	78 %	75	56 %	1	1 %
2008	13	13 %	47	46 %	51	50 %	14	14 %	2	2 %
2009	54	44 %	31	25 %	39	31 %	22	18 %	6	5 %
2006-2009	67	11 %	314	52 %	332	55 %	165	27 %	10	2 %

78 Les différents types de travaux ne sont pas exclusifs les uns des autres. Les totaux ne sont donc pas égaux à 100 %.

Annexe 4 : Coûts projet convention, dépense subventionnable et montant attribué 2006-2009

Champ personnes âgées

	Coût total projet convention			Dépenses subventionnables			Montant attribué		
	moyenne	écart type	médiane	moyenne	écart type	médiane	moyenne	écart type	médiane
2006	4 564 466	4 514 611	3 320 336	4 106 821	4 043 548	2 940 483	837 270	847 291	628 730
2007	5 743 798	5 512 313	4 544 852	4 700 010	4 275 539	3 777 707	721 039	704 068	517 214
2008	7 152 105	6 478 280	5 765 176	5 447 495	4 774 555	4 501 789	1 021 077	909 731	782 000
2009	8 524 956	7 397 217	7 921 450	6 044 313	4 313 107	5 885 520	995 170	774 428	820 000
2006-2009	6 176 328	6 052 473	4 793 234	4 915 009	4 374 693	3 871 262	890 609	830 032	700 875

Champ personnes handicapées

	coût total projet convention			coûts dépenses subventionnables			Montant attribué		
	moyenne	écart type	médiane	moyenne	écart type	médiane	moyenne	écart type	médiane
2006	2 253 770	2 600 300	1 030 000	2 086 783	2 404 418	1 029 998	600 673	624 014	386 694
2007	2 622 757	2 885 733	1 407 906	2 230 998	2 390 910	1 341 000	477 737	426 159	371 383
2008	3 800 529	3 928 556	2 533 905	2 758 124	2 347 266	2 225 756	735 310	591 693	540 000
2009	4 971 081	4 102 517	4 000 000	3 674 805	2 817 706	3 047 600	815 691	572 318	633 420
2006-2009	3 073 967	3 376 639	1 743 075	2 508 359	2 532 999	1 546 485	630 947	580 386	450 000

Annexe 5 : Cofinancements sur la période 2006-2009

Champ personnes âgées

Année Plan	CG		CRAM		CNAV		CPR		Autres		Autofinancement		Emprunt	
	montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
2006	243 228 804	12,72	64 532 286	3,37	24 119 089	1,26	23 031 433	1,20	47 285 873	2,47	109 432 486	5,72	1 500 588 109	78,00
2007	121 284 870	11,93	74 02 392	0,73	9 791 840	0,96	16 987 765	1,67	40 162 711	3,95	89 142 855	8,77	595 541 228	58,58
2008	173 361 553	11,17	23 813 380	1,53	4 617 848	0,30	18 304 761	1,18	104 940 771	6,76	95 055 508	6,12	820 156 489	52,84
2009	203 244 834	10,41	51 964 654	2,66	7 816 162	0,40	5 331 336	0,27	132 889 014	6,81	145 293 522	7,44	1 034 250 024	53,00
2006-2009	741 120 061	11	147 712 712	2	46 344 939 €	1	63 655 295	1	325 278 367	5	438 924 371	7	3 950 535 850	59

Année Plan	CNSA		Coût total convention	
	Montant	%	Montant	%
2006	349 141 547	15	2 361 359 627	
2007	127 623 822	13	1 007 937 483	
2008	221 573 782	15	1 461 824 092	
2009	228 180 843	13	1 808 970 388	
2006-2009	926 519 994	14	6 640 091 590	

Champ personnes handicapées

Année Plan	CG		CRAM		CNAV		CPR		Autres		Autofinancement		Emprunt		coût total convention	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
2006	21 004 755	4	6 903 460	1	0	0	2 241 494	0,40	9 517 868	2	93 125 433	17	272 474 592	49	149 930 405	27
2007	5 714 792	2	1 404 000	0	1 542 688	1	5 026 142	2	5 163 060	2	55 609 927	19	137 460 397	47	53 537 502	18
2008	14 721 434	4	10 443 417	3		0	5 181 735	1	20 718 030	5	40 656 293	10	200 782 795	52	75 242 474	19
2009	13 809 142	2	17 695 780	3	11 402 287	2	1 609 000	0,28	33 846 752	6	69 506 343	12	281 437 643	49	94 397 759	16
2006-2009	55 250 123	3	36 446 657	2	12 944 975	1	14 058 371	1 %	69 245 710	4	258 897 995	14	913 505 694	50	373 108 140	21

Annexe 6 : Grille synthétique d'aide à l'appréciation de la qualité d'usage des espaces modernisés ou reconstruits des établissements



Plan d'aide à l'investissement 2010 des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées (enfants et adultes).

Grille synthétique d'aide à l'appréciation de la qualité d'usage des espaces modernisés ou reconstruits des établissements.

L'évaluation de la « **qualité d'usage** » des établissements, pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées, s'établira à l'aide d'un questionnaire sur l'aptitude de ces établissements à satisfaire un minimum de **besoins & d'usages** pour ces personnes à l'autonomie réduite sur les plans physique, sensoriel, intellectuel, mental et/ou cognitif.

Ce questionnaire constitue une base d'échanges avec les maîtres d'ouvrage pour promouvoir la prise en compte de la qualité d'usage des locaux dans les projets d'investissement en direction des personnes âgées et handicapées. Il permet également d'apprécier le **critère qualité** dans la priorisation des demandes d'aide à l'investissement CNSA.

Les besoins et usages à satisfaire, pour les personnes âgées ou handicapées, sont analysés à partir d'une approche par **conforts d'usage**, d'une part et d'une approche par **espaces de vie**, d'autre part.

Pour évaluer la qualité d'usage du projet de modernisation d'un établissement pour les personnes âgées ou handicapées, les instructeurs - en dialogue avec les maîtres d'ouvrage - se questionneront sur deux niveaux :

- En quoi le projet améliore et développe chacun des Conforts d'Usages déclinés dans la grille de la 1^{ère} partie ?

Il s'agit de vérifier en quoi les aménagements et les équipements du projet de modernisation :

- facilitent l'accessibilité physique de l'établissement,
- favorisent la perception sensorielle pour les résidents,
- assurent l'approche mentale, psychique et cognitive,
- garantissent la prévenance envers les personnes,
- développent l'adaptabilité des espaces de vie.

- Quelle est l'aptitude de ce projet à satisfaire chacun des besoins & usages listés dans la grille de la 2^e partie ?

Il s'agit d'estimer :

- Si les besoins correspondant à chaque espace de vie de l'établissement décrit en 2^e partie sont bien pris en compte par le maître d'ouvrage.
- Si les aménagements et les équipements du projet de modernisation répondent aux critères de confort d'usage décrits en 1^{ère} partie pour chacun des usages à satisfaire pour les personnes âgées ou handicapées.

1. Une approche par confort d'usage :

Le niveau de qualité d'usage, à assurer pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées, s'apprécie à partir de la liste simplifiée des éléments de confort de la démarche Haute qualité d'usage (HQU©)⁷⁹.

