



**La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence  
sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs  
proches aidants**

*Chapitre 4 - Le système de prise en charge financière de la perte  
d'autonomie en établissement*

*Rapport adopté le 1<sup>er</sup> décembre 2017*

## Sommaire

<b>SECTION 1 - DONNEES DE CADRAGE SUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT EN ETABLISSEMENT .....</b>	<b>5</b>
<b>I) Les effectifs .....</b>	<b>6</b>
<b>II) Le degré de dépendance .....</b>	<b>7</b>
<b>III) Age moyen des résidents.....</b>	<b>7</b>
<b>IV) Répartition femmes-hommes et vie en couple.....</b>	<b>8</b>
<b>V) Ressources .....</b>	<b>9</b>
<b>VI) Patrimoine.....</b>	<b>10</b>
<b>VII) Etat de santé.....</b>	<b>10</b>
A) L'état de santé des résidents des EHPAD est dégradé .....	10
B) Près d'un résident sur quatre est hospitalisé dans l'année, avec un fort taux d'hospitalisation non programmée.....	11
<b>VIII) Résidents placés sous protection juridique .....</b>	<b>11</b>
<b>IX) Parcours .....</b>	<b>11</b>
A) L'entrée en établissement.....	12
1) 291 000 entrées en établissements en 2015 dont 267 000 en EHPAD ou USLD	12
2) L'âge moyen d'entrée en établissement est de 85 ans et 5 mois en 2015	12
3) Près d'un entrant sur deux en établissement est en GIR 1-2	12
4) Motifs et processus d'entrée en établissement	12
B) La durée de résidence en établissement est courte .....	13
C) La sortie des établissements .....	14
<b>X) Caractéristiques des établissements (en 2015).....</b>	<b>14</b>
A) Répartition des résidents en EHPAD par type d'établissements .....	14
B) Capacité d'accueil des EHPAD et taux d'occupation .....	15
C) Personnels et taux d'encadrement .....	15
D) Répartition du parc en fonction du taux d'agrément au titre de l'aide sociale en 2016 .....	15
E) Localisation des établissements .....	16
<b>SECTION 2 - CHARGES ET AIDES.....</b>	<b>18</b>
<b>I) La séparation en sections de la prise en charge en EHPAD .....</b>	<b>18</b>
A) La règle de répartition entre les trois sections .....	18
B) Cette règle est-elle en débat ?.....	18
1) L'enjeu du débat	18
2) L'actualité du débat	18

<b>II) La section dépendance : charges et aides publiques .....</b>	<b>19</b>
A) Les charges de la section.....	19
1) La situation fin 2016	19
2) Evolution depuis 2011	20
B) Le partage entre le département et les résidents .....	20
1) Les résidents en GIR 5 et 6	20
2) Pour les autres (GIR 1 à 4), la participation financière des résidents varie avec le revenu et le GIR pour une minorité de résidents	20
3) Le « talon dépendance » des résidents les plus modestes peut être pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	23
<b>III) La section hébergement : charges et aides .....</b>	<b>23</b>
A) Les coûts .....	23
1) Une forte variabilité des tarifs	23
2) La variabilité entre les départements	24
3) Evolution depuis 2011	25
B) Les modalités de fixation des tarifs hébergement.....	25
C) Les aides publiques .....	25
1) Les allocations de logement	25
2) L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées (ASH PA)	28
3) Les aides fiscales	32
D) Les aides privées .....	33
<b>V) Frais de séjour, Aides publiques, reste à charge, reste à vivre et taux d'effort .....</b>	<b>34</b>
A) Les frais de séjour (hors frais de gîte et de couvert).....	34
B) Les aides publiques .....	34
1) Les aides publiques représentent un peu moins de 4Md€ par an.	34
2) Hors dépenses de gîte et de couvert, les dépenses publiques couvrent en moyenne 28 % des frais de séjour hors ASH et 40 % avec ASH.	35
3) Hors ASH, les aides publiques varient peu avec le revenu	35
4) Les aides publiques augmentent avec le niveau de dépendance	37
C) Le reste à charge (RAC).....	37
1) Avant prise en compte de l'ASH	37
2) Après prise en compte de l'ASH	40
D) Le reste à vivre .....	41
E) Taux d'effort après aides .....	41
<b>ANNEXES .....</b>	<b>44</b>
<b>Annexe 1- Les petites unités de vie (PUV).....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 2- Part des personnes âgées de 85 ans ou plus vivant en établissement, en 2011, dans les grandes régions européennes (source : Eurostat) .....</b>	<b>46</b>
<b>Annexe 3 – Analyse statistique n°4 de la CNSA (juin 2017) .....</b>	<b>47</b>

<b>Annexe 4 - La tarification en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avant et après la réforme de 2016.....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 5 - Liste des prestations d’hébergement incluses dans le panier de « prestations socle » .....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe 6 - Analyse sur cas-types des restes à charge et taux d’effort des personnes âgées en établissement (SG HCFEA).....</b>	<b>64</b>
1) Les situations conventionnelles étudiées	64
2) Les principaux résultats	65

Ce **Chapitre 4** a pour objet le système de prise en charge financière de la perte d'autonomie (hors soins) pour les personnes vivant en établissement.

On y étudie la situation des personnes résidant de manière permanente dans les établissements relevant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>1</sup>, c'est-à-dire résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD/ESLD<sup>2</sup>), quel que soit leur niveau de GIR.

La situation des personnes résidant dans d'autres établissements (notamment en résidence autonomie, ex-logements foyers) fera l'objet de travaux ultérieurs du Conseil.

## **SECTION 1 - DONNEES DE CADRAGE SUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT EN ETABLISSEMENT**

Les données de cadrage présentées dans cette section proviennent pour l'essentiel de deux sources statistiques :

- L'enquête EHPA de la DREES (dernière vague en 2015)
- Le volet établissement du modèle Autonomix de la DREES, construit à partir des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH recueillies en 2011 auprès de 66 conseils départementaux, appariées aux données de l'enquête EHPA de 2011.

Les chiffres tirés de ces deux sources de données ne sont pas directement comparables car ils ne reposent pas exactement sur le même périmètre de résidents en établissement (cf. encadré).

Certains résultats statistiques tirés des publications de la DREES à partir de l'enquête EHPA concernent en particulier un périmètre plus large que le champ précité, et peuvent inclure les hébergements temporaires en EHPAD ou les résidents d'autres types d'établissements. Nous précisons donc systématiquement le périmètre retenu quand celui-ci s'écarte de notre population d'intérêt : les personnes résidant de manière permanente dans les établissements relevant de l'APA en établissement.

---

<sup>1</sup> Les résidents (environ 1500 places) des petites unités de vie (PUV) bénéficiant d'un forfait journalier de soins pris en charge par l'assurance maladie ou ayant passé une convention avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) relèvent de l'APA à domicile. Les résidents des PUV qui avaient signé une convention tripartite relevaient de l'APA en établissement (215 PUV représentant 3984 places installées au 31/12/2016). (*Annexe 1* sur les PUV).

<sup>2</sup> Les USLD étaient des unités installées dans des établissements de soins. La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a recentré les USLD devenues établissements de soins de longue durée (ESLD) sur la prise en charge sanitaire des patients, les a réintégrées dans l'enveloppe sanitaire et les a redéfinies pour les réserver aux personnes nécessitant des soins importants et un plateau technique. Le caractère ternaire (soins, dépendance, hébergement) de leur financement a toutefois été maintenu. Le redimensionnement des capacités d'USLD, en distinguant celles devant rester EHPAD et celles relevant du sanitaire a été achevée au 1<sup>er</sup> janvier 2010 avec le transfert de l'ONDAM sanitaire à l'objectif global des dépenses (OGD)- personnes âgées, des crédits correspondants au fonctionnement de 41 000 lits médico-sociaux.

### **Encadré : sources de données et périmètre**

L'enquête EHPA de la DREES permet de disposer d'information récente (dernière vague relative à la situation fin 2015) sur l'ensemble des personnes âgées vivant dans des établissements accueillant des personnes âgées. L'enquête permet en particulier de disposer d'information sur les résidents en EHPAD, EHPA (non EHPAD), résidences autonomes (anciennement logements-foyers) et unités de soins de longue durée (établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée), quelle que soit la capacité d'accueil. Tous les modes d'accueil sont considérés (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit), ainsi que l'ensemble des résidents quel que soit leur niveau de dépendance.

L'enquête EHPA permet donc de disposer d'information statistique sur l'ensemble des résidents d'établissements pour personnes âgées, et de se focaliser sur certaines sous-population (par exemple EHPAD uniquement, hébergement permanent).

Le champ d'Autonomix est plus restreint que celui de l'enquête EPHA, car il correspond aux établissements relevant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement : Unités de soins de longue durée (USLD/ESLD<sup>3</sup>) et Maisons de retraite (EHPAD ou non) en hébergement permanent de 25 places ou plus. Sont donc exclus certains hébergements permanents (les logements-foyers, les maisons de retraite - EHPAD ou non et les USLD de moins de 25 places) ainsi que les hébergements non permanents.

