

Novembre 2017

La situation des EHPAD en 2016

Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD

Ce rapport a été élaboré par Najib El Amraoui et Marie-Hélène Toupin, sous la coordination de Céline Moreau.

Sommaire

Synthèse	5
Introduction.....	8
1. Méthode d'analyse.....	10
1.1. Constitution de la base de données.....	10
1.2. Présentation des résultats.....	11
1.3. Méthodes statistiques	11
1.4. Limites de l'étude	11
2. Description des EHPAD	13
2.1. Place des EHPAD dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées et leur implantation en France.....	13
2.1.1. Implantation des EHPAD	13
2.1.2. Les autres structures médico-sociales qui prennent en charge des personnes âgées	15
2.2. La place des EHPAD dans l'objectif global de dépenses médico-sociales pour personnes âgées 16	
2.3. Caractérisation des EHPAD	17
2.3.1. Le statut juridique des EHPAD.....	17
2.3.2. Les capacités d'accueil	18
2.3.3. Les zones d'implantation.....	20
2.3.4. L'année d'ouverture	21
2.3.5. L'habilitation à l'aide sociale.....	22
2.3.6. Description des options tarifaires.....	23
2.3.7. Les unités Alzheimer.....	24
3. Description des résidents.....	26
3.1. La dépendance des résidents présents dans les EHPAD	26
3.2. Le taux d'hospitalisation des résidents.....	27
3.3. Le besoin en soins et le niveau de dépendance des résidents des EHPAD	28
3.3.1. Le PMP et le GMP en quelques mots.....	28
3.3.2. Le GMP et le PMP moyen constaté en 2016.....	29
3.3.3. L'évolution pluriannuelle du GMP et PMP moyen.....	30
4. Analyse de l'activité des EHPAD	31
4.1. L'organisation des EHPAD	31
4.1.1. Les taux d'occupation	31
4.1.2. Les salariés et personnels extérieurs.....	32
4.2. Ratios budgétaires 2016 – analyse de la section soins	43
4.2.1. Répartition des charges par groupe.....	43
4.2.2. Taux d'amortissement.....	44
4.2.3. Poids des prestations extérieures.....	45
4.2.4. Appréciation du résultat comptable des EHPAD.....	45
4.2.5. Coût d'une place en hébergement permanent.....	47
4.3. Les créations de places en EHPAD	51
Par statut juridique	52
Par option tarifaire.....	52

<i>Par zone géographique</i>	53
<i>Par capacité d'accueil</i>	53
4.4. Le conventionnement des EHPAD.....	54
4.5. La médicalisation des EHPAD	55
4.6. Les crédits non reconductibles.....	58
4.7. La réouverture encadrée et maîtrisée du tarif global	61
4.8. La convergence tarifaire à la baisse	63
4.8.1. <i>La convergence tarifaire en 2016</i>	63
4.8.2. <i>Le bilan de la convergence 2009-2016</i>	67
5. Le coût global pour l'assurance maladie de l'accompagnement des résidents en EHPAD	69
5.1. Les dépenses d'assurance maladie relatives au forfait soins.....	69
5.2. Coût global des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée	72
5.2.1. <i>Répartition du coût des résidents en EHPAD par type de dépenses</i>	72
5.2.2. <i>Estimation du coût complet de l'accompagnement des résidents en EHPAD pour l'assurance maladie</i>	74
6. Perspectives	77
6.1. Les nouvelles règles d'allocation de ressources des EHPAD	77
6.1.1. <i>Sur la section « Soins »</i>	77
6.1.2. <i>Sur la section « Dépendance »</i>	78
6.1.3. <i>L'impact budgétaire global</i>	79
6.2. Les grands principes de la révision des ordonnances PATHOS	80
Annexe : mode de calcul des indicateurs.....	81



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).



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 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 variance¹ 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.

¹ 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.



La présence d'EHPAD atypiques a été analysée à l'aide de la méthode de la **moyenne tronquée** ou moyenne élaguée. Elle est calculée en supprimant un certain pourcentage de la distribution. L'étude s'établit sur une moyenne tronquée à 1 % (moyenne calculée sur un échantillon ou les 1 % d'observations les plus bas (percentile 01)² et les 1 % d'observations les plus élevées (percentile 99)³ sont supprimés).

1.2 Présentation des résultats

Pour chaque ratio sont proposées :

- une analyse descriptive nationale avec la moyenne⁴, la médiane⁵, le premier et le neuvième décile⁶ ;
- une analyse de la variabilité des résultats en fonction de neuf facteurs associés (soit les variables présentées en introduction).

1.3 Méthodes statistiques

La variabilité des résultats des indicateurs a été analysée au regard de neuf variables qualitatives composées de différentes modalités (classes) jugées pertinentes pour éclairer les différences observées. Ces variables et leur classement sont décrits plus haut.

La méthode utilisée consiste en une analyse de variance qui a pour objectif d'apprécier l'effet des variables qualitatives sur une variable quantitative⁷. Cependant, nous n'avons pas modélisé les interactions qui peuvent exister entre deux variables qualitatives (exemple : les EHPAD de plus de 200 places ont en majorité un statut public hospitalier ou les EHPAD au TG sont plus grands que ceux au TP). Ces analyses croisées seront menées dans un prochain rapport.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.2.

1.4 Limites de l'étude

Un échantillon est dit représentatif lorsqu'il est le modèle réduit de la population totale ou population mère, reproduisant le plus fidèlement possible sa structure (cas d'un échantillon obtenu par sondage aléatoire).

Dans cette étude, l'échantillon repose sur les données transmises à la fois par les EHPAD, les ARS et les CPAM à travers les systèmes d'informations de la CNSA (ImportCA et HAPI) et de la CNAMTS (RésidESMS).

Ainsi, les analyses réalisées dans ce rapport reposent sur les 6 884 EHPAD tarifés en 2016 et 5 820 comptes administratifs qui ont pu être rapprochés de la base globale des EHPAD tarifés. Les données transmises par la CNAMTS (RésidEHPAD) permettent d'étudier la situation de 5 151 EHPAD.

² Les percentiles ou centiles sont les valeurs qui partagent la population étudiée en cent parties égales.

Le percentile P01 sépare le 1 % inférieur des données.

³ Le percentile P99 sépare les 99 % inférieurs des données.

⁴ Il s'agit d'un taux moyen et non d'une moyenne de taux : si le taux correspond au rapport de deux caractères V (numérateur) = P * X et P (dénominateur) le taux moyen est égal [V Total / P Total], et il correspond à la moyenne pondérée [$\sum P_i * X_i / \sum P_i$].

⁵ Représente la valeur centrale qui sépare en deux parties égales notre échantillon.

⁶ Le premier décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent 10 % de la population et le neuvième décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent 90 % de la population.

⁷ Dans un premier temps, nous avons réalisé des analyses bivariées en utilisant des tests de Khi2 (comparaison de proportions) ou des tests de Student (comparaison de moyennes) pour mesurer la force de l'association d'une variable qualitative sur les indicateurs.

Ensuite, nous avons utilisé la procédure GLM pour réaliser des analyses de variance multidimensionnelle. Cette procédure permet de traiter des données déséquilibrées et de faire des comparaisons multiples (nous ne présentons pas dans le rapport les moyennes ajustées).

Les variables ont été analysées pour chaque indicateur, mais les résultats ne sont présentés que lorsqu'une association est mise en évidence avec la variabilité observée. Une p-value inférieure à 0,05 indique qu'une différence statistiquement significative (S) existe et une p-value inférieure à 0,0001 indique qu'une différence très significative (TS) existe.

Les résultats détaillés dans ce rapport sont donc représentatifs de l'ensemble des EHPAD tarifés en France. Le tableau suivant présente l'écart entre les deux populations (EHPAD observés dans HAPI et ceux pour lesquels nous disposons d'un compte administratif exploitable). Il permet d'apprécier qu'elles sont comparables.

Statut juridique	Nombre d'EHPAD HAPI 2016	Nombre d'EHPAD CA 2016	Nombre places installées en HP* HAPI 2016	Capacité moyenne en HP* HAPI 2016	Nombre places installées en HP* CA 2016	Capacité moyenne en HP* CA 2016
Privé commercial	1 749	1 656	129 079	74	123 569	75
Privé non lucratif	2 193	1 913	165 763	76	144 593	76
Public	2 942	2 251	287 547	98	213 281	95
<i>Public autonome</i>	<i>1 277</i>	<i>1 085</i>	<i>111 757</i>	<i>88</i>	<i>97 111</i>	<i>90</i>
<i>Public rattaché à un EPS</i>	<i>926</i>	<i>560</i>	<i>126 587</i>	<i>137</i>	<i>75 090</i>	<i>134</i>
<i>Public territorial (CCAS)</i>	<i>739</i>	<i>606</i>	<i>49 203</i>	<i>67</i>	<i>41 080</i>	<i>68</i>
France Métropole et DOM	6 884	5 820	582 389	85	481 443	83

(*HP : hébergement permanent)

2. Description des EHPAD

2.1 Place des EHPAD dans l'offre médico-sociale pour personnes âgées et leur implantation en France

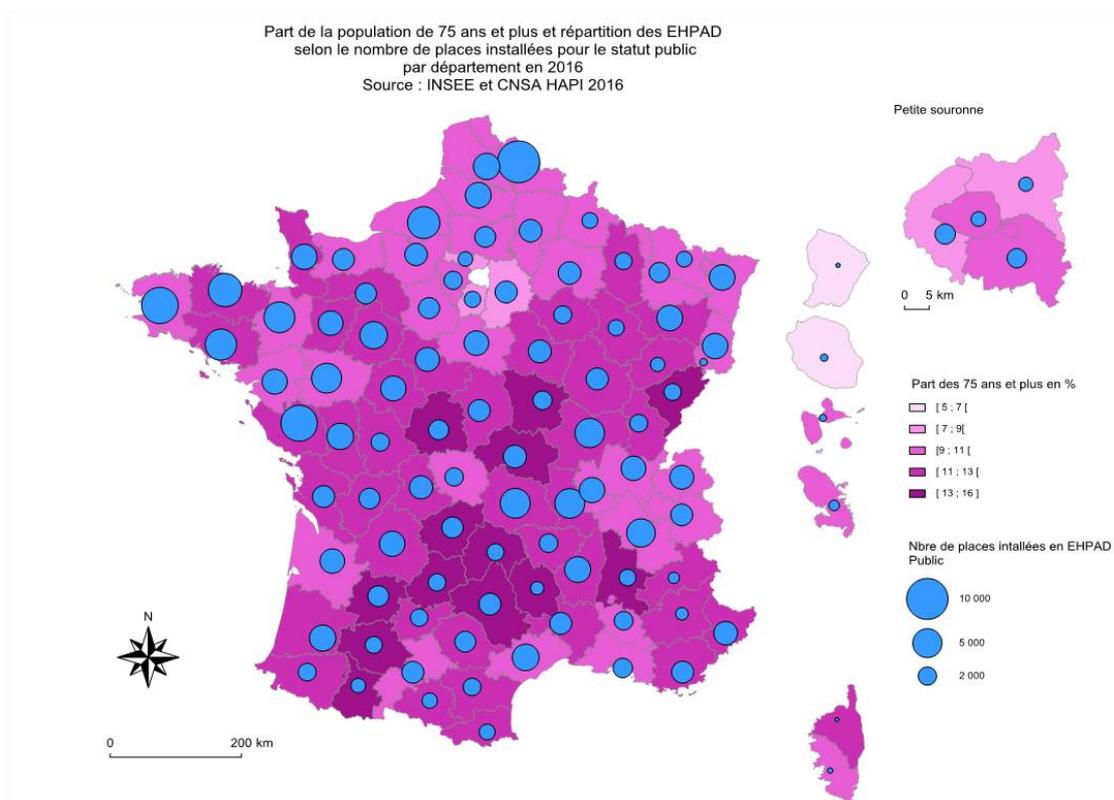
2.1.1 Implantation des EHPAD

Près de 6 900 EHPAD sont présents en France sur l'ensemble du territoire. Ils offrent près de 582 400 places en hébergement permanent, pour accueillir des personnes âgées dépendantes. Certaines conventions tripartites signées entre l'ARS, le président du conseil départemental et le gestionnaire prévoient le versement d'un forfait pour plusieurs EHPAD d'un même gestionnaire, dès lors qu'ils sont situés sur une même zone géographique. C'est pourquoi l'application HAPI, qui retrace la tarification des ESMS par les ARS, ne permet pas d'observer autant de forfaits soins qu'il existe effectivement d'EHPAD en France.

Les trois cartes suivantes présentent la répartition des EHPAD au 31 décembre 2016, par département et par secteur (public, privé non lucratif et privé commercial). Pour chaque département, la part des personnes âgées de 75 ans et plus est représentée (en fond de carte). Ces cartes permettent d'estimer si la présence des EHPAD semble proportionnelle à la part des personnes âgées présentes dans chaque département.

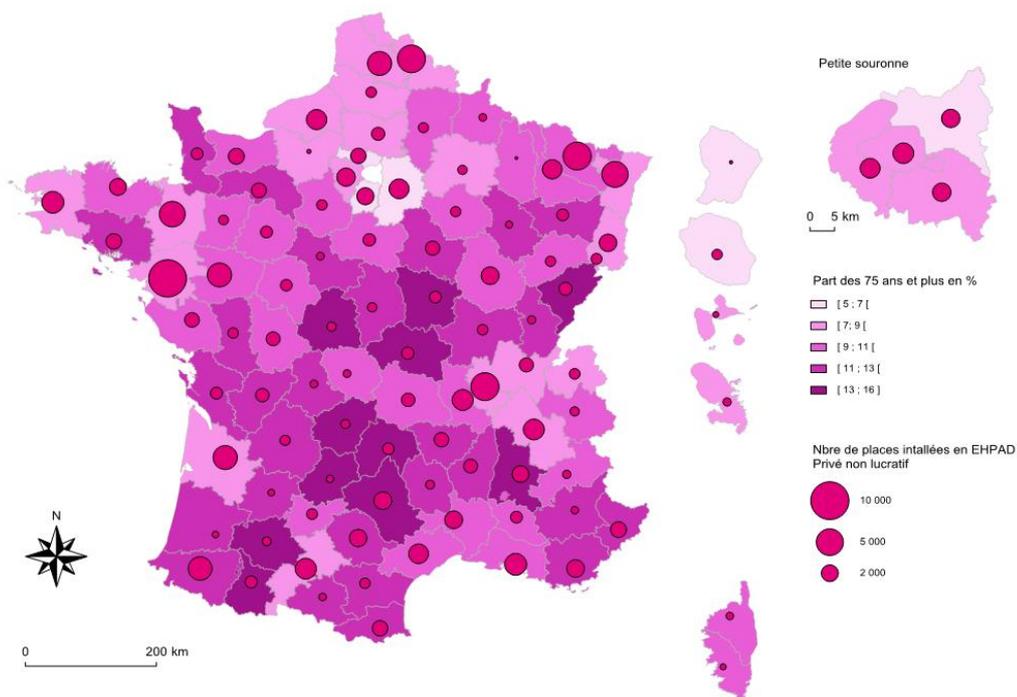
Elles permettent également de visualiser l'implantation des EHPAD par statut, sur l'ensemble du territoire.

Les EHPAD publics sont présents dans l'ensemble des départements et de façon relativement homogène.



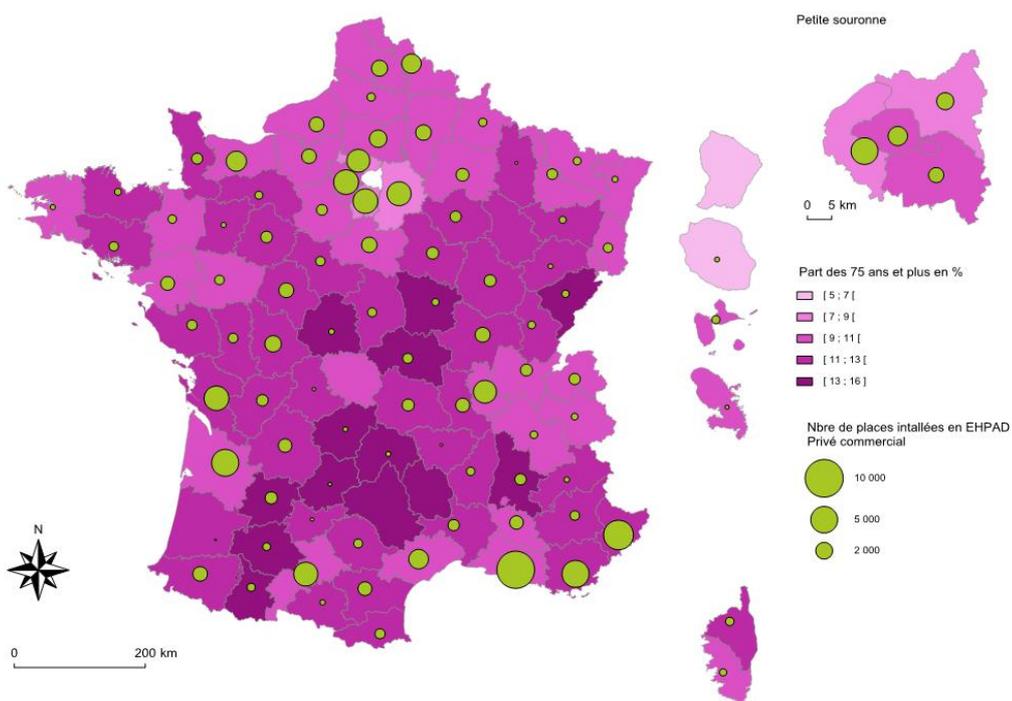
Les EHPAD privés non lucratifs sont également présents sur les différents départements, avec une présence plus marquée dans l'Est de la France, le Nord, en Île-de-France et en Pays de la Loire.

Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut privé non lucratif par département en 2016
Source : INSEE et CNSA HAPI 2016



Les EHPAD commerciaux sont plus présents en Île-de-France, en Nouvelle Aquitaine et plus précisément dans la région de Bordeaux, de la Charente-Maritime, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que le long de la côte.

Part de la population de 75 ans et plus et répartition des EHPAD selon le nombre de places installées pour le statut privé commercial par département en 2016
Source : INSEE et CNSA HAPI 2016

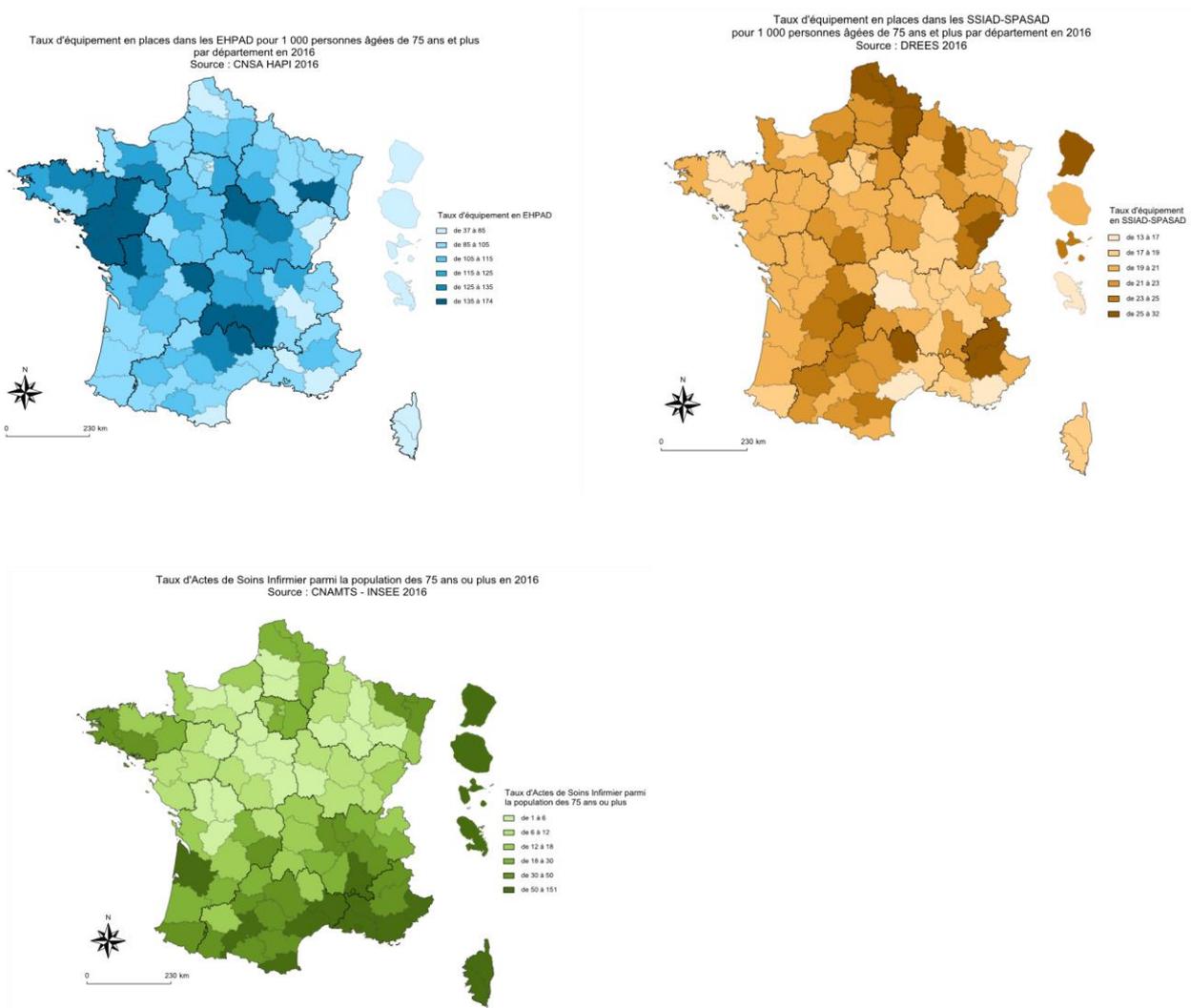


2.1.2 Les autres structures médico-sociales qui prennent en charge des personnes âgées

Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) et les infirmiers libéraux participent également à la prise en charge des personnes âgées, c'est pourquoi il convient d'observer l'ensemble de ces structures pour apprécier de façon plus fine la place des EHPAD au sein de cette offre.

Les trois cartes suivantes présentent les taux d'équipement départementaux, en 2016, en EHPAD puis en SSIAD et SPASAD et des actes infirmiers réalisés pour des personnes de 75 ans et plus. La confrontation de ces cartes indique que globalement, chaque département est correctement équipé pour prendre en charge les personnes âgées. Si des taux d'équipement relativement peu élevés apparaissent pour les départements du Var et de la Corse, qu'il s'agisse des SSIAD-SPASAD ou des EHPAD, la part des actes d'infirmiers réalisés auprès de personnes de 75 ans et plus vient atténuer ce constat.

Une étude plus fine de l'offre médico-sociale pour personnes âgées est présentée chaque année par la CNSA dans le bilan des plans nationaux de développement de l'offre⁸.



⁸ <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service-loffre-medico-sociale/les-creations-de-places/les-bilans-des-plans>

2.2 La place des EHPAD dans l'objectif global de dépenses médico-sociales pour personnes âgées

Chaque année, un objectif global des dépenses (OGD) est fixé pour cadrer l'évolution des ressources versées par la CNSA au profit des structures médico-sociales qui accueillent des personnes âgées. En 2016, 9,7 milliards d'euros ont été alloués à ces structures, par le biais des ARS.

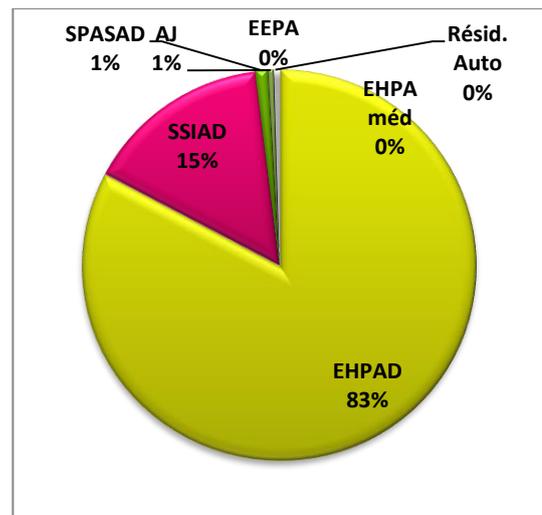
Ressources allouées aux ESMS PA en 2016

En volume financier

(source : HAPI)

Les ressources ont majoritairement bénéficié aux EHPAD (8,1 milliards d'euros), et 15 % ont été versées aux SSIAD.

Les autres structures (SPASAD, accueils de Jour autonomes, résidences autonomes et établissements expérimentaux pour personnes âgées, EEPA) regroupent moins de 5 % des ressources allouées en 2016 pour l'ensemble de ce secteur.



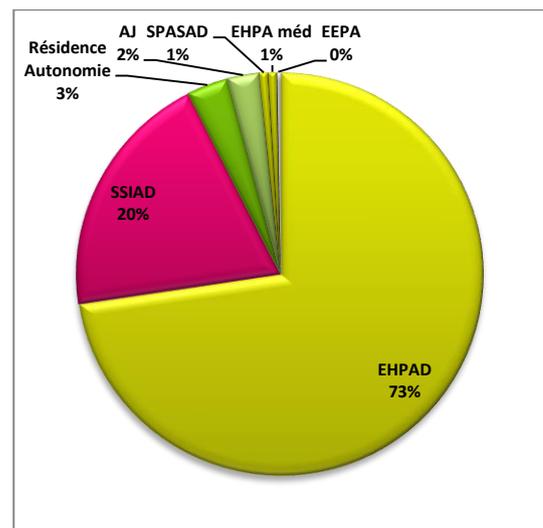
Répartition des ESMS PA en 2016

En nombre de structures

(source : HAPI)

Sur 9 479 structures du champ des personnes âgées, 73 % sont des EHPAD (6 884) et 20 % des SSIAD.

Les 7 % restants se partagent entre les résidences autonomie, les accueils de jour autonomes, les SPASSAD, les EHPAD et les structures expérimentales.

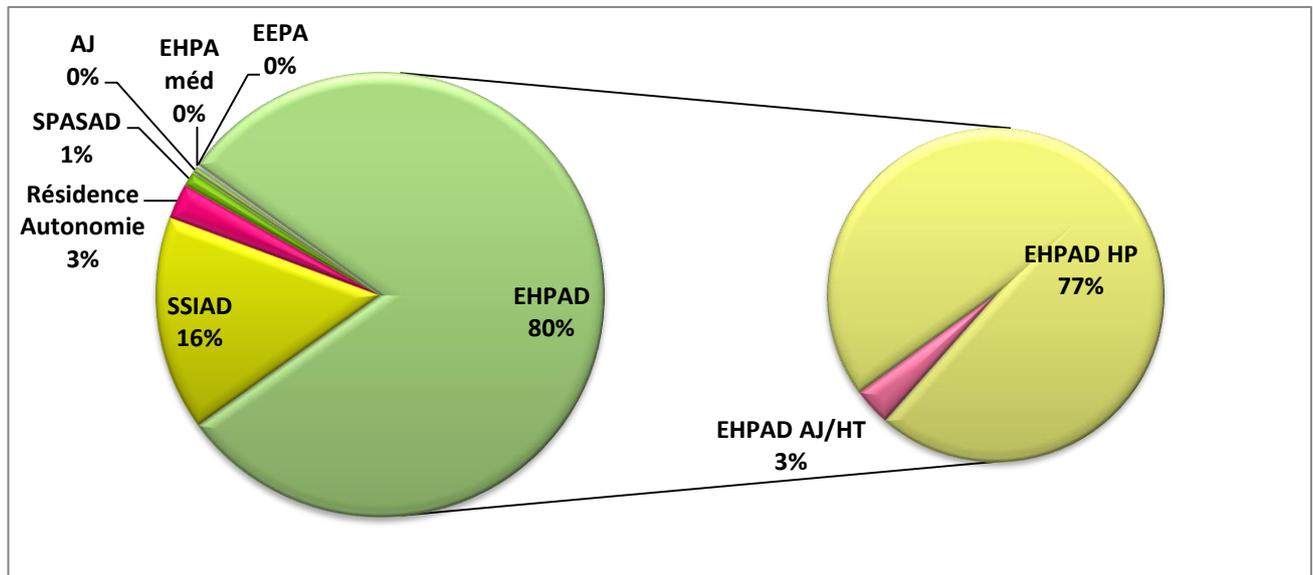


Afin d'identifier la part de cette offre dans l'ensemble des capacités d'accueil pour personnes âgées, le graphique ci-dessous détaille les capacités d'accueil des structures pour personnes âgées, par modalité d'accueil.



Les modalités d'accueil des structures PA, en nombre de places

(source : HAPI)



Ainsi, 77 % des capacités des EHPAD sont dédiées à l'hébergement permanent, soit 582 389 places au 31 décembre 2016.

Les coûts et autres ratios qui seront détaillés dans ce rapport reposent principalement sur l'analyse de l'accueil en hébergement permanent (HP).

2.3 Caractérisation des EHPAD

2.3.1 Le statut juridique des EHPAD

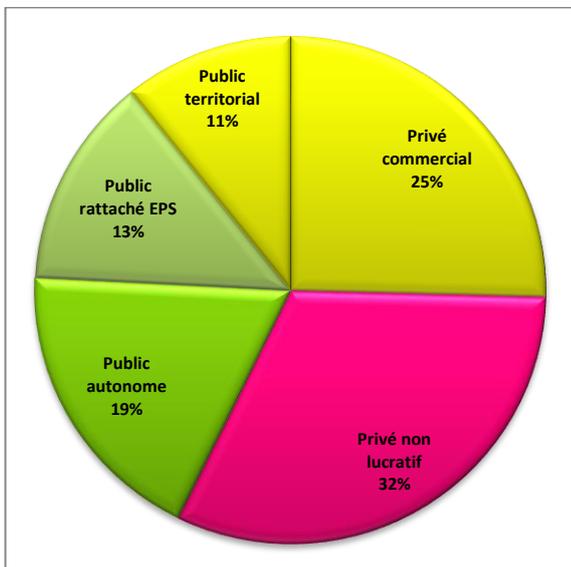
L'applicatif HAPI identifie 6 884 EHPAD tarifés en 2016. Parmi eux, 2 942 sont publics (soit 43 % de l'ensemble des EHPAD). Le secteur privé non lucratif regroupe près d'un tiers des EHPAD en 2016. Un quart des EHPAD sont privés commerciaux.

La répartition des places d'hébergement permanent entre les statuts laisse entrevoir que les EHPAD publics sont proportionnellement de taille plus importante que les autres structures, puisque 49 % des places en hébergement permanent sont dans des établissements publics.

Statut juridique des EHPAD en 2016

En nombre d'EHPAD

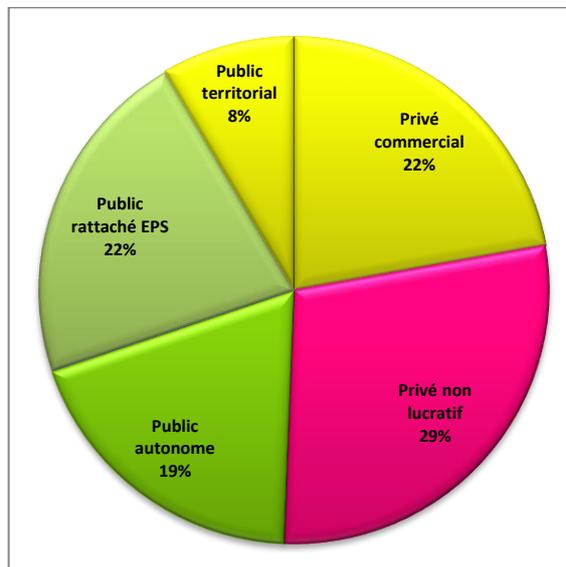
(source : HAPI)



Statut juridique des EHPAD en 2016

En nombre de places HP

(source : HAPI)



2.3.2 Les capacités d'accueil

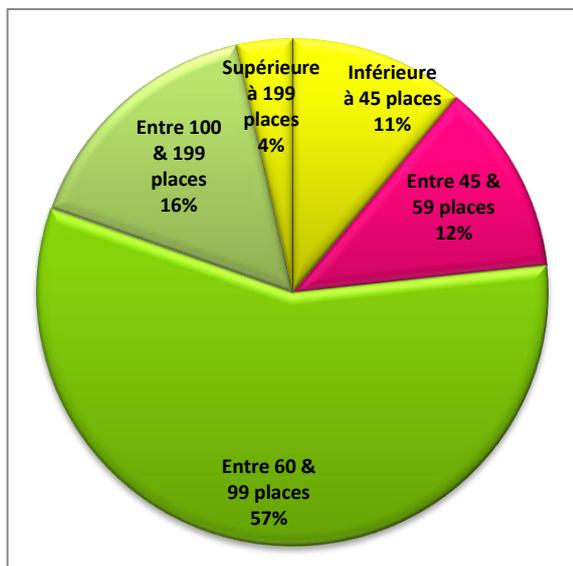
La majorité des EHPAD (57 %) comptent entre 60 et 99 places. Ces EHPAD regroupent 52 % de l'ensemble des capacités d'accueil en hébergement permanent.

