

Novembre 2017

# **La situation des EHPAD en 2016**

Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD

# Sommaire

Synthèse .....	4
Introduction .....	7
<b>1. Méthode d'analyse .....</b>	<b>9</b>
1.1. Constitution de la base de données.....	9
1.2. Présentation des résultats.....	10
1.3. Méthodes statistiques .....	10
1.4. Limites de l'étude .....	10
<b>2. Description des EHPAD .....</b>	<b>12</b>
2.1. Place des EHPAD dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées et leur implantation en France.....	12
2.1.1. Implantation des EHPAD .....	12
2.1.2. Les autres structures médico-sociales qui prennent en charge des personnes âgées .....	14
2.2. La place des EHPAD dans l'objectif global de dépenses médico-sociales pour personnes âgées 15	
2.3. Caractérisation des EHPAD .....	16
2.3.1. Le statut juridique des EHPAD.....	16
2.3.2. Les capacités d'accueil .....	17
2.3.3. Les zones d'implantation.....	19
2.3.4. L'année d'ouverture .....	20
2.3.5. L'habilitation à l'aide sociale.....	21
2.3.6. Description des options tarifaires.....	22
2.3.7. Les unités Alzheimer.....	23
<b>3. Description des résidents .....</b>	<b>25</b>
3.1. La dépendance des résidents présents dans les EHPAD .....	25
3.2. Le taux d'hospitalisation des résidents .....	26
3.3. Le besoin en soins et le niveau de dépendance des résidents des EHPAD .....	27
3.3.1. Le PMP et le GMP en quelques mots.....	27
3.3.2. Le GMP et le PMP moyen constaté en 2016.....	28
3.3.3. L'évolution pluriannuelle du GMP et PMP moyen.....	29
<b>4. Analyse de l'activité des EHPAD .....</b>	<b>30</b>
4.1. L'organisation des EHPAD.....	30
4.1.1. Les taux d'occupation .....	30
4.1.2. Les salariés et personnels extérieurs.....	31
4.2. Ratios budgétaires 2016 – analyse de la section soins .....	42
4.2.1. Répartition des charges par groupe.....	42
4.2.2. Taux d'amortissement.....	43
4.2.3. Poids des prestations extérieures.....	44
4.2.4. Appréciation du résultat comptable des EHPAD.....	44
4.2.5. Coût d'une place en hébergement permanent.....	46
4.3. Les créations de places en EHPAD .....	50

<i>Par statut juridique</i> .....	51
<i>Par option tarifaire</i> .....	51
<i>Par zone géographique</i> .....	52
<i>Par capacité d'accueil</i> .....	52
4.4. Le conventionnement des EHPAD .....	53
4.5. La médicalisation des EHPAD .....	54
4.6. Les crédits non reconductibles .....	57
4.7. La réouverture encadrée et maîtrisée du tarif global .....	60
4.8. La convergence tarifaire à la baisse .....	62
4.8.1. <i>La convergence tarifaire en 2016</i> .....	62
4.8.2. <i>Le bilan de la convergence 2009-2016</i> .....	66
<b>5. Le coût global pour l'assurance maladie de l'accompagnement des résidents en EHPAD.....</b>	<b>68</b>
5.1. Les dépenses d'assurance maladie relatives au forfait soins .....	68
5.2. Coût global des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée.....	71
5.2.1. <i>Répartition du coût des résidents en EHPAD par type de dépenses</i> .....	71
5.2.2. <i>Estimation du coût complet de l'accompagnement des résidents en EHPAD pour l'assurance maladie</i> .....	73
<b>6. Perspectives.....</b>	<b>76</b>
6.1. Les nouvelles règles d'allocation de ressources des EHPAD.....	76
6.1.1. <i>Sur la section « Soins »</i> .....	76
6.1.2. <i>Sur la section « Dépendance »</i> .....	77
6.1.3. <i>L'impact budgétaire global</i> .....	78
6.2. Les grands principes de la révision des ordonnances PATHOS .....	79
Annexe : mode de calcul des indicateurs.....	80

# Synthèse

Au 31 décembre 2016, près de **6 900 EHPAD accueillent près de 728 000 personnes âgées**. 43 % de ces établissements sont publics, un tiers sont de statut privé non lucratif et un quart sont privés commerciaux. Les EHPAD publics offrant des capacités d'accueil plus importantes que les autres EHPAD, 49 % des places d'hébergement permanent (HP) sont dans des structures publiques.