## **D) LES EFFECTIFS**

On comptait, fin 2015, 618 350 résidents en EHPAD ou USLD, dont 97 % en hébergement permanent<sup>4</sup>. Cet effectif dépasse assez largement l'objectif de nombre de places en EHPAD prévu dans le rapport de la mission conduite par Stéphane Le Bouler en 2006 (progression pour atteindre 530 000 places en EPHAD et USLD en 2010 puis stabilisation du parc)<sup>5</sup>.

Dans un contexte général marqué par la profonde diminution du nombre des personnes âgées vivant avec des proches (on passe de 31% à 11% entre 1982 et 2011<sup>6</sup>), la population résidant

---

<sup>3</sup> Les USLD étaient des unités installées dans des établissements de soins. La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a recentré les USLD devenues établissements de soins de longue durée (ESLD) sur la prise en charge sanitaire des patients, les a réintégrées dans l'enveloppe sanitaire et les a redéfinies pour les réserver aux personnes nécessitant des soins importants et un plateau technique. Le caractère ternaire (soins, dépendance, hébergement) de leur financement a toutefois été maintenu. Le redimensionnement des capacités d'USLD, en distinguant celles devant rester EHPAD et celles relevant du sanitaire a été achevée au 1<sup>er</sup> janvier 2010 avec le transfert de l'ONDAM sanitaire à l'objectif global des dépenses (OGD)- personnes âgées, des crédits correspondants au fonctionnement de 41 000 lits médico-sociaux.

<sup>4</sup> Muller (2017), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°1015. 101 880 résidents vivent en résidences autonomie et 7 700 en EHPA (non EHPAD).

<sup>5</sup> CAE (2006), « Les personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendante » conduite par Stéphane Le Bouler, Rapport du CAE, n°2

<sup>6</sup> Trabut L., Gaymu J. (2016), « Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements », *Population & Sociétés*, n°539, INED, décembre 2016.

en EHPAD ou en USLD a augmenté de 6,5 % entre 2011 et 2015<sup>7</sup> (après une augmentation de de 5,5% entre 2007 et 2011<sup>8</sup>). L'accroissement du nombre de personnes âgées résidant en établissements est cependant moins important que celui observé en population générale.

Le taux d'institutionnalisation des personnes âgées de 85 ans ou plus se situe en France à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens (carte en *Annexe 2*). 5,8 % des 65 ans et plus, 10,5 % des 75 ans et plus et 35,9 % des 90 ans et plus vivaient ou fréquentaient un établissement pour personnes âgées fin 2015<sup>9</sup>.

## **II) LE DEGRE DE DEPENDANCE**

Le degré de perte d'autonomie des résidents en EHPAD a augmenté entre 2007 et 2015. Ainsi, la part des personnes en GIR 1 à 4 parmi les résidents a augmenté de 7 points durant cette période, passant de 85% en 2007, à 89 % en 2011 puis 92% en 2015<sup>10</sup>. 51 % des résidents étaient très dépendants (GIR 1 et 2) en 2007, contre 54 % en 2015. L'augmentation du niveau de dépendance des résidents n'est pas propre aux EPHAD. Elle concerne tous les types d'hébergement<sup>11</sup>.

**Répartition des résidents en EHPAD selon le GIR en 2015<sup>12</sup>**

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
18%	37%	17%	20%	5%	3%

*Champ : France, EHPAD hors centres d'accueil de jour (hors USLD)*

*Source : DREES, enquête EHPA*

## **III) AGE MOYEN DES RESIDENTS**

L'âge moyen des résidents en établissement est de 85 ans et 9 mois en 2015<sup>13</sup>, en augmentation de 9 mois par rapport à 2011 et de 1 an et 7 mois par rapport à 2007<sup>14</sup>.

En EHPAD, la moitié des résidents est âgée de 88 ans ou plus. La proportion de résidents en EHPAD âgés de 90 ans et plus a augmenté de 7 points entre 2011 et 2015, passant de 31 % à 38 %.

<sup>7</sup> Muller (2017)

<sup>8</sup> Volant (2014b).

<sup>9</sup> Muller (2017)

<sup>10</sup> Prévot (2009), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°689 ; Vollant (2014a), « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°877 ; Muller (2017).

<sup>11</sup> Muller (2017)

<sup>12</sup> Muller (2017)

<sup>13</sup> Les EHPAD accueillent des personnes plus âgées que les autres établissements : 86 ans et 5 mois en moyenne (Muller, 2017)

<sup>14</sup> Vollant (2014b) et Muller (2017).

### Age des résidents en EHPAD

	Moins de 70 ans	De 70 à 79 ans	De 80 à 89 ans	90 ans et plus
2011	6%	14%	49%	31%
2015	6 %	12 %	44 %	38 %

Champ : France, EHPAD hors centres d'accueil de jour (hors USLD)

Source : DREES, enquête EHPA

### IV) REPARTITION FEMMES-HOMMES ET VIE EN COUPLE<sup>15</sup>

Fin 2015, les trois quarts des résidents sont des femmes et leur part augmente avec l'âge.

Près de 87 % des résidents en établissement n'ont pas de conjoint (91 % pour les femmes et 75 % pour les hommes). La proportion d'individus sans conjoint est en établissement plus élevée qu'à domicile (cf. chapitre 2).

Selon les remontées individuelles APA 2011, on note qu'en établissement (comme à domicile, cf. chapitre 2) la proportion d'individus en couple croît avec le niveau de dépendance : aussi bien parmi les hommes que les femmes, les individus en GIR 1 ont deux fois plus de chance d'être en couple que les individus en GIR4. En établissement, cette relation, entre niveau de dépendance et proportion d'individus en couple laisse penser qu'à mesure que les besoins de prise en charge augmentent, le fait de vivre en couple serait de moins en moins protecteur d'une entrée en établissement.

GIR en 2011	Situation du		Total
	vit seul	vit en couple	
1	60%	40%	100%
2	66%	34%	100%
3	76%	24%	100%
4	80%	20%	100%
<b>Total</b>	70%	30%	100%

source : données individuelles APA 2011 - DREES

champ : France métropolitaine

GIR en 2011	Situation du		Total
	vit seul	vit en couple	
1	85%	15%	100%
2	88%	12%	100%
3	91%	9%	100%
4	92%	8%	100%
<b>Total</b>	89%	11%	100%

source : données individuelles APA 2011 - DREES

champ : France métropolitaine

<sup>15</sup> Muller (2017)



## V) RESSOURCES

L'assiette de ressources pour l'APA des résidents était en moyenne de 1 372€ en 2011 (pour une médiane de 1 177€).<sup>16</sup>

### **Distribution des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA en établissement en 2011, selon le sexe<sup>17</sup>**

	<b>1<sup>er</sup> décile</b>	<b>1<sup>er</sup> quartile</b>	<b>Médiane</b>	<b>3<sup>e</sup> quartile</b>	<b>9<sup>e</sup> décile</b>	<b>Moyenne</b>
Ensemble	597	821	1 177	1 679	2 367	1 372
Hommes	577	790	1 194	1 754	2 485	1 408
Femmes	605	832	1 172	1 654	2 315	1 360

*Lecture* : Une femme bénéficiaire de l'APA en établissement sur quatre (3e quartile) a des ressources supérieures (au sens de l'APA) à 1 654 euros et un quart (1er quartile) dispose de moins de 832 euros.

*Champ* : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA en établissement en fin d'année.

*Sources* : DREES, données individuelles APA de 2011.

Les ressources des résidents en EHPAD diffèrent sensiblement selon le statut de l'établissement. La moyenne des ressources se situe entre 1 200€ et 1 300€/mois dans les établissements publics ; elle est de 1 420€ dans le secteur privé non lucratif et de 1 758€ dans le secteur privé lucratif.

### **Ressources mensuelles en euros des résidents au 31 décembre 2011<sup>18</sup>**

<b>Catégorie d'établissement</b>	<b>1<sup>er</sup> quartile</b>	<b>médiane</b>	<b>3<sup>ème</sup> quartile</b>	<b>Moyenne</b>
Privé lucratif	1092	1573	2216	1758
Privé non lucratif	830	1228	1761	1420
Public hospitalier	742	1053	1475	1237
Public non hospitalier	787	1135	1589	1307

*Champ* : France, résidents en établissements relevant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement

*Source* : DREES, modèle Autonomix

<sup>16</sup> Il n'existe pas de données statistiques plus récentes.

<sup>17</sup> Bérardier (205), « Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement », *Etudes et Résultats*, n°909, DREES.

<sup>18</sup> Fizzala A., (2016), « Le reste à charge des personnes âgées dépendantes résidant en établissement », in « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, mars.

## **VI) PATRIMOINE**

On ne connaît pas de façon spécifique le patrimoine des résidents en EHPAD. Mais le taux de propriétaires parmi eux (26%) est plus faible que celui caractérisant la population de même âge à domicile, ce qui pourrait en partie s'expliquer par le fait que nombre d'entre eux vendent leur résidence lors de leur entrée en établissement.

## **VII) ETAT DE SANTE<sup>19</sup>**

### **A) L'état de santé des résidents des EHPAD est dégradé**

Les résidents souffrent en moyenne de 7,9 pathologies.

91% d'entre eux souffrent d'affections neuropsychiatriques. Les principales pathologies de ce groupe d'affections rassemblent les syndromes démentiels (49% des résidents en EHPAD) dont la maladie d'Alzheimer, l'état dépressif (40%) et les troubles chroniques du comportement (35%).