11 % des EHPAD disposent de moins de 45 places, soit 4 % de l'offre en hébergement permanent. Les EHPAD dont la capacité d'accueil est la plus importante (200 places ou plus) représentent 4 % des établissements et regroupent 12 % des places en hébergement permanent.

Taille des EHPAD en 2016

En nombre d'EHPAD

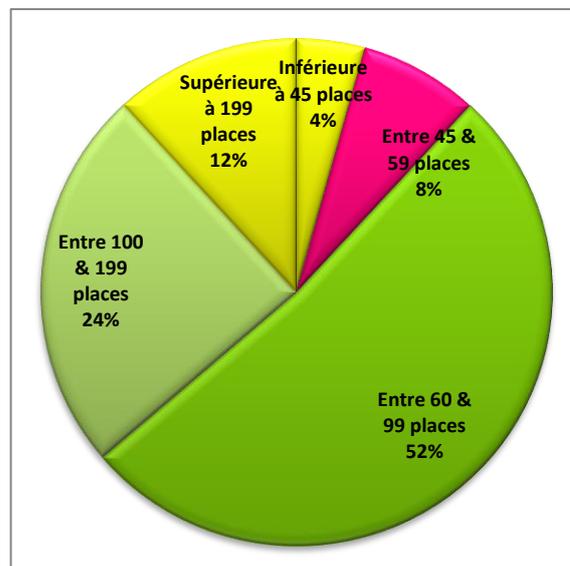
(source HAPI)



Taille des EHPAD en 2016

En nombre de places HP

(source : HAPI)



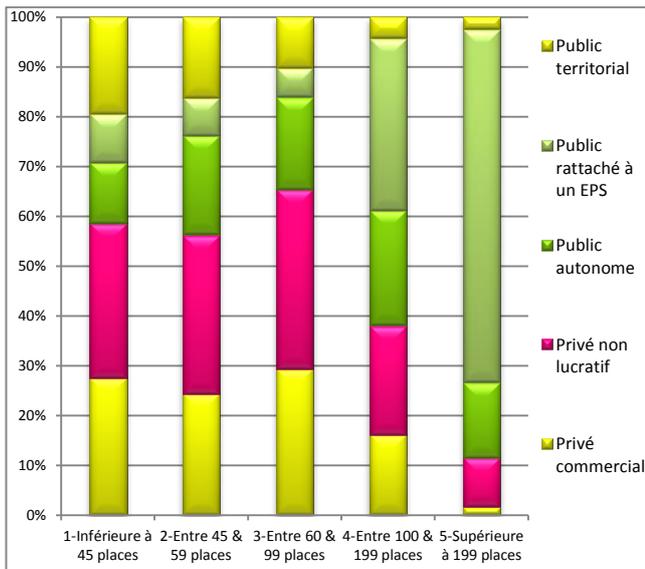


Les deux schémas suivants permettent d'apprécier la répartition des EHPAD selon leur capacité d'accueil et leur statut juridique. En nombre, comme en capacité d'accueil, les EHPAD de 200 places et plus sont principalement des établissements publics, et notamment rattachés à un établissement de santé. Les EHPAD privés commerciaux offrent des capacités d'accueil moins importantes et le secteur privé non lucratif regroupe des établissements de tailles diverses.

Taille des EHPAD en fonction du statut juridique

En nombre d'EHPAD

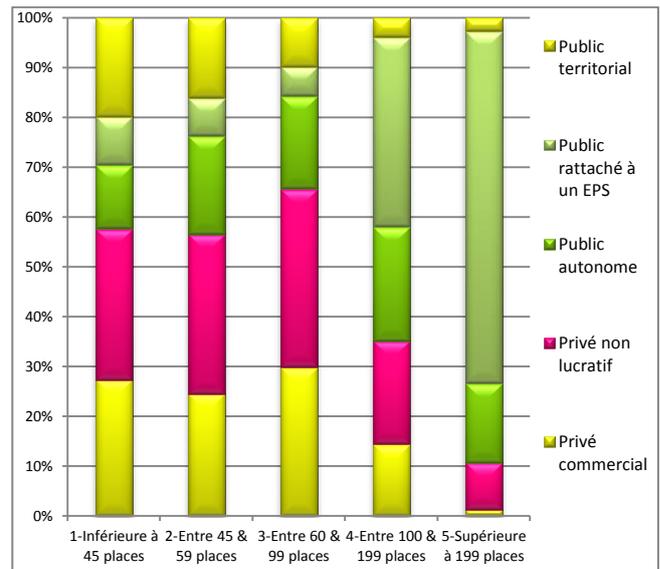
(source HAPI)



Taille des EHPAD en fonction du statut juridique

En nombre de places HP

(source HAPI)



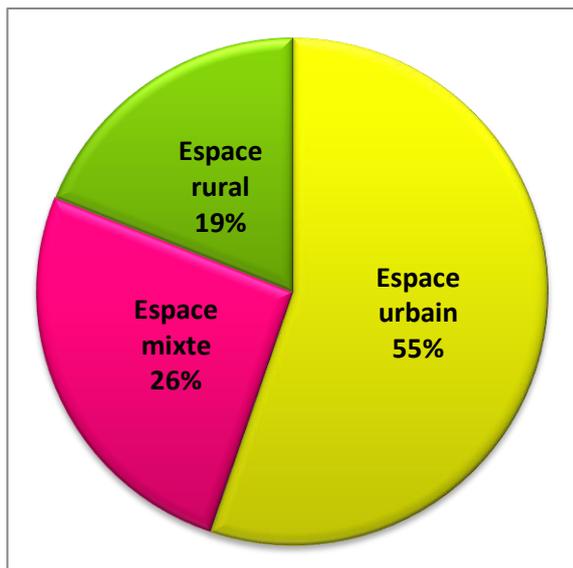
2.3.3 Les zones d'implantation

La majorité des EHPAD sont situés dans des zones urbaines, au sens de l'INSEE. Il s'agit généralement d'établissements dont les capacités d'accueil sont plus importantes. Globalement, les EHPAD ruraux et mixtes offrent un nombre de places en hébergement permanent moins élevé que les EHPAD situés en ville.

Zone d'implantation des EHPAD en 2016

En nombre d'EHPAD

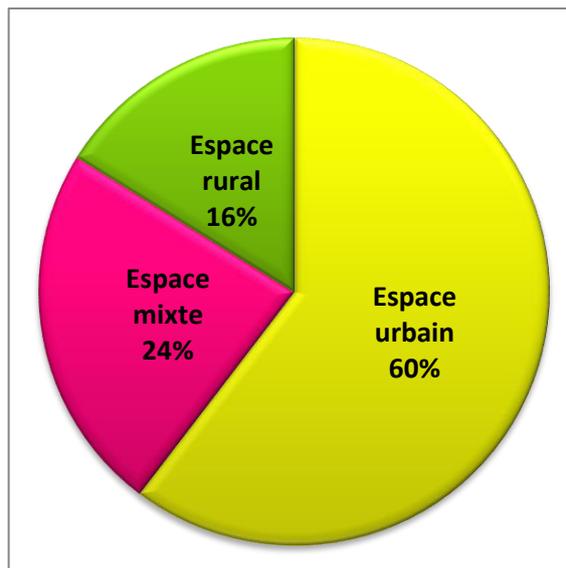
(sources HAPI et INSEE)



Zone d'implantation des EHPAD en 2016

En nombre de places HP

(sources HAPI et INSEE)

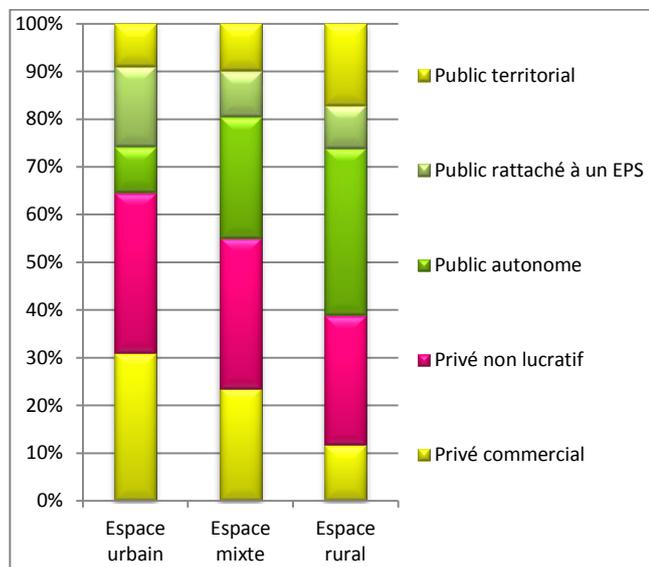


Le poids des EHPAD privés non lucratifs est proportionnel dans les trois types de zones d'implantation. Les espaces ruraux regroupent davantage de structures publiques et particulièrement des EHPAD publics autonomes. Le secteur privé commercial est plus implanté en ville.

Zone géographique & statut des EHPAD

En nombre d'EHPAD

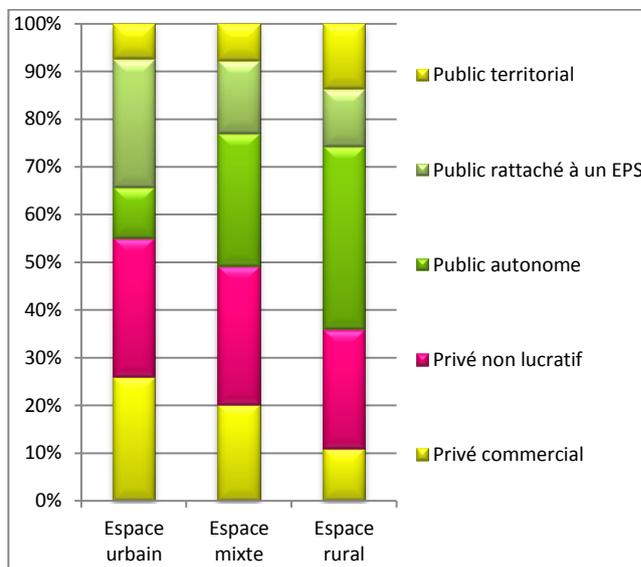
(sources HAPI et INSEE)



Zone géographique & statut des EHPAD

En nombre de places HP

(sources HAPI et INSEE)



2.3.4 L'année d'ouverture

Après un ralentissement du rythme d'ouverture des EHPAD dans les années 1970, de nouveaux EHPAD sont créés depuis, ce qui confirme la poursuite du développement de ce secteur pour répondre aux besoins des personnes âgées.

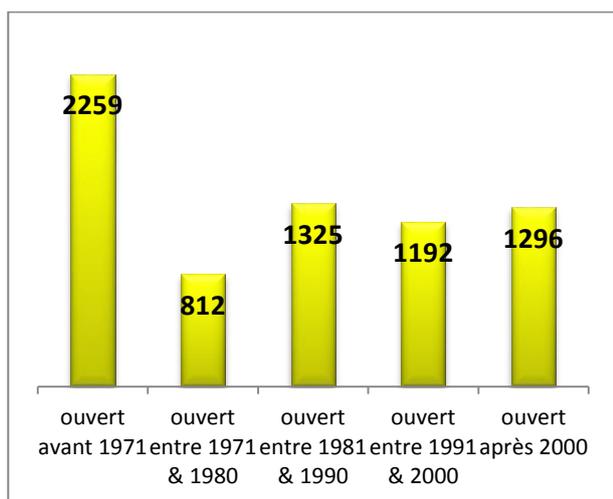
Si les EHPAD compris entre 60 et 99 places représentaient 50 % des EHPAD ouverts avant 1971, leur poids n'a cessé d'augmenter au fil du temps. Parmi les EHPAD ouverts depuis 2000, 65 % disposent de 60 à 99 places. Les ouvertures d'EHPAD compris entre 100 et 199 places semblent se stabiliser pour représenter entre 8 et 9 % des EHPAD ouverts sur une période donnée. La part des EHPAD de plus de 200 places diminue sur toute la période étudiée, et représente 1,5 % des capacités d'accueils créées depuis 2000. Enfin, la part des petites structures a significativement augmenté jusqu'à la fin du XX^e siècle pour atteindre 18,4 % de places créées, et représente moins de 14 % des places créées depuis le début du XXI^e siècle.

Si la capacité d'accueil des EHPAD semble converger vers un nombre de places compris entre 60 et 100 places, les ratios présentés plus loin dans ce rapport permettront de confirmer s'il existe ou non un « effet taille » ou une « capacité d'accueil optimale » qui permettrait de maximiser la gestion et l'organisation des EHPAD.

Année d'ouverture des EHPAD

En nombre d'EHPAD

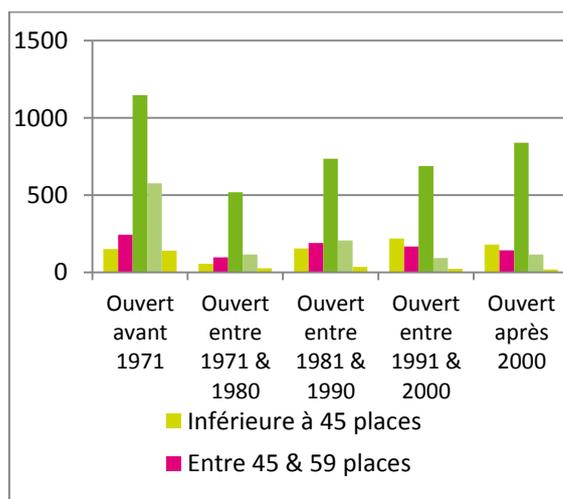
(source HAPI)



Année d'ouverture des EHPAD

En nombre de places HP

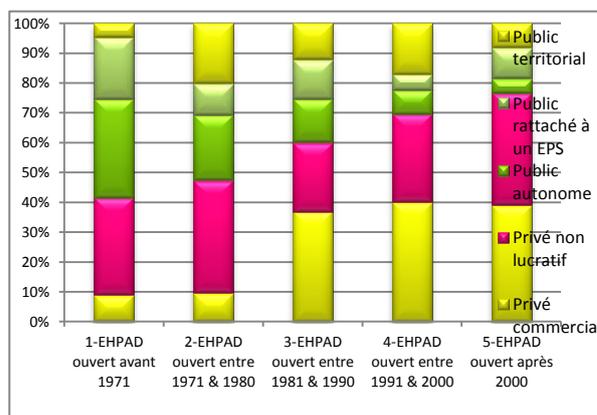
(source HAPI)



Année d'ouverture et statut des EHPAD

En nombre d'EHPAD

(source HAPI)



Le graphique ci-contre représente clairement le développement du secteur privé commercial depuis les années 1980.

Corrélativement à cette croissance du secteur commercial, il est observé un moindre développement des structures publiques, dont les ouvertures sont moins nombreuses sur cette même période.

Néanmoins, le secteur public reste le plus représenté dans l'offre de places en hébergement permanent.

La part du secteur privé non lucratif se maintient tout au long de la période étudiée.

2.3.5 L'habilitation à l'aide sociale

L'habilitation d'un EHPAD à l'aide sociale consiste à pouvoir recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, c'est-à-dire des personnes dont les ressources sont limitées et dont la prise en charge de la prestation d'hébergement est assurée en tout ou partie par le conseil départemental.

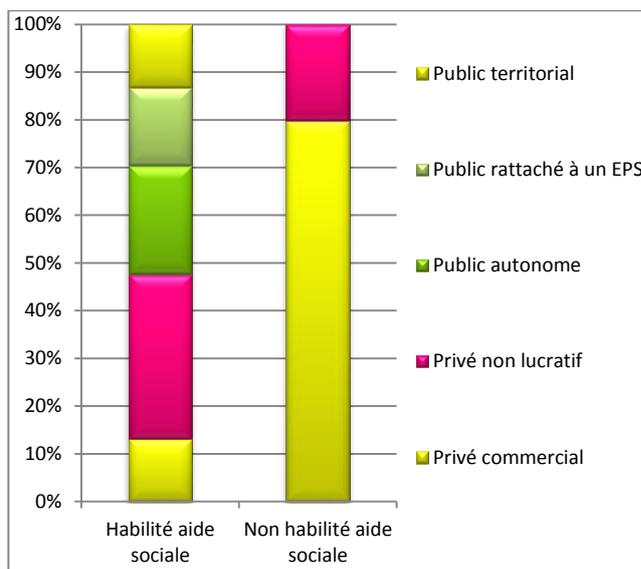
82 % des EHPAD ouverts en 2016 sont habilités à l'aide sociale. Si les données du répertoire FINESS distinguent les places effectivement habilitées à l'aide sociale, au sein de l'ensemble des capacités d'accueil des EHPAD, la robustesse de ces données n'est pas suffisante pour pouvoir les présenter dans ce rapport.

Si l'ensemble des EHPAD publics sont habilités à l'aide sociale, seulement 42 % des EHPAD commerciaux et 88 % des EHPAD privés non lucratifs disposent de cette habilitation.

Habilitation et statut des EHPAD

En nombre d'EHPAD

(sources HAPI et FINESS)





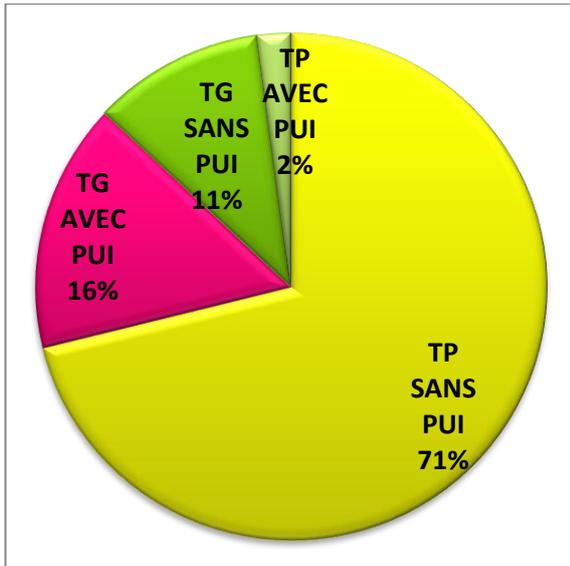
2.3.6 Description des options tarifaires

Les prestations couvertes par le forfait global de soins varient en fonction de l'option tarifaire de l'établissement. Le tarif peut être « global » ou « partiel » et il varie selon la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur. Une définition plus complète du périmètre de chacune de ces options est détaillée dans la partie 5 du présent rapport.

Options tarifaires des EHPAD

En nombre d'EHPAD

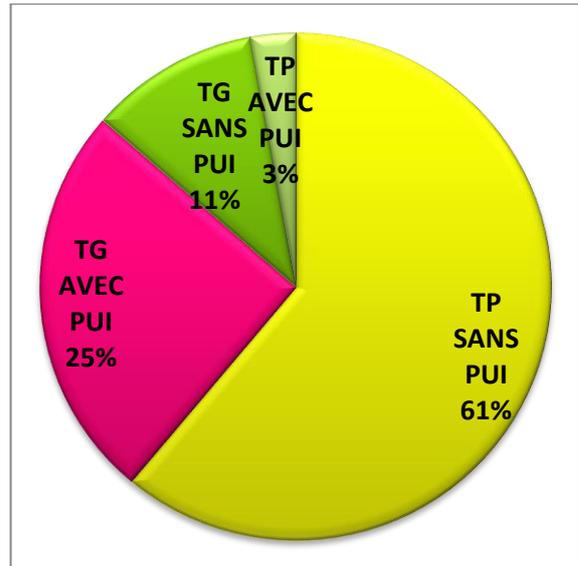
(source : HAPI)



Options tarifaires des EHPAD

En nombre de places HP

(source : HAPI)



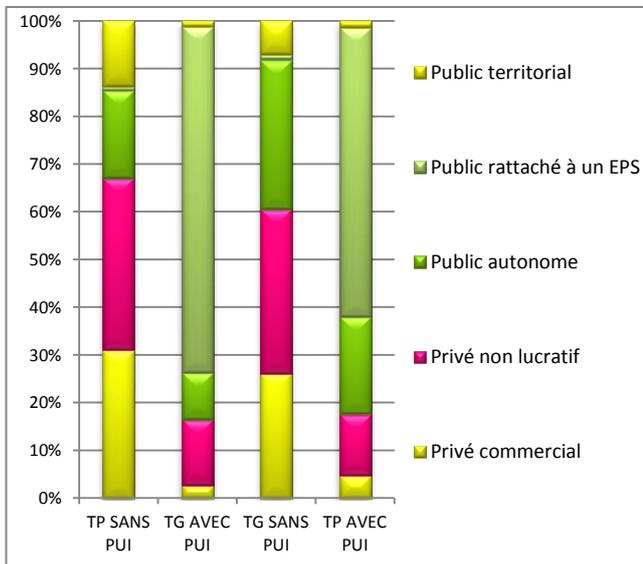
En 2016, 71 % des EHPAD, représentant 61 % des places, ont opté pour le tarif partiel sans PUI, 16 % pour le tarif global avec PUI, 11 % pour le tarif global sans PUI, et 2 % pour le tarif partiel avec PUI.

Les EHPAD relevant du tarif global avec PUI ont une taille atypique par rapport aux autres options tarifaires : 16 % des EHPAD regroupent 25 % des places, soit un sixième des EHPAD pour un quart des places.

Option tarifaire et statut des EHPAD

En nombre d'EHPAD

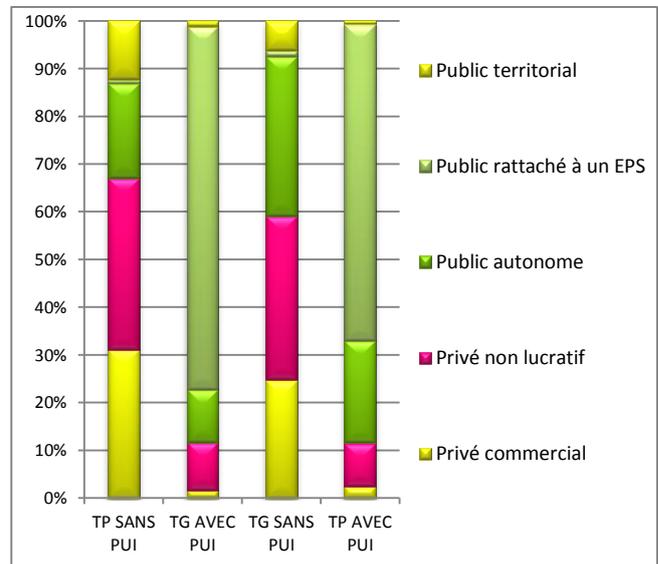
(source : HAPI)



Option tarifaire et statut des EHPAD

En nombre de places HP

(source : HAPI)



Les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel sans PUI sont majoritairement des EHPAD relevant du secteur privé commercial ou du secteur privé à but non lucratif. Par contre, dès qu'un EHPAD possède une pharmacie à usage intérieur, il a une forte probabilité d'être rattaché à un établissement de santé qui dispose de l'ensemble du plateau technique facilitant, notamment, la gestion des produits pharmaceutiques.

2.3.7 Les unités Alzheimer

Impulsées par le plan Alzheimer 2008-2012, les unités Alzheimer, que sont les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR), ont pour rôle d'adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie d'Alzheimer et apparentée.

Les PASA proposent, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins.

Quant aux UHR, elles sont destinées à des résidents ayant des troubles sévères du comportement. Elles se présentent sous la forme de petites unités les accueillant nuit et jour et sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins.

En 2016, les ARS ont alloué près de 134 millions d'euros à ces unités, qui se répartissent comme suit :

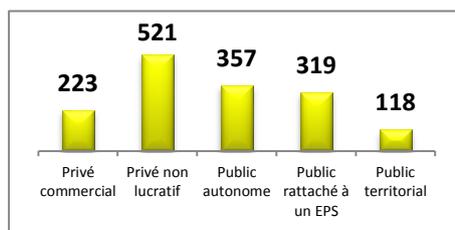
	PASA	UHR
Montants financés par les ARS en 2016	98 239 944 €	35 325 644 €
Nombre de structures	1 538	145
Nombre de places	20 814	1 925

Le panorama des PASA

Répartition des EHPAD ayant un PASA (Sources HAPI et FINESS)

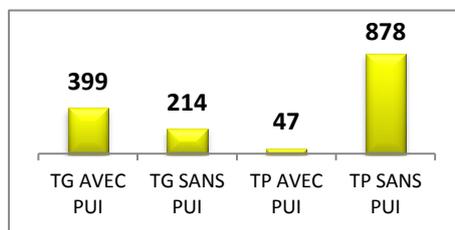
Par statut juridique

Les PASA sont situés, en majorité, dans des EHPAD privés non lucratifs.



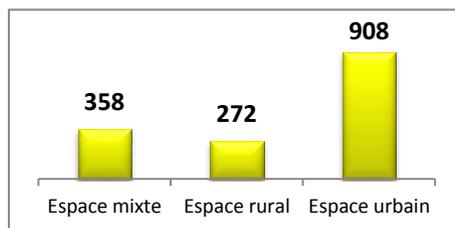
Par option tarifaire

Les PASA sont portés, en majorité, par des EHPAD ayant opté pour le tarif partiel sans PUI.



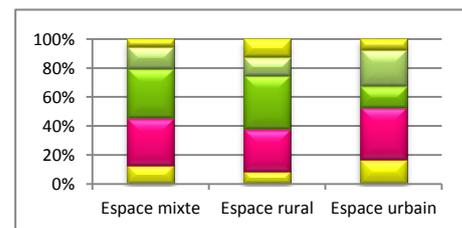
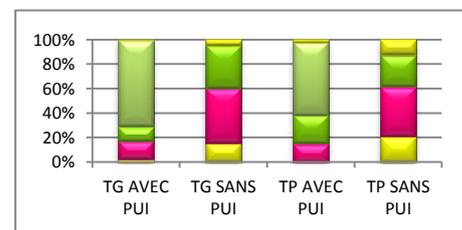
Par zone géographique

Les PASA sont essentiellement présents dans des EHPAD localisés en milieu urbain.



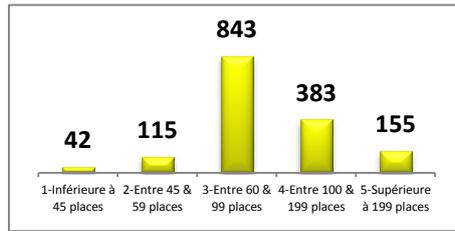
Analyses multidimensionnelles

- Public territorial
- Public rattaché à un EPS
- Public autonome
- Privé non lucratif
- Privé commercial



Par capacité d'accueil

Les PASA sont situés majoritairement dans des EHPAD dont la capacité est comprise entre 60 et 99 places.

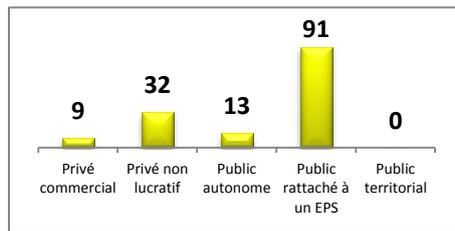


Le panorama des UHR

Par statut juridique

Les UHR sont en majorité dans des EHPAD publics rattachés à des établissements de santé.

Répartition des EHPAD ayant une UHR (Sources HAPI et FINES)

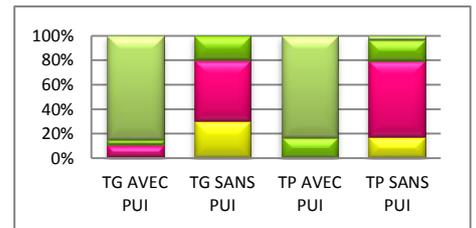
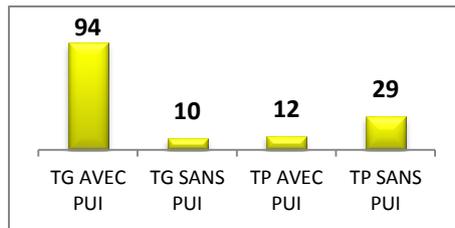


Analyses multidimensionnelles

- Public territorial
- Public rattaché à un EPS
- Public autonome
- Privé non lucratif
- Privé commercial

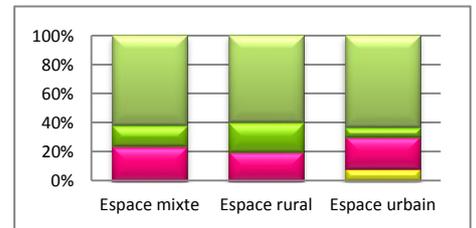
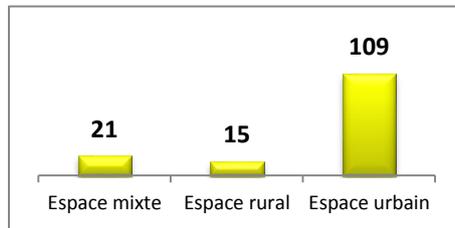
Par option tarifaire

Les UHR sont en majorité situés dans des EHPAD ayant opté pour le tarif global avec PUI.



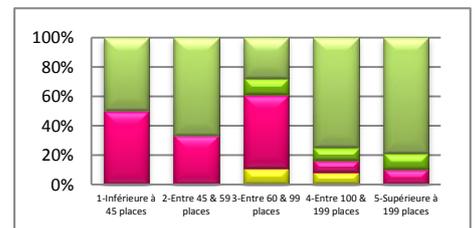
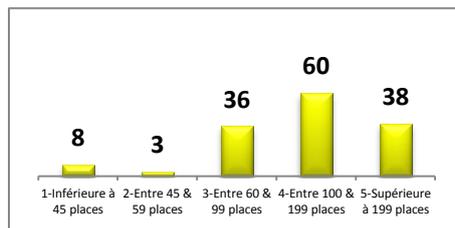
Par zone géographique

Les UHR sont portées, en majorité, par des EHPAD localisés en milieu urbain.



Par capacité d'accueil

Les UHR sont majoritairement dans des EHPAD dont la capacité est comprise entre 100 et 199 places.



3. Description des résidents

3.1 La dépendance des résidents présents dans les EHPAD

Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources).

Il existe six niveaux de GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

La répartition des résidents par GIR est présentée par chaque EHPAD dans son compte administratif. En 2016, les données de 5 780 EHPAD ont pu être exploitées. Ces EHPAD déclarent accueillir au total 498 142 résidents en 2016. Dans son *Études et résultats* n°1015 de juillet 2017, la DRESS indique que 728 000 personnes résidaient en EHPAD en 2015. L'échantillon analysé ici représente plus de 68 % de la population accueillie en EHPAD.

Le second tableau présente la même information, centrée sur l'accueil en hébergement permanent. Il confirme que les EHPAD accueillent toujours majoritairement des résidents de GIR 1-2, quel que soit leur statut. Cette part est sensiblement plus faible (52 %) dans les EHPAD privés non lucratifs et les EHPAD publics territoriaux ayant transmis leur CA 2016.

