

COMPTE RENDU CGT

Réunion sur la situation financière, l'organisation
et les projets de l'EHPAD Magot

10 octobre 2025

Vos représentants à cette instance :

- BAILLY Noémie
- GIURIATO Franck (Secrétaire de la F3SCT)
- TADJINE Pierre

ORDRE DU JOUR

Cadre de la réunion : **temps d'échange interactif** entre la direction et les soignants de l'EHPAD Joseph Magot avec questions-réponses pendant la présentation.

Financement des EHPAD: GIR, Pathos, recettes et dépenses

Explication détaillée des outils GIR et Pathos, leur impact financier (GMP/PMP/GMPS), la valeur du point, le taux d'occupation, la temporalité budgétaire, et la répartition des recettes et dépenses (soins, hébergement, dépendance). Mise en évidence des contraintes, de l'augmentation des points Pathos, et de la planification budgétaire.

1) Outil GIR: définition, usage et impacts

- **Progrès**

- Le GIR (groupes iso-ressources de 1 à 6) met en évidence la charge de travail aide-soignante, pas l'autonomie potentielle.
- Correction des cotations trop 'gentilles' observées (ex: GIR4 cotés alors que GIR3, GIR2 cotés alors que GIR1). Vigilance car cela conditionne des postes d'aide-soignant.
- GIR2 : groupe 'fourre-tout' incluant grabataires lucides et personnes démentes dérangeantes.
- En 2024, 60% des résidents étaient GIR1 et GIR2 au niveau national.
- Dernière coupe : des GIR1 et GIR2 présents, mais aussi pas mal de GIR3; nécessité de vérifier la réalité des GIR3 vs GIR2.
- GIR pondéré global (Magot): 766, moyenne nationale : 730.
- Objectif : faire des GIR plus souvent et par étage pour mieux réguler en commission d'admission la charge soignante par étage.
- **Problèmes et Risques**
 - Risques de sous-cotation/ surcotation impactant les postes d'aide-soignant.
 - Photographie de charge peut être biaisée sans analyses par étage et fréquentes.
- **Prochaines Étapes**
 - Organiser des coupes GIR plus fréquentes et par étage ; utiliser les résultats en commission d'admission pour équilibrer les charges entre étages.

2) Outil Pathos: définition, usage et impacts

- **Progrès**
 - Pathos évalue les soins médico-techniques requis à partir de situations cliniques ; outil élaboré par le Syndicat National de Gériatrie Clinique.
 - Outil de comparaison financière ; 'soins requis' même si non disponibles actuellement (ex : kiné requis).
 - Coupe transversale : photographie à un jour donné ; limite éthique (les décès lourds juste avant non comptés).
 - Modèle de financement français rémunère davantage quand les soins sont lourds ; question éthique soulevée.
 - Augmentation du Pathos grâce aux traçabilités (aides-soignants, psychologues, diététiciennes, kinés).
 - La gériatrie moyenne nationale : environ 50 états pathologiques recensés par résident (avec profils : diagnostic en cours, traitement aigu, traitement chronique, rééducation).
 - Postes requis conditionnés : médecin, psychiatre, infirmière, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie.
 - Coupe Pathos de mars 2025: gain de 61 points ; au-dessus de la moyenne nationale ; amélioration par rapport à 2022.

3) Valorisation des points (GMP/PMP/GMPS), taux d'occupation et temporalité budgétaire

- **Progrès**

- GMP et PMP donnent des points ; la valeur du point est déterminée annuellement par les députés et selon les départements.
- Valeur du point : 12€ en région PACA, 11,33€ 'chez nous'
- Formule GMPS dépend du GMT, du PLP et du nombre de résidents.
- Taux d'occupation : cible stable > 98% pour maximiser points et financement.
- Coupe Pathos réalisée en mars 2025 (avant juin): impact financier attendu sur le budget 2026 ; si réalisée en septembre (après juin), effet décalé d'un an et demi.
- Hausse des points => plus de sous => potentiellement plus de postes, mais priorités budgétaires nécessitent de combler le déficit avant de créer des postes.

- **Problèmes et Risques**

- Incertain sur le nombre d'années nécessaires pour résorber un éventuel déficit.
- Dépendance au taux d'occupation pour optimiser financements.

4) Recettes et dépenses : soins, hébergement, dépendance

- **Progrès**

- Trois sources de financement : hébergement, dépendance, soins.