Entre 2007 et 2011 la prévalence des pathologies s'est accrue, sans doute en partie à cause du vieillissement de la population résidente. Les personnes de 75 ans ou plus vivant en établissement ont plus souvent la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, des séquelles d'accident vasculaire cérébral que les personnes du même âge vivant à domicile ; ces trois pathologies nécessitent des soins fréquents et une aide importante et peuvent être un facteur d'entrée en établissement. Par ailleurs, les troubles de l'humeur, l'anxiété et la dépression chronique sont aussi plus fréquents parmi les personnes vivant en établissement.

---

<sup>19</sup> Makdessi Y., Pradines N., (2016), « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Etudes et résultats*, n°989, DREES, décembre.  
Calvet L., Pradines N., (2016), « Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile », *Etudes et résultats*, n°988, DREES, décembre.

### **Proportions de résidents en EHPAD, par pathologie<sup>20</sup>**

Affections neuropsychiatriques	91 %
Affections cardio-vasculaires	79 %
Affections gastro-entérologiques	57 %
Affections ostéo-articulaires	55 %
Affections uro-néphrologiques	48 %
Troubles de la marche	42 %
Affections endocriniennes	35 %
Etat grabataire ou terminal	23 %
Pathologie oculaire évolutive	19 %
Affections broncho-pulmonaire	19 %
Affections dermatologiques	19 %
Pathologies infectieuses	10 %
Autres domaines	23 %

*Lecture* : 91 % des résidents en EHPAD sont atteints d'une affection neuropsychiatrique

*Champ* : France, résidents en EHPAD

*Sources* : DREES, enquête EHPA 2011

### **B) Près d'un résident sur quatre est hospitalisé dans l'année, avec un fort taux d'hospitalisation non programmée.**

En 2011, au moins 20 % des résidents en EHPAD se sont rendus aux urgences au cours de l'année (dont un tiers plus d'une fois). Les hospitalisations sans programmation préalable sont deux fois plus fréquentes que les hospitalisations programmées<sup>21</sup>.

### **VIII) RESIDENTS PLACES SOUS PROTECTION JURIDIQUE<sup>22</sup>**

En 2015, 28 % des résidents étaient placés sous protection juridique des majeurs. Il s'agit dans 71 % des cas d'une tutelle.

### **IX) PARCOURS<sup>23</sup>**

---

<sup>20</sup> Makdessi Y., Pradines N., (2016)

<sup>21</sup> Ces résultats doivent être pris comme des ordres de grandeur et interprétés avec prudence. En effet, ces proportions sont probablement sous-estimées, du fait de potentielles non-réponses indécélables dans l'enquête EHPA de 2011 et à des biais de déclarations par les gestionnaires de l'EHPAD quand le passage aux urgences donne lieu à une hospitalisation.

<sup>22</sup> Muller (2017)

<sup>23</sup> Muller (2017)

## **A) L'entrée en établissement**

### **1) 291 000 entrées en établissements en 2015 dont 267 000 en EHPAD ou USLD**

Les effectifs sont en hausse par rapport à 2011 : +10 % en établissements, +11 % en EHPAD ou USLD.

### **2) L'âge moyen d'entrée en établissement est de 85 ans et 5 mois en 2015<sup>24</sup>**

Il est en constante augmentation. Il augmente en moyenne de 3 mois tous les ans depuis 2007<sup>25</sup>.

### **3) Près d'un entrant sur deux en établissement est en GIR 1-2**

Les résidents entrés en 2015 sont en moyenne plus dépendants que ceux entrés en 2011.

Les entrants sont en moyenne moins dépendants que les autres résidents.

#### **Niveau de dépendance à l'entrée en établissement en 2011 et 2015**

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6
2011	45 %	37,5 %	17,5 %
2015	45 %	40,5 %	14,5 %

*Lecture* : 45 % des résidents entrés en 2015 sont caractérisés par un GIR 1 ou 2

*Champ* : France, résidents entrés en 2011 et 2015 (tout type d'hébergement)

*Sources* : DREES, enquête EHPA 2011 et 2015

### **4) Motifs et processus d'entrée en établissement**

55 % des résidents entrés en 2015 vivaient auparavant à leur domicile personnel ou dans celui d'un proche. 14 % viennent d'un autre établissement (maison de retraite, logement-foyer, UHR ou SLD). Les autres viennent majoritairement d'établissements de santé (services de soins de suite et de réadaptation, unité de court séjour principalement).

En EHPAD, la durée d'attente est dans 60 % des cas inférieurs à 1 mois. Elle excède 6 mois dans 16 % des demandes.

Trois principaux déterminants de l'entrée en établissement sont mis en avant dans la littérature : l'âge, la dégradation de l'état de santé et l'absence de famille proche. L'entrée en établissement ne commence vraiment qu'à partir de 80 ans et concerne surtout les personnes

---

<sup>24</sup> 85 ans et 6 mois pour les entrées en EHPAD ou USLD

<sup>25</sup> Age moyen d'entrée en établissement : 83 ans et 5 mois en 2007 et 84 ans et 5 mois en 2011 (enquête EPHA, DREES)

ayant des difficultés motrices et celles sans conjoint ni enfant vivant. A la différence des mobilités entre logements ordinaires, elle concernerait plus fréquemment les personnes à bas revenus<sup>26</sup>.

L'entrée en établissement constitue une rupture dans la vie des personnes. Dans certains cas, elle est vécue comme « imposée » par l'entourage : en 2000, seulement 32% des résidents en maisons de retraite déclarent avoir participé à la demande d'entrée les concernant<sup>27</sup>. La perte d'autonomie, l'existence d'un entourage qui décide et le grand âge sont des facteurs de moindre participation à cette décision<sup>28</sup>.

Quatre résidents sur dix en 2007 déclaraient que leur entrée en établissement s'est faite de façon précipitée.

Les trois quarts indiquaient avoir bien vécu leur entrée en établissement et deux résidents sur dix l'ont vécue plutôt mal ou très mal (les éléments négatifs cités sont principalement le fait de ne pas se sentir chez soi, d'avoir dû se séparer de ses biens notamment de sa maison personnelle et de se sentir seul).

Si l'argument médical est le principal motif d'entrée, les critères de choix de l'établissement les plus souvent cités ne reposent pas pour autant sur l'adaptation de l'établissement à l'état de santé de la personne âgée : sa situation géographique et sa bonne réputation sont les deux premiers critères cités.

Seuls 30% des résidents n'ont pas changé de commune lors de leur entrée en EHPAD et près des deux tiers ne vont pas dans l'établissement le plus proche de leur ancien domicile<sup>29</sup>.

## **B) La durée de résidence en établissement est courte**

Elle est de 2 ans et 6 mois en moyenne en 2015<sup>30</sup>, durée parfaitement stable depuis 2007, et ce malgré la hausse de l'âge et du niveau de dépendance des résidents à leur entrée dans l'établissement.

Mais la dispersion de cette durée est forte : un quart des résidents sortis en 2015 seront restés moins de 2 mois et un quart plus de 3 ans et 8 mois.

Les femmes restent en moyenne plus longtemps que les hommes (2 ans et 9 mois pour les femmes contre 2 ans pour les hommes).

---

<sup>26</sup> Laferrère *et al.* (2009) ; Bouvier G., Lincot L., Rebiscoul Ch. (2011), « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé mais aussi d'entourage familial », *France, portrait social* - édition 2011, INSEE.

<sup>27</sup> 65% en logements-foyers et 13% en USLD.

<sup>28</sup> Somme D. (2003), « Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », *Dossiers solidarité et santé* n° 1, DREES, janvier mars 2003.

<sup>29</sup> Ramos-Gorand Méline, Volant Sabrina (2014), « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *Études et Résultats*, n°891, DREES, septembre.

<sup>30</sup> Muller (2017)

### **C) La sortie des établissements**<sup>31</sup>

265 000 personnes sont sorties d'un établissement d'hébergement en 2015. Parmi eux, un résident sur trois y était entré dans l'année.

L'âge moyen à la sortie est de 87 ans et 4 mois, soit neuf mois de plus qu'en 2011.

Deux tiers des sorties des établissements sont causées par le décès de la personne accueillie. Les décès ont en moyenne lieu à l'âge de 88 ans et 6 mois. Pour un tiers, la sortie correspond à un transfert vers un autre établissement ou un retour au domicile<sup>32</sup>. Selon l'enquête EHPA, les résiliations du contrat de séjour à l'initiative de l'établissement pour défaut de paiement sont extrêmement rares (ce qui n'empêche pas que le motif financier ait joué dans les départs volontaires à l'initiative du résident).

### **X) CARACTERISTIQUES DES ETABLISSEMENTS (EN 2015)**

#### **A) Répartition des résidents en EHPAD par type d'établissements**

On dénombre 50% de résidents en EHPAD dans des établissements publics et respectivement 29 % et 21 % dans le privé non lucratif et le privé lucratif<sup>33</sup>.

#### **Répartition des résidents selon le type d'établissement (2015)**

<b>Public</b>	<b>Privé non lucratif</b>	<b>Privé lucratif</b>
50%	29%	21%

*Lecture* : 50 % des personnes en EHPAD résident dans un EPHAD public

*Champ* : France, résidents en EHPAD (hors centres d'accueil de jour)

*Sources* : DREES, enquête EHPA 2015

Le nombre de personnes accueillies a augmenté de 3,4 % dans les EHPAD publics, 8,7 % dans le privé non lucratif et 14,0 % dans le privé lucratif entre 2011 et 2015.