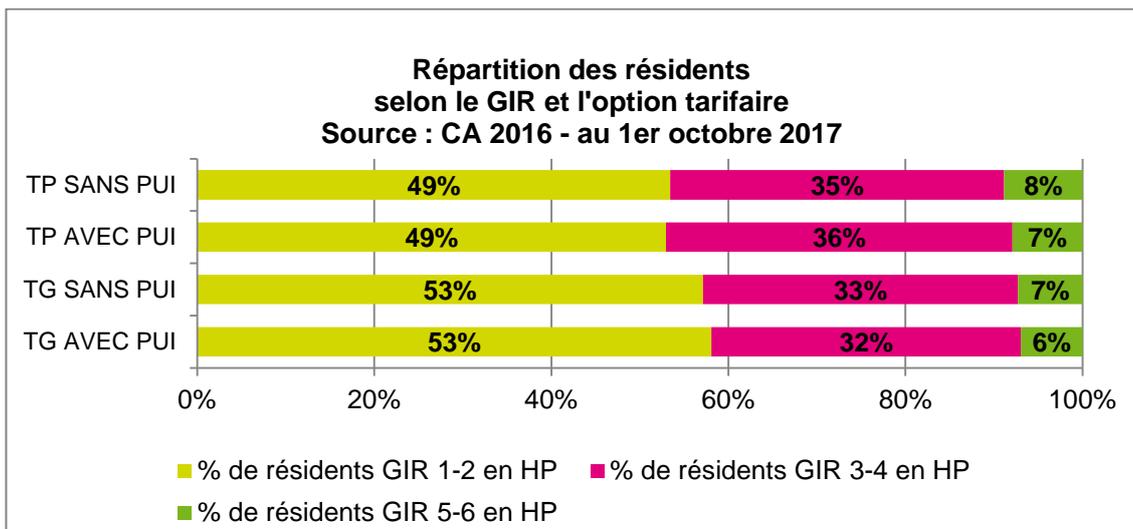
Répartition en nombre de résidents selon le statut juridique en 2016
Source : CA 2016 - au 1er octobre 2017

Statut juridique	Nombre d'EHPAD	Nombre de résidents GIR 1-2 en HP	Nombre de résidents GIR 3-4 en HP	Nombre de résidents GIR 5-6 en HP	Nombre résidents de moins de 60 ans en HP	Nombre de résidents total en HP	Nombre de résidents en HT	Nombre de résidents en AJ	Nombre de résidents Total
Privé commercial	1 650	57 596	36 659	6 737	420	101 412	1 841	3 571	106 824
Privé non lucratif	1 889	76 007	54 585	14 448	584	145 624	5 005	5 031	155 660
Public	2 241	118 815	78 545	16 719	1 287	215 366	10 932	9 360	235 658
<i>Public autonome</i>	1 081	53 862	35 017	6 786	483	96 148	5 743	3 959	105 850
<i>Public rattaché à un EPS</i>	557	43 089	27 735	5 735	715	77 274	3 488	2 626	83 388
<i>Public territorial (CCAS)</i>	603	21 864	15 793	4 198	89	41 944	1 701	2 775	46 420
Total échantillon EHPAD CA 2016	5 780	252 418	169 789	37 904	2 291	462 402	17 778	17 962	498 142

Répartition en % de résidents en hébergement permanent, selon le statut juridique en 2016
Source : CA 2016 - au 1er octobre 2017

Statut juridique	Résidents GIR 1-2 en HP	Résidents GIR 3-4 en HP	Résidents GIR 5-6 en HP	%résidents de moins de 60 ans en HP
Privé commercial	57%	36%	7%	0%
Privé non lucratif	52%	37%	10%	0%
Public	55%	36%	8%	1%
<i>Public autonome</i>	56%	36%	7%	1%
<i>Public rattaché à un EPS</i>	56%	36%	7%	1%
<i>Public territorial (CCAS)</i>	52%	38%	10%	0%
Total échantillon EHPAD CA 2016	55%	37%	8%	0%

Les EHPAD en tarif global accueillent une part plus importante de résidents de GIR 1-2 que les EHPAD en tarif partiel, et ce, quel que soit le statut des structures concernées.



3.2 Le taux d'hospitalisation des résidents

Les taux d'hospitalisation de 5 152 EHPAD ont pu être exploités à travers l'analyse des données RésidEHPAD transmises par la CNAMTS. Il s'agit du nombre de journées d'hospitalisation des résidents rapporté au nombre total de journées en EHPAD. En 2016, on observe un taux d'hospitalisation moyen pondéré de 1,43 % dans ces 5 152 EHPAD. Hors valeurs extrêmes, ce taux varie de 0,62 % à 1,97 % et la valeur médiane s'établit à 1,14 %. Ces éléments montrent une forte disparité du taux d'hospitalisation des résidents des EHPAD.

Taux d'hospitalisation moyen et dispersion des résidents en EHPAD

Source : CNAMTS 2016

	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Dispersion		
			1er décile	Médiane	9ème décile
Total échantillon EHPAD CNAMTS 2016	5 152	1,43%	0,62%	1,14%	1,97%

Le taux d'hospitalisation est significativement plus élevé dans les EHPAD privés commerciaux et publics autonomes, comparativement aux EHPAD d'autres statuts. Le taux d'hospitalisation est le plus faible dans les EHPAD rattachés à un établissement de santé. Ces structures étant globalement de taille importante, cela peut expliquer que les EHPAD de plus de 200 places affichent un taux moyen d'hospitalisation inférieur aux autres EHPAD. Ce tableau indique également que les EHPAD dont le GMP est compris entre 600 et 800 points ont un taux d'hospitalisation significativement plus élevé que les autres EHPAD (dont le GMP est soit plus faible, soit plus élevé). Cela laisse supposer que les EHPAD qui accueillent des résidents en moyenne plus dépendants sont organisés pour les prendre en charge et éviter davantage d'hospitalisations que les autres établissements. À l'opposé, les EHPAD dans lesquels les résidents sont en moyenne moins dépendants ne sont pas autant confrontés que les autres à cette situation.

Estimation des déterminants du taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1 %*** 5 %** 10 %* >10 %ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique : Privé commercial	1 490	1,56%	***	0,69%	1,25%	2,12%
Statut juridique : Privé non lucratif	1 761	1,38%	NS	0,58%	1,08%	1,90%
Statut juridique : Public autonome	997	1,42%	**	0,65%	1,17%	1,98%
Statut juridique : Public rattaché à un EPS	355	1,29%	**	0,45%	0,96%	1,82%
Statut juridique : Public territorial (CCAS)	549	1,38%	Référence	0,64%	1,14%	1,82%
Option tarifaire : TG AVEC PUI	530	1,24%	***	0,46%	0,93%	1,70%
Option tarifaire : TG SANS PUI	629	1,31%	***	0,59%	1,07%	1,73%
Option tarifaire : TP AVEC PUI	77	1,43%	NS	0,53%	1,17%	1,88%
Option tarifaire : TP SANS PUI	3 916	1,49%	Référence	0,66%	1,18%	2,03%
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	403	1,54%	***	0,49%	1,15%	2,08%
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	569	1,43%	***	0,59%	1,15%	1,89%
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 143	1,48%	***	0,64%	1,16%	2,02%
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	896	1,37%	***	0,63%	1,11%	1,87%
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	141	1,16%	Référence	0,44%	0,90%	1,55%
Habilitation à l'aide sociale (HAS) : NON	1 037	1,58%	***	0,68%	1,24%	2,20%
Habilitation à l'aide sociale (HAS) : OUI	4 114	1,39%	Référence	0,61%	1,13%	1,92%
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	4 034	1,46%	***	0,63%	1,16%	2,01%
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	1 118	1,33%	Référence	0,60%	1,08%	1,81%
Classe GMP : 1-Moins de 600	353	1,33%	NS	0,57%	1,04%	1,83%
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 488	1,45%	***	0,66%	1,17%	1,96%
Classe GMP : 3-[700 à 800[	2 812	1,46%	***	0,64%	1,17%	2,01%
Classe GMP : 4-Plus de 800	499	1,28%	Référence	0,49%	1,00%	1,76%
Classe PMP : 1-Moins de 150	528	1,38%	***	0,59%	1,09%	1,93%
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 362	1,43%	***	0,64%	1,15%	1,96%
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 720	1,43%	***	0,62%	1,14%	1,96%
Classe PMP : 4-Plus de 250	542	1,51%	Référence	0,56%	1,14%	2,15%

3.3 Le besoin en soins et le niveau de dépendance des résidents des EHPAD

3.3.1 Le PMP et le GMP en quelques mots

L'outil PATHOS permet d'évaluer la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies présentées par les résidents des EHPAD. Une évaluation médicale de la situation des résidents est effectuée au moins tous les cinq ans. Une fois cette évaluation validée par l'ARS, le besoin en soins des résidents est agrégé au niveau de la structure, afin de déterminer le niveau moyen de besoin en soins. Cette évaluation se matérialise par un niveau de Pathos Moyen Pondéré (PMP), dont la valeur intervient dans le calcul de l'équation tarifaire sur le volet soin (détermination de la ressource Assurance maladie dont pourra bénéficier l'EHPAD). Plus la valeur du PMP est élevée, plus le besoin en soins des résidents est important.

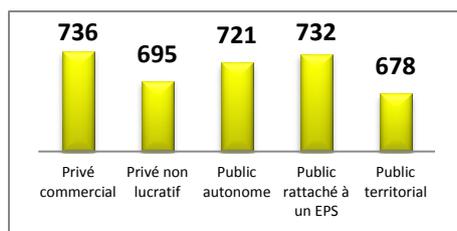
La grille AGGIR est utilisée pour estimer le niveau de perte d'autonomie de chaque résident en EHPAD. Comme pour l'estimation de leur besoin en soins, cette évaluation est actualisée régulièrement dans les EHPAD. L'agrégation des niveaux de dépendance des résidents est faite au niveau de la structure, afin d'estimer son niveau de GIR Moyen Pondéré (GMP). Plus la valeur du GMP est élevée, plus le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents est important.

3.3.2 Le GMP et le PMP moyen constaté en 2016

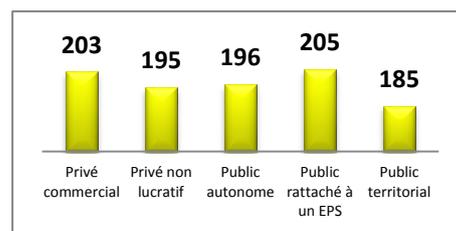
Par statut juridique

Le GMP et le PMP sont comparables dans le secteur privé commercial et dans les EHPAD publics rattachés à un établissement de santé.

Niveau moyen de GMP

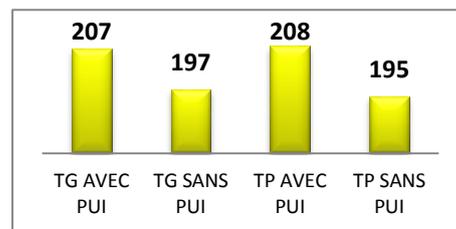
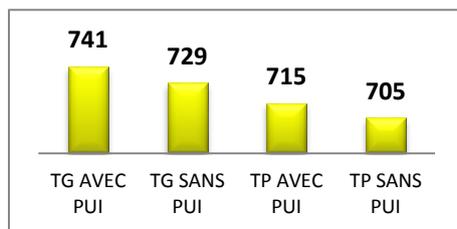


Niveau moyen de PMP



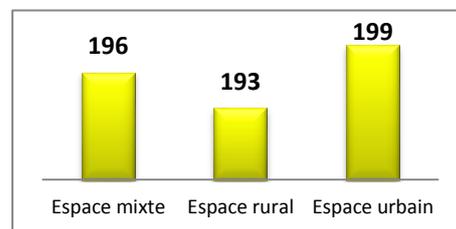
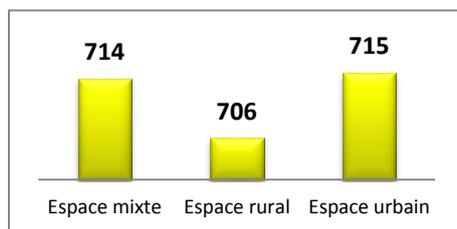
Par option tarifaire

Le GMP suit la même tendance que le périmètre des charges couvert par chaque option. Le PMP est particulièrement élevé lorsque les EHPAD disposent d'une pharmacie à usage intérieur.



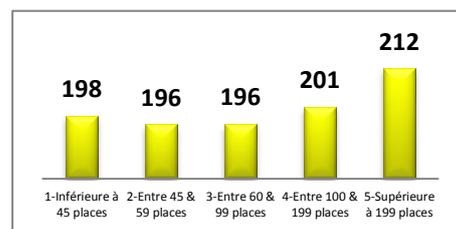
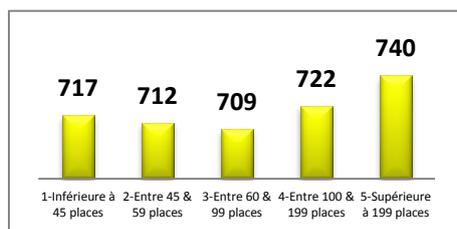
Par zone géographique

Les EHPAD ruraux affichent un PMP et un GMP moyen significativement moins élevé que les autres EHPAD.



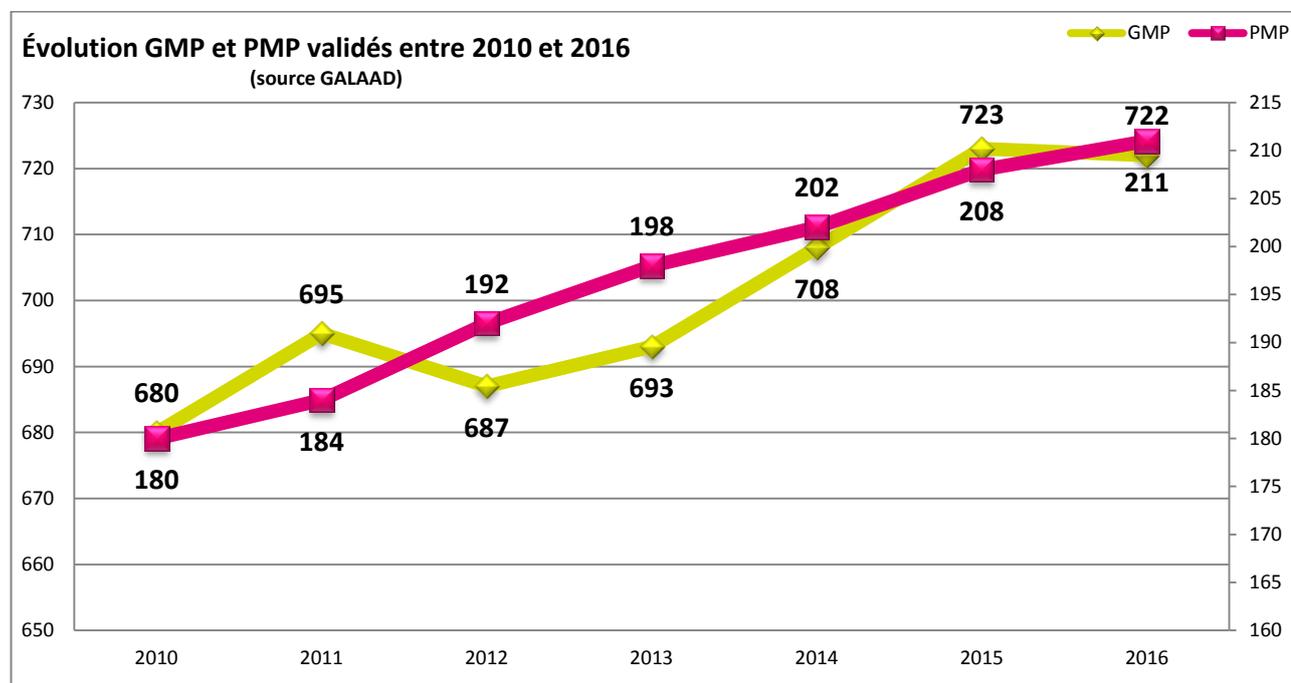
Par taille d'EHPAD

Le GMP évolue de manière comparable au PMP en fonction de la capacité d'accueil des EHPAD. Le GMP et le PMP sont les plus faibles dans les EHPAD de 60 à 99 places.



3.3.3 L'évolution pluriannuelle du GMP et PMP moyen

Le graphique suivant permet d'observer, sur la période 2010-2016, l'évolution du GMP et du PMP moyen, qui ont fait l'objet d'une validation dans le système d'information GALAAD mis à la disposition des ARS par la CNSA.



Depuis 2010, le PMP est passé de 180 à 211, soit une progression +17 % de la charge en soins dans les EHPAD. Quant au GMP, il est passé de 680 à 722 sur la même période, soit une progression de +6 % du niveau de dépendance des résidents en EHPAD.

L'accroissement du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des résidents sont corrélés au succès de la politique de maintien à domicile et certainement au coût élevé de l'hébergement, qui ont pour effet de retarder, au maximum, l'entrée en EHPAD. En effet, l'âge moyen des résidents en EHPAD est passé de 83 ans à 86 ans entre 2007 et 2015⁹.

⁹ Enquête EHPA 2007 (DREES) + Les soins en EHPAD 2013-2015 (CNSA)

4. Analyse de l'activité des EHPAD

4.1 L'organisation des EHPAD

Les ratios suivants permettent d'apprécier l'organisation interne des EHPAD. Pour cela, leur taux d'occupation est analysé sur la base des informations transmises par les EHPAD dans leur compte administratif 2016.

La composition du personnel sera ensuite présentée par type de métiers, en observant également les taux d'encadrement et la dispersion des salaires.

Enfin sera observée la variabilité des situations selon l'option tarifaire des EHPAD, paramètre qui peut être structurant.

4.1.1 Les taux d'occupation

En 2016, le taux d'occupation moyen des EHPAD s'élève à 97 %. Ce ratio repose sur les données transmises par 5 505 EHPAD. Une fois les valeurs extrêmes écartées, il persiste un écart important entre les établissements, puisque 10 % de cet échantillon affiche un taux d'occupation inférieur à 91 %, et 10 % déclare un taux d'occupation supérieur à 102 %.

Le tableau suivant présente des variables ressorties comme expliquant des écarts entre les taux d'occupation observés en 2016 :

- ce taux est significativement plus bas pour les EHPAD privés commerciaux (95 % alors qu'il est de 98 % pour les EHPAD privés non lucratifs et publics autonomes) ;
- les EHPAD en tarif global sans PUI ont un taux d'occupation significativement supérieur aux EHPAD ayant une autre option tarifaire ;
- sur l'échantillon considéré, le taux d'occupation des EHPAD de moins de 100 places est supérieur d'un point par rapport aux établissements qui proposent une capacité d'accueil plus importante ;
- de même, il ressort de cette analyse que les EHPAD dont le PMP moyen est supérieur à 200 points ont un taux d'occupation 1 point plus élevé que les autres.

Estimation des déterminants du taux d'occupation en EHPAD

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique : Privé commercial	1 618	95%	***	88%	97%	101%
Statut juridique : Privé non lucratif	1 823	98%	NS	93%	99%	102%
Statut juridique : Public autonome	1 002	98%	NS	95%	99%	101%
Statut juridique : Public rattaché à un EPS	526	96%	NS	90%	98%	100%
Statut juridique : Public territorial (CCAS)	536	97%	Référence	93%	99%	102%
Option tarifaire : TG AVEC PUI	695	96%	NS	91%	98%	101%
Option tarifaire : TG SANS PUI	640	98%	***	94%	99%	102%
Option tarifaire : TP AVEC PUI	102	97%	NS	92%	98%	101%
Option tarifaire : TP SANS PUI	4 068	97%	Référence	91%	98%	102%
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	553	97%	***	90%	98%	102%
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	667	97%	***	92%	98%	102%
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 291	97%	***	92%	98%	102%
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	838	96%	NS	89%	98%	101%
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	156	96%	Référence	91%	98%	100%
Habilitation à l'aide sociale (HAS) : NON	1 165	95%	***	88%	96%	101%
Habilitation à l'aide sociale (HAS) : OUI	4 339	97%	Référence	93%	99%	102%
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	4 329	96%	***	91%	98%	101%
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	1 176	97%	Référence	94%	99%	102%
Classe PMP : 1-Moins de 150	567	96%	***	89%	98%	101%
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 487	96%	***	91%	98%	102%
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 840	97%	NS	93%	98%	101%
Classe PMP : 4-Plus de 250	611	97%	Référence	91%	99%	103%

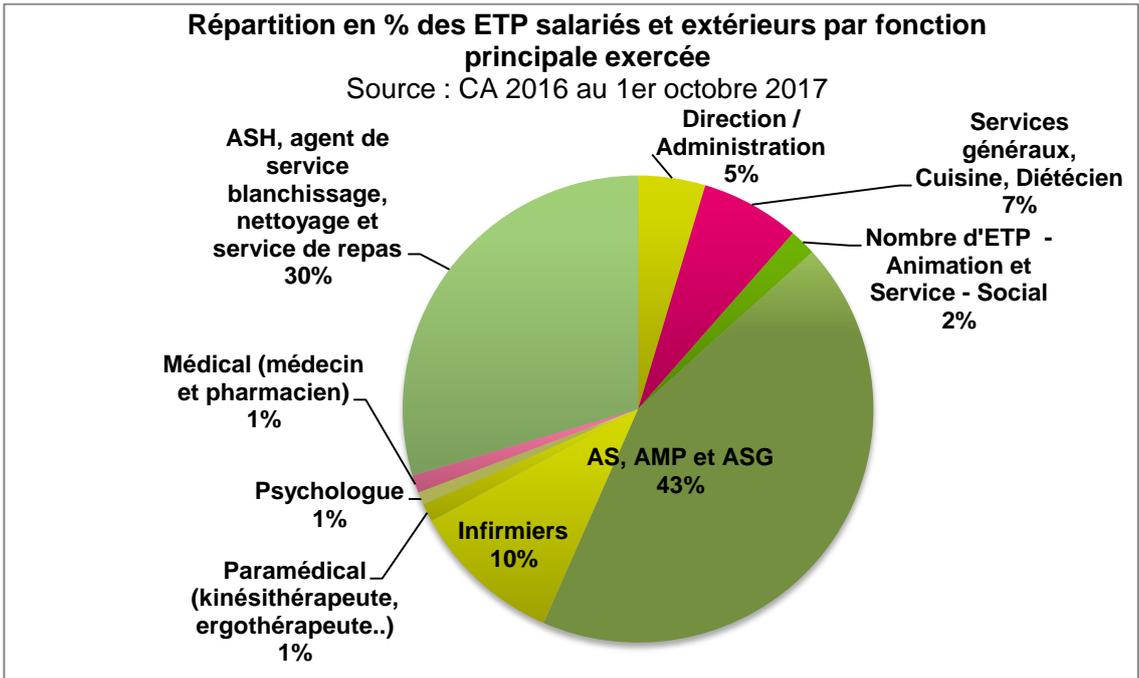
4.1.2 Les salariés et le personnel extérieurs

Les ratios présentés ici reposent sur l'analyse des comptes administratifs 2016 des EHPAD.

Répartition du personnel par métier

Le graphique suivant présente la répartition moyenne du personnel salarié et extérieur qui travaille dans les EHPAD, selon leur métier. Les données sont présentées en Équivalent Temps Plein (ETP). 43 % des personnes qui travaillent dans des EHPAD sont des aides-soignants, aides médico-psychologiques et assistants de soins en gérontologie. Les agents de service hospitalier (ASH) représentent 30 % du personnel des EHPAD, les infirmiers 10 %. Le personnel des services administratif et des services généraux représentent respectivement 5 % et 7 % du personnel des EHPAD. Les médecins et les paramédicaux représentent chacun 1 % du personnel des EHPAD.

Au global, la part du personnel extérieur représente 2 % des ETP des EHPAD.



Le tableau suivant présente la répartition de ces différents métiers selon l'option tarifaire des EHPAD. Seuls les ETP salariés sont représentés, soit 314 945 salariés sur les 5 820 comptes administratifs 2016 exploités.

La part des AS, AMP et ASG est significativement plus importante dans les EHPAD en tarif global sans PUI (6 % des ETP salariés de ces structures). Le poids des ASH dans l'ensemble du personnel salarié est plus important dans les EHPAD avec une pharmacie à usage interne (PUI).

Option tarifaire	TG AVEC PUI	TG SANS PUI	TP AVEC PUI	TP SANS PUI
AS, AMP et ASG	42%	56%	39%	41%
ASH, agent de service fonctions de blanchissage, nettoyage et service de repas	28%	22%	30%	32%
IDE	12%	8%	11%	10%
Services généraux, Cuisine, Diététicien	7%	6%	9%	7%
Direction / Administration	4%	4%	4%	5%
Animation, Service - Social	2%	1%	2%	2%
Paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute..)	2%	1%	1%	1%
Médical (médecin et pharmacien)	1%	1%	1%	1%
Psychologue	1%	1%	1%	1%
Pharmacien préparateur en pharmacie	1%	0%	1%	0%
Nombre d'ETP Total salariés - CA 2016	100%	100%	100%	100%

Source : CA 2016

Les taux d'encadrement

Le taux d'encadrement indique le nombre d'ETP présents dans l'établissement pour 100 places. Le taux d'occupation moyen des EHPAD étant de 97 %, les ratios présentés ici indiquent donc des taux légèrement inférieurs à un taux d'encadrement qui aurait été calculé par résident.

Sur la section soin, le taux d'encadrement médian observé est de 24,9 ETP pour 100 places. Sur l'ensemble des sections tarifaires, ce taux s'élève à 61,0 ETP pour 100 places (médiane). En 2006, le plan Solidarité Grand Âge préconisait de passer de 57 à 65 ETP pour 100 résidents. En tenant compte du taux d'occupation des EHPAD, le taux d'encadrement médian peut être estimé à 62,8 ETP pour 100 résidents, ce qui est nettement supérieur aux taux constatés en 2006 et proche de la cible fixée dix ans plus tôt.

Une dispersion importante existe entre les EHPAD de cet échantillon, puisqu'après avoir écarté les valeurs extrêmes, le taux d'encadrement global des EHPAD est inférieur à 43,8 ETP pour 100 places pour 10 % des EHPAD de l'échantillon. À l'opposé, 10 % des EHPAD affichent un taux d'encadrement supérieur à 76,2 ETP pour 100 places.

Taux d'encadrement moyen sur la section SOINS (pour 100 places installées) et dispersion de ce taux
Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Total EHPAD - CA 2016	Section SOINS						Toutes sections	
	Taux d'encadrement salariés & extérieurs - Infirmier	Taux d'encadrement salariés & extérieurs - AS, AMP et ASG	Taux d'encadrement salariés & extérieurs - Paramédical (kinés, ergothérapeute)	Taux d'encadrement salariés & extérieurs - Médecin	Taux d'encadrement salariés & extérieurs - Pharmacien préparateur en pharmacie	Taux d'encadrement salariés & extérieurs -Total Section SOINS	Taux d'encadrement salariés & extérieurs - AS, AMP et ASG	Taux d'encadrement salariés & extérieurs -Total
Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	6	17,2	0,7	0,5	0,2	25,0	24,5	59,6
Dispersion								
1er décile	5	12,6	0,0	0,1	0,0	18,9	18,4	43,8
Médiane	6	17,2	0,4	0,5	0,0	24,9	24,4	61,0
9ème décile	9	22,5	1,8	0,8	0,4	32,0	31,5	76,2

Les tableaux suivants présentent la répartition des taux d'encadrement pour les principaux métiers observés dans les EHPAD. L'analyse a été conduite en observant chaque fois si certaines variables sont explicatives d'écart entre les taux d'encadrement des EHPAD.

Le taux d'encadrement par des infirmiers est significativement plus élevé dans les EHPAD rattachés à un établissement de santé (8 ETP pour 100 places), ce qui peut expliquer qu'il soit significativement plus élevé dans les EHPAD de plus de 200 places. De même, plus le GMP et le PMP moyen de l'EHPAD sont importants, plus le taux d'encadrement infirmier est élevé.

Le taux d'encadrement par des AS, AMP et ASG augmente selon que l'EHPAD soit en tarif partiel ou global, et dispose ou non d'une pharmacie à usage interne. Il augmente également avec la capacité d'accueil de la structure. Ce taux d'encadrement augmente aussi avec le PMP et le GMP moyen de l'EHPAD. Si ce dernier constat fait sens, il semble plus surprenant d'observer une relation directe entre le taux d'encadrement des AS, AMP, ASG et la capacité de l'établissement.

Concernant le taux d'encadrement par du personnel paramédical, les EHPAD publics rattachés à un EPS affichent la valeur la plus forte avec 0,9 ETP pour 100 places. Ce taux d'encadrement croît également avec la capacité de l'EHPAD et la valeur moyenne du GMP de la structure, ce qui semble cohérent avec les besoins croissants de prise en charge des personnes les plus dépendantes.

Le taux d'encadrement médical est significativement plus important dans les EHPAD installés en ville, et les EHPAD dont les capacités d'accueil sont les plus élevées (eux-mêmes situés plutôt en zone urbaine). Les EHPAD ruraux sont davantage confrontés aux difficultés de démographie médicale constatées sur certains territoires.

Si l'on observe les taux d'encadrement globaux, les EHPAD publics affichent un taux d'encadrement significativement plus élevé que les EHPAD privés commerciaux et non lucratifs. Les EHPAD de moins de 45 places et les EHPAD de 200 places et plus affichent les taux d'encadrement les plus élevés. Globalement toujours, le taux d'encadrement des EHPAD augmente avec le PMP et le GMP moyen de la structure.