**Les EHPAD situés dans des zones urbaines sont plus nombreux (55 % des structures) et leur capacité d'accueil est plus importante puisqu'ils regroupent 60 % de l'ensemble des places en HP.** Le secteur privé commercial et les EHPAD rattachés à un établissement de santé sont les plus implantés en ville.

### La dépendance et le besoin en soins des résidents des EHPAD :

Le niveau de perte d'autonomie des résidents d'un EHPAD est évalué par le groupe iso-ressources dont il dépend (GIR). Les résidents dont le GIR est évalué à 1 sont les plus dépendants. Les résidents de GIR 6 ne sont pas du tout dépendants. En moyenne, **55 % des résidents des EHPAD sont en GIR 1-2**. Ce poids est plus important dans les EHPAD en tarif global (53 % des résidents, contre 49 % des résidents des EHPAD en tarif partiel).

En 2016, en moyenne, le taux d'hospitalisation (soit le nombre de journées d'hospitalisation des résidents rapporté au nombre de journées total des résidents en EHPAD) était de **1,43 %**. Le taux d'hospitalisation est moins élevé dans les EHPAD dont le niveau de GIR moyen pondéré (GMP) est le plus élevé (GMP > 800), et dans les EHPAD dont le niveau moyen de dépendance des résidents est moins important (GMP < 600). Cela laisse supposer que les premiers sont organisés pour prévenir les risques d'hospitalisation, et les seconds sont moins exposés à cette situation, les résidents étant moins dépendants.

Le besoin en soins moyen évalué pour les résidents des EHPAD (PATHOS moyen pondéré, PMP) est plus important dans les EHPAD publics rattachés à un établissement de santé (205 points), et dans les EHPAD privés commerciaux (203 points). Il est aussi nettement plus marqué dans les EHPAD de 200 places et plus (212 points) et dans les EHPAD ayant une pharmacie à usage interne (PUI).

### L'organisation des EHPAD :

**Le taux d'occupation moyen des EHPAD est de 97 % des places installées.** Il est significativement plus faible dans les EHPAD privés commerciaux (95 %), et plus élevé dans les EHPAD dont le PMP est le plus élevé, comme dans les établissements dont la capacité n'excède pas 100 places.

Le personnel des EHPAD est constitué, en moyenne, à 43 % par les aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP) et assistants de soins en gérontologie (ASG). En 2006, le plan Solidarité Grand âge préconisait d'augmenter le taux d'encadrement de 0,57 ETP à 0,65 ETP par résident, tout personnel confondu. Dix ans plus tard, on observe un taux d'encadrement global de 0,61 ETP par place d'EHPAD, soit un **taux d'encadrement global 0,63 ETP par résident** en tenant compte du taux d'occupation moyen déclaré en 2016.



### Quelques repères budgétaires :

En moyenne, **89 % de la dotation soins est affectée à des dépenses de personnel.**

**Les prestations extérieures représentent en moyenne 4,2 % du total des charges de l'EHPAD.** Cette part est nettement inférieure dans les EHPAD privés commerciaux et les EHPAD publics autonomes. Si les EHPAD publics rattachés à un établissement de santé supportent une part de prestations extérieures nettement plus importante (8,5 % de leurs charges), cela s'explique sans doute en partie par les liens qu'ils entretiennent avec l'établissement de santé dont ils dépendent.

**Le résultat médian 2016 non retraité, proposé par les EHPAD en 2016 est positif** (0,70 % du total des recettes), y compris lorsqu'on observe indépendamment les EHPAD de chaque statut. Il existe néanmoins une forte disparité entre les EHPAD, puisque 10 % d'entre eux présentent un taux de déficit inférieur ou égal à 3,16 % du total des recettes, et 10 % annoncent un taux de résultat supérieur à 5,22 % du total de leurs recettes.

Le coût annuel médian pour une place en hébergement permanent s'élève à 41 566 euros, soit 114 euros par jour. Il se décompose de la façon suivante entre les sections tarifaires :

- 36 euros par jour pour la section soins ;
- 17 euros par jour pour la section dépendance ;
- 58 euros par jour pour la section hébergement.

Les valeurs médianes sont présentées pour chaque section, ce qui explique que la somme du coût médian de chaque section ne soit pas égale au total.