---

<sup>31</sup> Muller (2017)

<sup>32</sup> Volant (2014).

<sup>33</sup> Muller (2017)

Il s'agit de la répartition des résidents. La répartition des structures est la suivante fin 2016 : 44% pour le public, 31% pour le secteur privé non lucratif et 25% pour le secteur privé commercial. Les écarts s'expliquent par le fait que les établissements de grande taille relèvent plus souvent du secteur public.

## **B) Capacité d'accueil des EHPAD et taux d'occupation**<sup>34</sup>

La capacité d'accueil médiane des EHPAD est de 79 places en 2016. Elle est très variable d'un établissement à l'autre : un peu moins de 10 % disposent de moins de 40 places et 10 % de plus de 120 places. Les EHPAD publics sont caractérisés par des capacités d'accueil en moyenne plus importante.

Le taux d'occupation moyen des EHPAD est de 98 % en 2015 (contre 97 % en 2011). Il est légèrement plus élevé dans le public que dans le privé lucratif.

## **C) Personnels et taux d'encadrement**<sup>35</sup>

En 2015, le taux d'encadrement des EHPAD est de 6,3 ETP pour 10 résidents, avec une variation importante selon le statut de l'EHPAD : 5,6 ETP dans le privé à but lucratif, 6,8 ETP dans le public<sup>36</sup>. Ce taux d'encadrement est en augmentation depuis 2007 (5,7 ETP en 2007 et 6,1 ETP en 2011)<sup>37</sup>. Comme le souligne le CAE, l'évolution de ces taux d'encadrement doit être mise en regard de la hausse du niveau de dépendance des résidents<sup>38</sup>.

Il est en dessous des objectifs d'évolution présentés dans le rapport de la Mission Le Boulter en 2006 qui, dans un scénario de montée en charge progressive, ciblait un taux d'encadrement de 7,1 ETP pour 10 résidents en 2015.

En comparaison d'autres pays de l'OCDE, le taux d'encadrement reste faible en France.

Le personnel en EHPAD (433 250 personnes) est composé (en ETP) à :

- 71 % de personnel médical, paramédical ou soignant, psychologue, agent de service,
- 10 % de personnel éducatif, pédagogique, sociale et d'animation
- 19 % de personnel de direction, de gestion, d'administration, de services généraux et d'encadrement

## **D) Répartition du parc en fonction du taux d'agrément au titre de l'aide sociale en 2016**<sup>39</sup>

---

<sup>34</sup> CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », *Analyse statistique*, n°04, juin 2017

<sup>35</sup> M. Muller (2017), « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », Les dossiers de la Drees, n°20

<sup>36</sup> En USLD, le taux d'encadrement moyen est de 103,2 %

<sup>37</sup> Volant (2014)

<sup>38</sup> Bozio A., Gramain A. et Martin C. (2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance », Les notes du CAE, n°35, octobre.

<sup>39</sup> CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », *Analyse statistique*, n°04, juin 2017.

En 2015, 83 % des EHPAD sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Cette part varie considérablement selon le statut juridique.

### **Proportion d'EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale en 2016, par statut juridique**

Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
99 %	91%	42%

Source ; Enquête EHPA (2015), DREES

L'habilitation à l'aide sociale peut être partielle ou totale. Parmi les établissements habilités, l'habilitation est totale pour 94% des établissements publics, 80 % des établissements privés à but non lucratif et 11 % dans les établissements privés à but lucratif.

Différents membres de la commission s'accordent sur la tendance actuelle à la déshabilitation partielle à l'aide sociale au sein des établissements. A notre connaissance, aucune analyse statistique ne permet d'étayer ce constat. Selon l'enquête EHPA, l'évolution 2011-2015 : l'habilitation totale ne diminue que de 2 points (de 68 à 66%) entre 2011 et 2015. Des analyses complémentaires sont en outre nécessaires pour étudier les raisons de cette tendance et ses conséquences sur l'accès aux établissements d'hébergement. Elle pourrait en particulier s'accompagner d'une augmentation des frais de séjour, le tarif médian des places non conventionnées à l'aide sociale étant supérieure de près de 20 euros par jour au tarif médian des places conventionnées.

### **E) Localisation des établissements**

Les contrastes entre départements restent marqués.

Comme indiqué dans *Population et société*<sup>40</sup>, « les différences dans l'offre d'hébergement et de services à domicile, la proximité et la mobilisation des familles, l'image plus ou moins négative de la vie en établissement et les caractéristiques sociodémographiques des personnes

---

Dans l'échantillon (non représentatif mais couvrant 93% des structures existantes) des EHPAD ayant transmis leurs tarifs à la CNSA au 31 décembre 2016, 100% des EHPAD publics étaient habilités à l'ASH fin 2016, 88% des EHPAD privés associatifs et 43% des EHPAD privés commerciaux (CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », *Analyse statistique*, n°04, juin 2017 (en *Annexe 3*)).

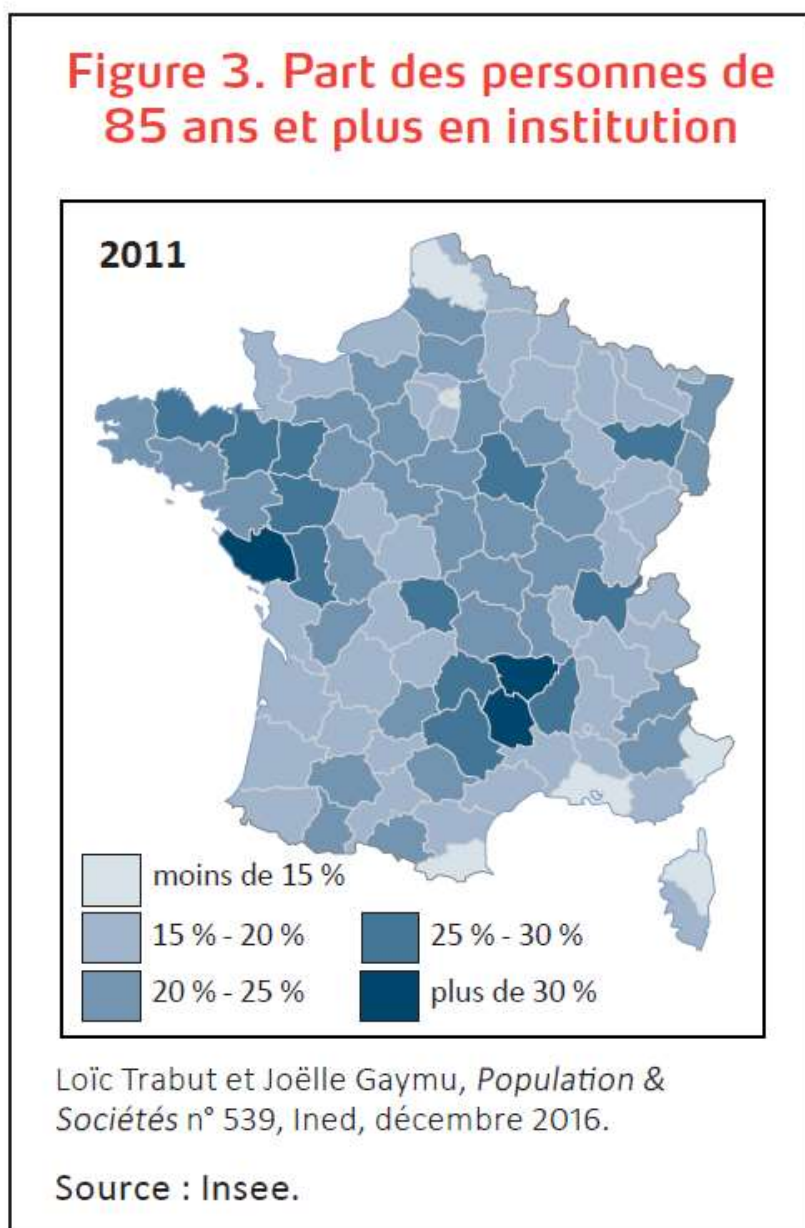
<sup>40</sup> Trabut L., Gaymu J. (2016), « Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements », *Population & Sociétés*, n°539, INED, décembre 2016.



très âgées (leur situation économique et leur état de santé notamment) sont autant de facteurs qui dessinent les cartes des modes de résidence de ces personnes ».

La carte ci-dessous donne la part des personnes d'au moins 85 ans vivant en établissement.

A l'Ouest, les départements des Pays de la Loire et certains autres départements limitrophes (Deux-Sèvres, Ile et Vilaine, Orne) ; à l'est les Vosges, plus au centre, ceux de la bordure est du massif central (Aveyron, Lozère, Ardèche, Haute Loire) l'Ain et l'Yonne sont avec des proportions de l'ordre de 25%, ceux comptant le plus de personnes âgées de 65 ans et plus vivant en établissement. A l'inverse, c'est à Paris et dans la région parisienne, en Corse, sur le pourtour méditerranéen et dans la région Nord que ce mode d'hébergement est le moins diffusé, les proportions y étant parfois très inférieures à 10% ».