Estimation des déterminants du taux d'encadrement salariés & extérieurs - Infirmier (pour 100 places)

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique fin : Privé commercial	1 653	6,1	***	4,8	6,1	7,9
Statut juridique fin : Privé non lucratif	1 894	6,0	***	4,2	6,0	8,1
Statut juridique fin : Public autonome	1 079	6,5	***	4,8	6,5	8,7
Statut juridique fin : Public rattaché à un EPS	536	8,0	***	5,0	7,9	11,2
Statut juridique fin : Public territorial (CCAS)	600	6,4	Référence	4,6	6,3	8,5
Option tarifaire : TG AVEC PUI	702	7,9	***	5,1	7,9	11,0
Option tarifaire : TG SANS PUI	679	6,6	***	4,6	6,5	9,3
Option tarifaire : TP AVEC PUI	107	6,9	NS	4,8	6,7	9,5
Option tarifaire : TP SANS PUI	4 274	6,0	Référence	4,5	6,1	7,9
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	522	7,0	***	4,3	6,8	9,8
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	626	6,4	NS	4,8	6,5	8,5
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 423	6,2	NS	4,6	6,1	8,0
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	1 018	6,6	***	4,6	6,4	9,4
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	173	7,7	Référence	4,9	7,9	10,9
Classe GMP : 1-Moins de 600	388	5,3	***	3,8	5,3	7,0
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 689	6,0	***	4,4	6,0	8,0
Classe GMP : 3-[700 à 800[	3 106	6,6	***	4,9	6,4	8,7
Classe GMP : 4-Plus de 800	579	7,7	Référence	5,1	7,3	10,4
Classe PMP : 1-Moins de 150	596	5,7	***	4,1	5,6	7,6
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 655	6,2	***	4,5	6,1	8,3
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 895	6,7	***	5,0	6,5	8,8
Classe PMP : 4-Plus de 250	616	7,5	Référence	5,0	7,0	10,3

La situation des EHPAD en 2016

Estimation des déterminants du taux d'encadrement salariés & extérieurs - AS, AMP et ASG section SOINS (pour 100 places)

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Option tarifaire : TG AVEC PUI	720	19,1	***	13,5	19,3	25,7
Option tarifaire : TG SANS PUI	674	18,3	***	13,4	18,6	24,2
Option tarifaire : TP AVEC PUI	108	16,0	***	8,1	17,4	22,9
Option tarifaire : TP SANS PUI	4 260	16,4	Référence	12,5	16,8	21,1
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	528	17,9	***	12,3	18,1	24,9
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	624	16,9	NS	12,3	17,2	22,5
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 414	16,7	NS	12,6	16,9	21,6
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	1 021	17,3	NS	12,7	17,7	23,2
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	175	19,0	Référence	12,8	19,2	25,2
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	4 527	16,8	***	12,5	16,9	21,8
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	1 235	18,1	Référence	13,2	18,5	23,7
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : NON	5 668	17,0	***	12,6	17,1	22,3
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : OUI	94	20,5	Référence	13,3	21,5	30,5
Classe GMP : 1-Moins de 600	387	13,6	***	9,6	14,1	17,6
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 687	16,2	***	12,5	16,4	20,7
Classe GMP : 3-[700 à 800[	3 102	17,6	***	13,4	17,7	22,4
Classe GMP : 4-Plus de 800	586	19,6	Référence	14,1	19,9	26,0
Classe PMP : 1-Moins de 150	596	15,5	***	11,3	15,5	20,2
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 649	16,5	***	12,2	16,6	21,5
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 896	17,8	***	13,6	17,8	23,0
Classe PMP : 4-Plus de 250	621	19,3	Référence	14,2	19,3	25,2

Estimation des déterminants du taux d'encadrement salariés & extérieurs - Paramédical (pour 100 places)

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique fin : Privé commercial	1 650	0,7	NS	0,0	0,5	1,6
Statut juridique fin : Privé non lucratif	1 892	0,7	NS	0,0	0,3	1,8
Statut juridique fin : Public autonome	1 073	0,7	NS	0,0	0,4	1,9
Statut juridique fin : Public rattaché à un EPS	550	0,9	***	0,0	0,6	2,0
Statut juridique fin : Public territorial (CCAS)	597	0,5	Référence	0,0	0,0	1,5
Option tarifaire : TG AVEC PUI	726	1,0	***	0,0	0,8	2,3
Option tarifaire : TG SANS PUI	676	1,0	***	0,0	0,7	2,4
Option tarifaire : TP AVEC PUI	108	0,7	NS	0,0	0,4	1,5
Option tarifaire : TP SANS PUI	4 252	0,6	Référence	0,0	0,2	1,5
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	537	0,5	NS	0,0	0,0	1,8
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	628	0,5	***	0,0	0,0	1,8
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 402	0,7	***	0,0	0,4	1,7
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	1 019	0,8	***	0,0	0,6	1,9
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	176	0,9	Référence	0,0	0,6	1,9
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	4 539	0,6	***	0,0	0,2	1,5
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	1 223	1,1	Référence	0,0	0,8	2,6
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : NON	5 670	0,7	***	0,0	0,4	1,7
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : OUI	92	1,2	Référence	0,0	1,0	2,6
Classe GMP : 1-Moins de 600	391	0,4	***	0,0	0,0	1,2
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 685	0,6	***	0,0	0,3	1,5
Classe GMP : 3-[700 à 800[	3 099	0,8	***	0,0	0,4	1,9
Classe GMP : 4-Plus de 800	587	1,0	Référence	0,0	0,7	2,3
Classe PMP : 1-Moins de 150	596	0,5	***	0,0	0,0	1,2
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 651	0,6	***	0,0	0,3	1,6
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 893	0,8	***	0,0	0,5	1,9
Classe PMP : 4-Plus de 250	622	1,0	Référence	0,0	0,7	2,2

Estimation des déterminants du taux d'encadrement salariés & extérieurs - Médecin (pour 100 places)

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Option tarifaire : TG AVEC PUI	709	0,7	***	0,2	0,6	1,2
Option tarifaire : TG SANS PUI	672	0,5	***	0,1	0,5	1,0
Option tarifaire : TP AVEC PUI	108	0,4	NS	0,0	0,4	0,7
Option tarifaire : TP SANS PUI	4 274	0,4	Référence	0,1	0,5	0,7
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	529	0,5	NS	0,0	0,5	0,9
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	628	0,5	NS	0,1	0,5	0,9
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 415	0,5	***	0,1	0,5	0,7
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	1 015	0,5	***	0,1	0,5	0,9
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	176	0,7	Référence	0,2	0,6	1,2
Type de zone : Espace mixte	1 503	0,5	***	0,1	0,5	0,8
Type de zone : Espace à dominante rurale	1 070	0,4	***	0,0	0,4	0,8
Type de zone : Espace à dominante urbaine	3 190	0,6	Référence	0,2	0,5	0,8
Année d'ouverture : 1- ESMS ouvert avant 1971	1 592	0,5	***	0,0	0,5	0,8
Année d'ouverture : 2- ESMS ouvert entre 1971 et 1980	664	0,5	***	0,0	0,5	0,8
Année d'ouverture : 3- ESMS ouvert entre 1981 et 1990	1 165	0,5	***	0,1	0,5	0,8
Année d'ouverture : 4- ESMS ouvert entre 1991 et 2000	1 061	0,5	NS	0,2	0,5	0,8
Année d'ouverture : 5- ESMS ouvert après 2000	1 281	0,6		0,2	0,6	0,9
Classe GMP : 1-Moins de 600	389	0,4	***	0,0	0,4	0,7
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 691	0,5	***	0,1	0,5	0,8
Classe GMP : 3-[700 à 800[	3 099	0,5	***	0,2	0,5	0,8
Classe GMP : 4-Plus de 800	584	0,6	Référence	0,2	0,6	1,1
Classe PMP : 1-Moins de 150	597	0,4	***	0,0	0,4	0,7
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 645	0,5	***	0,1	0,5	0,8
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 899	0,5	***	0,1	0,5	0,9
Classe PMP : 4-Plus de 250	622	0,6	Référence	0,2	0,6	1,0


Estimation des déterminants du taux d'encadrement salariés & extérieurs - Pharmacien & préparateur en pharmacie (pour 100 places)

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique fin : Privé commercial	1 623	0,11	NS	0,00	0,00	0,00
Statut juridique fin : Privé non lucratif	1 898	0,09	NS	0,00	0,00	0,00
Statut juridique fin : Public autonome	1 076	0,19	NS	0,00	0,00	0,43
Statut juridique fin : Public rattaché à un EPS	559	0,41	***	0,00	0,25	1,12
Statut juridique fin : Public territorial (CCAS)	606	0,05	Référence	0,00	0,00	0,00
Option tarifaire : TG AVEC PUI	733	0,54	***	0,00	0,42	1,23
Option tarifaire : TG SANS PUI	671	0,07	NS	0,00	0,00	0,00
Option tarifaire : TP AVEC PUI	109	0,47	***	0,00	0,32	1,08
Option tarifaire : TP SANS PUI	4 249	0,05	Référence	0,00	0,00	0,00
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	538	0,06	**	0,00	0,00	0,00
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	631	0,04	**	0,00	0,00	0,00
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 400	0,09	***	0,00	0,00	0,00
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	1 017	0,24	NS	0,00	0,00	0,96
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	176	0,48	Référence	0,00	0,33	1,19
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	4 530	0,12	***	0,00	0,00	0,16
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	1 232	0,28	Référence	0,00	0,00	0,87
Classe GMP : 1-Moins de 600	392	0,04	NS	0,00	0,00	0,00
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 691	0,12	**	0,00	0,00	0,25
Classe GMP : 3-[700 à 800[	3 088	0,18	**	0,00	0,00	0,48
Classe GMP : 4-Plus de 800	591	0,26	Référence	0,00	0,00	0,83
Classe PMP : 1-Moins de 150	600	0,09	**	0,00	0,00	0,04
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 655	0,13	NS	0,00	0,00	0,25
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 884	0,19	NS	0,00	0,00	0,57
Classe PMP : 4-Plus de 250	623	0,24	Référence	0,00	0,00	0,69

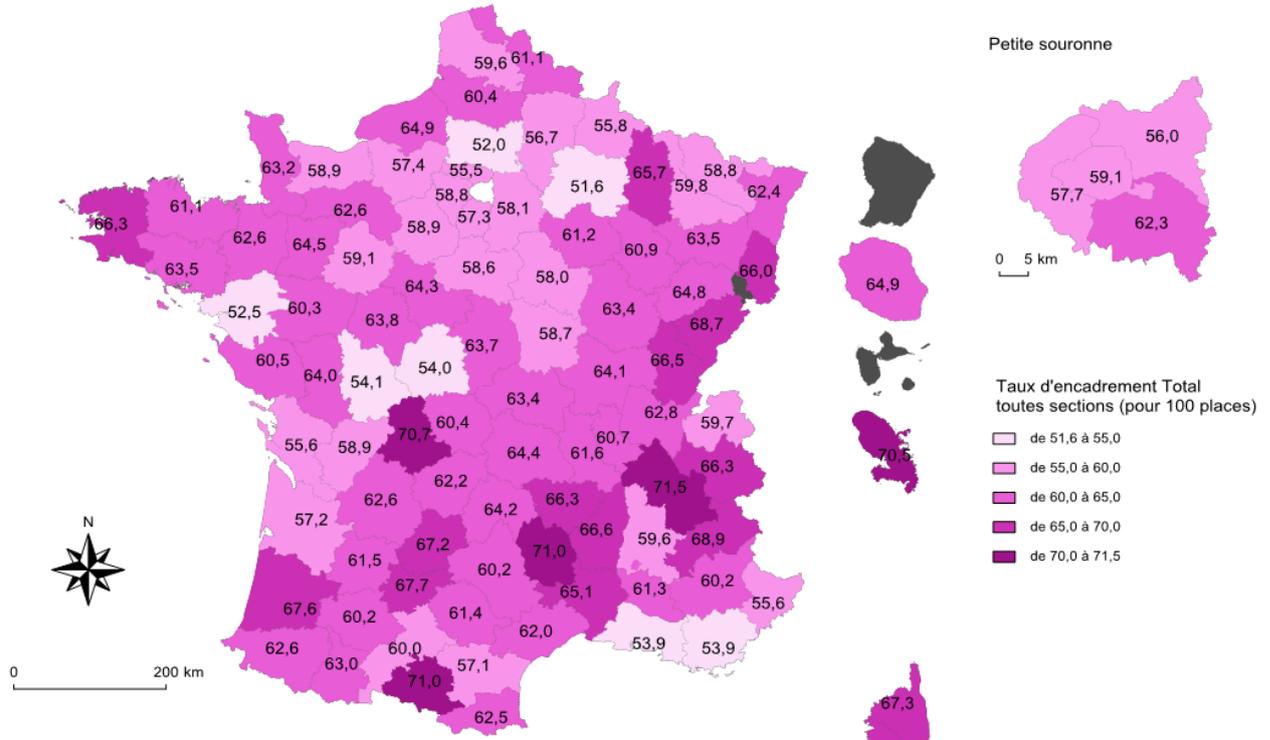
La situation des EHPAD en 2016

Estimation des déterminants du taux d'encadrement salariés & extérieurs - Total toutes sections (pour 100 places)

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique fin : Privé commercial	1 650	49,3	***	37,7	50,1	64,0
Statut juridique fin : Privé non lucratif	1 900	59,6	***	46,8	61,3	74,5
Statut juridique fin : Public autonome	1 068	67,3	NS	57,6	68,3	80,7
Statut juridique fin : Public rattaché à un EPS	548	64,1	***	50,4	65,8	80,9
Statut juridique fin : Public territorial (CCAS)	596	65,1	Référence	54,0	66,0	79,1
Option tarifaire : TG AVEC PUI	724	65,4	***	51,2	67,1	82,9
Option tarifaire : TG SANS PUI	673	60,9	***	43,9	63,0	78,7
Option tarifaire : TP AVEC PUI	108	62,5	NS	47,4	64,8	78,6
Option tarifaire : TP SANS PUI	4 257	57,5	Référence	43,3	59,4	74,2
capacité totale : 1-Capacité inférieure à 45 places	530	64,2	***	49,4	65,4	78,7
capacité totale : 2-Capacité entre 45 & 59 places	626	60,6	**	45,0	62,5	76,9
capacité totale : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 413	57,9	NS	43,4	58,9	74,2
capacité totale : 4-Capacité entre 100 & 199 places	1 018	60,0	NS	42,5	62,7	78,4
capacité totale : 5-Capacité supérieure à 199 places	175	65,8	Référence	53,8	66,8	81,4
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	4 528	58,4	***	43,3	59,8	75,2
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	1 234	63,0	Référence	47,0	64,8	79,1
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : NON	5 666	59,4	***	43,8	60,8	76,0
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : OUI	96	66,5	Référence	54,0	71,6	88,0
Classe GMP : 1-Moins de 600	387	54,0	***	41,3	56,0	69,0
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 678	57,8	***	44,0	60,0	73,0
Classe GMP : 3-[700 à 800[	3 102	60,1	***	43,6	61,7	77,0
Classe GMP : 4-Plus de 800	595	65,2	Référence	47,7	66,3	84,4
Classe PMP : 1-Moins de 150	596	57,2	***	42,8	58,3	73,9
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 637	58,6	***	43,3	60,4	75,2
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 900	60,4	***	45,0	62,1	76,6
Classe PMP : 4-Plus de 250	629	63,4	Référence	46,7	63,9	81,0

Le taux d'encadrement global (salariés et personnel extérieurs) a été calculé par département. Une forte variabilité est constatée allant de 51,6 ETP pour 100 places dans la Marne à 71,5 ETP dans l'Isère.

Taux d'encadrement moyen pondéré tronqué des valeurs extrêmes
Salariés et Extérieurs - Total toutes sections (pour 100 places) par département en 2016
Source : CNSA CA 2016



Remarque :
Un seuil minimum de 10 EHPAD par département a été retenu pour afficher le résultat du taux d'encadrement sur la carte.
Les résultats des départements du Territoire de Belfort (6 EHPAD), de la Martinique (2 EHPAD) et de la Guyane (2 EHPAD) ne sont pas affichés.

La rémunération des salariés

Compte tenu de la robustesse des données transmises par les EHPAD dans les comptes administratifs 2016 déposés sur la plateforme ImportCA, seuls les salaires de la section soins sont analysés.

La dispersion des valeurs peut s'expliquer par le statut ou la convention collective, comme les tableaux suivants le détailleront, mais également par une ancienneté moyenne du personnel différente. Cette information n'étant pas disponible, elle n'a pu être prise en compte dans cette analyse.

Le salaire moyen annuel brut chargé des infirmiers des EHPAD s'élève à 53 796 euros, celui des pharmaciens et préparateurs en pharmacie s'élève à 52 518 euros. Le salaire moyen brut chargé des médecins salariés des EHPAD est de 110 339 euros. Le salaire annuel moyen brut chargé des professions paramédicales est de 42 455 euros, celui des AS, AMP et ASG s'élève à 38 641 euros.

Salaire moyen brut chargé du personnel salarié de la section SOINS et dispersion

Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Total échantillon EHPAD CA 2016	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Dispersion		
			1er décile	Médiane	9ème décile
Salaire brut chargé Infirmier salarié	5 486	53 796 €	44 987 €	53 946 €	63 677 €
Salaire brut chargé paramédical salarié (kinésithérapeute, ergothérapeute..)	3 181	42 455 €	28 012 €	42 973 €	58 200 €
Salaire brut chargé AS, AMP et ASG salarié	5 486	38 641 €	33 035 €	38 245 €	43 978 €
Salaire brut chargé médecin salarié	4 947	110 339 €	69 548 €	114 320 €	155 475 €
Salaire brut chargé pharmacien & préparateur en pharmacie salarié	690	52 518 €	33 060 €	53 771 €	100 182 €

La situation des EHPAD en 2016

Les tableaux suivants présentent la répartition du personnel de la section soins selon le statut de l'EHPAD, puis par convention collective (ou statut pour les établissements publics).

Le salaire moyen annuel brut chargé des infirmiers est significativement plus élevé dans les structures privées, commerciales puis à but non lucratif. Celui des professions paramédicales est plus important dans les EHPAD publics rattachés à un EPS. Le salaire brut chargé des AS, AMP et ASG est plus important dans les EHPAD publics autonomes. Le salaire des médecins est plus important dans les structures privées commerciales. Enfin, celui des pharmaciens et préparateurs en pharmacie est plus élevé dans les EHPAD publics rattachés à un EPS.

Si ces données sont présentées également par convention collective, il convient d'observer avec prudence les résultats qui regroupent moins de 30 observations, car ils ne sont statistiquement pas représentatifs.

Salaire moyen brut chargé du personnel salarié de la section SOINS par statut juridique

Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Fonction principale exercée	Salaire brut chargé Infirmier salarié		Salaire brut chargé paramédical salarié		Salaire brut chargé AS, AMP et ASG salarié		Salaire brut chargé médecin salarié		Salaire brut chargé pharmacien & préparateur en pharmacie salarié	
	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée
Privé commercial	1 623	56 583 €	1 008	43 240 €	1 622	36 541 €	1 558	125 768 €	107	45 190 €
Privé non lucratif	1 789	55 600 €	993	43 209 €	1 789	38 159 €	1 597	119 206 €	149	50 479 €
Public autonome	1 001	52 900 €	536	41 261 €	985	41 292 €	843	93 255 €	123	54 304 €
Public rattaché à un EPS	524	51 116 €	426	44 062 €	526	40 010 €	498	107 852 €	290	55 505 €
Public territorial (CCAS)	549	47 902 €	218	34 296 €	564	37 562 €	451	75 007 €	21	54 137 €

Salaire moyen brut chargé du personnel salarié de la section SOINS par convention collective

Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Fonction principale exercée	Salaire brut chargé Infirmier salarié		Salaire brut chargé paramédical salarié		Salaire brut chargé AS, AMP et ASG salarié		Salaire brut chargé médecin salarié		Salaire brut chargé pharmacien & préparateur en pharmacie salarié	
	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée
Public										
FPH (titre IV))	1 465	52 091 €	936	43 019 €	1 451	40 776 €	1 292	101 569 €	410	55 043 €
FPT (titre III)	609	47 936 €	244	33 694 €	624	37 506 €	500	75 461 €	24	53 159 €
Privé commercial										
CCU du 18 avril 2002	1 696	56 586 €	1 053	43 483 €	1 693	36 596 €	1 622	125 704 €	105	44 889 €
Privé non lucratif & Privé commercial										
CCN BAD	14	56 968 €	5	27 571 €	15	35 265 €	13	107 561 €	0	.
CCN de 1951	1 203	56 098 €	666	43 564 €	1 198	38 595 €	1 069	118 626 €	121	49 726 €
CCN de 1965	4	54 490 €	1	84 159 €	4	38 992 €	3	131 460 €	0	.
CCN de 1966	20	51 212 €	8	35 457 €	20	35 506 €	19	124 278 €	1	32 005 €
Convention Croix Rouge	27	55 003 €	18	42 789 €	27	35 872 €	27	131 817 €	4	98 185 €
UCANSS	8	58 952 €	7	62 279 €	8	43 249 €	8	142 485 €	2	99 152 €
Autre convention collective	153	54 037 €	99	40 639 €	154	37 620 €	139	119 422 €	7	80 774 €
Pas de convention collective	50	53 674 €	21	45 407 €	49	38 885 €	47	121 585 €	0	.
Indéterminé	237	53 859 €	123	41 578 €	243	36 363 €	208	117 565 €	16	45 248 €



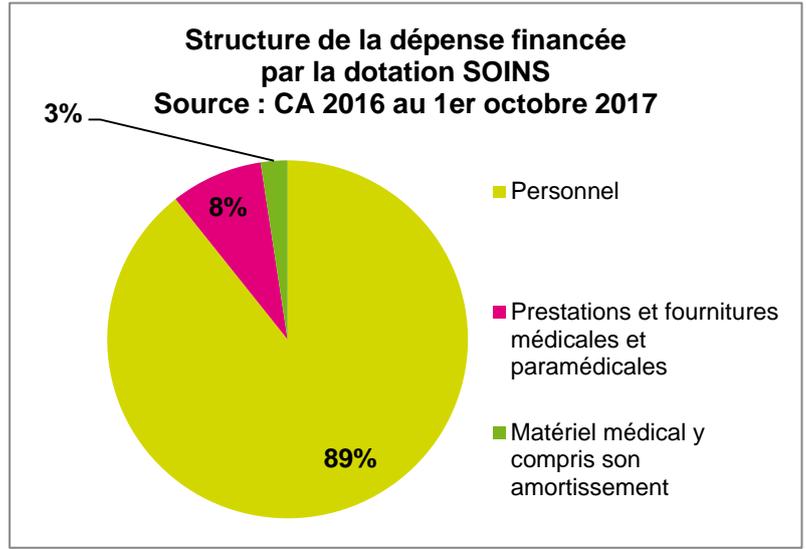
4.2 Ratios budgétaires 2016 – analyse de la section soins

Les comptes administratifs déposés par les ESMS sur la plateforme ImportCA sont destinés aux ARS uniquement. Cela explique que les données relatives aux sections tarifaires dépendance et hébergement soient parfois renseignées de façon moins exhaustive par les EHPAD. La robustesse des données disponibles à travers l'exploitation des comptes administratifs 2016 impose donc de centrer l'analyse comptable sur la section soins.

4.2.1 Répartition des charges par groupe

En moyenne, en 2016, 89 % des charges de la section soins des EHPAD correspondent à des dépenses de personnel, 8 % couvrent des dépenses de prestations et fournitures médicales et paramédicales, 3 % des dépenses sont consacrées au matériel médical et à son amortissement.

La dispersion des charges de la section soins est importante entre les EHPAD. Le tableau ci-dessous vient compléter le premier graphique, et révèle que les valeurs médianes sont sensiblement éloignées des valeurs moyennes.

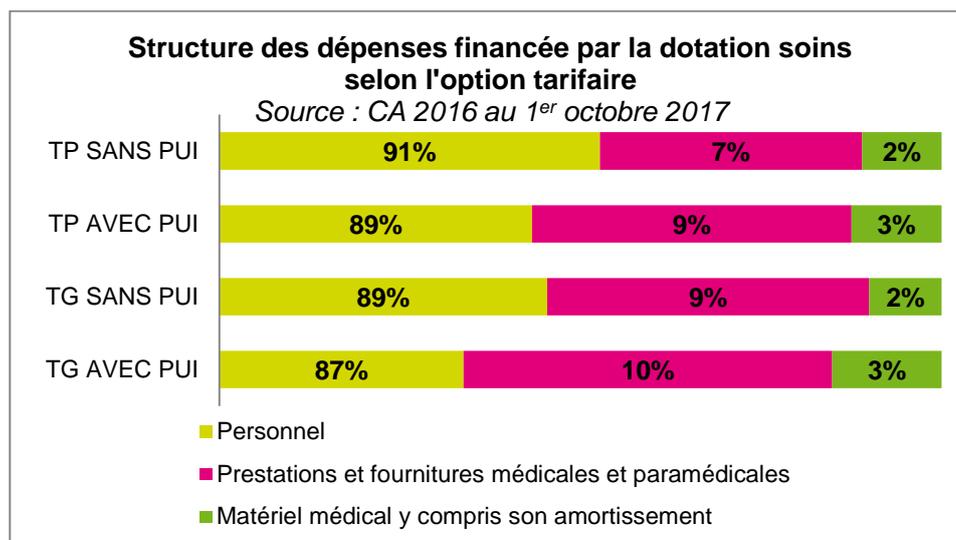


Si l'on observe la dispersion des charges de personnel, elles varient de 10 points entre le 1^{er} et le 9^e décile. La structure des dépenses de la section soin peut varier de façon importante entre les établissements.

Analyse de la dispersion des charges de la dotation soins

	Personnel	Prestations et fournitures médicales et paramédicales	Matériel médical y compris son amortissement
1er décile	85%	4%	0%
Médiane	91%	7%	1%
9ème décile	95%	12%	4%

Le graphique suivant affiche la structure moyenne de la dotation soins pour chacune des quatre options tarifaires. La part des prestations médicales et charges en matériel médical est plus importante dans les EHPAD en tarif global, ce qui explique indirectement les écarts constatés relatifs au poids des charges de personnel, selon les différentes options tarifaires.



4.2.2 Taux d'amortissement

Un amortissement correspond à une constatation de perte de valeur d'un bien, du fait de son usage (usure physique), de l'évolution technique (obsolescence de l'actif) ou bien tout simplement du temps. Il permet de corriger l'évaluation des immobilisations qui a été faite au titre de l'entrée dans le patrimoine de l'entreprise.

Le taux d'amortissement permet de mesurer la dépréciation que l'on peut attribuer à un bien matériel au fil des années d'exploitation, et ainsi déterminer sa valeur à un instant précis.

On observe un taux d'amortissement significativement bas pour le secteur privé commercial. Ce taux peut s'expliquer par l'organisation structurelle des EHPAD commerciaux, dont les charges immobilières sont parfois portées par une structure juridique distincte. Le taux d'amortissement médian des EHPAD privés non lucratifs (4,9 %) est inférieur de près de 2 points au taux d'amortissement des structures publiques (6,6 %).

L'analyse des taux d'amortissement médian par option tarifaire révèle des taux supérieurs pour les EHPAD avec PUI.

Le taux d'amortissement médian augmente également avec la capacité d'accueil de la structure. Il est estimé à 2,7 % pour les EHPAD de moins de 45 places et augmente progressivement pour atteindre 7,0 % pour les EHPAD de 200 places et plus.

Statut juridique fin	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	1 ^{er} décile (D1)	Médiane	9 ^{ème} décile (D9)
Privé commercial	1391	1,72%	0,2%	0,9%	3,9%
Privé non lucratif	1824	6,43%	1,4%	4,9%	11,7%
Public autonome	1049	7,36%	2,7%	6,7%	11,0%
Public rattaché à un EPS	543	7,08%	2,8%	6,5%	11,3%
Public territorial (CCAS)	584	4,64%	1,1%	2,9%	9,1%
Total échantillon EHPAD CA 2016	5391	6,02%	0,6%	4,1%	10,6%



Option tarifaire	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	1er décile (D1)	Médiane	9ème décile (D9)
TG AVEC PUI	719	7,16%	2,3%	6,4%	11,3%
TG SANS PUI	642	6,01%	0,5%	4,7%	10,4%
TP AVEC PUI	104	7,49%	2,0%	5,9%	11,2%
TP SANS PUI	3926	5,44%	0,5%	3,4%	10,3%
Total échantillon EHPAD CA 2016	5391	6,02%	0,6%	4,1%	10,6%

Capacité totale	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	1er décile (D1)	Médiane	9ème décile (D9)
1-Capacité inférieure à 45 places	477	4,40%	0,6%	2,7%	8,9%
2-Capacité entre 45 & 59 places	581	5,11%	0,6%	3,7%	10,0%
3-Capacité entre 60 & 99 places	3187	5,62%	0,5%	3,7%	10,6%
4-Capacité entre 100 & 199 places	972	6,53%	0,8%	5,3%	11,0%
5-Capacité supérieure à 199 places	174	7,44%	3,3%	7,0%	11,4%
Total échantillon EHPAD CA 2016	5391	6,02%	0,6%	4,1%	10,5%

4.2.3 Poids des prestations extérieures

Il s'agit d'estimer le poids des prestations extérieures dans le total des charges de l'EHPAD. Si leur poids moyen est estimé à 4,2 % de l'ensemble des charges, la valeur médiane s'élève à 1,1 %. Cet écart entre les valeurs médiane et moyenne révèle une forte dispersion de l'organisation des EHPAD. Les structures privées commerciales affichent une faible part de charges extérieures (0,6 % en valeur médiane) et le poids médian des prestations extérieures des EHPAD rattachés à un établissement de santé (4,4 %) est nettement supérieur à celui des autres établissements. Cette valeur peut s'expliquer en partie par les liens budgétaires et organisationnels qui existent avec l'établissement de santé auquel est rattaché l'EHPAD.

Statut juridique fin	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	1er décile (D1)	Médiane	9ème décile (D9)
Privé commercial	1 257	1,2%	0,3%	0,6%	1,7%
Privé non lucratif	1 587	4,5%	0,3%	1,7%	11,9%
Public autonome	937	2,3%	0,3%	1,1%	6,1%
Public rattaché à un EPS	454	8,5%	0,8%	4,4%	19,6%
Public territorial (CCAS)	518	4,0%	0,3%	1,3%	11,3%
Total échantillon EHPAD CA 2016	4 753	4,2%	0,3%	1,1%	10,8%

4.2.4 Appréciation du résultat comptable des EHPAD

Les données disponibles au niveau national pour les comptes administratifs 2016 ne permettent pas, pour 2016, de mener une analyse de la situation financière des EHPAD. Néanmoins, la dispersion des résultats comptables entre les structures reste un premier indicateur de leur santé budgétaire.

Le résultat médian 2016 non retraité est globalement positif, y compris au sein de chaque statut. Cette analyse repose sur les comptes administratifs de 3 751 EHPAD. Une part significative des données transmises par les EHPAD privés commerciaux ont dû être écartées de l'étude, du fait de leur manque de robustesse et d'exhaustivité.

Il est également observé une grande disparité des situations des EHPAD puisque 10 % de l'échantillon étudié affiche un taux de résultat comptable non retraité en déficit de 3,16 % de l'ensemble des recettes. À l'opposé, 10 % des établissements observés ici affichent un taux de résultat brut supérieur à 5,22 % du total des recettes.

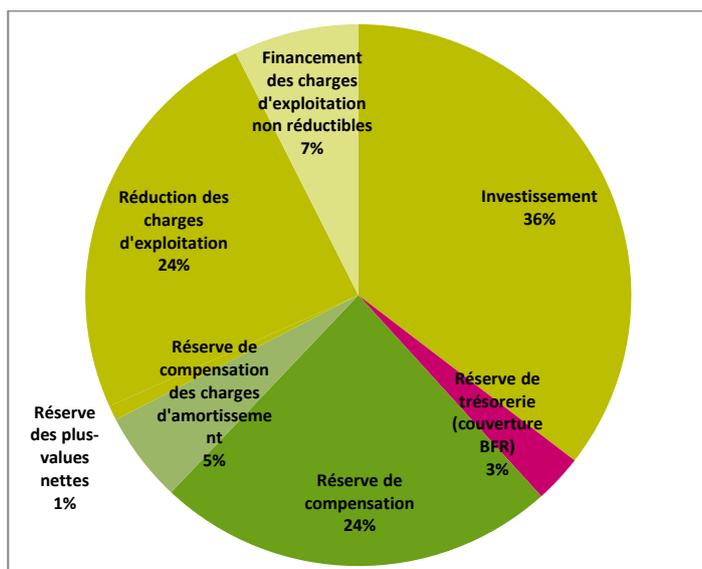
**Dispersion de l'appréciation des résultats comptables non retraités
par statut juridique fin**

Statut juridique fin	Nombre de structures	1er décile (D1)	Médiane	9ème décile (D9)
Privé commercial	114	-4,19%	1,03%	7,77%
Privé non lucratif	1569	-3,51%	0,65%	5,11%
Public autonome	1000	-2,31%	0,62%	4,60%
Public rattaché à un EPS	521	-3,98%	0,52%	4,92%
Public territorial	547	-2,93%	1,34%	6,41%
Total échantillon EHPAD CA 2016	3 751	-3,16%	0,70%	5,22%

Affectation des résultats des EHPAD

(source CA 2016)

Les trois principaux postes d'affectation proposés par les EHPAD sont l'investissement (36 % des montants concernés), la réduction des charges d'exploitation et l'affectation à la réserve de compensation : respectivement 24 % de l'ensemble des montants concernés.



4.2.5 Coût d'une place en hébergement permanent

Afin de disposer de coûts comparables, l'analyse est centrée sur les places en hébergement permanent. Compte tenu de la robustesse des données transmises, les EHPAD privés commerciaux ont été retirés de l'analyse du coût global et du coût de l'hébergement.

Pour l'ensemble des EHPAD publics et privés non lucratifs, le coût global annuel médian d'une place en hébergement permanent s'élève à 41 566 euros, soit 114 euros par jour.

Ce coût est ensuite estimé par section tarifaire, chaque fois au regard du nombre d'EHPAD pour lesquels l'information étudiée est exploitable.

Le coût brut annuel médian lié à la section soin est de 12 994 euros, soit 36 euros par jour.

Le coût brut annuel médian lié à la section dépendance est de 6 102 euros, soit 17 euros par jour.

Le coût brut annuel médian lié à la section hébergement est de 21 871 euros, soit 58 euros par jour. Rappelons que l'analyse des prix des EHPAD réalisée par la CNSA en juin 2017¹⁰ estimait ce coût médian à 59 euros par jour, ce qui valide la pertinence des données analysées ici.

De façon globale, comme au sein de chaque section tarifaire, la dispersion du coût d'une place en hébergement permanent est importante, comme le montre l'écart entre le 1^{er} et le 9^e décile du tableau suivant.

Coût brut global tout type d'hébergement et par section tarifaire proposé par les EHPAD par an et journalier par place et analyse de la dispersion
Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Attention : Les EHPAD privés commerciaux ont été retirés de l'analyse du coût global et du cout en HÉBERGEMENT car données mal remplies

Total échantillon EHPAD	Nombre d'EHPAD = 3 705 (hors EHPAD privés commerciaux)		Nombre d'EHPAD = 4 051				Nombre d'EHPAD = 3 705 (hors EHPAD privés commerciaux)	
	Coût brut global (comptes classe 6) par place en Euros / an	Coût brut global (compte classe 6) par place en Euros / jour	Coût brut lié à la section SOINS par place en Euros / an	Coût brut lié à la section SOINS par place en Euros / jour	Coût brut lié à la section DÉPENDANCE par place en Euros / an	Coût brut lié à la section DÉPENDANCE par place en Euros / jour	Coût brut lié à la section HÉBERGEMENT par place en Euros /an	Coût brut lié à la section HÉBERGEMENT par place en Euros / jour
Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	41 405 €	113 €	13 726 €	38 €	6 045 €	17 €	21 420 €	59 €
Dispersion								
1er décile	34 456 €	94 €	10 151 €	28 €	4 817 €	13 €	17 603 €	48 €
Médiane	40 585 €	111 €	12 710 €	35 €	5 950 €	16 €	21 188 €	58 €
9ème décile	48 271 €	132 €	17 238 €	47 €	7 311 €	20 €	26 069 €	71 €

¹⁰ <http://www.cnsa.fr/documentation-documents-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeq4-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2016>

La situation des EHPAD en 2016

Les tableaux suivants présentent la dispersion des coûts annuels d'une place en hébergement permanent en tenant compte des différentes variables étudiées. Seules les variables pour lesquelles un résultat significatif a été trouvé sont affichées.