La démarche est une méthode centrée sur le développement des confort d'usage pour tous les usagers, quels que soient leurs différences et leur niveau d'autonomie.

Dans cette démarche, les confort d'usage se déclinent suivant les cinq plans suivants :

- 1 – l'accessibilité PHYSIQUE :
- 2 – la perception SENSORIELLE :
- 3 – l'approche MENTALE, psychique et cognitive :
- 4 – la PRÉVENANCE envers les personnes :
- 5 – l'ADAPTABILITÉ des espaces de vie :

Cette approche des confort d'usage s'inscrit dans le cadre de l'élargissement de la prise en compte de l'ensemble des types de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, promulguée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 et par le projet de décret relatif à « l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation ».

Le questionnaire sur la qualité d'usage du projet / confort d'usage :

Il s'agit de vérifier si les caractéristiques de chacun des cinq plans de confort d'usage sont prises en compte dans le projet de modernisation de l'établissement.

Pour « l'accessibilité PHYSIQUE », vérifier les aménagements qui facilitent la mobilité, l'aisance du déplacement, l'atteinte, la préhension... des personnes à mobilité et préhension réduites.	Oui	Non	?
bon dimensionnement des largeurs de passage (cheminements, portes et passages réduits), bon dimensionnement des aires de retournement, des pentes (rampes & dévers), des dénivelés (ressauts, marches, escaliers), nature des sols (texture, planéité, adhérence)... hauteurs d'atteinte, positionnement et forme des commandes...			
Pour « la perception SENSORIELLE » vérifier tous les éléments qui favorisent la perception visuelle, acoustique, tactile, podotactile et olfactive... des personnes déficientes sensorielles.	Oui	Non	?
qualité des champs de vision, de la signalétique (position, taille et contraste), qualité de la lumière (intensité, continuité, reflets), de la température, densité des signes, les informations sonores (intensité, clarté, harmonie, parasitage...), présence d'éléments de guidage ou repérage que l'on touche à la main et au pied, qualité des odeurs (Intensité, Contraste, Prégnance...), présence de compensations sensorielles...			
Pour « l'approche MENTALE, psychique et cognitive » vérifier tous les éléments qui assurent le repérage, l'orientation, la communication, la perception du temps, la simplicité des espaces, la mémorisation des parcours... des personnes déficientes intellectuelles ou désorientées.	Oui	Non	?
qualité de l'identification des lieux qualité de l'identification des équipements, symboles et références utilisés, présence de repères de direction et de guidage, relation à l'environnement naturel, possibilité de repérage dans le temps, sensations de confiance et de tranquillité, complexité des lieux.			

⁷⁹ C.R.I.D.E.V. Études : Centre de recherche pour l'intégration des différences dans les espaces de Vie (association. loi 1901).

Pour « la PRÉVENANCE envers les personnes » vérifier les moyens de préventions qui garantissent la protection, la sécurité, la non-fatigabilité, le repos, l'équilibre, l'hygiène, la prévention sanitaire... de l'ensemble des usagers.	Oui	Non	?
qualité des formes spatiales, qualité des matériaux, présence d'équipements spécifiques, réduction des distances à parcourir, limitation des efforts de manœuvres, qualité des espaces de repos (hors flux), possibilités d'appuis ou d'assises (mains courantes, bancs, assis-debout,...), stabilité des sols, prévention des risques d'incendie, des facilités d'évacuation, protection des agressions par de la surveillance ou des contrôles d'accès, protections sanitaires...			
Pour « l'ADAPTABILITÉ des espaces de vie » vérifier tous les dispositions qui développent la durabilité, l'évolutivité (physique et sensorielle), l'appropriation, la polyvalence d'usage... des espaces	Oui	Non	?
qualité de la pérennité, fragilité, vulnérabilité, solidité, vieillissement (surfaces, formes), quantité et complexité des éléments mis en œuvre, présence d'éléments fonctionnels ou symboliques repérants, multi fonctionnalité, multi sensorialité des espaces et des équipements...			

2. Une approche par espace de vie :

Cette approche spatiale s'effectue en fonction du principe d'une « marche en avant » allant des espaces privés individuels vers les espaces collectifs publics.

Cette approche analytique des espaces de vie a été établie d'après le **Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées**, réalisé par la DGCS en 2008 et disponible auprès des presses de l'EHESP.

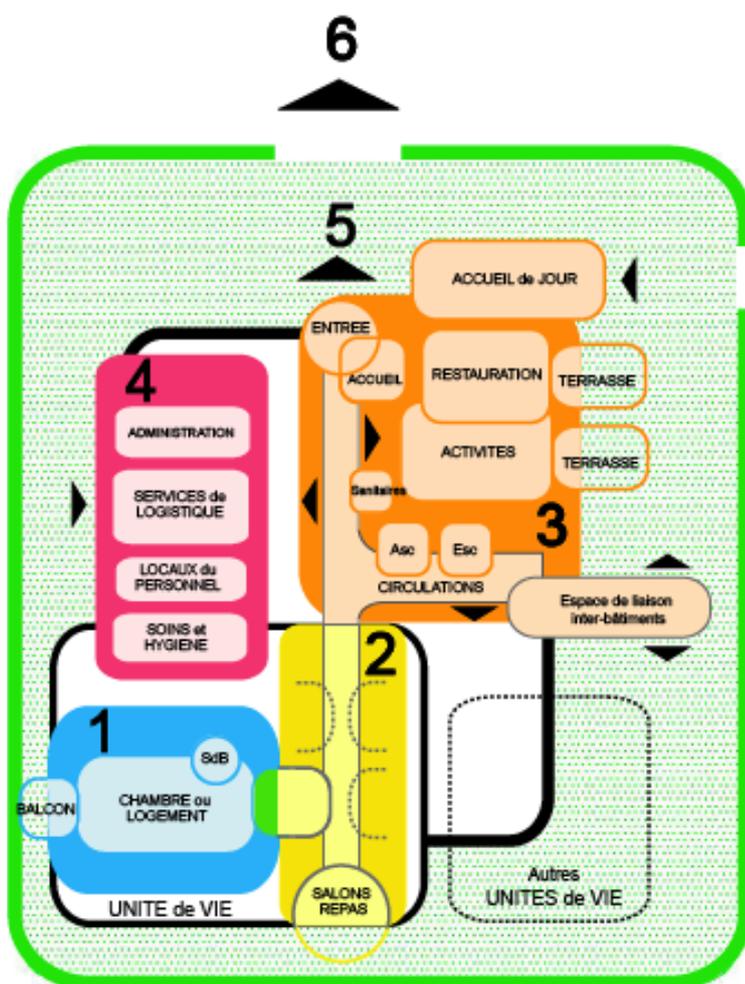
Dans cette démarche, les Espaces de vie d'un établissement se décomposent suivant les six ensembles suivants :

- 1 – Espace PRIVÉ de la chambre ou du logement.
- 2 – Espaces SEMI-PRIVÉS de l'unité de vie.
- 3 – Espaces de VIE COLLECTIVE de l'établissement.
- 4 – Espaces de SERVICES de l'établissement.
- 5 – Espaces EXTÉRIEURS de l'établissement.
- 6 – Espaces URBAINS ou RURAUX de proximité.