Source : *Population et Société*, n°539

## SECTION 2 - CHARGES ET AIDES

### I) LA SEPARATION EN SECTIONS DE LA PRISE EN CHARGE EN EHPAD

#### A) La règle de répartition entre les trois sections

Tous les EHPAD sont soumis à une règle de tarification commune reposant sur les trois composantes de la prise en charge : l'hébergement, la dépendance et les soins.

- Le forfait « soins » englobe différents soins médicaux et paramédicaux à destination des résidents. Il est pris en charge par l'assurance maladie.
- Le tarif pour la dépendance comprend les aides fournies à la personne dans le cadre de ses activités quotidiennes (toilette, déplacements...). Son montant varie avec le degré de perte d'autonomie du résident.
- Le tarif pour l'hébergement recouvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation.

#### B) Cette règle est-elle en débat ?

##### 1) L'enjeu du débat

Le débat provient de ce que les dépenses n'ont pas la même structure de financement.

Le forfait soins est pris en charge par l'assurance maladie ; ni le département ni les résidents ne sont appelés à le financer.

Le tarif dépendance est financé par le département (à hauteur des deux-tiers) et par les résidents (le tiers).

Le tarif d'hébergement est supporté intégralement par le résident (qui peut percevoir des aides publiques pour en atténuer la charge).

##### 2) L'actualité du débat

Ce sujet avait été souvent évoqué en 2011 dans les discussions du groupe 4<sup>41</sup>. La ligne dominante était de « déverser » des frais de la section dépendance vers la section soins et de la section hébergement vers la section dépendance. Toutes choses égales par ailleurs, ces déversements auraient eu pour effet de diminuer les charges payées par le résident et le département.

---

<sup>41</sup> Fragonard B, (2011), *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.*

Les réformes très récentes de la tarification en établissement - qui ont notamment introduit des « forfaits » pour les soins et la dépendance - ont assoupli la répartition des charges entre sections tout en encadrant les possibilités de « déversement » entre sections et donc de transferts entre les différents financeurs (*Annexe 4*).

Il est trop tôt pour dresser un bilan de ces réformes en matière de partage du financement entre les différents financeurs : Assurance maladie, Département, Etat, et le résident et sa famille. Il en est de même pour la question des conséquences pour l'équilibre financier des EHPAD.

On peut aussi se poser la question de l'adaptation du mode de financement des trois sections (Soins, Dépendance, Hébergement) au dynamisme des paniers de biens et services couverts par chacune.

Ces sujets seront étudiés par le Conseil en 2018.

## **II) LA SECTION DEPENDANCE : CHARGES ET AIDES PUBLIQUES**

### **A) Les charges de la section**

Le tarif varie selon l'établissement et, pour chaque établissement, avec le GIR du résident.

#### **1) La situation fin 2016**

D'après les dernières données de la CNSA<sup>42</sup>, le tarif médian pour la dépendance (en hébergement permanent) fin 2016 varie de 612€ par mois pour une personne en GIR 1-2 à 165€ par mois pour une personne en GIR 5-6<sup>43</sup>. Les tarifs médians des EHPAD publics hospitaliers sont un peu plus élevés que ceux des EHPAD privés non lucratifs et privés commerciaux.

Les écarts de tarifs sont également non négligeables pour un niveau de GIR donné : concernant les GIR 1 et 2, 10 % des EHPAD ont un tarif dépendance inférieur à 506€ par mois tandis que 10 % ont un tarif supérieur à 736€ par mois

---

<sup>42</sup> L'enquête EHPA 2015 donne des résultats quasiment identiques.

<sup>43</sup> CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », *Analyse statistique*, n°04, juin 2017. Les données utilisées couvrent 93% des structures.

### Dispersion des tarifs dépendance par jour au 31 décembre 2016 selon le statut juridique

Statut juridique	Nombre d'EHPAD	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Neuvième décile
<b>Tarif dépendance par jour GIR 5-6</b>	<b>6 863</b>	<b>4,58 €</b>	<b>5,04 €</b>	<b>5,51 €</b>	<b>6,02 €</b>	<b>6,61 €</b>
Privé commercial	1695	4,31 €	4,65 €	5,13 €	5,58 €	6,00 €
Privé non lucratif	2154	4,68 €	5,11 €	5,53 €	6,00 €	6,53 €
Public autonome	1233	4,80 €	5,22 €	5,67 €	6,19 €	6,70 €
Public rattaché à un EPS	1094	4,92 €	5,32 €	5,82 €	6,40 €	7,06 €
Public territorial (CCAS)	687	4,79 €	5,19 €	5,60 €	6,06 €	6,72 €
<b>Tarif dépendance par jour GIR 3-4</b>	<b>6 881</b>	<b>10,67 €</b>	<b>11,81 €</b>	<b>12,96 €</b>	<b>14,18 €</b>	<b>15,60 €</b>
Privé commercial	1703	10,11 €	10,95 €	12,09 €	13,17 €	14,20 €
Privé non lucratif	2160	10,84 €	11,94 €	12,97 €	14,11 €	15,37 €
Public autonome	1235	11,21 €	12,24 €	13,38 €	14,61 €	15,77 €
Public rattaché à un EPS	1096	11,60 €	12,52 €	13,73 €	15,14 €	16,65 €
Public territorial (CCAS)	687	10,99 €	12,09 €	13,20 €	14,28 €	15,97 €
<b>Tarif dépendance par jour GIR 1-2</b>	<b>6 881</b>	<b>16,86 €</b>	<b>18,62 €</b>	<b>20,42 €</b>	<b>22,36 €</b>	<b>24,54 €</b>
Privé commercial	1 703	15,93 €	17,22 €	19,07 €	20,75 €	22,36 €
Privé non lucratif	2 160	17,12 €	18,82 €	20,43 €	22,20 €	24,21 €
Public autonome	1 235	17,69 €	19,30 €	21,02 €	23,02 €	24,86 €
Public rattaché à un EPS	1 096	18,32 €	19,75 €	21,70 €	23,87 €	26,15 €
Public territorial (CCAS)	687	17,38 €	19,07 €	20,83 €	22,53 €	25,13 €

Source : Portail CNSA au 31/12/2016

## 2) Evolution depuis 2011

Depuis 2011, le tarif dépendance moyen a augmenté de 7 % pour les GIR 1-2 et 3-4 et de 6 % pour les GIR 5-6, ce qui représente une augmentation annuelle moyenne comprise entre 1,4 et 1,7 %. Le tarif dépendance moyen en EHPAD a donc évolué de façon plus dynamique que l'inflation (qui est en moyenne de +0,8% par an sur la période).

## B) Le partage entre le département et les résidents

### 1) Les résidents en GIR 5 et 6

8% des résidents sont en GIR 5-6<sup>44</sup> (en 2015). Ils financent intégralement<sup>45</sup> le tarif dépendance (pour 165€ par mois en médiane fin 2016). Leur participation est indépendante de leur revenu.

### 2) Pour les autres (GIR 1 à 4), la participation financière des résidents varie avec le revenu et le GIR pour une minorité de résidents

#### a) Le barème

<sup>44</sup> Muller (2017)

<sup>45</sup> Pour une partie d'entre eux, l'ASH peut prendre en compte le tarif dépendance (voir *infra* au C).

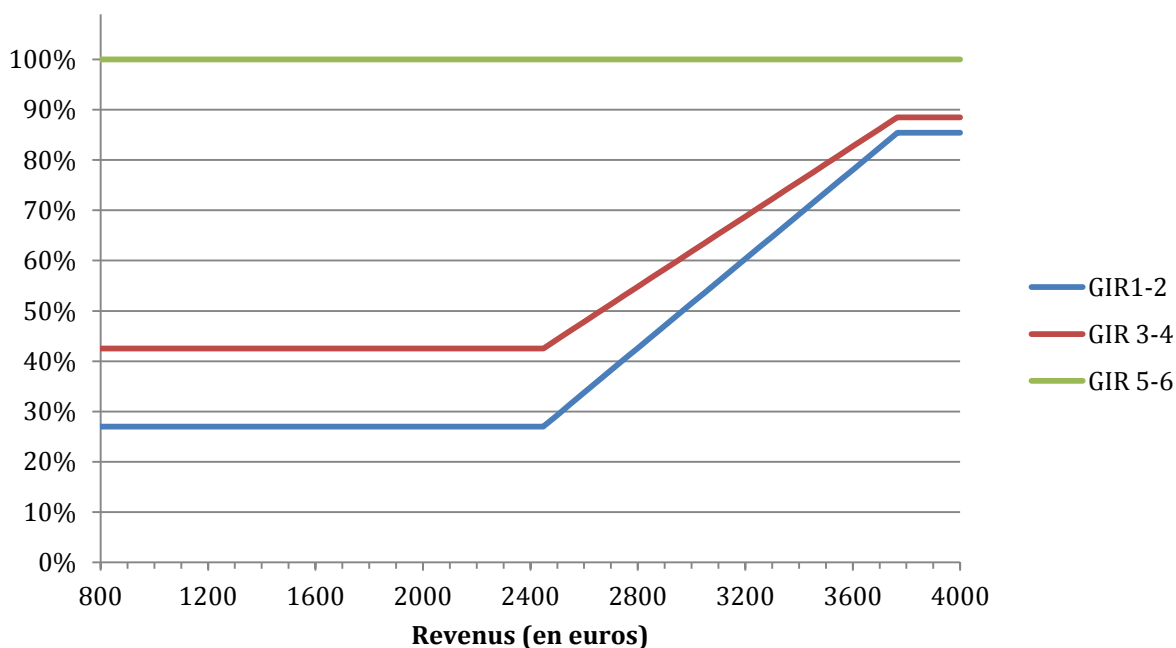
Le bénéficiaire acquitte, quel que soit le niveau de ses ressources, une participation financière correspondant au tarif dépendance de l'établissement pour les personnes en GIR 5 et 6 (c'est le « talon », 165€ par mois en médiane fin 2016).