**Le coût des sections soins et dépendance est plus élevé pour les EHPAD rattachés à un établissement de santé.** Le coût moyen par place d'hébergement permanent augmente la classe de PMP et de GMP observées dans cette étude.

**En 2016, les ARS ont alloué 136,6 millions d'euros aux EHPAD pour en renforcer la médicalisation.** 1 753 EHPAD ont bénéficié de ces crédits, soit 25 % des places d'hébergement permanent. Le financement de la médicalisation, ramené à la place d'hébergement permanent révèle que le secteur privé commercial a bénéficié d'un montant par place (1 124 euros) supérieur aux EHPAD d'autres statuts (< 1 000 euros par place d'hébergement permanent). De même, les EHPAD en tarif partiel avec PUI ont bénéficié d'un montant supérieur aux autres EHPAD (1 028 euros), par place d'hébergement permanent.

**Les crédits non reconductibles alloués par les ARS en 2016 (162 millions d'euros) ont majoritairement bénéficié aux EHPAD publics, de façon globale, et rapporté au nombre de places d'hébergement permanent.** Ces crédits ont majoritairement permis de couvrir des investissements (43 millions d'euros) et des charges exceptionnelles de personnel 34 millions d'euros.

Depuis 2009, les EHPAD font l'objet d'une politique de réduction des inégalités d'allocation de ressources (la convergence tarifaire). Pour cela, les ARS doivent appliquer des mesures d'économies aux EHPAD les plus sur-dotés par rapport à l'équation tarifaire cible. La CNSA avait défini un effort global de convergence de 99,8 M€.

**Entre 2009 et 2016, on constate une économie de 105,1 millions d'euros** qui s'est traduite essentiellement par des diminutions de dotation pour les EHPAD concernés (88,2 millions d'euros), mais aussi par la création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA – 7,7 millions d'euros) et d'unités d'hébergement renforcé (UHR – 9,2 millions d'euros) à coût constant pour l'assurance maladie.

Le coût global pour l'assurance maladie se décompose entre le forfait soin alloué aux EHPAD et les dépenses des résidents rattachées à l'enveloppe de ville. En 2016, **le financement moyen par place d'hébergement permanent s'échelonne de 11 464 euros pour les EHPAD publics autonomes à 15 674 euros pour les EHPAD publics rattachés à un établissement de santé.** Ce financement moyen à la place croît selon que l'EHPAD est en tarif partiel ou global et dispose ou non d'une pharmacie à usage interne. Le financement par place d'hébergement permanent est le plus faible pour les EHPAD ayant entre 60 et 99 places (12 331 euros), ce montant est plus élevé pour les EHPAD de moindre capacité (12 752 euros par place) et pour les EHPAD de 200 places et plus (15 944 euros par place).

## La situation des EHPAD en 2016

En retenant le périmètre des dépenses qui correspond aux charges couvertes par le tarif global, **le coût médian des dépenses de soins de ville, s'élève à 1 915 euros par an par place d'hébergement permanent**. Ce coût est inférieur à 517 euros pour les résidents de 10 % des EHPAD, et supérieur à 2 972 euros pour les résidents de 10 % d'autres EHPAD. Les dépenses de soins de ville des résidents sont nettement inférieures dans les EHPAD rattachés à un établissement de santé, elles sont les plus importantes dans les EHPAD privés commerciaux.

**Le coût complet médian pour l'assurance maladie, d'une place d'EHPAD en hébergement permanent s'élève à 14 375 euros par an**, il est composé à 88 % par le forfait soins. Ce coût est plus élevé pour les EHPAD commerciaux, pour les EHPAD en tarif global, pour les EHPAD dont la capacité d'accueil est supérieure ou égale à 200 places. Ce coût croît également avec la valeur moyenne de PMP et de GMP de la structure.

### Premiers indicateurs de la réforme du financement des EHPAD mise en œuvre en 2017 :

La réforme de la tarification des EHPAD mise en œuvre en 2017 se compose de deux volets : une équation tarifaire cible pour le financement de la dotation soin à la charge de l'assurance maladie ; une seconde équation tarifaire cible pour le financement de la dotation dépendance, à la charge du conseil départemental. Il s'agit donc d'un financement cible national au regard notamment du besoin en soins des résidents des EHPAD, et d'un financement cible départemental qui repose notamment sur le niveau de dépendance des résidents. La CNSA a estimé l'impact financier de cette réforme à près de 400 millions d'euros sur toute la période de convergence (sept années). Au regard des dotations perçues fin 2016, le coût net pour les conseils départementaux s'élèvera à 40 millions d'euros et 360 millions d'euros pour l'assurance maladie. Si les ressources d'assurance maladie bénéficieront globalement aux EHPAD quel que soit leur statut, les EHPAD privés commerciaux devraient fortement bénéficier du volet dépendance de la réforme. Au global, si les EHPAD publics devraient supporter une réfaction de leur dotation dépendance pour un montant global estimé à 65,6 millions d'euros, les ressources à percevoir sur le volet soins (100 millions d'euros) viendront nettement compenser ces pertes.