- Soins : recettes via Coupe Pathos et assurance maladie; dépenses couvertes: soins médicaux, traitements infirmiers, médicaments (pharmacie à usage intérieur), matériel médical. Depuis le COVID, la recette soins est souvent la plus importante; auparavant, le résident était la première source de financement.

- Hébergement : le résident paie (différence avec l'hôpital où la caisse assure quasiment tout) ; facture mensuelle reçue par le résident/famille. EHPAD MAGOT habilité à 100% à l'aide sociale à l'hébergement : chaque lit peut accueillir des résidents sans moyens ; le résident verse 90% de ses revenus au conseil départemental qui paie l'EHPAD. Tarif hébergement : un peu au-delà de 2000€ par mois. Dépenses hébergement : travaux (ex: futur désenfumage mécanique), restauration (alimentation, salaires de cuisiniers), animation, administration, entretien des locaux.

- *Projet de travaux de désenfumage mécanique pour la sécurité incendie; financement par emprunt et répercussion sur les tarifs d'hébergement. Intention : proposer au conseil départemental de Meurthe-et-Moselle une augmentation du tarif d'hébergement pour l'année à venir pour couvrir l'inflation et les travaux.*

- Dépendance (GIR) : dotation du conseil départemental + ticket modérateur payé par les résidents (autour de 6€ par jour). Dépenses dépendance : partie du salaire des aides-soignantes, salaire de la psychologue, matériel lié à la perte d'autonomie.

- **Problèmes et Risques**

- Hausse des coûts (inflation, charges post-COVID) met sous pression les recettes.
- Travaux de sécurité (désenfumage) nécessitent financement et impactent les tarifs d'hébergement.

Situation financière de l'hôpital et de l'EHPAD MAGOT, trésorerie et risques

Présentation des résultats 2024, des aides de l'État et des déficits, des contraintes de trésorerie, des mécanismes d'aide (ARS) et des risques liés aux lignes de trésorerie.

5) Résultats 2024 et aides

- **Progrès**
 - Résultat affiché côté sanitaire (hôpital) : excédent de 1 300 000€.
 - Aides de l'État reçues : 2 000 000€ pour continuer à fonctionner.
 - Déficit réel : plutôt autour de 800 000€.
 - Budget global total : à peu près 20 millions d'euros.
 - EHPAD : déficit en 2024 de 164 000€
- **Problèmes et Risques**
 - Déficit réel significatif au niveau de l'hôpital ; déficit à l'EHPAD.

6) Contraintes de trésorerie et mécanismes de secours

- **Progrès**
 - Un hôpital n'a pas le droit d'être à découvert : à 0, plus aucune facture ne passe.
 - Situation actuelle : 'pas très loin des zéros' depuis plusieurs années ; cas plus graves ailleurs (ex: hôpital de Troyes: salaires payés par l'ARS).
 - Mécanismes en cas de tension : versements de crédits/aides par l'ARS (ex: 2 000 000€), ou recours à une ligne de trésorerie.
 - Ligne de trésorerie : emprunt pour dépenses courantes, assimilable à crédit à la consommation; nécessite paiement d'intérêts et remboursement; cercle vicieux potentiel.

L'EHPAD présente un déficit global de moins 164000,00€. Les déficits par sections sont moins 143000,00€ sur le soin et moins 57000€ sur la dépendance, compensés partiellement par un extrait de 37000,00€ sur l'hébergement. Malgré une hausse attendue de la dotation soin grâce à la Coupe Pathos, l'équilibre reste difficile, impactant les capacités de recrutement et nécessitant d'augmenter la partie hébergement en sollicitant davantage les résidents et le conseil départemental. Le modèle de financement des EHPAD est jugé extrêmement compliqué et diffère de celui de l'hôpital.

1.1.1. 4.2 Impact sur le recrutement et les équipes

- **Progrès** : Le déficit actuel limite les recrutements souhaités. Nécessité de freiner certaines embauches malgré les besoins reconnus. Les équipes sont très sollicitées.
- **Problèmes et Risques** : Risque de sous-effectif prolongé affectant la qualité de soins et la charge de travail. Friction entre impératifs financiers et besoins de soins.