Lorsque ses revenus sont supérieures à 2,21 fois le montant de la Majoration pour tierce personne (MTP)<sup>46</sup>, il acquitte en sus une participation qui croît suivant ses revenus. Au regard de la distribution des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA en établissement, seul 10 % des résidents environ sont concernés.

- Entre 2,21 et 3,4 fois la MTP, le taux de participation croît régulièrement pour atteindre 85 % pour les GIR 1-2 et 89 % pour les GIR3-4<sup>47</sup>.
- Au-dessus d'un revenu égal à 3,4 fois la MTP<sup>48</sup>, sa participation est plafonnée à 85 % du tarif dépendance pour les GIR 1-2 et à 89 % du tarif dépendance pour les GIR3-4.

Le graphique ci-dessous synthétise la part du forfait dépendance à la charge du résident selon le GIR et le revenu de ce dernier.

### Part du forfait dépendance à la charge du résident, en fonction du GIR et du revenu



Au regard des tarifs dépendance médians observés en 2016, la participation financière des résidents varie théoriquement de 165 euros par mois à 523 euros par mois.

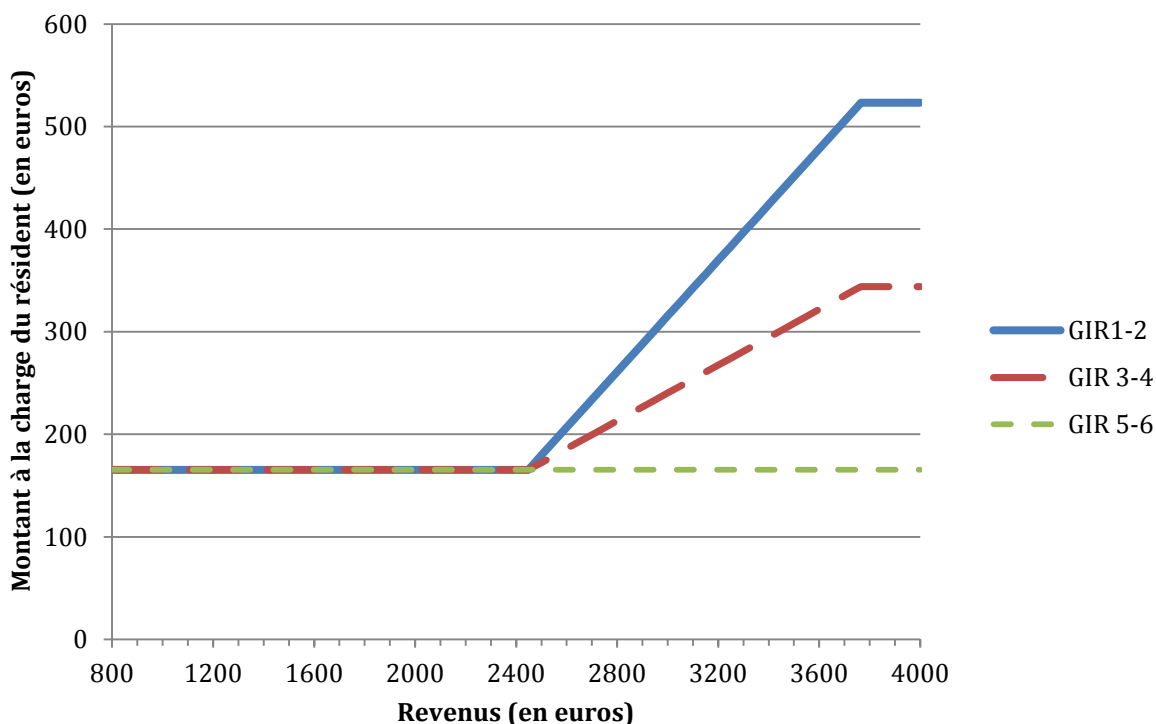
<sup>46</sup> 2 437,81 € en 2016.

<sup>47</sup> La participation du résident (P) est calculée selon la formule suivante :  $P = TD\ 5/6 + [(A - TD\ 5/6) * [R - (S * 2,21) / (S * 1,19)] * 80\%]$  (où A est le tarif dépendance de l'établissement correspondant au groupe iso-ressources dans lequel est classé le bénéficiaire ; S la MTP et TD 5/6 le tarif dépendance de l'établissement applicable aux résidents classés en GIR 5 et 6 ; R le revenu mensuel de la personne).

<sup>48</sup> 3 750,47 € en 2016.

## Montant du forfait dépendance à la charge du résident, en fonction du GIR et du revenu

(cas type : TD5/6=5,51€/jour ; TD3/4=12,96€/jour ; TD1/2=20,42€/jour, tarifs médians CNSA 2016)



### b) Le partage effectif du financement entre le département et le résident

90% des résidents ont des ressources inférieures à 2,21MTP : leur participation est donc égale au tarif de leur établissement pour les GIR 5 et 6 (le « talon », soit 165€/mois en médiane).

7,7% ont des ressources entre 2,21 et 3,4 fois la MTP : leur participation augmente avec leur revenu (sauf pour les GIR 5 et 6), allant de 165 €/mois à plus de 500 €/mois pour les GIR 1 et 2 ayant les revenus les plus élevés.

2,3% ont des revenus supérieurs à 3,4 fois la MTP (leur participation est plafonnée).

### c) Evolution récente

Avec le passage sous dotation globale, qui concernerait les trois-quarts des établissements, certains départements ont décidé de renoncer à calculer la participation des résidents, bien que cette participation soit toujours prévue par l'article L 232-8 du Code de l'action sociale et des familles. Dans ce cas, les résidents ne paient que le « talon dépendance » (évalué ci-dessus à 165€ en médiane fin 2016).

Ce changement n'a pas d'incidence significative pour les dépenses des départements puisque la modulation de la participation des résidents aux charges de dépendance ne concerne que 7,7

% des résidents<sup>49</sup>. Par contre, pour les ménages les plus aisés (les 50 000 allocataires de GIR 1 à 4 dont les ressources sont supérieures à 2 437€) le fait qu'ils n'aient plus à payer que le « talon » représente un avantage financier moyen de l'ordre de 75€ par mois<sup>50</sup>.

### 3) Le « talon dépendance » des résidents les plus modestes peut être pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

## III) LA SECTION HEBERGEMENT : CHARGES ET AIDES

### A) Les coûts

#### 1) Une forte variabilité des tarifs

Le tarif hébergement varie d'un établissement à l'autre.

En 2016, le tarif hébergement médian est, pour une chambre seule, de 57,2€/jour (soit 1716€/mois) pour une place habilitée à l'aide sociale et 81,0€/jour (soit 2430€/mois) pour une place non habilitée à l'aide sociale<sup>51</sup>.

Selon l'enquête EHPA de la DREES (2015)<sup>52</sup>, les écarts de prix sont relativement importants d'un établissement à l'autre : entre le premier et le dernier décile des tarifs, l'écart est de près de 20€ par jour pour les places habilitées à l'aide sociale et de près de 40€ par jour pour les places non habilitées.

#### Tarifs hébergement journaliers moyens (€ TTC) dans les EHPAD, au 31/12/2015.

	Moyenne	D1	Q1	Q2	Q3	D9
Places habilitées à l'aide sociale départementale	55,9	47,4	50,8	54,9	59,6	65,6
Places non-habilitées à l'aide sociale départementale	74,2	55,0	63,5	73,9	84,0	95,2

Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

<sup>49</sup> La DREES l'avait estimée à 45M€ en cas de généralisation.

<sup>50</sup> Il peut atteindre plus de 300€ par mois pour les résidents en GIR 1 et 2 dont l'assiette est égale ou supérieure à 3 750,47€ (leur effectif est très faible : de l'ordre de la dizaine de milliers).

<sup>51</sup> CNSA, 2017

<sup>52</sup> M. Muller (2017), « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », Les dossiers de la Drees, n°20 ; M. Muller (2017), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées –Premier résultats de l'enquête EHPA 2015 », Etudes et résultats, n°1015.

Source : DREES, enquête EHPA 2015.

La CNSA a constaté que l'écart de prix en 2016<sup>53</sup> est corrélé à la localisation géographique, à l'ancienneté du bâti et au statut juridique des EHPAD<sup>54</sup> mais d'autres facteurs pourraient expliquer ces variations à l'occasion d'analyses plus approfondies.

Le tarif pour l'hébergement permanent est plus bas que pour l'hébergement temporaire, où les taux d'occupation sont plus faibles (63% contre 98%)<sup>55</sup>.

## 2) La variabilité entre les départements

Les disparités tarifaires entre départements sont importantes.