Dans un second temps, la révision des ordonnances PATHOS qui est en cours de finalisation, devrait avoir un impact sur la hiérarchisation des besoins en soins des résidents des EHPAD, et donc la pondération des valeurs de PMP entre les EHPAD pourra être modifiée de par cette actualisation de l'estimation des besoins en soins des résidents, qui n'a pas été revue depuis 1997.



## Introduction

Ce rapport présente la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016, en analysant le coût global de la prise en charge des résidents des EHPAD.

**Ce panorama approfondi, reposant sur l'exploitation de plusieurs sources d'information disponibles à la CNSA, intervient dans un contexte de réforme de la tarification** (entrée en vigueur en 2017), **et d'engagement de travaux sur plusieurs aspects du fonctionnement des EHPAD** (groupes de travail initiés par le ministère, missions parlementaires). Ce contexte rend particulièrement utile cet état des lieux, proposé au Conseil de la CNSA du 21 novembre 2017 et présenté lors de sa commission préparatoire du 8 novembre 2017.

Les données traitées sont présentées par grand thème : la description des EHPAD, celle des résidents, l'analyse de l'activité des EHPAD et le coût de ces accompagnements pour l'assurance maladie. La réforme du financement des EHPAD étant effective depuis le lancement de la campagne budgétaire 2017, une première analyse de son impact financier y est également proposée, intégrant les simulations effectuées sur le volet dépendance de la réforme.

Dans le domaine médico-social, les EHPAD, dont les périmètres tarifaires sont le plus strictement définis, sont naturellement les premiers concernés par une démarche consistant à **se pencher à la fois sur la manière d'utiliser leurs dotations soins et la complémentarité de cet emploi avec les dépenses constatées sur l'enveloppe de ville pour les résidents des EHPAD**. Les données analysées ici contribuent donc à éclairer la politique de « gestion du risque » (GDR), définie, selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût (rapport IGAS sur la GDR – décembre 2010).

La volonté de renforcer les moyens des EHPAD en matière d'accompagnement des résidents dont la perte d'autonomie et le besoin en soins s'accroît, se traduit chaque année, par une enveloppe nationale dite de « médicalisation » d'au moins 100 millions d'euros déléguée aux ARS afin qu'elles puissent mener à bien cette politique. **2016 est la dernière année de déploiement de la médicalisation selon les modalités prévalant antérieurement à l'introduction de la tarification « à la ressource »**. La réforme entrée en vigueur en 2017 poursuit le même objectif de renforcement des moyens d'accompagnement des EHPAD en cohérence avec l'évolution de leur public, auquel vient s'ajouter la volonté de renforcer l'équité dans la répartition des ressources de l'assurance maladie entre les EHPAD, au regard du besoin en soins des résidents et de leur niveau de perte d'autonomie.

Ce rapport présente l'analyse de plusieurs ratios d'activité et budgétaires pour mettre en perspective le bilan des EHPAD en 2016. Différentes variables sont retenues afin de comparer les situations des EHPAD, et d'analyser leur potentiel impact sur la variabilité des coûts observés pour l'hébergement permanent.

Les variables étudiées (comme potentiellement explicatives d'écarts de coûts) sont les suivantes :

**La capacité d'accueil des EHPAD** (totale et seulement pour l'hébergement permanent). Pour cela, les EHPAD sont répartis de la façon suivante :

- capacité d'accueil inférieure à 45 places ;
- capacité d'accueil comprise en 45 et 59 places ;
- capacité d'accueil comprise en 60 et 99 places ;
- capacité d'accueil comprise en 100 et 199 places ;
- capacité d'accueil supérieure ou égale à 200 places.