Cette analyse d'un espace de vie s'inscrit dans la continuité de l'accessibilité des déplacements promulguée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 susvisée pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Pour une meilleure appréhension de ces différents espaces de vie composant un établissement, nous illustrons cette approche par un schéma de principe qui n'est ni un plan ni une typologie modèle.

Schéma de principe extrait du « Guide pour l'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées » réalisé par la DGCS.



Ce schéma n'est pas un plan et encore moins un plan type.

Il a vocation à regrouper les principaux éléments spatiaux que l'on peut (selon l'échelle et la nature de la réponse) trouver dans un établissement.

Ce choix a été fait en tenant compte de la vie des résidents dans l'établissement, qui habitent dans une chambre ou dans un logement (espace privé) situé dans un service ou une unité de vie (espaces semi privés), participent à la vie collective (espaces collectifs) et sortent vers l'extérieur (espaces extérieurs, espaces urbains ou ruraux).

Quelle que soit l'importance et la densité de l'établissement il est souhaitable de vérifier le fractionnement de l'espace afin d'en limiter ou d'en diminuer l'échelle. Ce morcellement de l'établissement en plusieurs volumes construits permet, d'une part de hiérarchiser les espaces et, d'autre part, de produire des espaces de vie plus lisibles mais surtout plus intimes, plus familiaux et de ce fait mieux appropriables par les personnes âgées, les familles et le personnel.
Il donc souhaitable et nécessaire de vérifier que l'espace destiné aux personnes âgées ou aux personnes handicapées a été (re)pensé en lui donnant des formes compactes et ramassées de façon à réduire les déplacements et à mieux sécuriser les résidents de l'établissement.

Le questionnement sur la Qualité d'usage du projet / espaces de vie :

Pour évaluer la qualité d'usage du projet de modernisation d'un établissement pour les personnes âgées ou handicapées, la liste⁸⁰ des usages et besoins à satisfaire est présentée par espace de vie dans la grille ci-dessous.

À partir des usages et besoins énumérés, l'instructeur se questionnera sur l'aptitude de ce projet à répondre aux critères de confort d'usage sur les plans du physique, du sensoriel, du mental, de la prévenance et de l'adaptabilité de l'établissement.

Il s'agit de vérifier si chacun des usages et besoins est satisfait pour l'ensemble des usagers de l'établissement, soit : les résidents (adultes ou enfants), les familles, les visiteurs et l'ensemble du personnel.

Usages et besoins à satisfaire dans l'espace PRIVÉ chambre ou logement	oui	non	?
<ul style="list-style-type: none"> • Entrer ou sortir de la chambre ou du logement • S'approprier et identifier son espace privé • Se déplacer dans la chambre ou le logement • Préparer et prendre ses repas (à apprécier en fonction de la nature des établissements et des résidents) • Dormir et se reposer • Prendre soin de son corps et recevoir des soins • Ranger et entretenir • Voir, regarder et être en contact avec l'extérieur • Disposer des éléments de confort, se sentir protégé et en sécurité 			

⁸⁰ La liste des usages et besoins à satisfaire est extraite du « Guide pour l'appréciation de la qualité d'usage des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées » réalisé par la DGCS.

Usages et besoins à satisfaire dans les espaces SEMI-PRIVÉS de l'unité de vie	oui	non	?
<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'espaces appropriables • Circuler, sortir et entrer • Stimuler les capacités et les sens • Se sentir en sécurité • Pouvoir déambuler 			
Besoins et usages à satisfaire dans les espaces de VIE COLLECTIVE de l'établissement	oui	non	?
<ul style="list-style-type: none"> • Se repérer, s'orienter et circuler • Se déplacer d'un niveau à l'autre • disposer de lieux d'activités et de loisirs • se restaurer dans un lieu convivial • se reposer, s'informer et attendre • sortir du bâtiment et rentrer • accueillir d'autres publics • Disposer d'éléments de confort sensoriel • Disposer de sanitaires et de lieux de rangements 			
Besoins et usages à satisfaire dans les espaces de SERVICES de l'établissement	oui	non	?
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer les tâches administratives et d'accueil • Assurer l'alimentation et les repas • Réaliser des soins personnalisés • Assurer les services d'entretien et de maintenance • Prévoir des locaux pour le personnel 			
Besoins et usages à satisfaire dans les espaces EXTÉRIEURS de l'établissement	oui	non	?
<ul style="list-style-type: none"> • Percevoir les limites des espaces extérieurs • Sortir et garder le contact avec l'extérieur • Stimuler les capacités et les sens • Garantir la sécurité • Se promener ou déambuler 			
Besoins et usages à satisfaire dans les espaces URBAINS ou RURAUX de proximité	oui	non	?
<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter les déplacements dans le quartier • Fréquenter les équipements publics, commerces et services • Utiliser les transports 			



Equipement
médico-social
pour **T**ous

21 études
de cas

ARVHA
avec le soutien de

Fondation



CAISSES D'ÉPARGNE
pour la solidarité



CNSA
Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie

mai 2011

Synthèse générale

La synthèse générale met en exergue les pratiques ou les idées les plus significatives en termes de qualité et d'insuffisance liées au fonctionnement des établissements étudiés.

1- Des éléments de qualité des projets

Des bâtiments de plain-pied

Plus de 50% des établissements étudiés sont des équipements développés sur un seul niveau dont le sol ne présente pas de ressauts avec l'espace extérieur. Cela facilite l'accès de l'établissement aux fauteuils roulants et favorise la déambulation des usagers sans risque de chute grave. Ce dispositif se rencontre plus fréquemment dans les types d'établissements qui portent une attention particulière à la rééducation et à l'autonomie des personnes accueillies, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil spécialisés (FAM). C'est le cas des FAM du Chemin Vert et Les Quatre Jardin et, des MAS Robin des Bois et Odile Madelin.

Des équipements ouverts sur l'extérieur

Pour permettre aux usagers de participer à la vie urbaine, les établissements organisent généralement des activités à l'extérieur de leurs locaux. Certains établissements ouvrent leurs locaux à des publics extérieurs de manière à permettre une intégration de l'équipement dans son quartier. La Maison d'accueil Clément Wurtz et l'EHPAD les Hameaux de Coglais ont même développé des espaces de commerce et de spectacle qui reçoivent les habitants du quartier et permettent aux résidents de créer des liens avec d'autres personnes.

La « rue interne »

C'est un concept développé sur les projets du FAM Les quatre jardins et de l'EHPAD Les Hameaux de Coglais. Il s'agit d'un espace de circulation interne qui est aménagé comme une véritable rue extérieure. Aux Hameaux de Coglais, cette rue a un revêtement pavé, des luminaires, des bancs, une fontaine. Cet espace est à la fois un lieu d'animation et un lieu de liaison qui dessert des espaces connexes comme le restaurant, la médiathèque, la salle de spectacle.

L'organisation en unités de vie

Tous les établissements étudiés sont organisés en unités de vie, qui sont des lieux de vie à "taille humaine" favorisant la création de liens entre résidents et la gestion de l'établissement. Ainsi, la répartition des espaces de vie collective se fait en fonction de deux échelles : l'échelle de l'ensemble de l'établissement et l'échelle de l'unité de vie.