<sup>53</sup> CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », *Analyse statistique*, n°04, juin 2017.

A la différence des données de la DREES, ces données ne sont pas pondérées par le nombre de places concernées. Comme les structures publiques sont surreprésentées dans les EHPAD de grande taille et que leurs tarifs sont globalement plus bas que dans le privé, les écarts sont moindres dans les données CNSA que dans les données DREES.

<sup>54</sup> Selon l'enquête EHPA 2015, le tarif moyen s'étend de 53,70€/jour pour les établissements publics hospitalier habilités à l'aide sociale à 79,80€ pour les établissements privés à but lucratif non habilités à l'aide sociale.

<sup>55</sup> CNSA, « Analyse des tarifs des EHPAD en 2016 », *Analyse statistique*, n°04, juin 2017.



### **3) Evolution depuis 2011**

Le tarif hébergement moyen a augmenté entre 2011 et 2015 de 8 % (passant en moyenne de 55,10€ à 59,30€, soit 1,9 % par an en moyenne)<sup>56</sup>. L'augmentation est en moyenne plus importante pour les places habilitées à l'aide sociale (+9 %, soit +2,2 % par an en moyenne) que pour les places non habilitées (5 %, soit +1,2 % par an en moyenne)

Ces tarifs ont donc évolué de façon plus dynamique que l'inflation (+0,8% par an en moyenne sur la période 2011-2016).

### **B) Les modalités de fixation des tarifs hébergement**

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement n'a pas modifié la fixation des tarifs pour l'hébergement. Elle a précisé et mis en cohérence le panier de « prestations socle » que doit couvrir le tarif hébergement (décrit en *Annexe 5*).

Pour les établissements habilités à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), publics ou privés, le tarif hébergement de chaque établissement reste fixé chaque année par le Conseil départemental (tarif administré). Ce tarif est désormais fixé dans le cadre du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Celui-ci doit inclure une règle de revalorisation annuelle sur les cinq années du Contrat ; mais on reste dans le cadre d'une couverture réaliste des charges de l'établissement par le Département.

Pour les établissements non habilités, l'hébergement est hors CPOM (qui ne couvre donc que les soins et la dépendance). Il existe seulement une clause fixant la revalorisation annuelle maximale pour un résident ayant déjà un contrat - peu contraignante vu le renouvellement élevé des résidents en EHPAD.

### **C) Les aides publiques**

#### **1) Les allocations de logement**

##### **a) Caractéristiques**

Le système d'aides fait coexister deux régimes. Pour l'aide personnalisée au logement (APL foyer), le régime conventionné comporte des obligations qui justifient selon les pouvoirs publics un niveau d'aide plus élevé<sup>57</sup>. Si l'établissement n'est pas conventionné en APL foyer,

---

<sup>56</sup> Comparaison des tarifs moyens en 2011 et 2015 issus de l'enquête EHPA de la DREES.

<sup>57</sup> Ces obligations portent notamment sur :

- l'obligation d'accueillir 90% de résidents âgés<sup>57</sup> et dont les ressources sont inférieures au plafond applicable pour l'attribution des logements<sup>57</sup> ;

les résidents sont éligibles à l'Allocation de logement sociale (ALS). Le partage était en 2011 de 50/50.

Comme pour toutes les aides personnelles au logement, la prestation diminue fortement avec le revenu de l'allocataire (une augmentation des ressources de 100€ conduit à une baisse de la prestation de 30€). Des règles d'assiette favorables sont retenues.

Compte tenu de la baisse de la prestation avec le revenu, l'aide n'est plus attribuée lorsque les ressources dépassent le point de sortie (montant où l'aide calculée est inférieure à 15€ par mois).

**Points de sortie en euros par mois de ressources nettes pour une personne âgée en 2016\***

Points de sortie	APL foyer	ALS
ZONE I	1380	1 028*
ZONE II	1 371	1 028*
ZONE III	1 337	1 028 *

\* 1224 €/mois pour les personnes nées avant le 1er janvier 1931 et les personnes invalides au sens de l'article 195 du CGI

La dépense éligible varie de façon limitée en fonction de la localisation de l'EHPAD en APL. Elle ne varie pas en ALS

**Dépense éligible : plafond de redevance (APL-foyer) et loyer forfaitaire majoré d'un montant forfaitaire de charges (ALS)**

	Zone 1	Zone 2	Zone 3
ALS	256	256	256
APL foyer	438	401	381

Les allocataires les plus modestes bénéficient de règles favorables de détermination de l'assiette<sup>58</sup>.

- 
- l'obligation de maintenir les locaux en bon état de fonctionnement au moyen d'une politique de provision pour le financement de travaux d'entretien et de grosses réparations ;
  - l'obligation de définir dans le contrat de l'établissement les prestations obligatoirement assurées (hors celles qui ont servi à déterminer la redevance retenue pour le calcul de l'allocation de logement).

<sup>58</sup> On prend en compte l'abattement pour personnes âgées pour les résidents disposant d'une carte d'invalidité (c'est le cas des allocataires en GIR 1 et 2) et pour les autres résidents s'ils sont nés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1931. Cette pris en compte abaisse substantiellement l'assiette de calcul.

## b) Résultats

Les montants de l'ALS sont systématiquement plus faibles que l'APL foyer et ne varient pas en fonction des zones (voir tableau ci-dessous).

### Montant de l'APL foyer ou de l'ALS pour une personne âgée célibataire en EHPAD payant une redevance de 1000€

Ressources/Montant mensuel (€) célibataire	APL foyer		ALS
ASPA (assiette ressources nulle)	Zone I	409	223
	Zone II	372	
	Zone III	352	
900	Zone I	217	81
	Zone II	193	
	Zone III	180	
1000	Zone I	180	58
	Zone II	158	
	Zone III	147	
1100	Zone I	141	38
	Zone II	122	
	Zone III	111	
1200	Zone I	107	21
	Zone II	89	
	Zone III	80	

Source : Cnaf

---

Les retraites servies par le régime général inférieures à l'AVTS<sup>58</sup> (3 483€ pour 2016) et l'indemnité différentielle de l'ASPA ne sont pas comprises dans l'assiette de l'allocation de logement. L'allocation d'un bénéficiaire de l'ASPA est donc le plus souvent calculée sur une assiette très faible, voire nulle. Contrepartie de cette règle, il y a un effet de seuil prononcé au-dessus de l'ASPA (parce que l'assiette porte alors sur l'ensemble des ressources). Lorsque le résident vit en couple et que son conjoint<sup>58</sup> vit au domicile familial, les droits de chacun sont étudiés individuellement en fonction de ses ressources propres (en tenant compte de l'abattement fiscal pour personne âgée propre à chacun).

### c) Effectifs et dépenses

- Sur un champ plus large que celui que nous suivons (il intègre notamment les résidents en foyers-logement), environ un tiers des résidents étaient allocataires en 2011. L'allocation moyenne était 146 € par mois (195€ pour l'APF foyer et 104€ pour l'ALS).
- Les dépenses d'allocations logement s'élevaient à 450 millions d'euros.
- Ces allocations représentent moins de 3% des tarifs d'hébergement de l'ensemble des résidents ; mais de l'ordre de 13% pour les seuls allocataires<sup>59</sup>.

### d) Evolutions depuis 2011

L'évolution de la valeur des allocations dépend :

- de l'évolution des ressources des résidents. Leur augmentation (liée à l'amélioration du niveau des retraites) exerce un effet déflationniste.
- de changements dans la détermination de l'assiette ressources. L'intégration des majorations de retraite des familles nombreuses dans l'assiette en 2013 a entraîné une baisse des allocations et, à la marge, la « sortie de champ » d'une partie des allocataires. L'abattement fiscal pour les personnes âgées modestes n'est plus pris en compte pour le calcul des allocations des résidents nés après le 1<sup>er</sup> juillet 1931 s'ils ne disposent pas d'une carte d'invalidité.
- des paramètres retenus pour l'actualisation des barèmes : IRL<sup>60</sup> pour le parc APL ; IRL pour le loyer plafond et prix pour le forfait charges en ALS ; prix pour les paramètres ressources. Ces indexations sont peu dynamiques
- de la progression du parc éligible à l'APL.

Les effectifs et dépenses précitées ont sensiblement diminué.

## **2) L'aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées (ASH PA)**

### a) Le système de l'ASH

C'est un régime légal géré par les départements.

- les conditions d'éligibilité

\* le résident doit avoir au moins 60 ans

\* il doit résider dans un établissement habilité à recevoir les allocataires de l'ASH (82% du parc : 99% dans les établissements publics, 88% des établissements privés non lucratifs et 43% dans les établissements privés lucratifs<sup>61</sup>).

---

<sup>59</sup> Pourcentage calculé sur la base d'un tarif d'hébergement du premier quartile du parc - hors privé lucratif.

<sup>60</sup> Indice de référence des loyers.

<sup>61</sup> CNSA, 2017

\* il doit avoir des ressources insuffisantes pour payer les frais d'hébergement appliqués dans les établissements habilités.

- l'ASH est subsidiaire : les sommes engagées par le département sont réduites par le recours à l'obligation alimentaire d'une part, la récupération sur succession d'autre part.