Taux d'occupation et seuils critiques

L'activité de l'EHPAD Magot montre un taux d'occupation en 2025 quasiment à 100%, ce qui est essentiel car en dessous de 95% la situation est critique et l'ARS peut retirer une partie de la dotation soins. L'équilibre budgétaire s'atteint à partir de 97-98%. Les séjours sont plus courts et les résidents de plus en plus dépendants, sans moyens supplémentaires proportionnés.

- **Mise en garde:** trop de résidents hors département peut plomber le financement car non pris en compte dans certains cas. Risque financier si la proportion d'hors département augmente dans un établissement unique avec un département.

Ratios de personnel et cadre réglementaire

Il n'existe aucun ratio officiel obligatoire actuellement. Des propositions (ex. 1 aide-soignante pour 10 résidents) n'ont jamais été votées. L'État ne semble pas vouloir instaurer de ratio obligatoire car cela impliquerait de financer les moyens. Un ratio global pourrait induire des arbitrages défavorables (plus de soignants, moins d'administratif/technique).

- **Progrès :** Aucun ratio officiel obligatoire à ce jour. Des 'ratios officieux' existent mais non votés. Hypothèse: 1 aide-soignante pour 10 résidents évoquée comme non votée.
- **Problèmes et Risques :** Sans cadre ratio financé, difficile d'augmenter les effectifs de soignants de manière pérenne.

1.1.2. 6.2 Position vis-à-vis de l'ARS et embauches conditionnées

- **Progrès :** Si l'ARS ordonne 'embaucher tant d'aide-soignante avec financement, les embauches seraient faites en 10 minutes. L'ARS ne dira jamais d'embaucher un nombre donné sans mettre les moyens.
- **Problèmes et Risques :** Risque de crash de l'établissement si embauches imposées sans financement. Impossibilité d'engager 4 agents sans moyens alloués.

Sources de financement et débat sur le 5ème risque (dépendance)

Le financement actuel repose sur cotisations sociales et patronales, assurance maladie. Un débat existe sur le 'risque dépendance' ou 5ème risque, avec l'idée d'assurance dépendance pour financer la prise en charge future. Financement par cotisations sociales et patronales, assurance maladie. Insuffisance des financements actuels pour répondre à l'augmentation de la dépendance et des besoins.

attentes suite à la Coupe Pathos

Les 2/3 des EHPAD sont en déficit en France. Lors de l'expertise Coupe Pathos (présence de Nathalie et du Dr Durantay), le médecin expert a indiqué que cela permettrait d'augmenter de 2 à 3 postes. Cette annonce crée une frustration chez les professionnels face aux contraintes financières qui empêchent des recrutements immédiats.

Finances et déficit des EHPAD publics

Constat d'un déficit important dans la majorité des EHPAD publics, attribution des aides de l'ARS en baisse et arrêt des aides de l'État, tensions sur les recettes et nécessité d'agir sur le taux d'occupation et les tarifs d'hébergement. Débat sur l'usage des forfaits soin et dépendance pour financer les ressources humaines et sur la logique économique versus la qualité des soins.

- **Progrès**

- 85% des EHPAD publics sont en déficit en France.
- La situation trouve son origine dans la période COVID où les dépenses ont augmenté et l'État finançait par des « chèques », puis l'État a arrêté de donner des aides aux établissements de santé.
- L'ARS a beaucoup aidé, les Conseils départementaux ne donnent plus d'aide.
- L'État a dit clairement qu'il arrêterait de donner des aides aux établissements de santé.
- Un Premier ministre pendant trois semaines a évoqué l'efficacité ; le Premier ministre précédent a sorti une circulaire sur l'optimisation de la gestion des hôpitaux.
- Contrôles accrus sur les directions d'hôpitaux (paiement des salaires, respect des règles), des collègues à Nancy sont dans cette situation.

- **Problèmes et Risques**

- Déficit structurel élevé avec un risque de sous-financement chronique.
- Arrêt ou réduction des aides publiques (État, Conseils départementaux), incertitude sur la pérennité des soutiens ARS.
- Pression réglementaire et de contrôle sur la gestion interne des hôpitaux et EHPAD.

Le forfait soin et le forfait dépendance sont destinés à des ressources humaines et mobilisés pour payer les personnels. La CGT juge dommageable que l'argent serve à réduire le déficit plutôt qu'à la qualité des soins et l'a fait savoir à l'ARS, aux tutelles et au Conseil. Tension entre logique financière (réduction du déficit) et amélioration de la qualité des soins (recrutements, investissements).