Au niveau de l'unité de vie, on a généralement des lieux comme l'office cuisine pour le petit déjeuner, le goûter et le dîner et, le séjour qui encouragent le voisinage de proximité.

L'espace au service de l'éveil sensoriel

Les établissements accueillant les personnes polyhandicapées ont mis en place des dispositifs qui favorisent le développement sensoriel des résidents. C'est le cas des MAS Odile Madelin et Robin des Bois. Cette dernière a réalisé un jardin sensoriel qui permet de toucher les plantes, d'avoir des sensations variées, de s'aérer, de s'oxygéner.

En outre, il se développe de plus en plus dans les établissements un concept appelé snoezelen consistant à mettre en place des salles équipées d'installations de confort comme des matelas qui épousent la forme du corps permettant des stimulations labyrinthiques au niveau de l'équilibre, les supports mous et rigides, des instruments pour produire du son, amplifier la voix. Le but de cette salle est de favoriser les initiatives des personnes, de les soutenir et de leur proposer des stimulations nouvelles, mais aussi de susciter, d'éveiller leur curiosité.

Le principe de la douche à l'italienne

Les douches des chambres et les salles de bains communes ont été construites selon le principe de la douche à l'italienne, sans rebords. C'est un dispositif qui permet aux personnes les plus autonomes de pouvoir utiliser les salles de bains sans risque de buter les jambes contre un obstacle. Ce principe est systématiquement mis en œuvre dans tous les projets.

La prise en compte de l'environnement dans les projets

Certains établissements ont été réalisés avec une dimension environnementale très importante. Les projets ayant intégré cette dimension sont la MAS Robin des Bois avec la réalisation d'un bâtiment à basse consommation énergétique conformément aux normes HQE et ; les Hameaux de Coglais qui, en plus de la dimension économie d'énergie, a mis l'accent sur l'utilisation des matériaux issus du territoire de Coglais.

2- Des difficultés liées à l'usage de certains espaces

Des projets peu inscrits dans le contexte urbain

Pour la majorité des centres étudiés, sauf le FAM les quatre jardins, le projet de réalisation de l'équipement ne s'inscrit pas dans un projet urbain. De manière générale, les associations identifient des besoins, réalisent le projet architectural pour certaines, avant de chercher un terrain d'assiette pour la réalisation de l'opération immobilière. Le projet n'est donc pas étudié en lien avec la configuration des espaces urbains existants, ni des connexions ou partenariats possibles avec d'autres équipements existants offrant des services semblables ou complémentaires. Cela explique en partie que certains des établissements soient situés en campagne où il y a de la disponibilité foncière et moins de contraintes, mais éloignés des services urbains. D'autres projets sont étudiés en lien avec un site donné, mais au moment de la réalisation les promoteurs n'arrivent pas à acquérir le terrain. Le projet est ainsi transféré sur un autre terrain avec des ajustements par rapport à la topographie du site.

Des espaces de circulations internes inadaptés

Au travers de l'évaluation, on peut relever que, les associations, lorsqu'elles ont une disponibilité foncière, réalisent des bâtiments de plain-pied avec de grands espaces internes de circulation. Cela facilite la déambulation de personnes ayant des difficultés de marcher et la circulation des personnes en fauteuils roulants. Cependant, ce type d'espace est inapproprié à certaines formes de handicap, notamment le handicap mental. C'est le cas de la MAS Odile Madelin, où les résidents déambulent sans sens et sans fin, dans de grands couloirs sans lieux de repos. De l'avis du médecin coordonnateur, cette configuration de l'espace va à contresens du travail de rééducation des professionnels, pour des personnes en quête de sens et de compréhension du monde dans lequel elles vivent ; à l'opposé, certains établissements qui accueillent des personnes âgées ou des traumatisés crâniens dont certains sont en fauteuils roulants et sont suffisamment autonomes ont des couloirs étroits. Ces problèmes se rencontrent notamment dans la MAS Clément Wurtz et l'EHPAD Les Verger, où la circulation des fauteuils dégrade certaines parties des murs des couloirs.

Certains logements inadaptés

Dans la majorité des équipements étudiés, les espaces individuels, en revanche, les chambres et les salles de bain, restent dans l'ensemble mal adaptés aux résidents. En effet, outre leurs étroitesse, les chambres sont généralement des aménagements standards pour personnes handicapées ; mais elles ne tiennent pas compte de la diversité et de l'ampleur des cas que l'on peut rencontrer à l'intérieur d'un même type de handicap. On note une certaine insuffisance de la connaissance fine de la population devant être accueillie dans ses établissements. Dans les établissements d'hébergement, les personnes sont accueillies généralement pour tout le reste de leur vie, il est donc important d'adapter la salle de bain et la chambre à l'ampleur du handicap de chacun, en fonction de son état de dépendance ou de proposer des espaces flexibles facilement adaptables aux besoins de chacun. Dans certains établissements, les chambres de certains résidents, totalement dépendants, ont été réalisées avec des salles de bains dont ils ne peuvent se servir ; de plus, la taille des salles de bain ne permettent pas l'utilisation de chariot-douche par les professionnels. Pour leurs toilettes, les résidents utilisent les salles de bains communes.

LES EPHAD

Insertion urbaine de l'équipement



L'EHPAD les Hameaux de Coglais est un établissement situé à 200 m du centre bourg, à proximité d'une opération de 20 logements seniors et d'espaces associatifs d'une part, et ayant une partie donnant sur la campagne d'autre part. Cette localisation permet une participation à l'animation de la vie urbaine notamment avec les équipements d'accompagnement comme les commerces, la salle de spectacle, la crèche et de profiter des avantages de la campagne.



Les Vergers est un établissement situé à la campagne dans un environnement très végétalisé qui offre une vue agréable sur le massif de la Chartreuse ; cet établissement propose des activités de sorties. Par contre, les déplacements pour certaines activités sont limités du fait de l'absence d'un système de transport spécialisé et de l'éloignement relatif des transports en commun. Mais le tramway en construction devrait permettre de résoudre ce problème.

L'espace d'entrée



L'espace d'entrée des hameaux de Coglais permet une utilisation des espaces de l'établissement par des publics extérieurs, même en dehors des heures d'ouverture ordinaires sans gêner la quiétude des résidents. Le SAS d'entrée principale est assez profond et maintient une coupure thermique avec l'extérieur.

Le bâtiment est de plain-pied, les accès principaux sont au même niveau entre l'intérieur et l'extérieur. La circulation des flux a été clarifiée dans le plan masse du projet, l'accès livraison bois (chauffage bois) se situe sur le circuit livraison de l'établissement (cuisine, ...) et complètement détaché de la partie visiteurs et personnel. Le projet permet d'éviter que les véhicules ne pénètrent à l'intérieur de l'établissement. Ils ont été rejetés à la périphérie afin de permettre une occupation du cœur de l'établissement par les résidents.