**Le statut** des EHPAD (public, privé à but non lucratif, commercial).

**L'option tarifaire de la structure** (tarif partiel – TP – ou tarif global – TG, chaque fois avec ou sans pharmacie à usage intérieur – PUI).

## La situation des EHPAD en 2016

**La zone d'implantation** (urbaine, rurale et mixte). Cette typologie correspond aux zones définies par l'INSEE.

La présence d'une **unité d'hébergement renforcée (UHR)** dans la structure.

La présence d'un **pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)** dans la structure.

**L'habilitation à l'aide sociale** de la structure. Les capacités renseignées dans le répertoire FINESS concernant l'habilitation à l'aide sociale n'ont pas été analysées du fait du manque d'exhaustivité de cette information.

La valeur du dernier **GMP (GIR moyen pondéré) validé** pour la structure, pour cela les EHPAD sont répartis entre quatre classes :

- GMP inférieur à 600 points ;
- GMP compris entre 600 et 699 points ;
- GMP compris entre 700 et 799 points ;
- GMP supérieur à 800 points.

La valeur du dernier **PMP (PATHOS moyen pondéré) validé** pour la structure, pour cela les EHPAD sont répartis entre quatre classes :

- PMP inférieur à 150 points ;
- PMP compris entre 150 et 199 points ;
- PMP compris entre 200 et 249 points ;
- PMP supérieur ou égal à 250 points.

Pour chaque ratio analysé, toutes ces variables ont été testées. **Ce rapport ne présente que les résultats pour lesquels des écarts significatifs entre les variables sont observés.**



# 1. Méthode d'analyse

## 1.1 Constitution de la base de données

### 1.1.1 Plusieurs bases de données ont été rapprochées

Cette étude regroupe les données issues :

- des comptes administratifs 2016 déposés par les EHPAD sur la plateforme « ImportCA » de la CNSA ;
- de l'application « HAPI » de la CNSA, qui détaille la tarification des EHPAD. Elle est renseignée par les ARS, et complétée d'informations nécessaires au calcul de l'équation tarifaire des EHPAD, notamment, le GMP et sa date de validation, le PMP et sa date de validation, ainsi que l'option tarifaire de chaque EHPAD. Ces éléments seront explicités et analysés plus loin ;
- de la base « RésidEHPAD » transmise par la CNAMTS. Ces données décrivent les dépenses de ville des résidents des EHPAD, ce qui permet d'estimer le coût complet, pour l'assurance maladie, de la prise en charge de ces personnes.

### 1.1.2 Corrections apportées aux données de base

#### Complétude de l'échantillon

La complétude des données est décisive pour réaliser l'analyse la plus exhaustive possible.

Trois règles principales d'exclusion d'un EHPAD de notre échantillon ont été définies :

- si le total des charges ou recettes sur une des trois sections (SOINS, Hébergement ou DÉPENDANCE) est nul, alors l'EHPAD est exclu des ratios relatifs à l'analyse du coût brut global et par section ;
- si le total des dépenses de soins de ville du régime général est nul, alors l'EHPAD est exclu des ratios relatifs à l'analyse du coût complet pour l'assurance maladie ;
- si les données sont manquantes pour le calcul d'un indicateur après les corrections apportées, l'EHPAD est exclu pour l'indicateur analysé.

La taille de l'échantillon est rappelée pour chaque ratio.

#### Correction des données « extrêmes »

Il est nécessaire de détecter les valeurs « extrêmes » avant l'analyse des résultats, car elles accroissent la variance<sup>1</sup> et détériorent donc la précision des estimations.

Cette question des données « extrêmes » se pose après détection et correction des valeurs « aberrantes ». Ces valeurs « extrêmes » peuvent s'expliquer :

- par des erreurs de mesure (confusion des unités utilisées) ;
- par des atypies « conjoncturelles » (exemple : des infirmières ont été engagées au mois de novembre de l'année étudiée, ce qui fait apparaître un salaire annuel brut du personnel infirmier plus bas).

Dans un premier temps, nous avons analysé l'échantillon avec, puis sans, les observations « extrêmes ». Nous avons ensuite décidé que les observations extrêmes devaient être éliminées pour chaque indicateur, car elles avaient trop d'influence dans le cadre de notre analyse.

<sup>1</sup> La notion de variance sert à quantifier la dispersion d'un échantillon autour de sa moyenne. La variance est la moyenne arithmétique des carrés des écarts des valeurs de la variable par rapport à leur moyenne arithmétique.