Sur la section soins, le coût annuel d'une place en hébergement permanent est significativement plus élevé pour les EHPAD :

- (1) publics rattachés à un EPS, par rapport aux autres statuts ;
- (2) en tarif global avec PUI. Le coût/place augmente avec les valeurs de points des différentes options tarifaires ;
- (3) de 200 places et plus, il n'est donc pas constaté d'économie d'échelle par rapport à la capacité d'accueil de la structure ;
- (4) en ville, comparativement aux EHPAD ruraux :
 - qui disposent d'un PASA,
 - qui disposent d'une UHR,
 - dont le GMP et le PMP est plus élevé : le coût moyen par place d'hébergement augmente avec la classe de GMP et PMP observée.

Sur la section dépendance, le coût annuel d'une place en hébergement permanent est significativement plus élevé pour les EHPAD :

- (1) publics rattachés à un EPS et publics autonomes, par rapport aux autres statuts ;
- (2) en tarif global avec PUI. Le coût/place augmente avec les valeurs de points des différentes options tarifaires ;
- (3) de moins de 45 places ;
- (4) qui disposent d'une UHR ;
- (5) dont le GMP et le PMP est plus élevé : le coût moyen par place d'hébergement augmente avec la classe de GMP et PMP observée.

Estimation des déterminants du coût brut en hébergement permanent proposé par les EHPAD lié à la section SOINS par place HP en Euros / an

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10% ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique fin: Privé commercial	371	12 659 €	***	10 440 €	12 307 €	15 648 €
Statut juridique fin: Privé non lucratif	1 608	13 192 €	NS	10 104 €	12 487 €	16 880 €
Statut juridique fin: Public autonome	1 006	14 361 €	***	11 192 €	13 526 €	17 474 €
Statut juridique fin: Public rattaché à un EPS	513	16 458 €	**	12 942 €	16 068 €	20 783 €
Statut juridique fin: Public territorial (CCAS)	553	12 380 €	Référence	9 439 €	11 929 €	15 280 €
Option tarifaire: TG AVEC PUI	658	17 180 €	***	14 236 €	17 088 €	21 111 €
Option tarifaire: TG SANS PUI	465	15 586 €	***	12 733 €	15 355 €	18 614 €
Option tarifaire: TP AVEC PUI	96	14 258 €	***	10 964 €	13 742 €	18 706 €
Option tarifaire: TP SANS PUI	2 832	12 359 €	Référence	10 059 €	12 209 €	14 856 €
capacité HP: 1-Capacité inférieure à 45 places	366	13 770 €	***	10 182 €	13 022 €	19 139 €
capacité HP: 2-Capacité entre 45 & 59 places	458	13 178 €	***	10 303 €	12 685 €	16 901 €
capacité HP: 3-Capacité entre 60 & 99 places	2 301	13 143 €	**	10 291 €	12 650 €	16 541 €
capacité HP: 4-Capacité entre 100 & 199 places	763	14 783 €	NS	10 962 €	14 521 €	18 719 €
capacité HP: 5-Capacité supérieure à 199 places	163	16 638 €	Référence	12 641 €	16 466 €	20 163 €
Type de zone: Espace mixte	1 076	13 991 €	NS	10 425 €	12 943 €	17 708 €
Type de zone : Espace à dominante rurale	884	13 276 €	***	10 381 €	12 674 €	16 248 €
Type de zone : Espace à dominante urbaine	2 091	14 257 €	Référence	10 387 €	13 217 €	18 316 €
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	3 067	13 841 €	***	10 372 €	12 935 €	17 498 €
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	984	18 053 €	Référence	14 542 €	18 136 €	22 880 €
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : NON	3 967	13 412 €	***	10 137 €	12 543 €	17 131 €
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : OUI	84	15 381 €	Référence	11 819 €	14 522 €	18 718 €
Classe GMP: 1-Moins de 600	315	10 593 €	***	8 638 €	10 358 €	12 487 €
Classe GMP: 2-[600 à 700[	1 264	12 957 €	***	10 102 €	12 107 €	15 872 €
Classe GMP: 3-[700 à 800[	2 056	14 485 €	***	11 191 €	13 443 €	17 756 €
Classe GMP: 4-Plus de 800	416	16 786 €	Référence	12 712 €	16 195 €	20 982 €
Classe PMP: 1-Moins de 150	437	11 882 €	***	9 031 €	11 155 €	14 985 €
Classe PMP: 2-[150 à 200[	1 906	13 315 €	***	10 348 €	12 455 €	16 459 €
Classe PMP: 3-[200 à 250[	1 296	14 791 €	***	11 342 €	13 667 €	18 316 €
Classe PMP: 4-Plus de 250	412	16 492 €	Référence	12 220 €	14 944 €	20 670 €

Estimation des déterminants du coût brut en hébergement permanent proposé par les EHPAD lié à la section SOINS par place HP en Euros / an

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique fin: Privé commercial	371	12 659 €	***	10 440 €	12 307 €	15 648 €
Statut juridique fin: Privé non lucratif	1 608	13 192 €	NS	10 104 €	12 487 €	16 880 €
Statut juridique fin: Public autonome	1 006	14 361 €	***	11 192 €	13 526 €	17 474 €
Statut juridique fin: Public rattaché à un EPS	513	16 458 €	**	12 942 €	16 068 €	20 783 €
Statut juridique fin: Public territorial (CCAS)	553	12 380 €	Référence	9 439 €	11 929 €	15 280 €
Option tarifaire: TG AVEC PUI	658	17 180 €	***	14 236 €	17 088 €	21 111 €
Option tarifaire: TG SANS PUI	465	15 586 €	***	12 733 €	15 355 €	18 614 €
Option tarifaire: TP AVEC PUI	96	14 258 €	***	10 964 €	13 742 €	18 706 €
Option tarifaire: TP SANS PUI	2 832	12 359 €	Référence	10 059 €	12 209 €	14 856 €
capacité HP: 1-Capacité inférieure à 45 places	366	13 770 €	***	10 182 €	13 022 €	19 139 €
capacité HP: 2-Capacité entre 45 & 59 places	458	13 178 €	***	10 303 €	12 685 €	16 901 €
capacité HP: 3-Capacité entre 60 & 99 places	2 301	13 143 €	**	10 291 €	12 650 €	16 541 €
capacité HP: 4-Capacité entre 100 & 199 places	763	14 783 €	NS	10 962 €	14 521 €	18 719 €
capacité HP: 5-Capacité supérieure à 199 places	163	16 638 €	Référence	12 641 €	16 466 €	20 163 €
Type de zone: Espace mixte	1 076	13 991 €	NS	10 425 €	12 943 €	17 708 €
Type de zone : Espace à dominante rurale	884	13 276 €	***	10 381 €	12 674 €	16 248 €
Type de zone : Espace à dominante urbaine	2 091	14 257 €	Référence	10 387 €	13 217 €	18 316 €
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	3 067	13 841 €	***	10 372 €	12 935 €	17 498 €
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	984	18 053 €	Référence	14 542 €	18 136 €	22 880 €
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : NON	3 967	13 412 €	***	10 137 €	12 543 €	17 131 €
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : OUI	84	15 381 €	Référence	11 819 €	14 522 €	18 718 €
Classe GMP: 1-Moins de 600	315	10 593 €	***	8 638 €	10 358 €	12 487 €
Classe GMP: 2-[600 à 700[	1 264	12 957 €	***	10 102 €	12 107 €	15 872 €
Classe GMP: 3-[700 à 800[	2 056	14 485 €	***	11 191 €	13 443 €	17 756 €
Classe GMP: 4-Plus de 800	416	16 786 €	Référence	12 712 €	16 195 €	20 982 €
Classe PMP: 1-Moins de 150	437	11 882 €	***	9 031 €	11 155 €	14 985 €
Classe PMP: 2-[150 à 200[	1 906	13 315 €	***	10 348 €	12 455 €	16 459 €
Classe PMP: 3-[200 à 250[	1 296	14 791 €	***	11 342 €	13 667 €	18 316 €
Classe PMP: 4-Plus de 250	412	16 492 €	Référence	12 220 €	14 944 €	20 670 €



4.3 Les créations de places en EHPAD

Dans le cadre de l'amélioration et de la diversification de la prise en charge des résidents en EHPAD, plusieurs plans nationaux ont été mis en œuvre sur le champ des personnes âgées :

- le plan vieillissement et solidarité, pour la période 2003-2006 ;
- le plan Solidarité Grand Âge, pour la période 2007-2012 ;
- le plan Alzheimer, pour la période 2008-2012 ;
- et le plan maladies neurodégénératives, pour la période 2014-2019.

Chacun de ces plans comprenait, entre autres, un volet de création de places nouvelles.

Pour une gestion plus efficiente des enveloppes budgétaires, la CNSA a choisi de fusionner l'ensemble de ces mesures nouvelles dans une seule enveloppe, qui prend la forme d'une autorisation d'engagements, nommée le « droit de tirage » des ARS, estimée initialement à 478,2 millions d'euros.

Ensuite, en fonction des besoins de chaque ARS et du rythme d'installation des nouvelles places, la CNSA notifie, tous les ans, les crédits nécessaires à l'ouverture des nouveaux établissements et aux extensions d'EHPAD existants.

Le droit de tirage diminue au fil des notifications successives. C'est pourquoi, au 1^{er} janvier 2016, le solde du droit de tirage global des ARS s'établissait à 168,5 millions d'euros.

En fonction des prévisions d'ouverture d'établissements remontées par les ARS, et au regard de la trésorerie résiduelle des ARS pouvant être utilisée pour couvrir les besoins, la CNSA a alloué aux ARS près de 13,8 millions d'euros de mesures nouvelles dédiées aux créations de places, pour l'année 2016.

Enveloppe notifiée aux ARS	13 806 762 €
Montants tarifés par les ARS	47 653 114 €
Taux de réalisation 2016	345,1 %
En nombre de places	3 745
En coût place	12 724 €

En mobilisant également le solde des crédits disponibles dans leurs dotations régionales (trésorerie), les ARS ont financé **47,6 millions d'euros de mesures nouvelles**. 84 % sont dédiés à l'hébergement permanent, soit 3 147 places et 16 % sont dédiés à l'accueil de jour ou à l'hébergement temporaire (AJ/HT), soit 598 places.

Par statut juridique

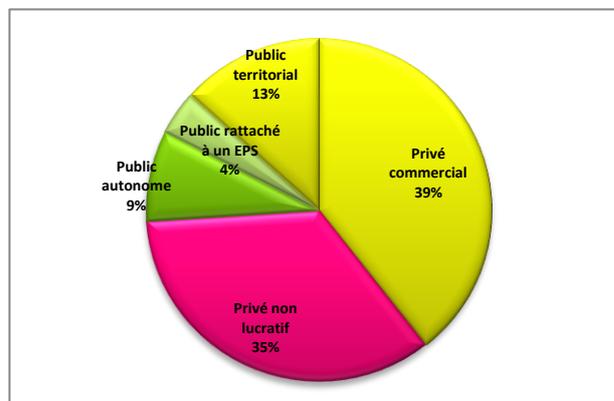
Le graphique ci-contre présente la répartition, par statut juridique, des 3 745 places d'hébergement permanent et d'AJ/HT créées par les ARS.

En 2016, ces places ont été ouvertes à hauteur de :

- 40 % dans des EHPAD relevant du statut privé commercial ;
- 35 % dans des EHPAD relevant du statut privé à but non lucratif ;
- 25 % dans des EHPAD relevant du statut public.

Places nouvelles par statut juridique (en nombre de places)

Source : HAPI



Par option tarifaire

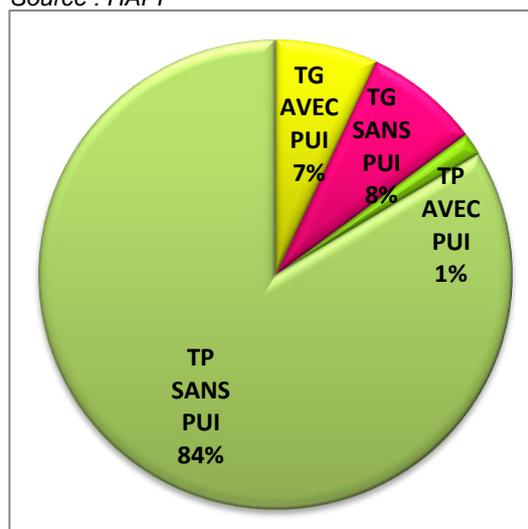
En 2016, ces places ont été ouvertes à hauteur de :

- 85 % dans des EHPAD ayant opté pour le tarif partiel ;
- 15 % dans des EHPAD ayant opté pour le tarif global.

Seul 1 % des places a été ouvert dans des EHPAD relevant du tarif partiel avec PUI. Il s'agit d'extensions d'EHPAD existants.

Places nouvelles par option tarifaire (en nombre de places)

Source : HAPI





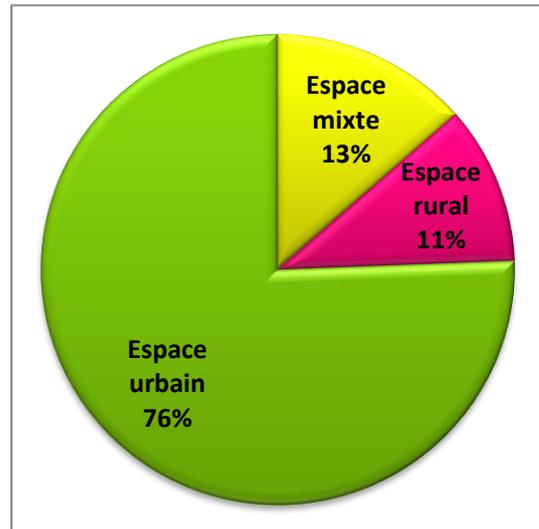
Par zone géographique

En 2016, ces places ont été ouvertes à hauteur de :

- 76 % dans des EHPAD urbains ;
- 11 % dans des EHPAD ruraux ;
- 13 % dans des EHPAD en milieu mixte.

Places nouvelles par zone géographique (en nombre de places)

Source : HAPI



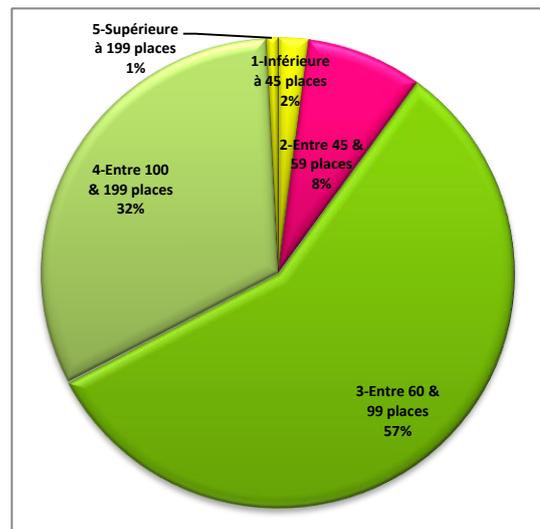
Par capacité d'accueil

En 2016, ces places ont été ouvertes à hauteur de :

- 2 % dans des EHPAD de petite taille. Au regard de leurs dates d'ouverture, il en ressort qu'1 EHPAD a été créé en 2016 ;
- 65 % dans des EHPAD de taille moyenne (45 à 99 places) ;
- 32 % dans des EHPAD de grande taille (100 à 199 places) ;
- 1 % dans des EHPAD de très grande taille. Au regard de leurs dates d'ouverture, il s'agit d'extensions d'EHPAD existants.

Places nouvelles par taille d'EHPAD (en nombre de places)

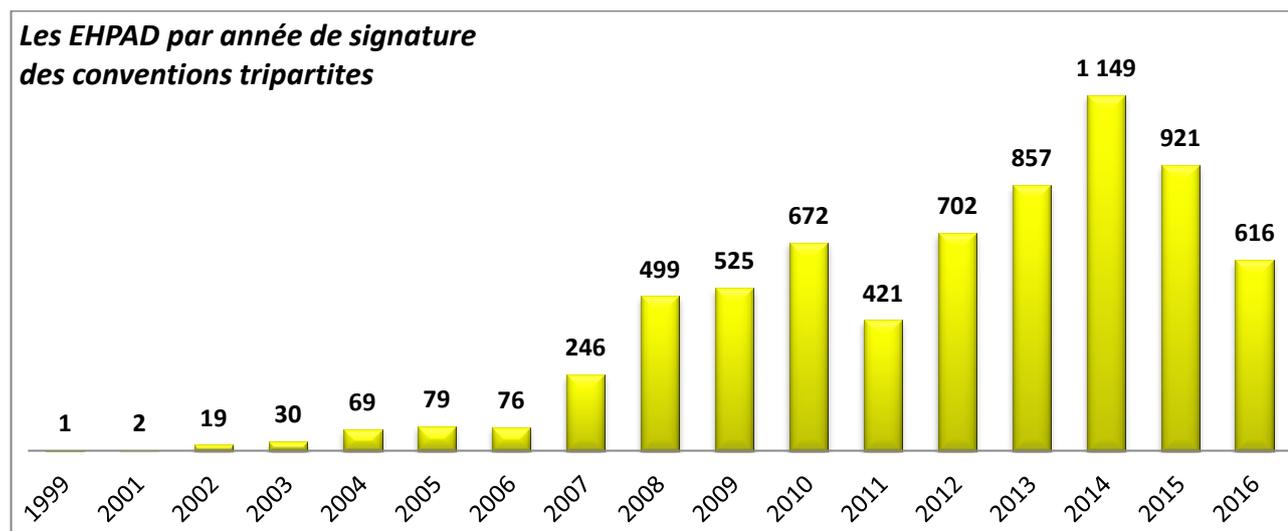
Source : HAPI



4.4 Le conventionnement des EHPAD

Pour devenir un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), deux conditions incontournables doivent être respectées : **l'obtention d'une autorisation** de dispenser des soins aux assurés sociaux et **la signature d'une convention** tripartite, qui, au lancement de la réforme des EHPAD, prenait l'appellation de « conventionnement des EHPAD ». En 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a introduit le principe de substitution de cette convention tripartite par un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), à compter du 1^{er} janvier 2017.

Le graphique suivant présente le nombre de conventions tripartites signées par année.



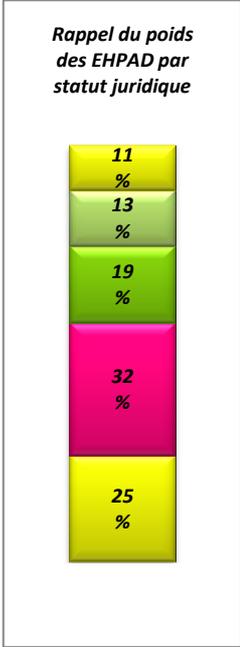
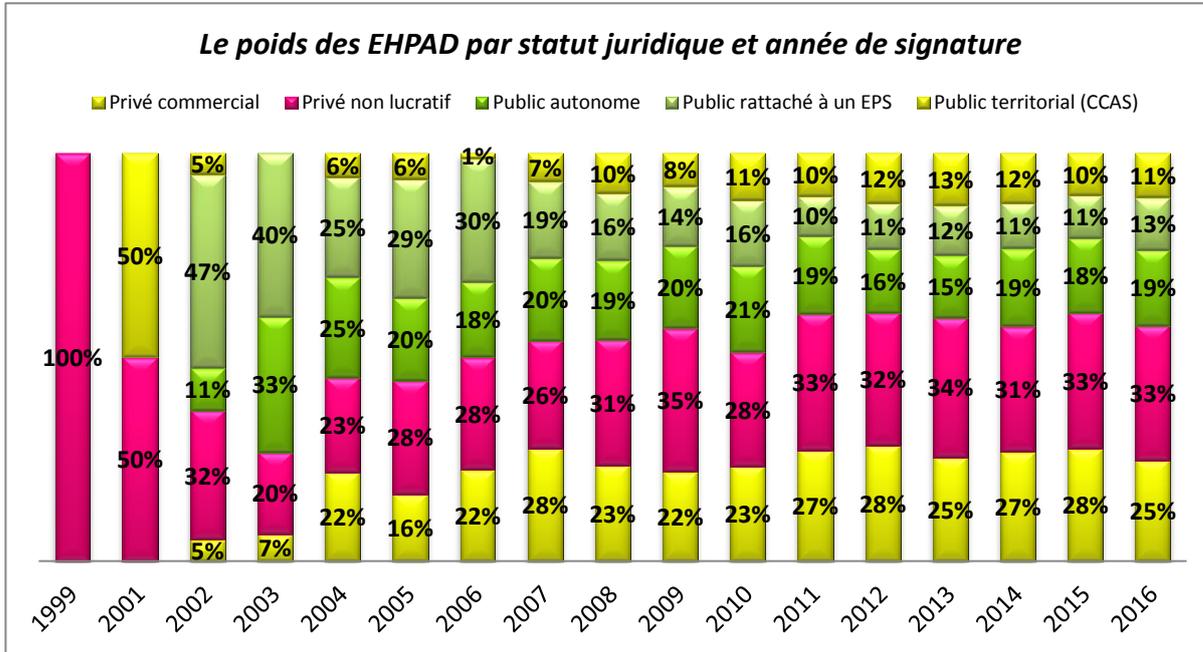
Jusqu'en 2006, le nombre de conventions tripartites ne dépassait pas 100 par an. À partir de 2007, le conventionnement des EHPAD a fortement augmenté. La première évolution tarifaire de 2007 consistait à prendre en compte, en sus de la perte d'autonomie (GMP), la charge en soins requis (Pathos Moyen Pondéré), dans la détermination du forfait global de soins des EHPAD.

Ainsi, à partir de 2008, plus de 500 conventions tripartites étaient signées chaque année. En 2011, le haut niveau d'engagement constaté en début d'année a contraint les pouvoirs publics à mettre en suspens le conventionnement des EHPAD, pour éviter un dépassement de l'enveloppe budgétaire dédiée (crédits de médicalisation).



Le graphique suivant présente les signatures des conventions tripartites par année et par statut juridique des EHPAD.

Source HAPI



Les EHPAD publics et privés commerciaux ont été les premiers à conventionner. Le conventionnement des EHPAD privés commerciaux a été progressif, avec un pic constaté en 2007. Depuis 2011, le poids de chaque secteur par année est équivalent à celui de l'ensemble des EHPAD présents en 2016 et qui est rappelé ci-dessus. En 1999, un seul EHPAD est présent dans la base, donc sur ce graphique.

4.5 La médicalisation des EHPAD

Pour accompagner ce conventionnement et améliorer la prise en charge des personnes âgées, le plan Solidarité Grand Âge a représenté un accroissement des ressources allouées au secteur de plus de 1,2 milliard d'euros. Dans le cadre de cette politique dite de « médicalisation des EHPAD », la CNSA a alloué, en 2016, une enveloppe de 100 millions d'euros aux ARS.

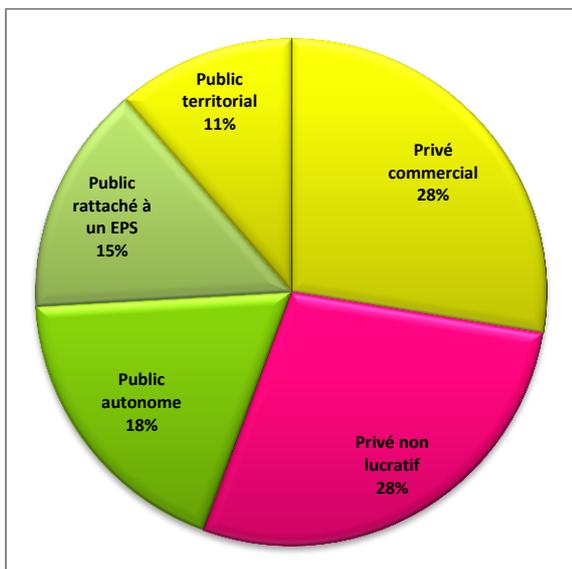
Enveloppe notifiée aux ARS	100 000 000 €
Montants tarifés par les ARS	136 593 011 €
Taux de réalisation 2016	136,6 %
En nombre d'EHPAD	1 753
En nombre de places HP	145 148
En coût place HP	941 €

En mobilisant aussi leurs disponibilités (trésorerie), les ARS ont renforcé le forfait global de soins de 1 753 EHPAD, à hauteur de 136,6 millions d'euros. Ainsi, près de 25 % des places d'EHPAD ont été revalorisées en 2016.

Le graphique suivant permet d'observer la répartition des crédits de médicalisation notifiés, en 2016, par les ARS (136,6 millions d'euros), en fonction du statut juridique des EHPAD.

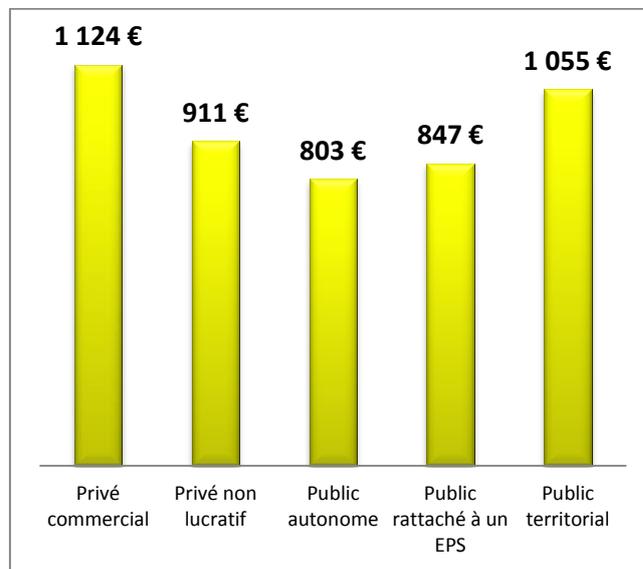
Médicalisation par statut juridique

(en montants) *Source : HAPI*



Médicalisation par statut juridique

(financement rapporté à la place) *Source : HAPI*

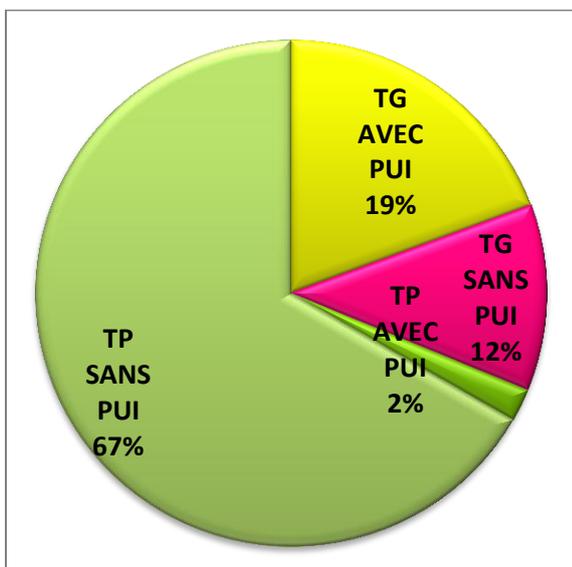


Chaque secteur a bénéficié d'un tiers des crédits de médicalisation alloués en 2016. Rapporté au nombre de places, le statut juridique le mieux doté est le privé commercial, suivi par le privé à but non lucratif.

Le graphique suivant permet d'observer la répartition des crédits de médicalisation notifiés, en 2016, par les ARS (136,6 M€), en fonction de l'option tarifaire des EHPAD.

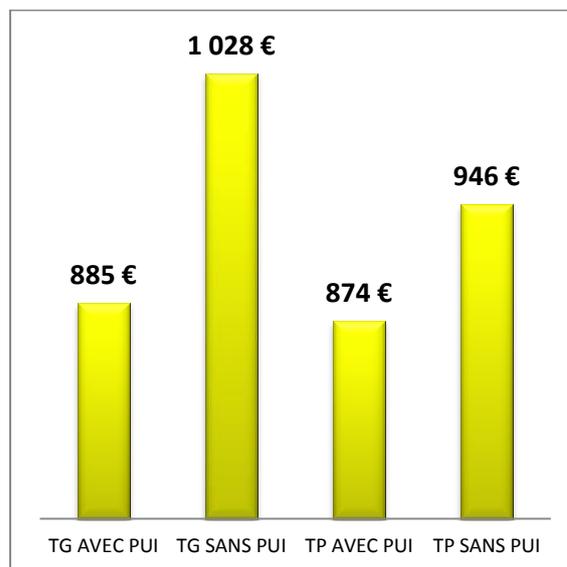
Médicalisation par option tarifaire

(en montants) *Source : HAPI*



Médicalisation par option tarifaire

(financement rapporté à la place) *Source : HAPI*

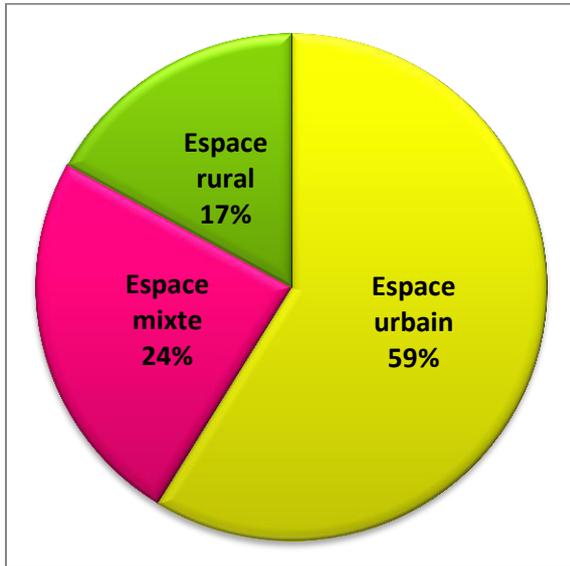


Les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel sans PUI ont reçu la part la plus importante (67 %) des crédits de médicalisation 2016. Rapporté au nombre de places, ce sont les EHPAD au tarif global sans PUI qui ont reçu des financements plus conséquents.

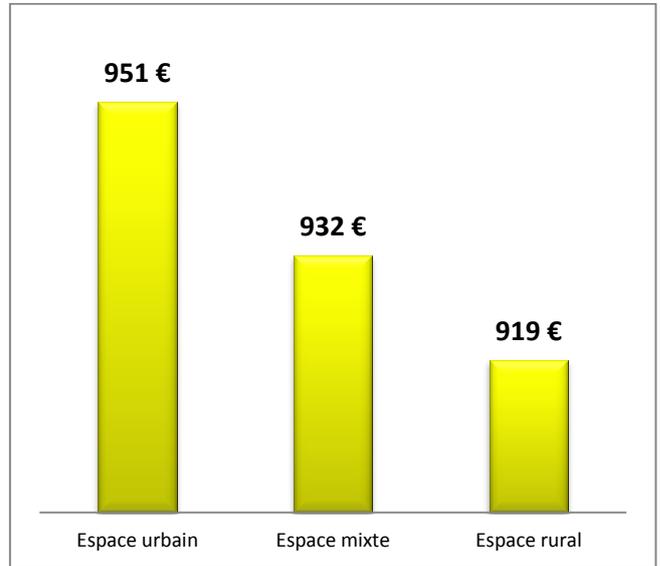
Le graphique suivant permet d'observer la répartition des crédits de médicalisation notifiés, en 2016, par les ARS (136,6 millions d'euros), en fonction du lieu d'implantation des EHPAD.



Médicalisation par zone géographique
(en montants)



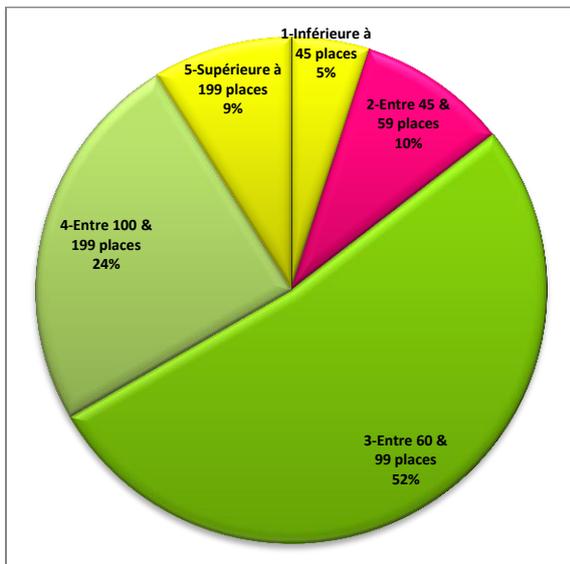
Médicalisation par zone géographique
(financement rapporté à la place)



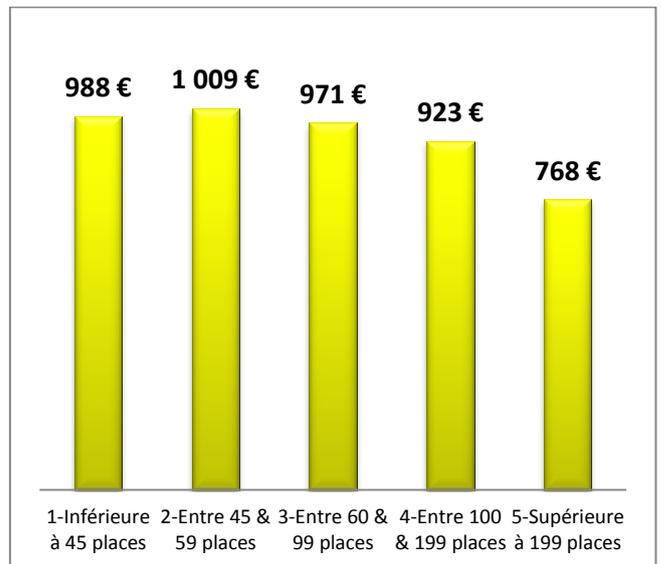
Ainsi, 59 % de l'enveloppe de médicalisation 2016 a été allouée à des EHPAD situés en zone urbaine. Ce constat est confirmé par l'analyse rapportée à la place : les EHPAD en milieu urbain ont été les mieux dotés.