Nous trouvons de nombreuses entrées dans le bâtiment qui permettent de faire vivre la « rue interne ». Ce dispositif permet de diffuser l'animation à l'intérieur de l'établissement plutôt que de la concentrer en un seul lieu. En effet, les personnes âgées se rassemblent là où il y a du mouvement. Le bâtiment est très perméable, très ouvert sur la campagne et sur la ville en fonction des saisons, des humeurs, des orientations.

Les espaces de circulation



Un des principaux succès de l'opération des Hameaux de Coglais, c'est le concept de "rue intérieure" avec des revêtements pavés, des luminaires, des bancs, une fontaine. Cet espace est conçu comme une véritable rue extérieure qui est à la fois un espace d'animation et un espace de liaison qui dessert des espaces connexes comme la crèche, le restaurant, la médiathèque, la salle de spectacle.

La conception de la "rue intérieure" s'est fortement inspirée du patrimoine technique et architectural du Coglais avec des enduits des murs en terre. Elle prend donc en considération la culture des personnes accueillies dans l'établissement.

Par ailleurs, la prise en compte de la qualité environnementale du projet va jusqu'au revêtement du sol constitué de toile de jute imperméabilisée par application d'huile de lin et de poudre de bois ou de liège.

Les matériaux choisis et leur mise en scène permettent de donner une identité à ces hameaux à partir de l'identification de six lieux très forts dans les Coglais, et chacun de ces hameaux reprend ces lieux dits.



Les couloirs de circulation internes des Vergers ont des largeurs justes suffisantes pour permettre la circulation des personnes en fauteuil roulant. Cela entraîne parfois des dégradations sur les parties basses des portes et des murs notamment quand deux personnes en fauteuils roulants se croisent.

Les espaces de soins et de rééducation



L'établissement des Hameaux de Coglais dispose d'espaces de soins qui lui sont propres, en occurrence les salles de kinésithérapie, de soins, de consultation médicale, de bains commune équipée d'une douche et de balnéothérapie pour les bains détente. L'établissement bénéficie également des espaces de l'hôpital dans lequel il est situé.

Les espaces de vie collective



Au sein de l'EHPAD, Les Hameaux de Coglais, il y a deux types d'espaces de vie collective : des espaces communs transversaux à l'échelle de l'ensemble de l'établissement et des espaces de proximité à l'échelle des hameaux. Au niveau du hameau, différents lieux ont été créés pour encourager le voisinage de proximité. Il a été ainsi prévu la cuisine avec un espace consacré au repas, au petit déjeuner, au goûter et au dîner. Les espaces communs sont organisés autour d'un patio qui permet un éclairage naturel et un petit espace « nature » au cœur de la résidence.

A l'échelle de l'ensemble de l'établissement des espaces sont aménagés le long de la « rue interne » ; cela permet d'avoir un parcours qui donne un but et un sens à la déambulation, à l'autonomie. Pour les Hameaux de Coglais comme pour les Vergers, l'organisation des espaces en unités de vie, permet de créer des lieux de vie à "taille humaine", favorisant la création de liens entre les résidents.

Les espaces de vie privée



Dans les deux EHPAD étudiés les chambres sont individuelles et équipées de lits médicalisés et de salles de bains privées.



Pendant les espaces de la chambre restent insuffisants. En effet, si aux hameaux de Coglais, les salles de bains sont réduites au minima des superficies d'environ 3 m² ; aux Vergers, les résidents ont peu de places pour ranger leurs objets personnels.

Les FAM

Les établissements rentrant dans cette catégorie sont Les FAM Chemin Vert et Les Quatre Jardins. L'analyse des espaces est faite en fonction des acteurs, des pratiques et des lieux.

L'espace d'entrée



Le bâtiment du FAM Chemin Vert est de plain-pied, il n'y a pas de ressaut entre l'extérieur et l'intérieur. Le hall d'entrée principal complètement vitré offre une vue sur le foyer de vie Hélios et sur le futur jardin des senteurs. L'entrée de cet établissement permet donc de voir l'articulation avec des espaces voisins.

Les espaces de circulation



Pour faciliter la manipulation des brancards et le passage des personnes en fauteuil le projet a prévu des couloirs de 2,50 m de largeur au dessus de la norme. Dans le FAM du Chemin Vert, la

conception des espaces de circulation a pris en compte dans la plus du possible, le fait de pouvoir minimiser les risques liés aux chutes au regard de la population épileptique accueillie. En effet, les angles des murs sont arrondis ou biseautés, les mobiliers sont arrondis. Il y a peu d'angles saillants pour éviter que les résidents se fassent plus mal en cas de chute.



Les revêtements au sol des couloirs du FAM Chemin Vert ne sont pas assez souples de manière à pouvoir amortir les chutes liées à des crises épileptiques. De plus, les coursives ont un revêtement béton qui ne facilite pas la déambulation, pour des personnes qui ont tendance à trainer les pieds.

Les espaces de services



La lingerie comporte deux espaces bien distincts, un circuit linge sale et un circuit linge propre. L'un accueille le linge sale et après lavage le linge propre est retiré dans l'autre espace.

Les espaces de soins et de rééducation



L'infirmerie du FAM Chemin Vert est un peu excentrée par rapport à l'établissement, ce qui provoque parfois des allers-retours importants pour des personnes en état de dépendance prononcée.

Les espaces de vie collective



Pour le FAM Chemin Vert certains espaces d'activités collectifs comme la salle d'animation, la salle à manger sont partagés par les résidents et les personnes du foyer de vie Hélios afin de favoriser la création de liens entre les résidents des deux entités. Le FAM Les Quatre Jardins, est un équipement dont la partie dédiée aux activités de nuit est séparée de celle consacrée aux activités de jour. Ce dispositif spatial et les activités occupationnelles permettent, d'une part, de donner aux résidents un rythme de vie comparable à la vie quotidienne des personnes normales et, d'autre part, de rompre avec l'impression d'enfermement.



Les quatre unités de vie qui composent le FAM Les Quatre Jardins, ont été réalisées à l'identique. Cela pose des difficultés de repérage pour certains résidents.

Les espaces de vie privés



Les chambres du FAM Les Quatre Jardins ont toutes des sanitaires associés, un accès sur l'extérieur avec des terrasses individualisées avec jardins associés. Cette organisation est proche de celle d'un studio que l'on a généralement à l'âge de 18 ans. Cela répond bien aux objectifs du projet d'établissement qui consiste à permettre aux résidents de grandir ; passant ainsi de l'enfance à l'âge adulte.

Les espaces de voisinage



L'espace de voisinage du FAM Chemin Vert est marqué par la proximité du Foyer de Vie Hélios avec qui il partage certains espaces. Il n'y a pas de séparation physique entre les deux établissements ce qui permet aux personnes qui sont transférées du Foyer de Vie vers le FAM de garder les liens qu'ils avaient créés avec les autres résidents.

MAS

L'espace d'entrée



Le positionnement de l'entrée de la MAS Odile Madelin, entre les lieux de résidence et l'administration, permet l'accès à l'établissement des familles en dehors des heures d'ouverture du secrétariat accueil, de façon à déranger le moins possible les professionnels qui sont auprès des résidents. Un système d'appel a donc été mis en place pour permettre l'ouverture à distance des portes qui sont verrouillées hors des heures d'ouverture.