La CGT continuera à défendre la destination des forfaits soin et dépendance vers les ressources humaines en premier lieu, comme prévu.

9.3 Recettes : taux d'occupation et tarif hébergement

Ressources humaines, conditions de travail et organisation

Forte charge mentale et physique, absentéisme, recours coûteux aux vacataires/intérimaires, perception d'un manque d'effectifs permanent, besoin d'un poste supplémentaire par étage, enjeux de pauses légales, et travail d'un groupe de réflexion sur l'organisation, compétences et horaires. Audit prévu en janvier sur le respect des tâches et glissements.

- **Progrès**

- Charge mentale et physique élevée entraînant des arrêts maladie, remplacements par vacataires, heures supplémentaires et intérimaires qui coûtent cher et déstabilisent les services.

- Les résidents ressentent une dégradation de la prise en charge : moins de temps de discussion, toilettes raccourcies, rapidité, angoisse, dépression.
- Proposition concrète des équipes : sur la journée, sur chaque étage, il manque un agent ; un poste sur les 3 étages réparti soulagerait.
- Discussion sur corrélation absentéisme-effectif : pas de corrélation établie globalement selon certains chiffres, mais ressenti local fort que le manque d'effectifs aggrave l'absentéisme et la qualité des soins.
- **Problèmes et Risques**
 - Sous-effectif chronique impactant la qualité perçue et l'état des résidents (angoisse, dépendance accrue).
 - Coût et instabilité du recours à vacataires et intérimaires.
 - Désaccord entre données générales et réalité terrain sur l'absentéisme.

1.1.3. 10.2 Pauses légales et réglementation

- **Progrès** : Droit à une pause de 20 minutes toutes les 6 heures rappelé ; base légale : à partir de 16 minutes, pour 12h c'est 20 minutes. Sur site, il est évoqué « 40 minutes » mais les équipes disent ne pas avoir le temps de les prendre. Engagement de ré-échange et de fournir les textes/législation.
- **Problèmes et Risques** : Non prise effective des pauses légales, risque réglementaire et de santé au travail.
- **Prochaines Étapes** : Ré-échanger et fournir les textes légaux relatifs aux pauses ; organiser pour permettre la prise effective des 20 minutes toutes les 6 heures. -
- [Direction] [DRH]

7) Organisation des compétences et horaires

- **Progrès**
 - Proposition d'ajuster la présence des compétences (AS/ASH) selon les pics de besoin : plus d'aide-soignant(e)s à certaines heures, bascule vers hôtellerie/bio-nettoyage à d'autres moments.
 - Refus du glissement de tâches, mais possibilité de faire « glisser » les compétences via organisation (sans glissement de tâches).
 - Idée : un poste AS supplémentaire le lundi et un poste ASH en moins le lundi pour centrer sur les soins, puis bascule sur bio-nettoyage ensuite.
 - Discussion sur horaires décalés, arrivée plus tôt de certains agents pour faire face aux besoins du matin ; besoin d'optimiser la répartition sur la journée.
 - Constat de cercle vicieux : demande d'aide aux ASH quand les AS ne s'en sortent pas, retard sur l'hôtellerie, puis aide en retour, surcharge globale.
 - Piste de formation : validation de compétences internes, formation « 70 heures », puis formation diplômante pour sécuriser l'évolution des rôles.
- **Problèmes et Risques**
 - Réorganisation seule jugée insuffisante par les équipes sans ajout d'effectifs : besoin de personnel tout au long de la journée.
 - Risque de surcharge et confusion des missions si ajustements mal calibrés.
 - Besoin de clarifier et respecter les périmètres de tâches (éviter glissements).

Organisation des unités spécialisées (UVP, UVT) et ratios de personnel en EHPAD

Discussion sur la pertinence d'une Unité de Vie Protégée (UVP) et des Unités de Vie (UVT) au regard des ratios de personnel, de l'absence d'objectifs nationaux officiels et de financements dédiés, ainsi que l'impact organisationnel sur les autres services. Confirmation de ratios observés (2 aides-soignants pour 14 personnes) et risques de surcharge dans les services adjacents (une aide-soignante pour 15, voire 16).

PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés): opportunités, conditions et financements

Échanges sur la possibilité de répondre à un appel à projet PASA, la dotation associée, les conditions de déploiement (locaux dédiés, temps d'ergothérapeute, psychologue), le débat sur l'existence d'une condition préalable de ratio personnel/résident, et la volonté de candidater si les conditions sont réunies.

Projet Café Magot (tiers-lieu / café Magot) et réaménagement de l'accueil

Présentation du projet Café Magot visant à transformer l'accueil en café tiers-lieu convivial ouvert à l'extérieur, financé exclusivement par des subventions (fondation des hôpitaux, région Grand Est, fondations, clubs services). Réaménagement des bureaux et calendrier visé pour ouverture en juin 2026.

Appels à projets et financements

- **Progrès**
 - Le projet tiers-lieu n'impactera pas les conditions de travail mais améliorera l'image de l'établissement et répond à des demandes de résidents et familles.
 - Réponse envoyée à l'appel à projets de la fondation des hôpitaux.
 - Réponse envoyée au niveau de la région Grand Est.
 - Financement exclusivement par subventions (appels à projets, fondations, clubs services).
 - Les clubs services mussipontain ont déjà répondu présent.
- **Problèmes et Risques**
 - En attente des réponses des appels à projets ; dépendance totale aux subventions.

Fiches de tâches et organisation des soins (AS/ASH/infirmières)

Lancement d'un travail structuré sur les fiches de tâches (photographie de la situation, identification des pics d'activité, rôle des ASH en aide aux soins), importance de l'implication des infirmières dans la réorganisation globale, et recherche de solutions sécurisées pour la distribution des médicaments.

Effectifs journaliers, ETP et gestion des absences

Retour sur la réduction du sureffectif (de 5 à 4 soignants selon jours), le lien avec le nombre d'ETP annuels pour atteindre l'effectif cible journalier, l'impossibilité de maintenir du sureffectif 2 mois sans compromettre la fin d'année, et les difficultés de remplacement en journée, avec impact sur résidents et fatigue.

Politique d'effectif et ETP

- **Progrès** : Les ETP (aide-soignant, ASH, infirmier) sont calibrés pour atteindre les effectifs cibles journaliers sur l'année. Le sureffectif sur 2 mois compromet la capacité de travailler à la fin de l'année (atteinte au 31 décembre). Position: maintenir 4 ou 5 soignants selon cible existante ; fermeture à augmenter de façon durable.
- **Problèmes et Risques** : Quand le planning prévoyait 5 agents, souvent la réalité était <5 (éponge du sous-effectif), la baisse à 4 augmente les journées en sous-effectif, avec impact sur résidents et fatigue.

Gestion des absences et remplacements

- **Progrès** : Grande réactivité affichée (Élodie, DRH) pour couvrir les absences. Constat partagé: trouver un agent dans la journée est très compliqué pour tous (RH, équipes), avec impact sur résidents.
- **Problèmes et Risques** : Sous-effectif fréquent en journée, difficulté de recrutement en urgence, impact direct sur la qualité de prise en charge et la fatigue des équipes.
- **Prochaines Étapes** : Mettre en place un vivier de remplaçants et des mécanismes d'astreinte courte pour les absences du jour; protocoles de priorisation des tâches en cas de sous-effectif.

Épuisement, remplacements internes et absentéisme

- **Progrès**
 - Les équipes sont fatiguées et ne souhaitent plus toujours répondre aux appels pour remplacement.
 - Il y a rarement des situations de sous-effectif (signal jugé « hyper positif »), hormis l'absence du matin.
 - Les agents se remplacent entre eux, ce qui crée de l'épuisement.
 - Pas de jugement de la direction envers celles qui répondent ou non aux sollicitations.
- **Problèmes et Risques**
 - Épuisement des équipes en raison des remplacements internes.
 - Sous-effectif ponctuel le matin.
 - Risque de dégradation de la qualité de suivi des dossiers des résidents.
- **Prochaines Étapes**
 - Chercher une autre solution en cas d'absence sans sursolliciter les équipes ; optimiser l'allocation des moyens disponibles.