Le graphique suivant permet d'observer la répartition des crédits de médicalisation notifiés, en 2016, par les ARS (136,6 millions d'euros), en fonction de la capacité d'accueil des EHPAD.

Médicalisation par taille d'EHPAD
(en montants) *Source : HAPI*



Médicalisation par taille d'EHPAD
(financement rapporté à la place) *Source : HAPI*



Les EHPAD de 60 à 99 places ont bénéficié de plus de 50 % de l'enveloppe de médicalisation 2016. Rapporté au nombre de places, ce sont les EHPAD de 45 à 59 places qui ont été les mieux financés.

Le financement des EHPAD de plus de 199 places représente environ 250 euros en moins par place par rapport aux EHPAD de 45 à 59 places.

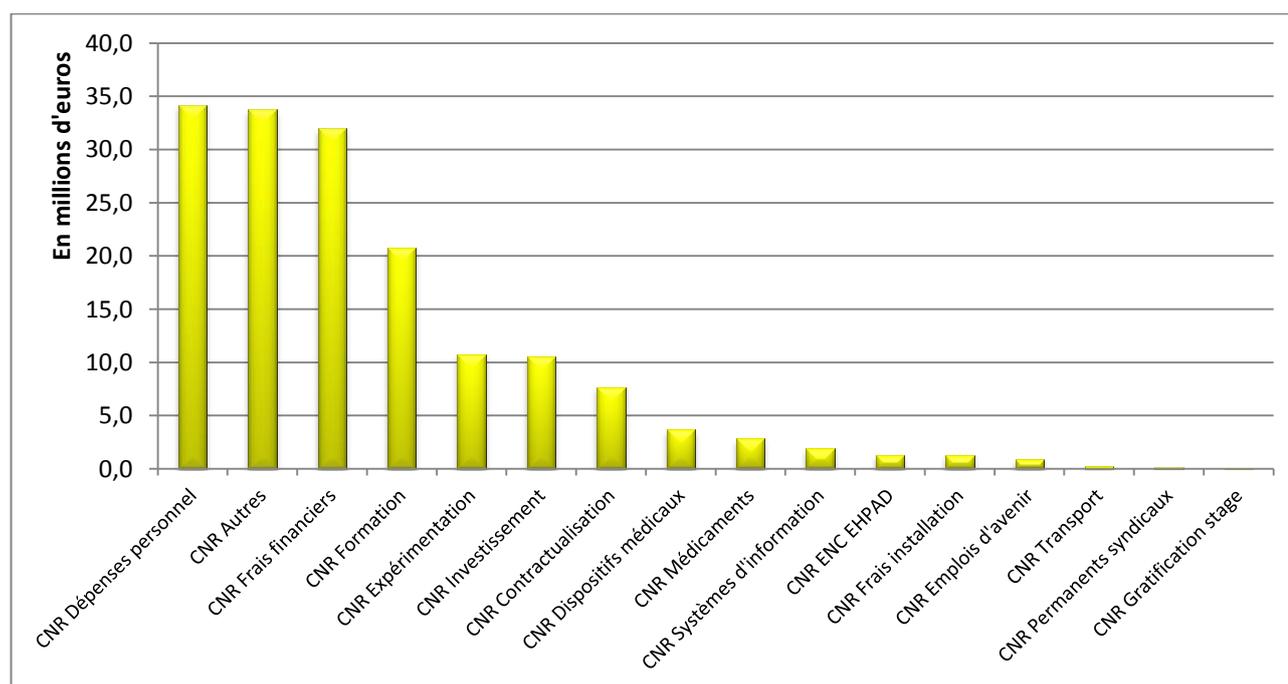
4.6 Les crédits non reconductibles

Au regard de la situation de chaque établissement, les ARS ont la possibilité de renforcer le forfait global de soins des EHPAD, grâce à des financements ponctuels, pour les accompagner dans la mise en œuvre de projets spécifiques : plan de formation du personnel, remplacement ponctuel de personnel, achat de lits médicalisés...

Montants CNR tarifés par les ARS	162 057 428 €
En nombre d'EHPAD	3 614
En nombre de places HP	323 198

En 2016, ce sont 162 millions d'euros de crédits non reconductibles (CNR), qui ont été alloués par les ARS. Près de 3 600 EHPAD ont pu bénéficier de ce financement ponctuel, soit un EHPAD sur deux. Toutefois, en comparaison avec 2015, le financement en CNR a diminué de près de 30 % et s'explique par la forte diminution des trésoreries des ARS et des reprises de résultats faites aux EHPAD, qui sont les deux principaux leviers financiers pour constituer cette enveloppe ponctuelle.

Le graphique suivant présente les actions financées par CNR en 2016, pour un montant total de 162 millions d'euros.

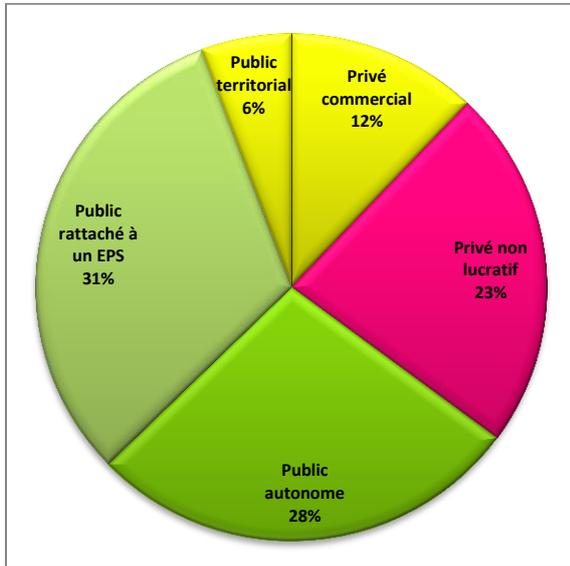


En 2016, les ARS ont privilégié les dépenses relatives au personnel. Entre les postes « Dépenses de personnel » pour 34 millions d'euros et « Formation » pour 21 millions d'euros, ce sont près de 55 millions d'euros qui ont été alloués au titre du renforcement du personnel des EHPAD, soit un tiers des crédits non reconductibles 2016. Le second poste est l'investissement, avec 43 millions d'euros de CNR versés en 2016.

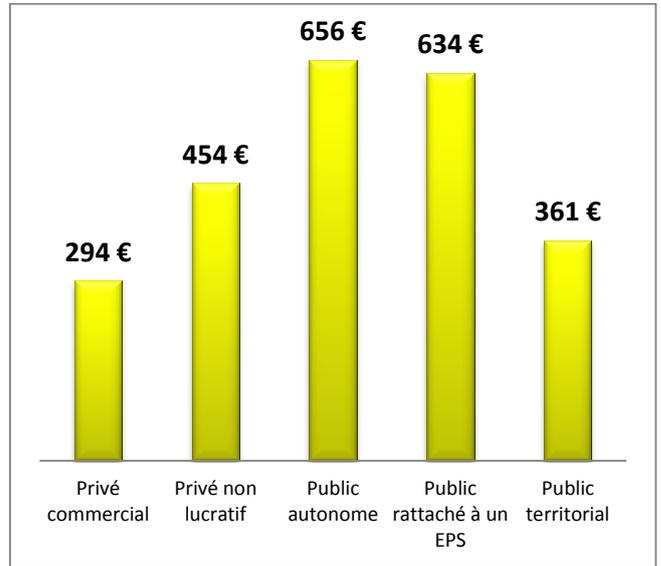
Le graphique suivant présente la répartition des CNR financés par les ARS (162 millions d'euros), dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, par statut juridique des EHPAD.



CNR par statut juridique
(en montants) *Source HAPI*



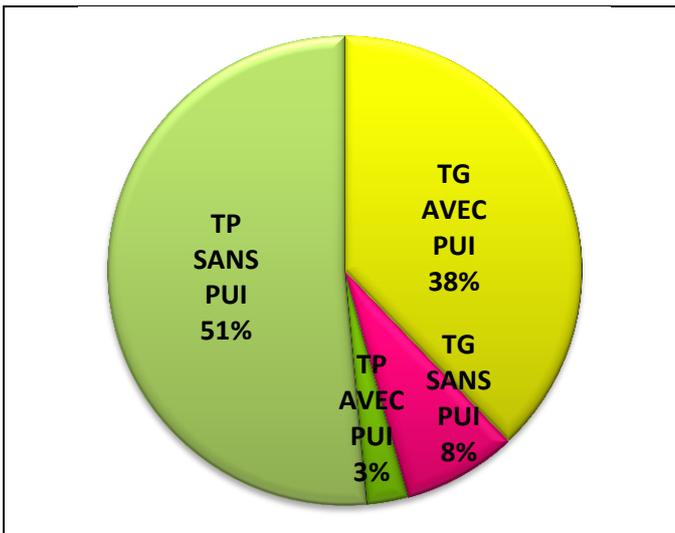
CNR par statut juridique
(financement rapporté à la place) *Source HAPI*



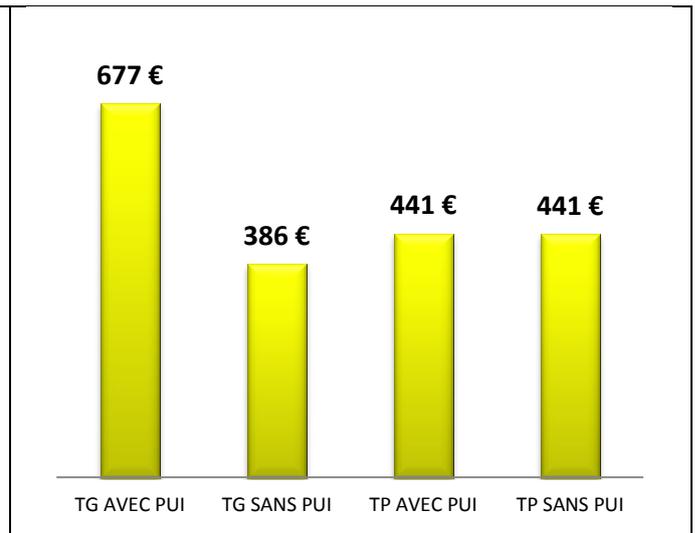
Les EHPAD publics rattachés à des établissements de santé ont bénéficié de la part la plus importante des CNR alloués par les ARS en 2016. L'analyse par place confirme cette tendance. En 2016, le financement de CNR par place a été moins favorable pour les EHPAD privés commerciaux et représente 44 % de celui des EHPAD publics autonomes.

Le graphique suivant présente la répartition des CNR financés par les ARS (162 millions d'euros) dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, par option tarifaire des EHPAD.

CNR par option tarifaire
(en montants) *Source : HAPI*



CNR par option tarifaire
(en places HP) *Source : HAPI*

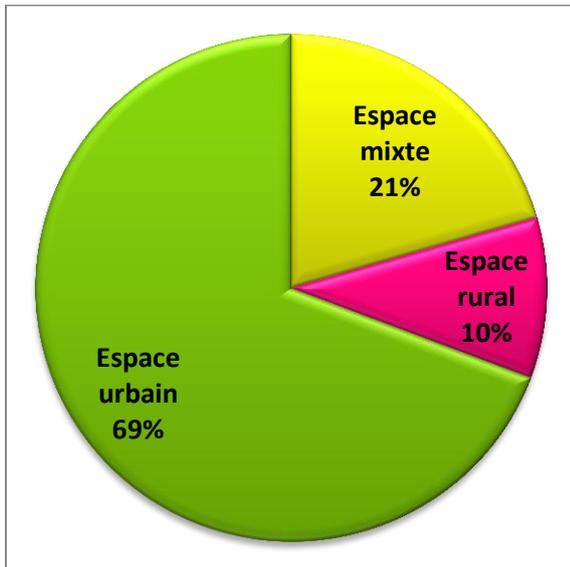


Les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel sans PUI ont bénéficié majoritairement de l'enveloppe de CNR 2016. Rapporté au nombre de places, le financement en CNR a été plus profitable aux EHPAD relevant du tarif global avec PUI.

Le financement à la place a été tout aussi important pour les EHPAD relevant du tarif partiel sans PUI que du tarif partiel avec PUI, sauf que l'un représente 51 % de l'enveloppe de CNR 2016, et l'autre 3 %.

Le graphique suivant présente la répartition des CNR financés par les ARS (162 millions d'euros) dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, par zone d'implantation des EHPAD.

CNR par zone géographique
(en montants) *Source : HAPI*



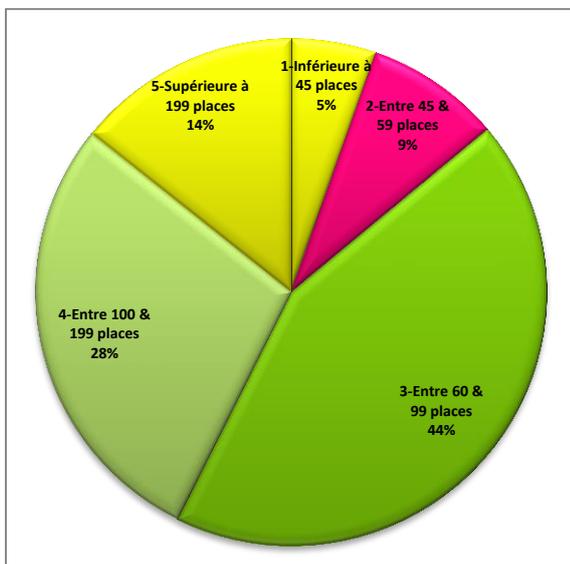
CNR par zone géographique
(en places HP) *Source : HAPI*



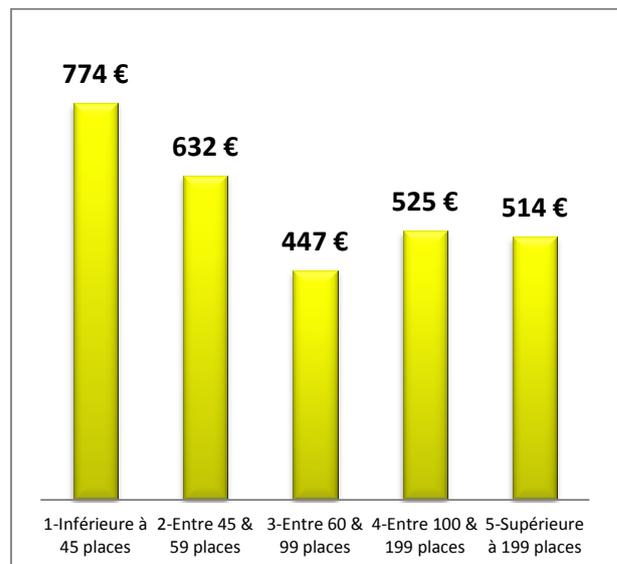
Les EHPAD situés en milieu urbain ont bénéficié très majoritairement de l'enveloppe de CNR 2016 (69 %). L'analyse par place confirme ce constat. En 2016, le financement à la place des EHPAD ruraux a été le moins favorable et représente 62 % de celui des EHPAD urbains.

Le graphique suivant présente la répartition des CNR financés par les ARS (162 millions d'euros) dans le cadre de la campagne budgétaire 2016, par taille des EHPAD.

CNR par taille d'EHPAD
(en montants) *Source : HAPI*



CNR par taille d'EHPAD
(financement rapporté à la place) *Source : HAPI*





Les EHPAD de 60 à 99 places ont bénéficié majoritairement de l'enveloppe de CNR 2016 (44 %). Lorsque le financement est rapporté à la place, ce constat s'inverse, puisque ces EHPAD ont bénéficié du plus faible financement de CNR par place 447 euros. Le financement à la place apparaît plus favorable pour les petits EHPAD, de 45 places ou moins.

4.7 La réouverture encadrée et maîtrisée du tarif global

Compte tenu du niveau de dépenses relatif au tarif global sur l'ONDAM médico-social, l'accès à l'option tarifaire avait été gelé depuis 2011. Néanmoins, les missions menées par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 et 2013 ont montré l'intérêt en termes de qualité et d'organisation de la prise en charge des résidents des EHPAD ayant opté pour le tarif global.

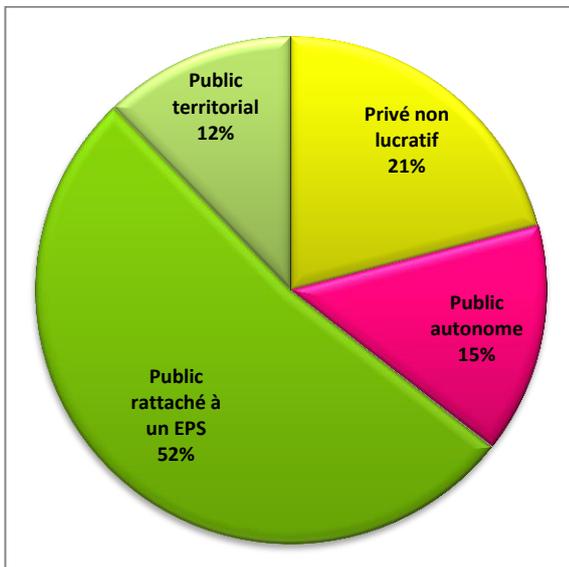
C'est pourquoi, chaque année, depuis 2014, une enveloppe de 10 millions d'euros est distribuée aux ARS par la CNSA, pour accompagner, de manière encadrée, le passage au tarif global d'un nombre limité d'EHPAD. À ce jour, le changement d'option tarifaire est limité aux EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) et aux EHPAD engagés dans un projet de fusion avec d'autres établissements en tarif global.

Enveloppe notifiée aux ARS	10 000 000 €
Montants tarifés par les ARS	11 718 316 €
Taux de réalisation 2016	117,2 %
En nombre d'EHPAD	68
En nombre de places HP	7 956

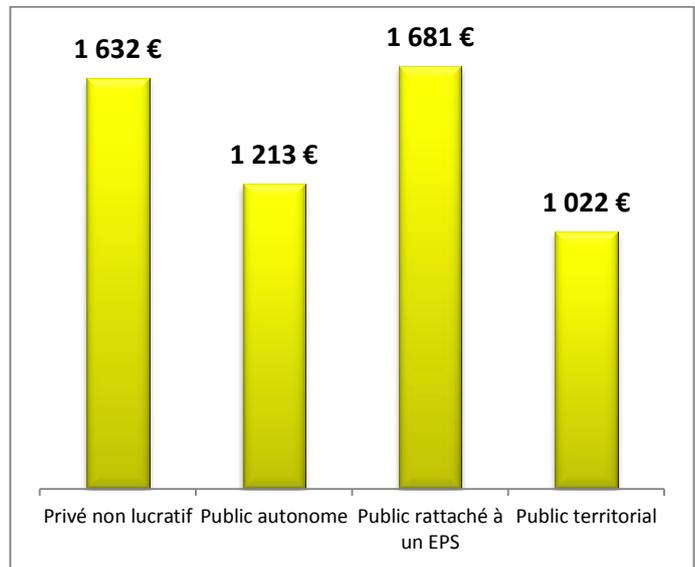
En mobilisant leurs crédits disponibles, les ARS ont renforcé l'accompagnement au tarif global de 68 EHPAD, pour un montant de 11,7 millions d'euros. Ce sont environ 1,5 % des places d'EHPAD qui ont bénéficié de ce changement d'option tarifaire.

Le graphique suivant permet d'observer, en fonction du statut juridique des EHPAD, la répartition des crédits dédiés à la réouverture du tarif global et notifiés en 2016 par les ARS.

Réouverture TG par statut juridique
(en montants)



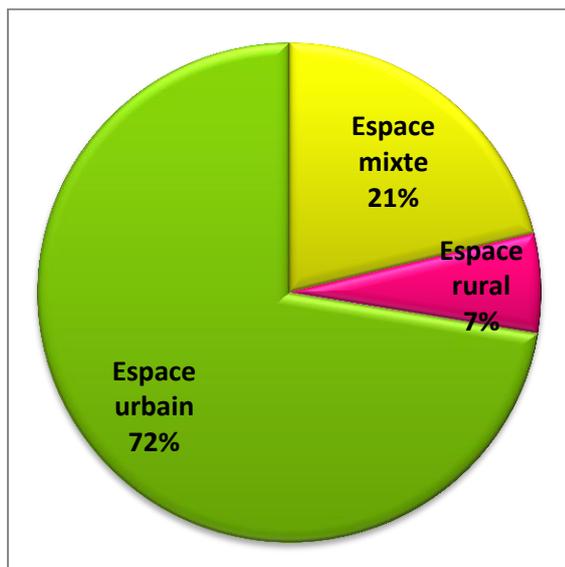
Réouverture TG par statut juridique
(financement rapporté à la place)



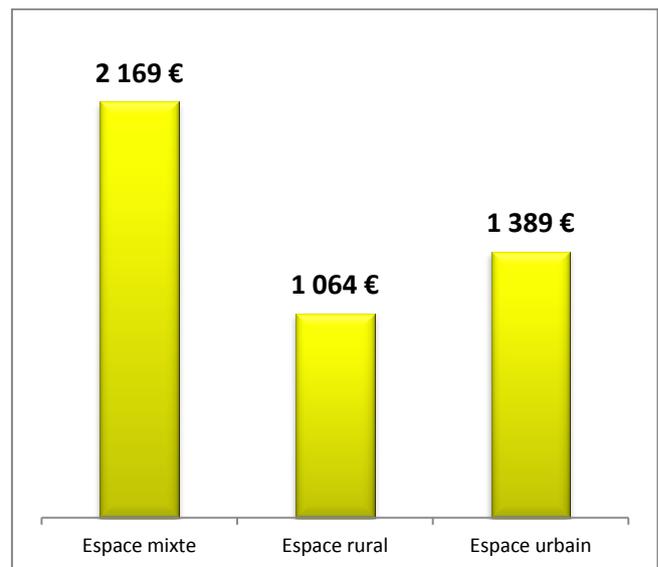
L'enveloppe dédiée à la réouverture du tarif global a permis de financer pour moitié des EHPAD rattachés à des établissements de santé. L'analyse rapportée à la place s'inscrit dans la continuité de ce constat. Bien que le secteur privé à but non lucratif n'ait pu bénéficier que de 20 % de l'enveloppe, le financement à la place lui a été plus favorable.

Le graphique suivant permet d'observer, en fonction du lieu d'implantation des EHPAD, la répartition des crédits dédiés à la réouverture du tarif global et notifiés en 2016 par les ARS.

Réouverture TG par zone géographique
(en montants)



Réouverture TG par zone géographique
(financement rapporté à la place)

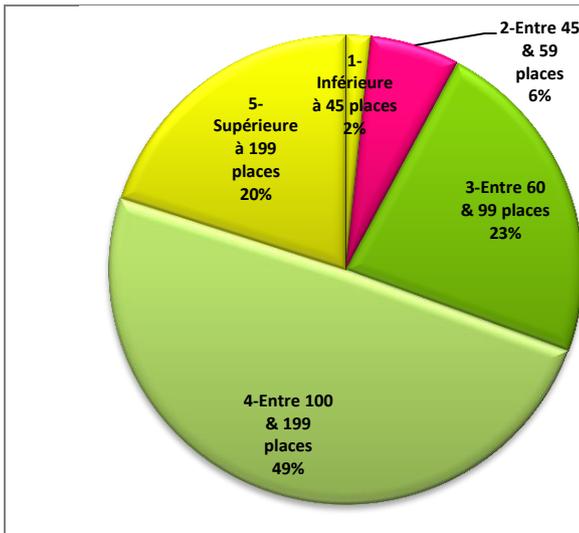




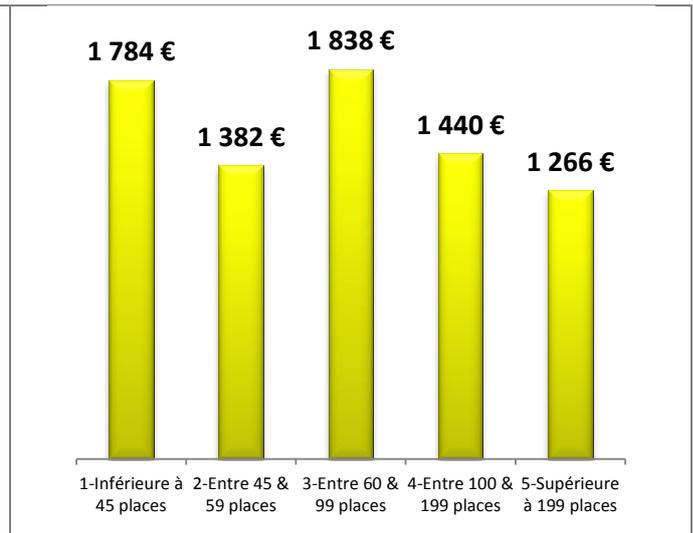
72 % de l'enveloppe dédiée à la réouverture du tarif global a permis de financer des EHPAD qui se situent en milieu urbain. Toutefois, rapporté à la place, le financement au passage au tarif global a été plus favorable aux EHPAD situés en zone mixte. Il représente le double du financement à la place des EHPAD ruraux.

Le graphique suivant permet d'observer, en fonction de la capacité d'accueil des EHPAD, la répartition des crédits dédiés à la réouverture du tarif global et notifiés en 2016 par les ARS.

Réouverture TG selon la capacité d'accueil
(en montants) *Source : HAPI*



Réouverture TG selon la capacité d'accueil
(financement rapporté à la place) *Source : HAPI*



Près de 50 % de l'enveloppe dédiée à la réouverture du tarif global a permis de financer des EHPAD dont la capacité est comprise entre 100 et 199 places. *A contrario*, les EHPAD dont la capacité est inférieure à 45 places n'ont perçu qu'1 % de l'enveloppe, mais le financement à la place est l'un des plus importants.

4.8 La convergence tarifaire à la baisse

Depuis 2009, les EHPAD sont soumis au principe de réduction progressive des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements. L'arrêté du 26 février 2009 a fixé les règles de mise en œuvre de la convergence tarifaire des EHPAD : l'objectif étant de résorber la totalité des écarts constatés au 31 décembre 2008, de manière linéaire et progressive, sur la période 2009-2016.

4.8.1 La convergence tarifaire en 2016

Pour atteindre cet objectif, la CNSA a, chaque année, appliqué une réfaction aux dotations régionales limitatives (DRL) des ARS pour un montant global de 13 millions d'euros. C'est ensuite aux ARS d'appliquer cet effort d'économie aux EHPAD en situation de dépassement.

Objectif de convergence 2016	-13 000 000 €
Réfaction des dotations 2016	-13 035 498 €
Création de PASA par convergence en 2016	-574 330 €
Création d'UHR par convergence en 2016	-260 400 €
Total économies réalisées 2016	-13 870 228 €
Taux de réalisation 2016	+106,7 %

La situation des EHPAD en 2016

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convergence tarifaire des EHPAD, un peu de plus de 13 millions d'euros ont été économisés en 2016. En ajoutant les mesures d'assouplissement instaurées lors du lancement du plan Alzheimer, notamment par la création de PASA et d'UHR à coût constant, le montant total des économies 2016 avoisine les 14 millions d'euros.

Les réfections de dotations

Dans la majorité des cas, les ARS ont directement appliqué une réfaction du forfait global de soins pour atteindre cet objectif.

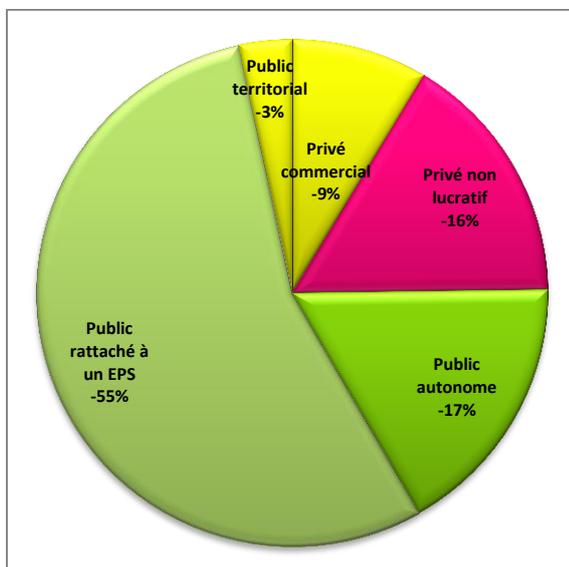
Réfaction des dotations 2016	-13 035 498 €
En nombre d'EHPAD	423
En nombre de places HP	38 072

Ainsi, en 2016, 423 EHPAD ont vu leur dotation soins diminuer, soit l'équivalent de 6,5 % des places des établissements concernés.

Le graphique suivant présente la répartition, par statut juridique, des réfections pratiquées en 2016 (13,0 millions d'euros), par les ARS, dans le cadre de la mise en œuvre de la convergence tarifaire.

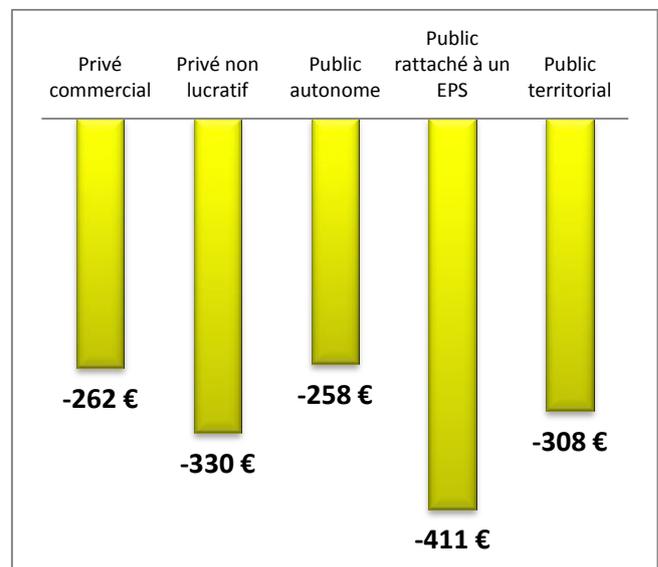
Réfections par statut juridique

(en montants) *Source : HAPI*



Réfections par statut juridique

(réfaction rapportée à la place) *Source : HAPI*

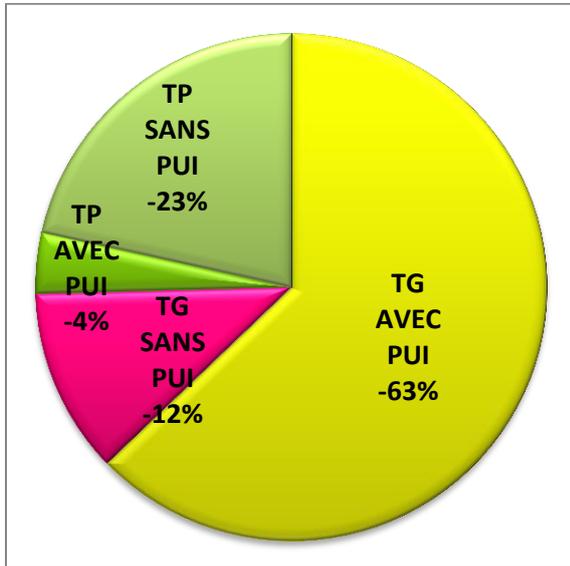


En 2016, 55 % des réfections ont concernés des EHPAD rattachés à un établissement de santé. Rapportées au nombre de places, ces réfections sont tout aussi importantes. À noter que le secteur privé à but non lucratif a contribué à 3 % de cet effort, mais l'analyse de cette réfaction rapportée à la place révèle un effort plus important pour les structures concernées.