Mais cette entrée pose quelques problèmes de sécurité des résidents, personnes polyhandicapées, qui peuvent échapper à la surveillance des professionnels. De même ses gens extérieurs peuvent accéder à l'établissement sans difficultés. La MAS Robin des Bois comporte une entrée unique où se croisent les résidents, utilisateurs, visiteurs et la livraison ; C'est une entrée « fourre-tout » qui provoque parfois des difficultés liées à la circulation des flux à certaines heures de la journée. Le projet avait envisagé deux accès mais cela obligeait à construire une rampe, le site étant encaissé par rapport à la voie d'accès, cela était préjudiciable à son intégration du point de vue du directeur de l'établissement. Il a fallu réaliser une entrée unique au détriment de la qualité d'usage.

Les espaces de circulation



La MAS Robin des Bois est un établissement de plain-pied dont les espaces internes de circulation sont suffisamment dimensionnés pour permettre aux résidents de se déplacer facilement en fauteuil roulant. Pour éviter les chocs avec les fauteuils, les radiateurs des couloirs ont été installés en hauteur, de même les angles des espaces de circulation ont été munis de protections pour éviter les dégradations.



Les couloirs de MAS Odile Madelin ont été conçus dans le but d'aider le déplacement sur le plan « handicap moteur » mais sur le « plan psychique ce sont de véritables gouffres ». L'espace permet ainsi une déambulation permanente des résidents mais n'offre pas de possibilité de repos. Cela entraîne des difficultés d'orientation même pour des gens qui travaillent dans l'établissement depuis dix ans. Très fréquemment, on trouve des résidents, qui ont le plus de problèmes de rapport à la réalité, s'arrêtent dans une porte ; C'est la seule solution pour eux de bloquer l'espace.

Les espaces de soins et de rééducation



Le projet de la MAS Robin des Bois a mis un accent particulier sur le développement sensoriel des résidents. Il a été réalisé un jardin sensoriel offrant un véritable parcours sensoriel rythmé par des aménagements spécifiques parfois exotique comme les balafons d'Afriques, des orgues à Angklung originaires d'Asie. Ce jardin sensoriel a pour objectif de donner aux résidents un jardin qui leur permet de toucher la nature, les plantes, d'avoir des sensations variées, de s'aérer, de s'oxygéner.

Il ya également une salle appelée salle snoezelen équipée d'installations de confort comme des matelas qui épousent la forme du corps permettant des stimulations labyrinthiques au niveau de l'équilibre, les supports mous et rigides, des instruments pour produire du son, amplifier la voix. Le but de cette salle est d'être en relation avec la personne, de favoriser ses initiatives, de la soutenir et de lui proposer des stimulations nouvelles, de susciter et d'éveiller sa curiosité.

L'infirmerie de la MAS Odile Madelin est située au centre de l'établissement à proximité des lieux de vie. Les résidents ne sont pas très loin pour venir recevoir les soins quand les soins se font à l'infirmerie ce qui est relativement rare. La plupart des soins se font dans les chambres car l'espace est plus contenant et c'est leur espace intime. Ils acceptent mieux de recevoir les soins intrusifs, un peu douloureux dans leurs chambres que dans un espace qui n'est pas la leur.

Les espaces de vie collective



Les espaces de vie collectives des MAS Robin des Bois et la MAS Odile Madelin sont organisé en deux catégories, les espaces communs à tout l'établissement (l'Agora à la MAS Robin des Bois) et des espaces de vie à l'échelle de l'unité de vie. Les espaces de vie collective sont les séjours des unités de

vie avec leur cuisine attenante où se prennent les repas et une cuisine attenante où l'on prépare le petit déjeuner et les petits plats.



La masse Robin des Bois dispose d'un amphithéâtre à ciel ouvert équipé de bornes électriques qui permettent de réaliser des spectacles de contes, de musique, au profit des résidents. Ce lieu est difficilement utilisable les après-midi en été à cause de l'ensoleillement ; il est prévu la réalisation d'un auvent pour protéger les usagers du soleil.



L'entretien réalisé avec le médecin coordonnateur relève des incohérences de stimulations sensorielles liées au bâtiment de la Masse Odile Madelin. En effet, la plupart des résidents sont installés au sol, par ce que c'est le meilleur moyen pour qu'ils puissent exprimer le peu de motricité qu'ils ont ; cette posture les amènent à avoir les yeux constamment au plafond. Mais avec les "skydômes" dans les toitures des séjours des unités de vie, les résidents ont la lumière dans les yeux à certaines heures de la journée. Il y a aussi le problème de la stimulation auditive. Quand il pleut la toiture provoque des bruits assourdissants et les résidents ne comprennent pas. Ils sont incapables de comprendre qu'il y a du bruit par ce qu'il pleut et que cela va passer ; alors que pour certains, le seul rapport qu'ils ont avec le monde extérieur, c'est la stimulation sensorielle. Or, le principe éducatif et de prise en charge consiste à apporter plus de cohérence aux stimulations sensorielles mais l'environnement produit des effets inverses.

Les espaces de vie privée



A la MAS Robin des Bois, tous les logements ont un accès direct sur le jardin et sont équipés d'un lit médicalisé et d'un meuble de rangement, avec la possibilité pour chacun de choisir le type de bois, la couleur et d'ajouter ses objets personnels.



Une des erreurs de la construction de la MAS Odile Madelin était liée aux types de WC surélevés qui sont adaptés pour les personnes âgées. Mais cela a été corrigé en les ramenant à la normale. D'autres aménagements ont également été faits pour adapter la salle de bains à chaque résident.

Les espaces extérieurs



A la MAS Robin des Bois, des espaces extérieurs ont aussi été aménagés pour l'accueil des familles et pour permettre aux résidents de rester à l'extérieur par beau temps. Un des intérêts de ce jardin, en plus des sensations, des déambulations, est la rencontre avec l'extérieur notamment des écoles, des voisins. Ce jardin est aussi le support de certains jeux de société permettant aux résidents de rencontrer des gens de l'extérieur.

Annexe 8 : Analyse comparée aide en capital-compensation des frais financiers

Modalités de financement du Plan d'aide à l'investissement dans le secteur des personnes âgées: comment substituer un financement partiel des charges d'intérêt à l'aide en capital actuelle ?

Depuis 2006, la CNSA participe à la création et à la modernisation des établissements accueillant des personnes âgées et handicapées à se moderniser en leur accordant des subventions d'investissement.

Outre les aides en capital, la loi permet à la CNSA de financer les charges d'intérêt des emprunts contractés par les établissements.

Si cette option a principalement été mise en œuvre au travers de la tarification des établissements, rien n'exclut cependant d'envisager le financement de ce type de dispositif au travers de subvention versée en dehors de l'exercice de tarification.

Pour autant, aujourd'hui le PAI a principalement été mis en œuvre par des aides en capital.

La baisse des excédents budgétaires de la CNSA diminue, de fait, les ressources dédiées à des aides en capital alors même que la politique d'appui à l'investissement fait désormais l'objet d'un consensus sur son bien fondé.