Optimisation des moyens et mise à jour des supports

- **Progrès**
 - À 5 personnes, certaines tâches étaient faisables; à 4, on perd du temps.
 - Les supports ne sont pas à jour lors des remplacements; on ne sait pas qui fait quoi.
 - Suivi des dossiers des résidents n'est « plus du tout » assuré certains jours.
 - Mise en place d'un travail sur les fiches de tâches, débuté sur une journée type, avec objectif de couvrir 24h et lister toutes les missions (ex. ranger la lingerie).
- **Problèmes et Risques**
 - Manque de supports à jour et de clarté des responsabilités.
 - Perte de temps due à l'effectif réduit.
 - Traçabilité insuffisante des actions.

Dossier informatisé et formation initiale (projet début novembre)

Déploiement d'un dossier informatisé début novembre, avec formation d'initiation (codes, interface, slides) et accompagnement en unité par des infirmières/soignants, pour améliorer la traçabilité au chevet du résident. Présence des formateurs de 10h30 à 22h30 (incluant équipes de nuit). Objectif : tracer en quelques clics les actes et constats et disposer d'onglets d'audit sur 7 et 3 jours. Projet chronophage au début mais avec gain de confort de travail en quelques semaines.

- **Progrès** : Possibilité de tracer en quelques clics les actes et constats. Éviter les oublis entre 07h00 et 13h00 grâce au point-of-care. Onglet « audit » avec traçabilité des 7 derniers jours et des 3 derniers jours.
- **Problèmes et Risques** : Adoption de l'outil nécessaire pour éviter les oublis et améliorer la qualité documentaire au quotidien.
- **Prochaines Étapes** : Intégrer la traçabilité au chevet via ordinateurs et chariots de médicaments ; utiliser systématiquement l'onglet audit.

Clarification du périmètre ASH, formation et professionnalisation

Augmentation des résidents dépendants et des soins relevant des aides-soignants. Besoin d'audit du travail des ASH pour protocoliser et clarifier responsabilités dans un cadre réglementaire jugé flou. Volonté de professionnaliser des ASH vers des formations diplômantes pour sécuriser les pratiques et répondre aux besoins. Identifier celles orientées bio-nettoyage/restauration vs celles avec appétence pour le soin.

Audit et cadre réglementaire des ASH

- **Progrès**
 - Constat: de plus en plus de résidents dépendants nécessitant des soins relevant des aides-soignants.
 - Difficulté pour les ASH de rentrer dans le cadre réglementaire actuel.

- Décision d'un audit sur le travail des ASH pour protocoliser les tâches et clarifier les responsabilités.
- **Problèmes et Risques**
 - Flou réglementaire sur ce que les ASH peuvent ou ne peuvent pas faire.
 - Risque de dépassement de compétence et de charge non absorbable par les aides-soignants.
- **Prochaines Étapes**
 - Mener un audit du travail des ASH, établir des protocoles et clarifier les responsabilités.

Formation diplômante et accompagnement

- **Progrès :** Certaines ASH ont 15 ans d'expérience d'aide à la personne et les compétences pour une formation diplômante. Réticence de plusieurs ASH à « sauter le pas » vers des formations diplômantes. Direction prête à accompagner l'identification des profils orientés bio-nettoyage/restauration vs soin.
- **Problèmes et Risques :** Manque d'adhésion à la formation diplômante malgré les compétences. Besoin de sécuriser les pratiques et rétablir les compétences par diplômes.
- **Prochaines Étapes :** Identifier les ASH intéressées par des missions de soin et les accompagner vers une formation diplômante ; orienter les autres vers bio-nettoyage et restauration. 21. Attractivité, classement, certification et taux d'occupation

L'EHPAD est attractif: excellents scores de certification, très peu de plaintes des familles, liste d'attente, cadre agréable et bien structuré. Classement médiatique antérieur (Nouvel Obs) non reconduit et méthodologie inconnue. Taux d'occupation à 98%, avec perspectives d'équilibre financier jugées atteignables en « mois », pas en « années ». Volonté de points d'étape avec chiffres concrets, prudence sur les promesses.

Priorité au désenfumage mécanique obligatoire pour la sécurité (fumée tue en incendie) et comme prérequis pour tout projet architectural futur. Possibles perspectives de modification du bâtiment (BASA) nécessitant avis favorable de la commission de sécurité. La direction pousse des projets (café Mago, Pierre-Luc), et voit favorablement la perspective PASA avec des ratios plus intéressants pour la qualité des soins et du travail. Emprunt possible pour le désenfumage ; création de postes non possible à ce stade mais investissements matériels orientés sécurité.