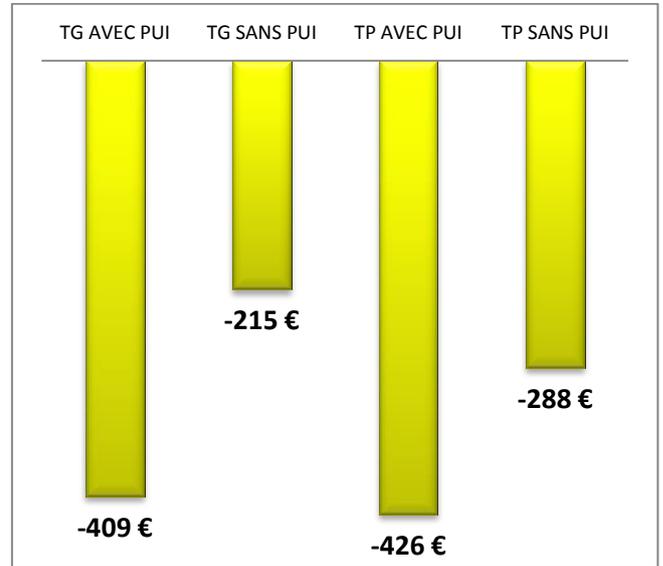
Le graphique suivant présente la répartition, par option tarifaire, des réfections pratiquées en 2016 (13,0 millions d'euros), par les ARS, dans le cadre de la mise en œuvre de la convergence tarifaire.



Réfections par option tarifaire
(en montants) *Source : HAPI*



Réfections par option tarifaire
(réfaction rapportée à la place) *Source : HAPI*

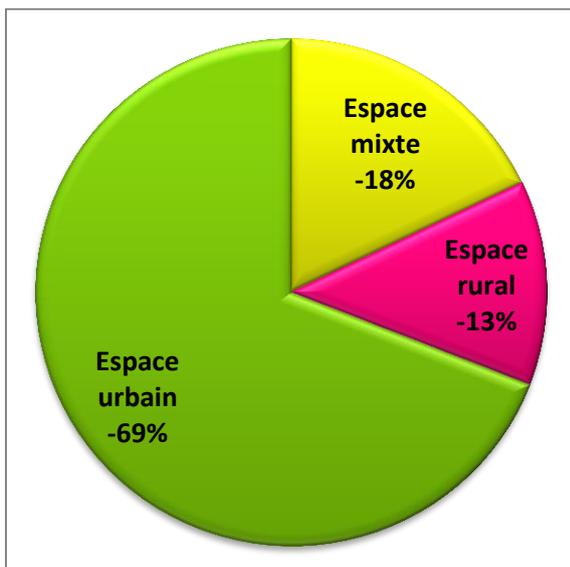


En 2016, 63 % des réfections ont été opérées sur des EHPAD ayant opté pour l'option tarif global avec PUI. Ce constat s'inscrit dans la continuité de l'analyse par statut juridique, car les EHPAD rattachés à un établissement de santé ont choisi majoritairement cette option tarifaire.

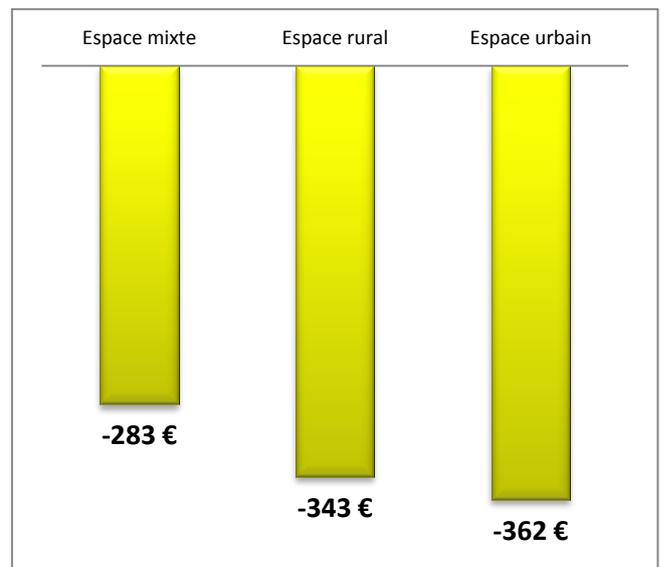
Rapportées au nombre de places, ces réfections sont tout aussi conséquentes. Cependant, ce sont les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel avec PUI qui ont fait l'objet de la réfaction la plus importante.

Le graphique suivant présente la répartition, par lieu d'implantation des EHPAD, des réfections appliquées en 2016 (13,0 millions d'euros), par les ARS, dans le cadre de la mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Réfections par zone géographique
(en montants) *Source : HAPI*



Réfections par zone géographique
(réfaction rapportée à la place) *Source : HAPI*

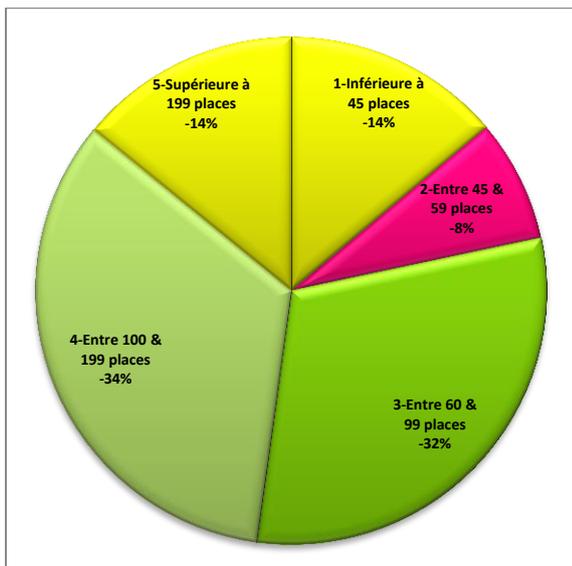


La situation des EHPAD en 2016

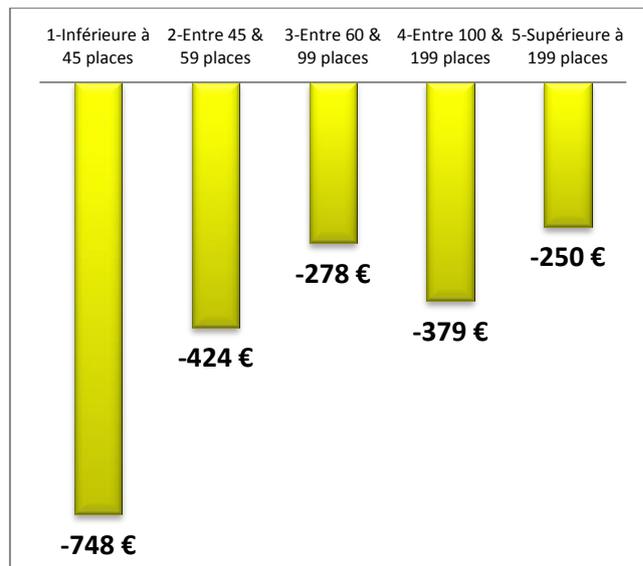
En 2016, les réfections concernent majoritairement des EHPAD situés en milieu urbain. Ce sont ces mêmes EHPAD qui ont participé le plus à cet effort lorsque la réfaction est rapportée par place d'EHPAD.

Le graphique suivant présente la répartition, par taille des EHPAD, des réfections pratiquées en 2016 (13,0 millions d'euros), par les ARS, dans le cadre de la mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Réfections par taille d'EHPAD (en montants)



Réfections par taille d'EHPAD (réfaction rapportée à la place)



En 2016, les EHPAD de 60 à 99 places et de 100 à 199 places ont contribué, à due proportion, à l'effort de convergence. Toutefois, ce sont les plus petits EHPAD (inférieurs à 45 places) qui ont supporté les plus importantes réfections.

Les créations de PASA/UHR par convergence

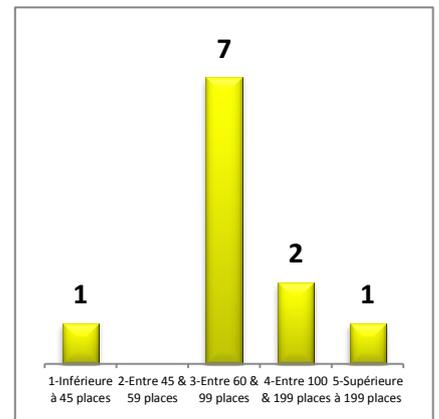
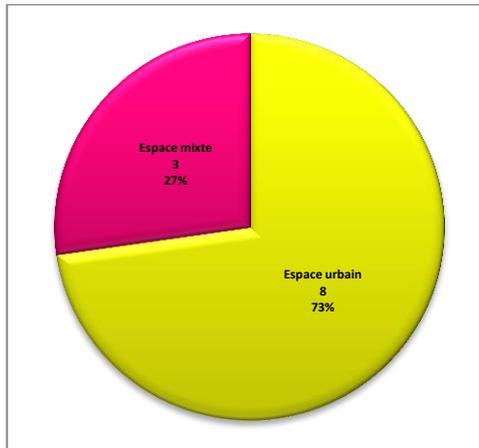
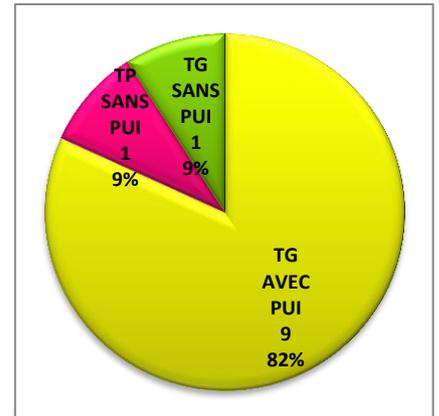
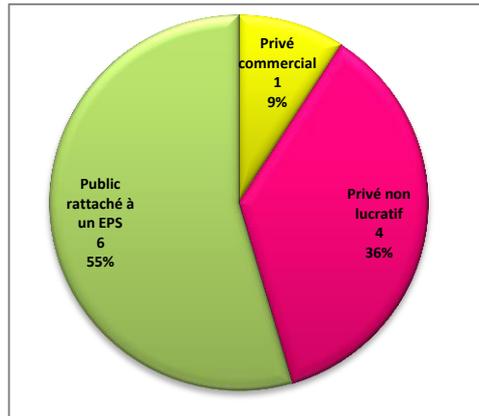
La mise en œuvre de la convergence tarifaire en EHPAD permet la création de PASA et d'UHR à coût constant, c'est-à-dire sans mesures nouvelles. Le dépassement constaté est maintenu dans le forfait global de soins de l'EHPAD, et permet de créer une nouvelle modalité de prise en charge.

En 2016, une UHR a été créée par convergence pour un montant de 260 400 euros et 11 PASA pour un montant total de 574 330 euros. Le nombre de PASA créés par convergence est passé de 1 en 2015 à 11 en 2016.



En 2016, la majorité des PASA par convergence a été créée au sein d'EHPAD :

- qui sont rattachés à des établissements de santé ;
- ayant opté pour le tarif global avec PUI ;
- qui sont situés dans un milieu urbain ;
- et dont la capacité se situe entre 60 et 99 places.



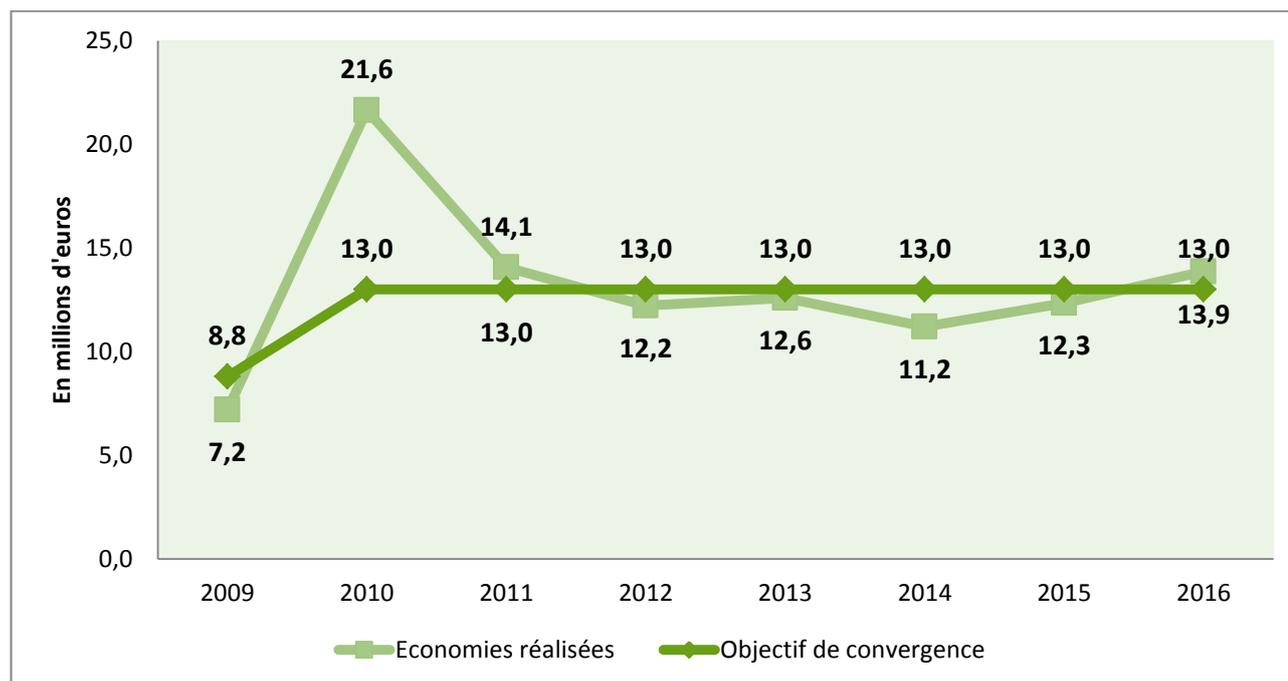
4.8.2 Le bilan de la convergence 2009-2016

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'arrêté du 26 février 2009, la CNSA avait déterminé un montant total de 99,8 millions d'euros de convergence à résorber sur la période 2009-2016.

Toutes mesures confondues (réfaction, création de PASA/UHR par convergence), les ARS ont dépassé l'objectif initial. Le montant total des économies réalisées par les EHPAD est de 105,1 millions d'euros, soit un taux de réalisation de 105,3 %.

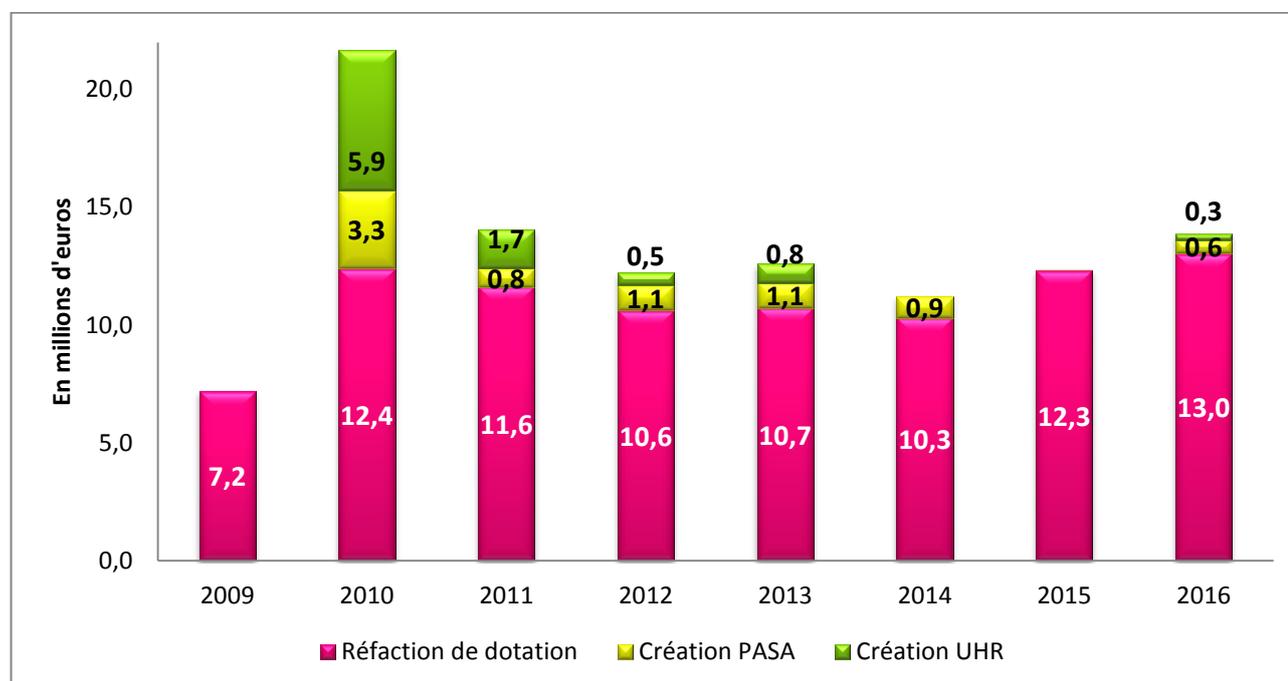
Le graphique suivant présente, par année, le montant de l'objectif imposé aux ARS et le volume financier économisé par les ARS, auprès des EHPAD en situation de dépassement du forfait soins de référence.

La situation des EHPAD en 2016



Le pic constaté en 2010 correspond à l'assouplissement de la convergence tarifaire qui passait par la possibilité de créer des PASA et des UHR par convergence.

Le graphique suivant décompose, par année, le détail des mesures appliquées par les ARS, dans le cadre de la mise en œuvre de la convergence tarifaire en EHPAD, au cours de la période 2009-2016.



Dans le cadre de la convergence en EHPAD, sur la période 2009-2016 :

- les ARS ont récupéré 88,2 millions d'euros sur les dotations soins des EHPAD en situation de dépassement ;
- les ARS ont créé 154 PASA par convergence pour un montant de 7,7 millions d'euros ;
- les ARS ont créé 39 UHR par convergence pour un montant de 9,2 millions d'euros.

5. Le coût global pour l'assurance maladie de l'accompagnement des résidents en EHPAD

5.1 Les dépenses d'assurance maladie relatives au forfait soins

5.1.1 Les prestations couvertes par le forfait global de soins d'un EHPAD

Les prestations couvertes par le forfait global de soins varient en fonction de l'option tarifaire de l'EHPAD. Le tarif peut être « global » ou « partiel ». Il peut varier selon la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur. Ainsi, lorsqu'un EHPAD a opté pour l'option « tarif partiel », le forfait global relatif aux soins permet de couvrir les charges relatives :

- aux amortissements du matériel médical ;
- aux prestations de services à caractère médical (matériels et fournitures) ;
- aux charges de personnel afférentes aux AS/AMP et aux accompagnateurs sociaux diplômés ;
- aux rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement ;
- aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmaciens et d'auxiliaires médicaux, à l'exception des diététiciens.

Lorsqu'un EHPAD opte pour le tarif global, le forfait global de soins couvre, en sus, les rémunérations versées aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie, et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que certains examens de biologie et de radiologie.

L'option « Pharmacie à usage intérieur », ou « PUI », permet de prendre en charge l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté.

5.1.2 Les prestations relevant des régimes de base de l'assurance maladie

Les prestations relevant des régimes de base de l'assurance maladie correspondent à l'ensemble des dépenses concernées par l'enveloppe des soins de ville. Sont donc exclus du forfait global de soins et imputés aux régimes obligatoires de base de l'assurance maladie :

- les transports sanitaires ;
- les soins dispensés par des établissements de santé ;
- les soins dentaires réalisés en établissement de santé ou en cabinet ;
- les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements lourds ;
- les dispositifs médicaux pour les établissements ne disposant pas d'une PUI ;
- les interventions des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie ;
- les honoraires des médecins spécialistes libéraux autres que ceux inclus dans le tarif global ;
- les séjours et interventions pour la réalisation d'actes nécessaires à la dialyse et les interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires.

5.1.3 Les recettes assurance maladie versées aux EHPAD en 2016

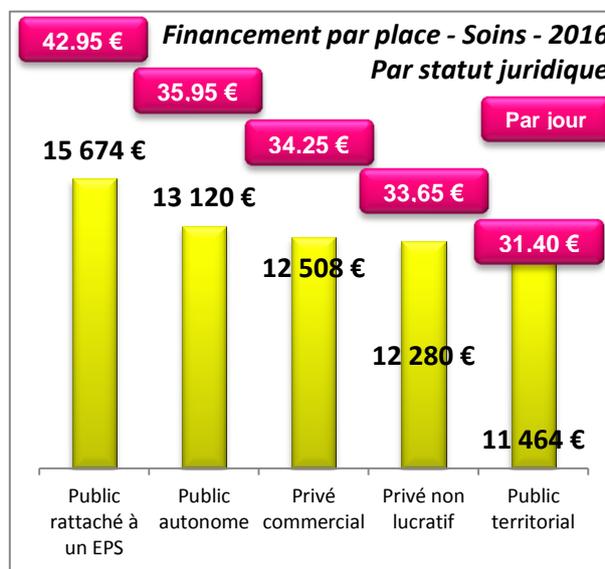
En 2016, les ARS ont, en moyenne, financé les EHPAD à hauteur de 13 160 euros¹¹ par an et par place, soit un coût journalier moyen pour l'assurance maladie de 36 euros. Ce financement à la place est en progression de +3 % par rapport à 2015. Le financement médian journalier s'établit à 34 euros par place, représente plus de 50 % du tarif d'hébergement à la charge d'un résident en EHPAD, estimé à 64 euros par jour¹².

Par statut juridique

Le financement moyen à la place s'échelonne entre 11 464 euros pour les EHPAD publics territoriaux à 15 674 euros pour les EHPAD publics rattachés à un établissement de santé.

Ces derniers sont 20 % au-dessus de la moyenne. Ils disposent d'un plateau technique plus important et supportent un périmètre de charges plus large lorsqu'ils sont en tarif global.

Les EHPAD privés commerciaux bénéficient d'un financement à la place situé dans la moyenne de l'ensemble des ressources constatées.



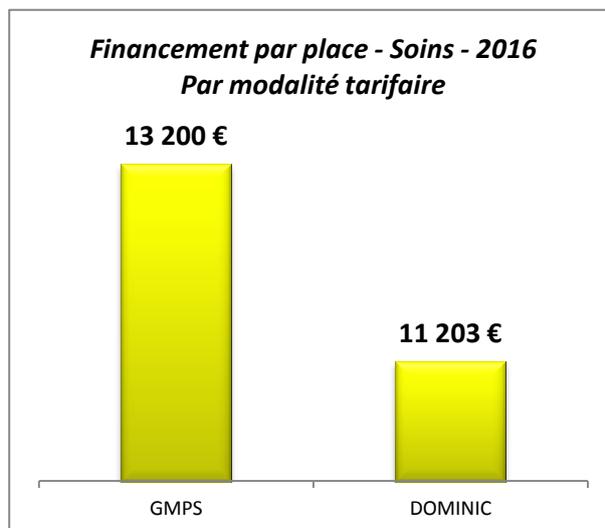
Par modalité tarifaire

Jusqu'en 2007, la dotation soins était négociée par rapport à l'équation « DOMINIC », qui tenait compte de l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents.

En 2007, l'équation « GMPS » est venue ajouter une variable qui a permis d'objectiver financièrement la charge en soins médicaux.

À compter de 2017, le forfait soins repose sur cette même équation « GMPS », de façon automatique et déconnectée de la signature d'un contrat.

Donc, la modalité « DOMINIC » tend à disparaître au fur à mesure de la validation des coupes PATHOS. En 2016, seuls 3 % des EHPAD sont encore concernés.



¹¹ Le financement moyen par place correspond à la dotation soins reconductible des EHPAD. Cette dernière écarte les financements ponctuels pouvant être octroyés par les ARS (crédits non reconductibles, affectation des résultats...)

¹² Source : Publication CNSA n° 04 - Juin 2017 - Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 - Coût médian mensuel 2016 = 1 949 €

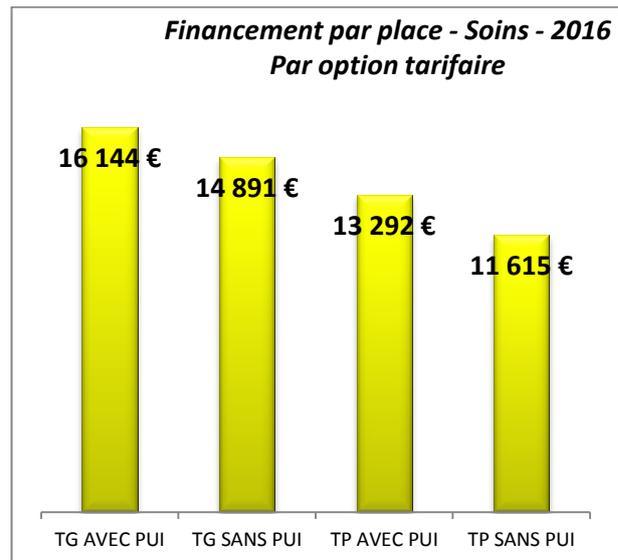


Par option tarifaire

Le financement moyen à la place s'échelonne entre 11 615 euros pour les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel sans PUI, à 16 144 euros pour les EHPAD ayant opté pour le tarif global avec PUI.

L'analyse par option tarifaire montre une forte dispersion de ce financement en 2016 des EHPAD : le tarif global avec PUI est financé 23 % de plus et le tarif partiel sans PUI 13 % de moins que le financement moyen (13 160 euros).

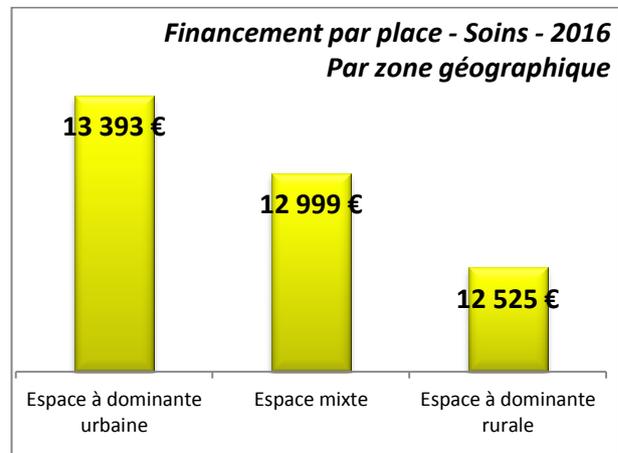
Par ailleurs, l'évolution du financement moyen à la place en fonction des options tarifaires est fidèle à l'évolution du périmètre des charges incluses dans le forfait soins.



Par zone géographique

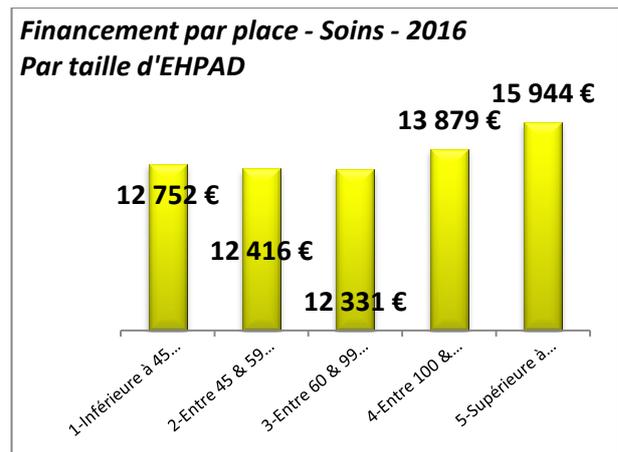
Le financement moyen à la place s'échelonne entre 12 525 euros pour les EHPAD installés dans un milieu à dominante rurale, et 13 393 euros pour les EHPAD installés dans un milieu à dominante urbaine.

Un EHPAD situé dans une zone urbaine est financé 2 % de plus que le financement moyen (13 160 euros). À l'inverse, l'EHPAD situé en zone rurale est financé 5 % de moins que la moyenne constatée. On observe un écart moyen de 7 % par place, entre les ressources allouées aux EHPAD urbains et ruraux.



Par capacité d'accueil

Le financement moyen à la place s'échelonne entre 12 331 euros pour les EHPAD de capacité moyenne et 15 944 euros pour les EHPAD de 200 places et plus.



5.2 Coût global des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée

5.2.1 Répartition du coût des résidents en EHPAD par type de dépenses

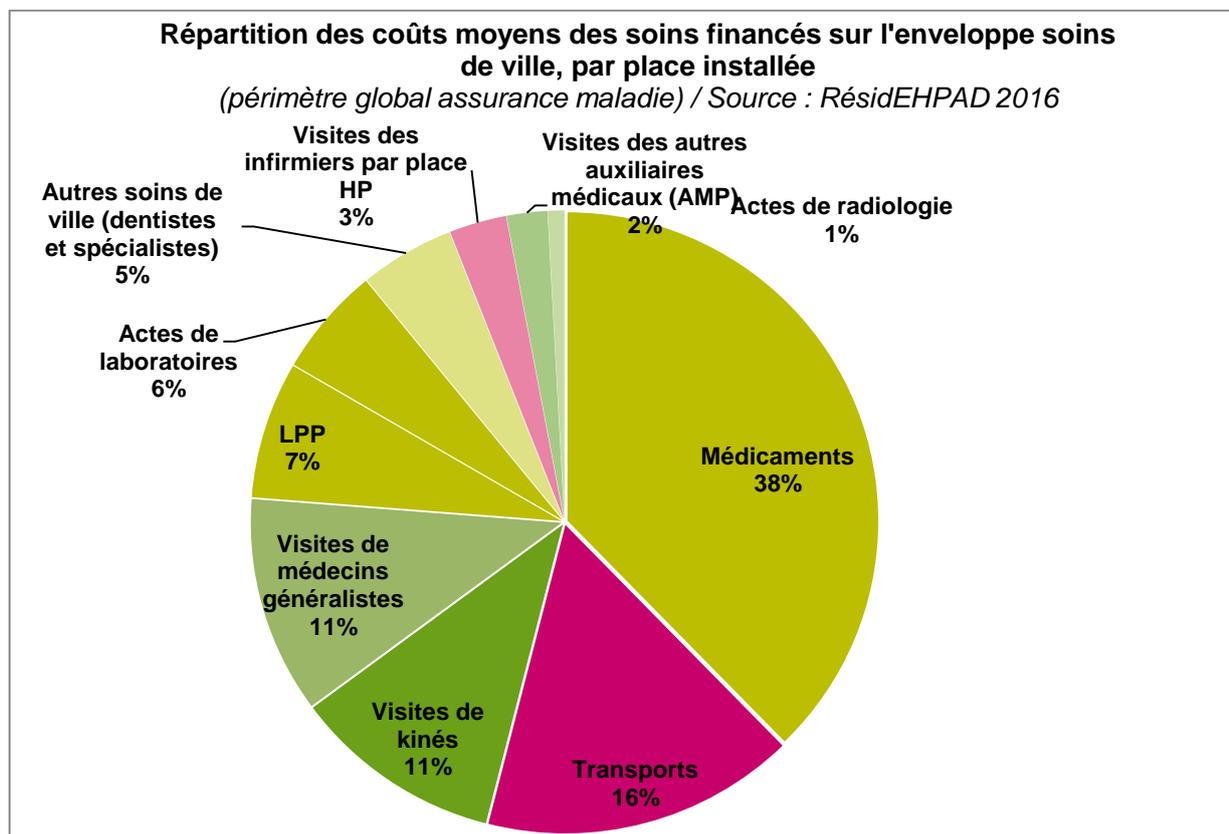
La valeur médiane 2016 des dépenses de soins de ville constatées par an, par place d'hébergement permanent s'élève à 2 471 euros. Cette observation repose sur les données de 5 150 EHPAD. Le premier poste de dépenses est consacré aux médicaments, qui représentent 953 euros par an, par place d'hébergement permanent.

38 % des dépenses de soins de ville constatées en 2016 pour des résidents en EHPAD représentent des achats de médicaments. 16 % sont dédiées au transport des résidents, 11 % reviennent aux interventions des médecins, et 11% aux séances de kinésithérapie.

Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée (périmètre global assurance maladie) et analyse de la dispersion

Source : CNAMTS - RésidEHPAD 2016

Total échantillon EHPAD Nbre d'EHPAD = 5 150	Médicaments	Transports	Visites de kinés	Visites de médecins généralistes	LPP	Actes de laboratoires	Autres soins de ville (dentistes et spécialistes)	Visites des infirmiers par place HP	Visites des autres auxiliaires médicaux (AMP)	Actes de radiologie	Soins financés sur l'enveloppe « soins de ville périmètre global » par place installée HP
Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	895 €	387 €	259 €	270 €	170 €	136 €	117 €	71 €	50 €	20 €	2 375 €
Dispersion											
1er décile	57 €	188 €	9 €	31 €	75 €	11 €	45 €	10 €	1 €	5 €	1 140 €
Médiane	953 €	354 €	178 €	305 €	163 €	155 €	103 €	52 €	16 €	18 €	2 471 €
9ème décile	1 300 €	653 €	721 €	544 €	305 €	263 €	220 €	165 €	162 €	43 €	3 807 €





Si l'on ramène ces charges au périmètre strict du secteur médico-social, soit en excluant les dépenses relatives aux transports, aux dentistes et autres spécialistes, ainsi qu'aux infirmiers libéraux, alors le coût médian de ces dépenses s'élève à 1 915 euros par an, par place d'hébergement permanent.

Le tableau suivant détaille également la dispersion de ces charges pour l'assurance maladie. Elle est relativement élevée puisque 10 % des EHPAD de cet échantillon représente une charge inférieure à 517 euros par an et par place d'HP sur l'enveloppe des soins de ville. À l'opposé, 10 % des EHPAD représentent une charge supérieure à 2 972 euros par an et par place d'hébergement permanent.

Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée (périmètre médico-social au sens strict)

Source : CNAMTS - RésidEHPAD 2016

Total échantillon EHPAD Nbre d'EHPAD = 5 150	Médicaments	Visites de kinés	Visites de médecins généralistes	LPP	Actes de laboratoires	Visites des autres auxiliaires médicaux (AMP)	Actes de radiologie	Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » (postes inclus dans le forfait EHPAD TG avec PUI) par places installée en HP
Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	895 €	259 €	270 €	170 €	136 €	50 €	20 €	1 800 €
Dispersion								
1er décile	57 €	9 €	31 €	75 €	11 €	1 €	5 €	517 €
Médiane	953 €	178 €	305 €	163 €	155 €	16 €	18 €	1 915 €
9ème décile	1 300 €	721 €	544 €	305 €	263 €	162 €	43 €	2 972 €

Le tableau suivant présente les dépenses moyennes de soins de ville des EHPAD, par poste, et selon le statut des EHPAD. Le coût moyen constaté est nettement inférieur pour les résidents des EHPAD publics rattachés à un établissement public de santé (764 euros, contre 2 375 euros en moyenne pour l'ensemble des EHPAD de cet échantillon).

Coût moyen des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée selon le statut juridique

Source : CNAMTS - RésidEHPAD 2016

Statut juridique fin	Coût des médicaments par place HP	Coût des transports par place HP	Coût des visites de kinés par place HP	Coût des visites de médecins généralistes par place HP	Coût des LPP par place HP	Coût des actes de laboratoires par place HP	Coût des soins de ville autres (dentistes et spécialistes) par place HP	Coût des visites des autres infirmiers par place HP	Coût des visites des autres auxiliaires médicaux (AMP) par place HP	Coût des actes de radiologie par place HP	Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » par place
Privé commercial	1 030 €	453 €	382 €	343 €	188 €	187 €	152 €	100 €	87 €	28 €	2 949 €
Privé non lucratif	913 €	367 €	297 €	286 €	173 €	146 €	123 €	66 €	53 €	22 €	2 445 €
Public autonome	806 €	397 €	174 €	253 €	168 €	115 €	93 €	55 €	25 €	16 €	2 102 €
Public rattaché à un EPS	61 €	318 €	44 €	59 €	117 €	23 €	73 €	53 €	8 €	9 €	764 €
Public territorial (CCAS)	925 €	335 €	230 €	320 €	184 €	149 €	108 €	61 €	36 €	16 €	2 364 €

Cette même dispersion peut être observée par option tarifaire. La présence ou non d'une PUI dans l'établissement impacte mécaniquement la part des dépenses de soins de ville des résidents concernés, puisque les médicaments représentent le premier poste de dépenses de l'enveloppe de ville, dès lors qu'ils ne sont pas pris en charge dans le forfait soins. La relation entre le périmètre des charges couvertes par le tarif partiel ou le tarif global et les dépenses sur l'enveloppe de soins de ville est bien retranscrite dans le tableau suivant.

Coût moyen des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée selon l'option tarifaire

Source : CNAMTS - RésidEHPAD 2016

Option tarifaire	Médicaments	Transports	Visites de kinés	Visites de médecins généralistes	LPP	Actes de laboratoires	Autres soins de ville (dentistes et spécialistes)	Visites des infirmiers par place HP	Visites des autres auxiliaires médicaux (AMP)	Actes de radiologie	Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » par place installée HP
TP SANS PUI	1 014 €	356 €	400 €	370 €	184 €	185 €	127 €	75 €	67 €	23 €	2 800 €
TP AVEC PUI	46 €	270 €	377 €	318 €	117 €	131 €	101 €	60 €	38 €	16 €	1 475 €
TG SANS PUI	970 €	25 €	368 €	45 €	175 €	29 €	113 €	63 €	7 €	17 €	1 811 €
TG AVEC PUI	41 €	23 €	352 €	36 €	119 €	19 €	84 €	60 €	7 €	11 €	754 €

5.2.2 Estimation du coût complet de l'accompagnement des résidents en EHPAD pour l'assurance maladie

En cumulant la dotation soins versée par l'assurance maladie aux EHPAD et les dépenses de soins de ville des résidents, en 2016, le coût annuel estimé pour l'assurance maladie pour une place en hébergement permanent s'élève à 14 375 euros. Ce coût est estimé à périmètre comparable pour l'ensemble des EHPAD, soit celui défini par le tarif global avec PUI.

88 % de ce coût relèvent de la dotation soins et 12 % des dépenses de soins de ville 2016.

Le tableau suivant présente la dispersion de ces charges, pour ce qui relève du forfait soins et pour les dépenses de soins de ville.

Coût complet des soins en EHPAD par place installée sur le périmètre médico-social au sens strict (EHPAD TG avec PUI)

Sources : CA 2016 au 1er octobre 2016 et CNAMTS RésidEHPAD 2016

Total échantillon EHPAD = 5 148	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Dispersion		
		1er décile	Médiane	9ème décile
Coût dotation soins par place installée HP	12 856 €	10 232 €	12 204 €	15 872 €
Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » (postes inclus dans le forfait EHPAD TG avec PUI) par place installée HP	1 800 €	517 €	1 915 €	2 972 €
Coût complet soins par place installée HP sur le périmètre médico-social au sens strict	14 656 €	12 136 €	14 375 €	17 022 €

Le tableau suivant présente le coût moyen annuel global pour l'assurance maladie d'une place en hébergement permanent, à périmètre comparable pour l'ensemble des EHPAD, soit celui des charges couvertes par le tarif global avec PUI.

Ce coût est significativement plus élevé pour les EHPAD :

- de statut privé commercial ;
- en tarif global ;
- dont la capacité d'accueil en hébergement permanent est supérieure ou égale à 200 places ;
- dans les zones urbaines ;
- qui disposent d'une UHR ;
- qui disposent d'un PASA.

Ce coût pour l'assurance maladie croît également avec la valeur moyenne du PMP et du GMP de la structure.

Estimation des déterminants du coût complet des soins par place installée sur le périmètre médico social au sens strict (EHPAD TG avec PUI)

Sources : CA 2016 au 1er octobre 2016 et CNAMTS RésidEHPAD 2016

Variables significatives	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Seuils de significativité : 1%*** 5%** 10%* >10%ns (non significatif)	Dispersion		
				1er décile	Médiane	9ème décile
Statut juridique : Privé commercial	1 494	14 840 €	***	12 746 €	14 703 €	17 208 €
Statut juridique : Privé non lucratif	1 750	14 250 €	**	11 577 €	14 038 €	16 622 €
Statut juridique : Public autonome	1 002	14 780 €	***	12 488 €	14 430 €	16 915 €
Statut juridique : Public rattaché à un EPS	361	15 892 €	NS	13 258 €	15 623 €	18 627 €
Statut juridique : Public territorial (CCAS)	541	13 584 €	Référence	11 127 €	13 257 €	16 042 €
Option tarifaire : TG AVEC PUI	533	16 401 €	***	14 006 €	16 346 €	18 837 €
Option tarifaire : TG SANS PUI	619	16 099 €	***	14 105 €	16 098 €	18 418 €
Option tarifaire : TP AVEC PUI	75	14 306 €	NS	11 568 €	13 933 €	16 465 €
Option tarifaire : TP SANS PUI	3 921	13 971 €	Référence	11 803 €	13 923 €	16 005 €
capacité en HP : 1-Capacité inférieure à 45 places	450	14 479 €	***	11 910 €	14 312 €	17 297 €
capacité en HP : 2-Capacité entre 45 & 59 places	629	14 335 €	**	11 937 €	14 057 €	16 879 €
capacité en HP : 3-Capacité entre 60 & 99 places	3 177	14 376 €	NS	11 977 €	14 248 €	16 688 €
capacité en HP : 4-Capacité entre 100 & 199 places	767	14 939 €	**	12 518 €	14 793 €	17 637 €
capacité en HP : 5-Capacité supérieure à 199 places	125	16 226 €	Référence	13 472 €	16 380 €	18 748 €
Type de zone : Espace mixte	1 360	14 520 €	***	11 885 €	14 301 €	16 853 €
Type de zone : Espace à dominante rurale	937	14 187 €	***	12 009 €	13 840 €	16 285 €
Type de zone : Espace à dominante urbaine	2 851	14 838 €	Référence	12 133 €	14 518 €	17 220 €
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : NON	5 069	14 604 €	**	12 024 €	14 329 €	16 933 €
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : OUI	79	16 347 €	Référence	13 920 €	16 184 €	18 817 €
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : NON	4 038	14 466 €	***	11 916 €	14 204 €	16 791 €
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) : OUI	1 110	15 181 €	Référence	12 588 €	14 814 €	17 601 €
Classe GMP : 1-Moins de 600	315	11 944 €	***	9 963 €	11 615 €	13 484 €
Classe GMP : 2-[600 à 700[	1 505	13 653 €	***	11 736 €	13 407 €	15 531 €
Classe GMP : 3-[700 à 800[	2 836	15 083 €	***	13 038 €	14 776 €	17 035 €
Classe GMP : 4-Plus de 800	492	16 666 €	Référence	14 232 €	16 346 €	18 986 €
Classe PMP : 1-Moins de 150	496	12 687 €	***	10 333 €	12 278 €	14 572 €
Classe PMP : 2-[150 à 200[	2 386	14 008 €	***	11 994 €	13 815 €	15 927 €
Classe PMP : 3-[200 à 250[	1 746	15 395 €	***	13 373 €	15 069 €	17 530 €
Classe PMP : 4-Plus de 250	520	16 700 €	Référence	14 401 €	16 186 €	19 197 €

Sans tenir compte des seules charges qui relèvent du périmètre du tarif global avec PUI, et en observant l'ensemble des dépenses assurance maladie des résidents des EHPAD, alors le coût moyen annuel d'une place en hébergement permanent peut être estimé à 14 992 euros.

84% de ce coût relèvent de la dotation soins et 16 % des dépenses de soins de ville 2016.

**Coût complet des soins en EHPAD par place installée sur le périmètre global assurance maladie
et analyse de la dispersion**

Source : CA 2016 au 1er octobre 2016 et RésidEHPAD 2016

Total échantillon EHPAD = 5 148	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes	Dispersion		
		1er décile	Médiane	9ème décile
Coût dotation soins par place installée HP	12 856 €	10 232 €	12 204 €	15 872 €
Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville périmètre global » par place installée HP	2 375 €	1 140 €	2 471 €	3 807 €
Coût complet soins en EHPAD par place installée HP périmètre global AM	15 231 €	12 609 €	14 992 €	17 708 €

6. Perspectives

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) ont réformé en profondeur la contractualisation et la tarification des établissements et services médico-sociaux.

Ces textes généralisent les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur médico-social, mettent en place un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), et réforment les règles d'allocation de ressources pour tous les EHPAD.

6.1 Les nouvelles règles d'allocation de ressources des EHPAD

6.1.1 Sur la section « Soins »

Définition

Le forfait global relatif aux soins est défini à l'article R314-159 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Il correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destinée à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires négociés dans le cadre du CPOM. Le résultat de l'équation tarifaire sera versé à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire de sept ans, durant laquelle les EHPAD convergeront vers leur niveau de ressources cible.

Modalités de calcul

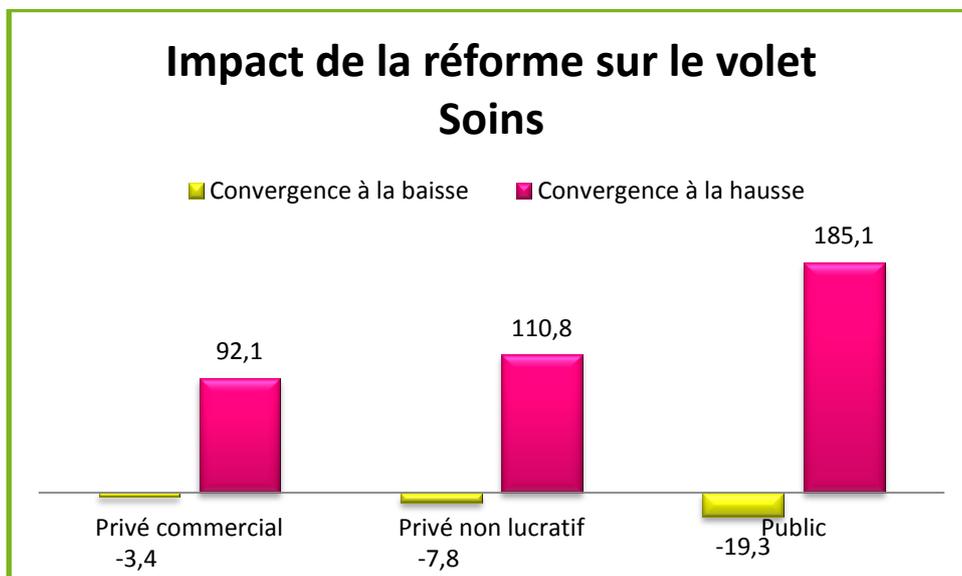
Le niveau de financement des prestations en soins relatives aux places d'hébergement permanent est calculé au moyen d'une équation tarifaire fondée sur le niveau des besoins en soins requis des résidents de l'EHPAD.

Le calcul du niveau de ressources octroyé à un EHPAD pour couvrir les prestations en soins est le suivant :

$$[GMP + (PMP \times 2,59)] \times \text{Capacité financée HP} \times \text{Valeur du point}$$

Impact budgétaire

Le graphique suivant présente l'impact budgétaire de la mise en œuvre de la réforme sur la section Soins :



La mise en œuvre de la réforme sur la section Soins est globalement favorable aux EHPAD, quel que soit leur statut juridique. Ainsi, au terme de la période transitoire de sept ans, près de 390 millions d'euros seront versés aux EHPAD. 30,5 millions d'euros viendront atténuer les dotations soins actuelles des EHPAD dont le montant est actuellement supérieur à celui de la ressource cible. Cette convergence à la baisse se répartit de la façon suivante selon le statut des EHPAD :

- -19,3 millions d'euros pour des EHPAD relevant du secteur public ;
- -7,8 millions d'euros pour des EHPAD relevant du secteur privé à but non lucratif ;
- -3,4 millions d'euros pour des EHPAD relevant du secteur privé commercial.

6.1.2 Sur la section « Dépendance »

Définition

Le forfait global relatif à la dépendance est défini à l'article R. 314-172 du CASF. Il repose, à l'instar du forfait global de soins, sur le résultat d'une équation tarifaire et peut être abondé par des financements complémentaires, le cas échéant. Le résultat de l'équation tarifaire sera versé à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire durant laquelle les EHPAD convergeront vers leur niveau de ressources cible. Le forfait global relatif à la dépendance est versé, par douzième, sous la forme d'une dotation globalisée.

Modalités de calcul

Les financements de la dépendance pour les places d'hébergement permanent sont calculés par le biais d'une équation tarifaire qui tient compte du niveau de dépendance des résidents de l'établissement. Elle se calcule de la manière suivante :

$$[(GMP + GIR \text{ prévention}) \times \text{Capacité HP} \times VP \text{ GIR départemental}] - \text{Participations résidents} - \text{Tarifs résidents autres départements}$$

Compte tenu des éléments disponibles, les simulations reposent sur les données suivantes :

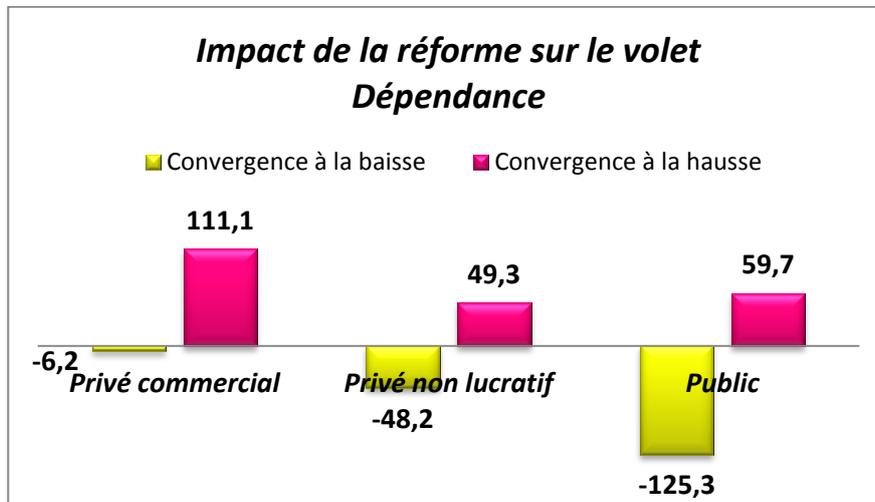
- les produits de la tarification 2016 au titre de l'hébergement permanent sur la partie dépendance ;
- les valeurs de points GIR départementales 2017 auxquelles ont été ajoutés 120 points au titre de la prévention.

L'écart global entre ce calcul théorique et le résultat effectif de l'équation tarifaire dépendance est estimé à environ 2 %.



Impact budgétaire

Le graphique suivant présente l'impact budgétaire estimé pour la mise en œuvre du forfait « Dépendance » :



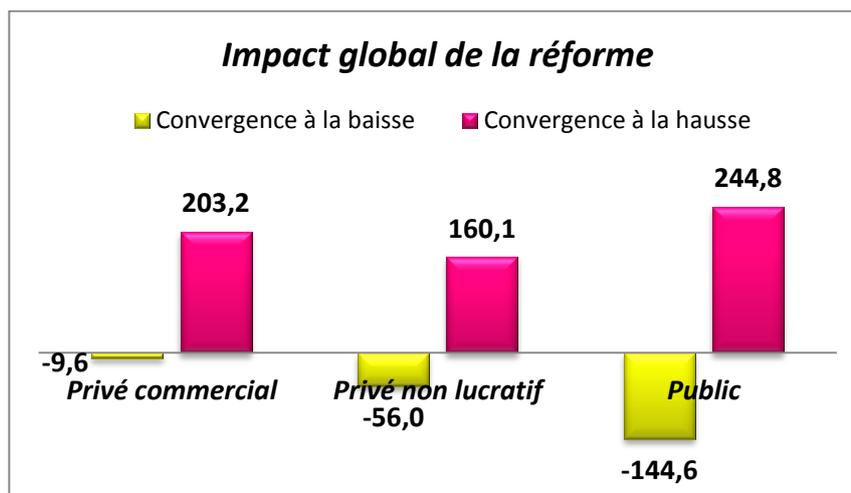
Globalement, la mise en œuvre de la réforme sur le volet « Dépendance » représente un coût de près de **400 millions d'euros pour les conseils départementaux**, dont +220,1 millions d'euros pour les EHPAD en insuffisance de financement et -179,7 millions d'euros pour les EHPAD en dépassement.

Les EHPAD privés commerciaux bénéficieront largement de la mise en œuvre de ce volet de la réforme. Ce secteur devrait globalement percevoir davantage de ressources (+111,1 millions d'euros) qu'il devrait en restituer (-6,2 millions d'euros). *A contrario*, l'impact global sur les EHPAD du secteur public sera négatif puisque davantage de crédits devraient être restitués par les EHPAD (-125,3 millions d'euros) par rapport aux ressources supplémentaires que percevront certains EHPAD de ce secteur (+59,7 millions d'euros). Pour les EHPAD privés à but non lucratif, au global, les ressources qui seront allouées aux EHPAD dont le forfait est inférieur au résultat de l'équation tarifaire (+49,3 millions d'euros), sont quasi-équivalentes aux ressources qui viendront en atténuation pour les établissements actuellement sur-dotés (-48,2 millions d'euros).

6.1.3 L'impact budgétaire global

Le graphique suivant présente l'effet cumulatif des deux volets de la réforme.

Globalement, les ressources complémentaires qui seront allouées sur le volet « Soins » de la réforme viendront atténuer les impacts plus marqués constatés sur le volet « Dépendance ». Ainsi, sur les sept prochaines années, **les nouvelles modalités d'allocation de ressources en vigueur depuis 2017, devraient conduire à allouer aux EHPAD plus de 600 millions d'euros de mesures nouvelles**, indépendamment de leur statut juridique, de leur situation géographique ou de leur option tarifaire.



6.2 Les grands principes de la révision des ordonnances PATHOS

À la suite des recommandations formulées par le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, les ordonnances au fondement du référentiel PATHOS d'évaluation des soins requis des résidents en EHPAD ont fait l'objet d'une révision et ont été complétées par six ordonnances de prévention.

Le référentiel PATHOS est un outil créé en 1997, sur la base d'ordonnances couvrant la majorité des situations médicales rencontrées en EHPAD : à des profils de résidents sont associées des ordonnances décrivant les soins requis pour ces profils (temps d'intervention de médecin, d'infirmier, médicaments...). Il avait bénéficié d'une actualisation régulière des consignes de codage, mais les ordonnances à l'origine de son fondement n'avaient pas été revues depuis sa création. Les sociétés savantes et les organisations professionnelles (Syndicat national de gérontologie clinique – SNGC) s'accordaient pour le reconnaître comme « outil d'analyse gériatrique adapté mais demandant une mise à jour reposant sur une base scientifique ».

Instauré le 31 octobre 2011 par arrêté ministériel et présidé par le professeur Jean-Luc Novella, le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS a émis des recommandations en 2012. Celles-ci ont été suivies d'une lettre de mission ministérielle (14 juin 2013) fixant comme priorité la réécriture des ordonnances et la prise en compte de la prévention. La dernière réunion du comité scientifique qui a validé les ordonnances révisées et l'algorithme de sommation s'est tenue le 29 mars 2017.

Les ordonnances révisées tiennent compte d'un plus grand nombre d'intervenants potentiels au sein des soins requis, et intègrent la prévention. Il est prévu d'intégrer l'algorithme des ordonnances révisées à l'outil GALAADWeb au 1^{er} juillet 2018.

La valeur des PMP validée pour un EHPAD résulte de l'algorithme de mesure du besoin en soins de chaque résident présent dans la structure au moment de la coupe. Cette valeur intervient également dans le calcul de l'équation tarifaire qui détermine la ressource Assurance maladie cible qui doit être atteinte pour chaque EHPAD, au terme de la période de convergence de sept ans.

La révision des ordonnances PATHOS pourra donc avoir un impact sur la hiérarchisation des besoins en soins estimés pour les résidents des EHPAD, par rapport aux estimations actuelles, qui reposent sur les ordonnances PATHOS en vigueur. La pondération des valeurs moyennes de PMP entre les EHPAD pourra donc être modifiée de par l'actualisation de ces ordonnances, qui reposent sur des protocoles de prises en charge et des temps d'intervention de professionnels mieux adaptés aux besoins en soins des résidents.



Annexe : mode de calcul des indicateurs

Indicateurs	Mode de calcul	Unité
Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD	<p>Numérateur : nombre total de journées d'hospitalisation des résidents</p> <p>Dénominateur : nombre total de journées en EHPAD des résidents en 2016 (y compris les jours d'hospitalisation et de congés).</p> <p>Remarque :</p> <p>Seules les hospitalisations de plus d'un jour (c'est-à-dire incluant au moins une nuit à l'hôpital) ont été prises en compte .</p> <p>Le nombre de journées en EHPAD pour un résident est la différence entre sa date de sortie et sa date d'entrée (en forçant la date d'entrée au 01/01/2016 pour les résidents entrés avant 2016 et la date de sortie au 31/12/2016 pour les résidents encore présents au 01/01/2017).</p>	%
Taux d'occupation en hébergement permanent (HP)	<p>Numérateur : nombre de journées réalisées par les résidents de GIR 1 à GIR 6 + nombre de journées rélisées par les résidents de moins de 60 ans</p> <p>Dénominateur : 365 X nombre de places installées dans HAPI en HP</p>	%
Taux d'encadrement salariés & extérieurs section soins - Infirmier	<p>Numérateur : nombre d'ETP Infirmier salarié + nombre d'ETP Infirmier extérieur</p> <p>Dénominateur : nombre de places installées total dans HAPI X 100</p>	pour 100 places
Taux d'encadrement salariés & extérieurs section soins - AS, AMP et ASG	<p>Numérateur : nombre d'ETP AS, AMP et ASG salarié section Soins + nombre d'ETP AS, AMP et ASG extérieur section Soins</p> <p>Dénominateur : nombre de places installées total dans HAPI X 100</p>	pour 100 places
Taux d'encadrement salariés & extérieurs section soins - Paramédical (Kinésithérapeute, egothérapeute)	<p>Numérateur : nombre d'ETP Autres auxiliaires médicaux salarié + nombre d'ETP Autres auxiliaires médicaux extérieur</p> <p>Dénominateur : nombre de places installées total dans HAPI X 100</p>	pour 100 places
Taux d'encadrement salariés & extérieurs section soins - Médecin	<p>Numérateur : nombre d'ETP Médecin salarié + nombre d'ETPMédecin extérieur</p> <p>Dénominateur : nombre de places installées total dans HAPI X 100</p>	pour 100 places
Taux d'encadrement salariés & extérieurs section soins - Pharmacien et préparateur en pharmacie	<p>Numérateur : nombre d'ETP Pharmacien et préparateur en pharmacie salarié + nombre d'ETP Pharmacien et préparateur en pharmacie extérieur</p> <p>Dénominateur : nombre de places installées total dans HAPI X 100</p>	pour 100 places
Taux d'encadrement salariés & extérieurs toutes sections - AS, AMP et ASG	<p>Numérateur : nombre d'ETP AS, AMP et ASG salarié section Dépendance + nombre d'ETP AS, AMP et ASG extérieur section Dépendance + nombre d'ETP AS, AMP et ASG salarié section Soins + nombre d'ETP AS, AMP et ASG extérieur section Soins</p> <p>Dénominateur : nombre de places installées total dans HAPI X 100</p>	pour 100 places
Taux d'encadrement salariés & extérieurs toutes sections - Total	<p>Numérateur : (nombre d'ETP Direction/administration salarié & extérieur) + (nombre d'ETP Cuisine, Services Généraux, Diététicien salarié & extérieur) + (nombre d'ETP Animation, Service - Social salarié & extérieur) + (nombre d'ETP ASH, agent de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service de repas salarié & extérieur) + (nombre d'ETP AS, AMP et ASG salarié & extérieur) + (nombre d'ETP Psychologue salarié & extérieur) + (nombre d'ETP Infirmier salarié & extérieur) + (nombre d'ETP Autres auxiliaires médicaux salarié & extérieur) + (nombre d'ETP Pharmacien préparateur en pharmacie salarié & extérieur) + (nombre d'ETP Médecin salarié & extérieur)</p> <p>Dénominateur : nombre de places installées total dans HAPI X 100</p>	pour 100 places

La situation des EHPAD en 2016

Indicateurs	Mode de calcul	Unité
% de charges de personnel - SOINS	Numérateur : (compte 621 + compte 62113 + compte 6223 + compte 631 + compte 633 + compte 64) réalisé en HP, HT et AJ en section SOINS Dénominateur : Total_Dépenses_SOINS	%
% de charges de prestations et fournitures médicales et paramédicales - SOINS	Numérateur : (compte 6021 + compte 60321 + compte 6066 + compte 6111 + compte 61121 + compte 61681 + compte 6242 + compte 67) réalisé en HP, HT et AJ en section SOINS Dénominateur : Total_Dépenses_SOINS	%
% de charges de matériel médical y compris son amortissement - SOINS	Numérateur : (compte 61551 + compte 61562 + compte 681) réalisé en HP, HT et AJ en section SOINS Dénominateur : Total_Dépenses_SOINS	%
Taux d'amortissement	Numérateur : (compte 681 en HEBERG, SOINS et DPDCE + 681518 en SOINS) réalisé en HP, HT et AJ Dénominateur : Total_Dépenses CNR alloués 2016 dans HAPI	%
Poids des prestations extérieures	Numérateur : (compte 681 en HEBERG et DPDCE + compte 6283 en en HEBERG et DPDCE) réalisé en HP, HT et AJ Dénominateur : Total_Dépenses CNR alloués 2016 dans HAPI	%
Coût brut lié à la section SOINS par place HP en Euros / an	Numérateur : (compte 6021 + compte 60321 + compte 6066 + compte 6111 + compte 61121 + compte 61551 + compte 61562 + compte 61681 + compte 621 + compte 62113 + compte 6223 + compte 6242 + compte 631 + compte 633 + compte 64 + compte 67 + compte 681 + compte 681518) réalisé en HP SOINS Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût brut lié à la section DÉPENDANCE par place HP en Euros / an	Numérateur : (compte 60226 + compte 602261 + compte 603226 + compte 6032261 + compte 60622 + compte 60626 + compte 606261 + compte 61681 + compte 621 + compte 6242 + compte 6281 + compte 6283 + compte 631 + compte 633 + compte 64 + compte 67 + compte 681) réalisé en HP DPDCE Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût brut lié à la section HÉBERGEMENT par place en Euros /an	Numérateur : (compte 602 + compte 60226 + compte 603 + compte 603226 + compte 606 + compte 60622 + compte 60626__CAPANNO + compte 61_+ compte 61681 + compte 62 + compte 621 + compte 6242 + compte 628 + compte 6281 + compte 6283 + compte 631 + compte 633 + compte 635 + compte 637 + compte 64 + compte 65 + compte 66 + compte 67 + compte 681) réalisé en HP HEBERG Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des médicaments par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X dépenses_medicament Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des Kiné par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X dépenses_kinesitherapeute Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des transports par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X dépenses_transport Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des médecins généralistes par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X dépenses_depenses_generaliste Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des LPP par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X dépenses_medicament Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des actes de laboratoires par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X dépenses_dm_lpp Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des soins de ville autres (dentiste et spécialistes) par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X dépenses_medicament Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des autres auxiliaires médicaux par place installée HP: périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X (dépenses_specialiste+Depenses_dentaire) Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an



Indicateurs	Mode de calcul	Unité
Coût des actes de radiologie par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X depenses_radiologie Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des visites des infirmiers par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X Depenses_soins_infirmiers Resid EHPAD / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X (depenses_generaliste + depenses_specialiste + depenses_soins_infirmiers + depenses_kinesitherapeute + depenses_autres_auxiliaires + depenses_laboratoire + depenses_radiologie + depenses_medicament + depenses_dm_lpp + depenses_transport + depenses_dentaire) / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée HP : périmètre médico-social TG avec PUI	Numérateur (Nbre_total_residents X (depenses_medicament + depenses_generaliste + depenses_kinesitherapeute + depenses_autres_auxiliaires + depenses_laboratoire + depenses_radiologie+depenses_dm_lpp) / Nbre_residents_DCIR) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût dotation soins en EHPAD par place installée HP: périmètre global AM	Numérateur : Dotation soins HAPI au 31/12/2016 Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût complet soins en EHPAD par place installée HP : périmètre global AM	Numérateur : (Nbre_total_residents X (depenses_generaliste + depenses_specialiste + depenses_soins_infirmiers + depenses_kinesitherapeute + depenses_autres_auxiliaires + depenses_laboratoire + depenses_radiologie + depenses_medicament + depenses_dm_lpp + depenses_transport) / Nbre_residents_DCIR) + dotation soins HAPI au 31/12/2016) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an
Coût complet soins en EHPAD : périmètre médico-social au sens strict	Numérateur : (Nbre_total_residents X (depenses_medicament + depenses_generaliste + depenses_kinesitherapeute + depenses_autres_auxiliaires + depenses_laboratoire + depenses_radiologie + depenses_dm_lpp) / Nbre_residents_DCIR) + dotation soins HAPI au 31/12/2016) Dénominateur : nombre de places installées dans HAPI en HP	€ / an