Pour ces raisons, il apparaît opportun à ce stade de développement de la politique de soutien à l'investissement de mesurer lequel des deux types d'aide est en mesure de permettre à la fois l'atteinte d'un objectif de soutien des investissements immobiliers dans le secteur médico-social tout en limitant l'augmentation du reste à charge des personnes accueillies.

L'objectif de la présente note vise à comparer les deux possibilités qui s'offrent à la CNSA en matière d'aide à l'investissement dans le secteur des personnes âgées - qui représente la plus grande part des subventions⁸¹ allouées. Il s'agit de déterminer si le financement des charges d'intérêt permet un effet levier sur l'investissement identique (ou supérieur) au financement en capital tout en s'assurant que le prix de journée à la charge du résident reste stable.

Méthode : l'analyse du bilan des plans d'aide à l'investissement sur la période 2006-2009 a permis de déterminer un « établissement-type » à partir duquel les différentes hypothèses vont être comparées. Sans prétendre à la généralisation, cette méthode permet d'apporter un éclairage sur l'impact des différents modes de financement.

⁸¹ 70 % des montants notifiés entre 2006 et 2009 l'ont été à des établissements pour personnes âgées.

1. La détermination d'un « établissement-type »

Le bilan 2006-2009 du Plan d'aide à l'investissement établi par la CNSA permet d'établir quelques grandes caractéristiques des établissements concernés ainsi que la structure de l'investissement subventionné.

Répartition du montant attribué selon le statut du gestionnaire :

Public autonome	29 %	} 97 %
Public rattaché à une collectivité	9 %	
Public rattaché à un hôpital	30 %	
Privé non lucratif	29 %	
Privé lucratif	1 %	
Mutuelle	2 %	

Capacité moyenne et détermination du nombre de journées prévisionnelles :

1 044 établissements représentant 79 144 places ont été financés. L'établissement-type présente une capacité moyenne de 76 places.

Le calcul du prix de journée (et la mesure sur celui-ci de l'impact de l'investissement) repose sur un nombre de journées prévisionnelles basé sur les taux d'occupation issus des résultats de l'enquête EHPA⁸². Le taux d'occupation des EHPAD publics s'élève à 97,2 % tandis que celui des EHPAD privés à but non lucratif à 97,3 %. Ces deux catégories juridiques représentant 97 % des établissements subventionnés, il a été retenu l'hypothèse d'un taux d'occupation de 97,2 % soit 26 963 journées.

Coût moyen du projet et structure de financement :

Le niveau moyen de l'investissement subventionné s'élève à 6176328 euros. La subvention de la CNSA y représente en moyenne 14,4 % de la dépense subventionnable soit 890609 euros.

La structure moyenne de l'investissement se décompose comme suit :

	Montant	%
Emprunt	3 618 110	59 %
Subvention CNSA	890 609	14 %
Autofinancement	432 343	7 %
Autres subventions	1 235 266	20 %
Total investissement	6 176 328	100 %

Il convient de prendre ces chiffres pour ce qu'ils sont : une moyenne. Une analyse plus fine montre que les coûts totaux ainsi que les montants attribués sont considérablement dispersés autour de la moyenne. Dès lors, l'établissement-type qui est utilisé n'a pas vocation à être représentatif de l'échantillon mais il permet de poser une base de réflexion cohérente.

82 Enquête EHPA – DRESS – Données au 31/12/07 – page 24.

Caractéristiques de l'établissement-type, moyenne de l'échantillon observé

EHPAD Public ou privé non lucratif de 76 places

Taux d'occupation : 97,2 %

Journées prévisionnelles : 26 963

Investissement : 6 176 328 €

Subvention CNSA: 890 609 € (14,4 % de l'investissement)

Financements hors emprunt et subvention CNSA : 1 667 609 € (27 % de l'investissement)

2. Exploration des différents scénarios

Scénario 1 : L'impact de l'investissement sur le prix de journée de l'établissement en dehors de toute subvention de la CNSA

Scénario : l'investissement de 6 176 328 euros pour lequel le niveau d'autofinancement direct et indirect (fonds propres, subventions hors CNSA) nécessite un recours à l'emprunt qui s'élève à 4 508 719 euros.

Par hypothèse, cet emprunt présente les caractéristiques suivantes : amortissement constant sur une période de 25 ans avec un taux d'intérêt de 4,5 %. Le choix d'une hypothèse unique présente l'avantage de faciliter les comparaisons.

La durée d'amortissement de l'investissement est identique à celle de l'emprunt soit 25 ans⁸³.

	rembt cal (B)	ch intérêts (C)	Amortissements	Impact sur prix de journée		
				Charges d'intérêt	Amort.	Total
TOTAL	4 508 719	2 637 601	6 176 328	3,91	9,16	13,08

L'impact de l'investissement sur le prix de journée est en moyenne de **13,08 euros** sur les 25 années de l'amortissement requis : ce coût moyen repose à 30 % sur les frais financiers afférents à l'emprunt requis.

Scénario 2 : La CNSA apporte une aide en capital de 890 609 euros

Le présent scénario illustre la manière dont la subvention PAI réduit le prix de journée au travers d'un double effet :

- d'une part le versement d'une aide en capital vient mécaniquement diminuer le volume d'emprunt requis (dans l'exemple : 890.609 euros) et donc les charges d'intérêt à payer ;
- d'autre part, le régime comptable de la subvention PAI (subvention transférable) va réduire l'amortissement à proportion de la fraction d'amortissement afférent à l'investissement financé par cette subvention et donc le prix à payer par le résident⁸⁴.

⁸³ La fourchette de durée pour l'amortissement des biens immeubles préconisée par les instructions comptables en vigueur se situe entre 20 et 30 ans.

⁸⁴ Lorsque les immobilisations sont amortissables, la reprise de la subvention d'investissement au compte de résultat a pour effet de neutraliser pour partie le montant de la dotation aux comptes d'amortissement. Cette reprise contribue au financement de la charge de renouvellement du bien subventionné et concourt à la maîtrise des tarifs administrés (Tome 1 de la M22).

	Impact sur prix de journée							
	rembt cal (B)	ch intérêts (C)	Amort investissement	Amort subvention CNSA	Charges d'intérêt	Amortis- sement net (*)	Total	PJ scénario 2 - PJ scénario 1
année 1	144 724	162 815	247 053	35 624	6,04	7,84	13,88	- 2,81
année 2	144 724	156 302	247 053	35 624	5,80	7,84	13,64	- 2,75
année 3	144 724	149 790	247 053	35 624	5,56	7,84	13,40	- 2,69
année 4	144 724	143 277	247 053	35 624	5,31	7,84	13,16	- 2,63
année 5	144 724	136 765	247 053	35 624	5,07	7,84	12,91	- 2,57
année 6	144 724	130 252	247 053	35 624	4,83	7,84	12,67	- 2,51
année 7	144 724	123 739	247 053	35 624	4,59	7,84	12,43	- 2,45
année 8	144 724	117 227	247 053	35 624	4,35	7,84	12,19	- 2,39
année 9	144 724	110 714	247 053	35 624	4,11	7,84	11,95	- 2,33
année 10	144 724	104 202	247 053	35 624	3,86	7,84	11,71	- 2,27
année 11	144 724	97 689	247 053	35 624	3,62	7,84	11,46	- 2,21
année 12	144 724	91 176	247 053	35 624	3,38	7,84	11,22	- 2,15
année 13	144 724	84 664	247 053	35 624	3,14	7,84	10,98	- 2,09
année 14	144 724	78 151	247 053	35 624	2,90	7,84	10,74	- 2,03
année 15	144 724	71 639	247 053	35 624	2,66	7,84	10,50	- 1,98
année 16	144 724	65 126	247 053	35 624	2,42	7,84	10,26	- 1,92
année 17	144 724	58 613	247 053	35 624	2,17	7,84	10,02	- 1,86
année 18	144 724	52 101	247 053	35 624	1,93	7,84	9,77	- 1,80
année 19	144 724	45 588	247 053	35 624	1,69	7,84	9,53	- 1,74
année 20	144 724	39 076	247 053	35 624	1,45	7,84	9,29	- 1,68
année 21	144 724	32 563	247 053	35 624	1,21	7,84	9,05	- 1,62
année 22	144 724	26 050	247 053	35 624	0,97	7,84	8,81	- 1,56
année 23	144 724	9 538	247 053	35 624	0,72	7,84	8,57	- 1,50
année 24	144 724	13 025	247 053	35 624	0,48	7,84	8,32	- 1,44
année 25	144 724	6 513	247 053	35 624	0,24	7,84	8,08	- 1,38
Total	3 618 110	2 116 595	6 176 328	890 609	3,14	7,84	10,98	

Dans ce scénario, outre l'apport en capital non amorti, le gain en frais financier représente pour l'établissement (et les résidents) 521.006 € (l'emprunt n'étant plus que de 3 618 110 euros).

Dans ce scénario, le prix de journée moyen n'est plus que de 10,98 euros soit 2,09 euros de moins à payer pour le résident.

Pour obtenir un niveau d'action comparable (même impact sur le prix de journée : -2,09 €) **en finançant exclusivement la charge financière liée à l'emprunt**, la CNSA devrait financer 1 411 615 euros de charges d'intérêts, soit plus que le montant de la subvention en capital dans le scénario initial.

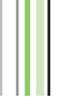
Annexe 9 : Bibliographie

- BRANCHU C., VOISIN J., GUEDJ J., LACAZE D. « et al. ». État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Paris : Inspection générale des affaires sociales, août 2009. 72 p. Tome 1.
- GUINCHARD P., Rapport d'information par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées. Paris : Assemblée Nationale, mai 2006, 255 p., n°3091.
- LE BOULER S., Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix - Second rapport de la mission «Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes, Paris : La Documentation française, juin 2006, 502 p.
- LEGER A-M., LACAZE D. , LAROQUE M. , NOURY D. La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003. Paris : Inspection générale des affaires sociales, janvier 2004, 77 p.
- LE ROUX J-M., Liste des comptes du plan comptable des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés. 10e éd. Rennes : Presses de l'EHESP, 65 p.
- ROSSO-DEBORD V., Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Paris : Assemblée Nationale, juin 2010, 128 p., n°2647.
- Conception-réalisation : guide pour le choix et la mise en œuvre, Mission Nationale d'aide à l'investissement hospitalier (MAINH), janvier 2004, 32 p.
- Évaluation des premières opérations en conception-réalisation, Mission Nationale d'aide à l'investissement hospitalier (MAINH), juillet 2007, 44 p.
- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements, Drees : Études et Résultats n° 380, mars 2005.
- Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. Paris : Cour des comptes, novembre 2005, 447 p.

Annexe 10 : Glossaire

ADF Assemblée des départements de France
AJ Accueil de jour
AMO Assistant à la maîtrise d'ouvrage (ou conducteur d'opération)
ANAP Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale
AO Appel d'offres
APL Allocation personnalisée au logement
APD Avant projet détaillé
APS Avant projet sommaire
ARS Agence régionale de santé
ASH Aide sociale à l'hébergement
AT Accueil temporaire
BEA Bail emphytéotique administratif
BEAH Bail emphytéotique administratif hospitalier
BFR Besoin en fonds de roulement
CAF Capacité d'autofinancement
CAMSP Centre d'action médico-sociale précoce
CAO Commission d'appel d'offres
CASF Code de l'action sociale et des familles
CCAS Centre communal d'action sociale
CG Conseil général
CMP Code des marchés publics
CMPP Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV/CNAVTS Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
COG Convention d'objectifs et de gestion
CPAM Caisse primaire d'assurance maladie
CPER Contrat de plan ou de projets État-région
CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR Conception réalisation
CRAM Caisse régionale d'assurance maladie
CRIDEV Centre de recherche pour l'intégration des différences dans les espaces de vie
CROSMS Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
DALO (loi) Loi dite Droit au logement opposable : Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (jusqu'au 1er avril 2010)
DRASS Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (jusqu'au 1er avril 2010)
DGAS Direction générale de l'action sociale (devenue DGCS)
DGCS Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGME Direction générale de la modernisation de l'État
DGS Direction générale de la santé
DGOS Direction générale de l'offre de soins
DRASS Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (jusqu'au 1er avril 2010)
DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSS Direction de la sécurité sociale
EHPA Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS Établissements et services médico-sociaux
FAM Foyer d'accueil médicalisé
FEHAP Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF Fédération hospitalière de France
FINESS Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FR Fonds de roulement
FRNG Fonds de roulement net global
GCSMS Groupement de coopération social et médico-social
GIP Groupement d'intérêt public

GMSIH Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier
HPST (loi) Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009
HP Hébergement permanent
HQE Haute qualité environnementale
HQU Haute qualité d'usage©
HT Hébergement temporaire
IEM Institut d'éducation motrice
IGAS Inspection générale des affaires sociales
IGF Inspection générale des finances
IMC infirmité motrice cérébrale
IME Institut médico éducatif
IMP/IMPro Institut médico professionnel
IRE Ingénieur régional de l'équipement
ITEP Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MAINH Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MAS Maison d'accueil spécialisée
MEAH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
MECSS Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée Nationale
MOP (loi) Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 modifiée relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée
MS Médico social
MSA/CCMSA Mutualité sociale agricole/Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
OGD Objectif global de dépenses
ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PA Personnes âgées
PAI Plan d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux
PAM Plan d'aide à la modernisation des établissements médico-sociaux
PASA Pôles d'activités et de soins adaptés (en EHPAD)
PH Personnes handicapées
PHARE Prêt Habitat Amélioration Restructuration Extension
PLFSS Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLS Prêt locatif social
PLUS Prêt locatif à usage social
PPI Plan ou programme pluriannuel d'investissement
PPP Partenariat public privé
PRIAC Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRO-BTP Groupe de protection sociale des professions du bâtiment et des travaux publics
PRS Projet régional de santé
PSGA Plan solidarité grand âge
PSRS plan stratégique régional de santé
RGPP Révision générale des politiques publiques
SAAD ou SAD Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées
SAVS Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPASAD Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD Service de soins infirmiers à domicile
SSR Soins de suite et de réadaptation
TDC Toutes dépenses confondues
TVA Taxe sur la valeur ajoutée
UHR Unités d'hébergement renforcées (en Ehpad)
UNCCAS Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
UNIOPSS Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
USLD Unité de soins de longue durée





www.cnsa.fr