- le département assure la couverture intégrale des frais d'hébergement<sup>62</sup>. Il prélève 90% des ressources personnelles du résident (et de son conjoint éventuel)<sup>63</sup> et le cas échéant son aide au logement<sup>64</sup>.

Ce prélèvement est doublement limité : il faut laisser au résident un disponible de 96€ par mois et une somme égale à l'ASPA pour son conjoint qui vit au domicile familial (cf. Chapitre 5).

#### **Indexation de l'argent de poche du bénéficiaire de l'ASH**

La somme minimale qui doit être tenue à la disposition du bénéficiaire (argent de poche) est fixée par référence aux montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Cette prestation est revalorisée au 1<sup>er</sup> avril de chaque année en fonction de l'évolution moyenne annuelle des indices des prix à la consommation hors tabac publié par l'INSEE.

Les modalités de calcul de l'argent de poche diffèrent selon les prestations de l'établissement d'accueil

- Accueil dans une résidence autonomie assurant le logement seul : le logement étant assimilé à du domicile, la personne doit pouvoir se nourrir et subvenir à ses charges. Le minimum d'argent de poche est donc égal au montant annuel de l'ASPA une fois le montant du loyer compté, soit 9 609,60 €/an pour une personne seule et 14 918,90 €/an pour un couple depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016 (circulaire CNAV n°2016-21 du 4 avril 2016).

- Accueil dans un EHPAD ou dans une résidence autonomie assurant l'ensemble de l'entretien : le minimum mensuel d'argent de poche est égal à 1% du montant annuel de l'ASPA, arrondi à l'euro le plus proche, soit 96€/mois pour une personne seule depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016.

Les Conseils départementaux peuvent prévoir des montants extra-légaux supplémentaires.

*Source CASF* : article R.231-6 du CASF

- les départements peuvent adopter des mesures plus favorables. 82% d'entre eux prennent ainsi en charge le « talon » dépendance.

---

<sup>62</sup> 40% des départements paient « toujours » la partie correspondant à la participation financière du résident, 41% « parfois » et 20% « jamais » : « En 2014, près de 40 % des départements payent systématiquement aux établissements, quel que soit leur statut juridique, la totalité des frais d'hébergement des résidents percevant l'ASH. Ces frais comprennent la participation des bénéficiaires que les départements récupèrent par la suite. À l'inverse, un département sur cinq ne s'acquitte auprès des établissements que des frais d'hébergement résiduels, une fois déduite la participation des bénéficiaires », (DREES, L'aide et l'action sociale en France, édition 2017, Panorama de la DREES). Les autres départements (41 %) sont dans une situation intermédiaire, payant « parfois » la partie correspondante à la participation financière du résident.

<sup>63</sup> Après déduction des cotisations d'assurance maladie complémentaire (pour les allocataires qui ne bénéficient pas de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) nettes d'une éventuelle Aide à la complémentaire santé (ACS).

<sup>64</sup> Article L 132-3 du CASF : Les ressources de quelque nature qu'elles soient à l'exception des prestations familiales, dont sont bénéficiaires les personnes placées dans un établissement au titre de l'aide aux personnes âgées ou de l'aide aux personnes handicapées, sont affectées au remboursement de leurs frais d'hébergement et d'entretien dans la limite de 90 %

## b) Résultats

Selon la CNSA, le coût médian en 2016 d'un hébergement permanent habilité à l'aide sociale (tarif hébergement + talon dépendance), en chambre seule, est de 1 888€/mois. Parmi les bénéficiaires de l'APA, le revenu moyen (au sens de l'APA) est égal à 1372€ en 2011. 75 % des résidents bénéficiaires de l'APA ont un revenu (au sens de l'APA) inférieur à 1679€<sup>65</sup>.

On estime dans ces conditions que trois résidents sur quatre sont dans le champ potentiel de l'ASH. Mais plus de la moitié de ces bénéficiaires potentiels ne demandent pas l'ASH, sans doute en grande partie parce qu'ils ne veulent pas être soumis à l'obligation alimentaire ou à la récupération sur succession.

En 2015 près de 115 000 personnes bénéficient de l'ASH hors logement-foyer et accueil familial : 101 300 en EHPAD, 10 400 en ESLD et 2900 en maison de retraite, soit près d'un résident sur cinq. Ces effectifs sont stables depuis 2008. 30% d'entre eux ne sont pas allocataires de l'APA (ce sont des résidents en GIR 5 et 6<sup>66</sup>).

Sans surprise, on constate qu'il s'agit de résidents d'un profil très spécifique :

- ils sont très modestes : 37% ont un revenu disponible inférieur à 800€ en 2011 ;
- deux tiers des allocataires n'ont pas d'obligés alimentaires connus (alors qu'on estime que plus de 80% des personnes de plus de 82 ans<sup>67</sup> ont des enfants vivants).
- leur patrimoine est faible qu'on le mesure à l'entrée en EHPAD ou lors de la succession.

Selon la DREES<sup>68</sup>, les dépenses nettes d'ASH (après récupérations) sont passées de 940 millions d'euros en 2005 à 1,3 milliard d'euros en 2015, soit une progression annuelle moyenne de 1,4 %.

## c) Eléments de débat sur les dispositifs de subsidiarité

### *c1) L'obligation alimentaire*

Les assujettis sont les descendants en ligne directe (les enfants et petits-enfants). Ils sont solidaires entre eux ; on compte entre deux et trois obligés alimentaires par allocataire de l'ASH (pour ceux des bénéficiaires de l'ASH qui ont des obligés alimentaires connus).

D'après l'enquête menée en 2011 (groupe 4 sur le financement de la dépendance<sup>69</sup>), les recours sur les petits-enfants seraient de moins en moins fréquents. Les taux d'effort des obligés effectivement sollicités ne seraient pas abusifs. D'après la DREES<sup>70</sup>, si la récupération auprès des enfants est générale en 2014, 74% des départements récupèrent systématiquement

---

<sup>65</sup> Bérardier, 2015.

<sup>66</sup> Les résidents en GIR 5 et 6 sont allocataires de l'ASH à près de 60%.

<sup>67</sup> Age moyen des bénéficiaires de l'ASH (plus bas que celui des résidents en APA, ce qui est logique compte tenu du poids des résidents en GIR 5 et 6 qui sont plus jeunes que les allocataires en APA).

<sup>68</sup> L'aide et l'action sociales en France – Edition 2017, DREES

<sup>69</sup> Fragonard B, (2011), Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.

<sup>70</sup> DREES, *L'aide et l'action sociale en France, édition 2017*, Panorama de la DREES.

auprès des gendres et belles-filles (et 22% « parfois ») et seulement 27% auprès des petits-enfants (20% « parfois ») – si les ressources des personnes le permettent.

**Résultat de l'enquête menée en 2011 par le groupe n°4 sur l'ASH, en partenariat avec le secrétariat général du HCF, l'IGAS et l'ADF auprès des Conseils généraux**

(extrait du rapport Fragonard (2011), *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance*)

Principales conclusions de l'enquête :

- le recours aux petits enfants semble largement abandonné ;
- les sommes demandées aux obligés alimentaires sont égales à 8,5% des dépenses nettes exposées par les départements ;
- si on les rapporte au nombre d'allocataires, les sommes récupérées sur les obligés alimentaires représentent 58 € par mois en 2009, et 68 € par mois en 2010. Ce résultat recouvre cependant des réalités très différentes selon les familles et les départements. En effet tous les allocataires n'ont pas d'obligés alimentaires ; tous les obligés alimentaires ne sont pas identifiés ; tous les obligés alimentaires identifiés ne se voient pas demander une participation.
- on compte en moyenne 0,6 obligé alimentaire effectivement mis à contribution pour un allocataire de l'ASH ; au final, la participation moyenne des obligés effectivement mis à contribution s'élève à environ 110 € par mois, avec des variations significatives entre départements,
- à partir de quelques cas types simples, les réponses au questionnaire permettent de mesurer l'intensité de l'effort des obligés alimentaires : les taux d'effort sont en moyenne plutôt faibles, y compris lorsqu'on les rapporte au revenu par unité de consommation, le cas échéant net de loyer ; le taux d'effort moyen ne dépasse 5% du revenu primaire par unité de consommation (uc) et net de loyer qu'au-delà d'un revenu de 2000 € par mois par uc ; la contribution demandée au titre de l'obligation alimentaire tient compte assez systématiquement du niveau de revenu et de la taille de la famille ; les ménages aux revenus les plus faibles ne sont pas soumis à l'obligation alimentaire dans la majorité des départements, et le taux d'effort est progressif avec le revenu dans tous les départements ; 40% des départements différencient le montant de l'obligation alimentaire pour tenir compte des charges spécifiques des locataires

### *c2) La récupération sur succession*

Elle est mise en œuvre au premier euro d'actif successoral net et sans limite de montant<sup>71</sup>. Le recours en récupération sur le donataire est prévu lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide sociale ou dans les dix ans qui ont précédé cette demande. La stipulation pour autrui constituée par le contrat d'assurance vie peut être requalifiée sous le contrôle du juge en donation si l'administration établit l'intention libérale du souscripteur vis-à-vis du bénéficiaire au moment de la souscription du contrat ou si le montant des primes présente un caractère manifestement exagéré.

D'après la DREES<sup>72</sup>, 97% des départements mettent systématiquement en œuvre le recours sur succession.

## **3) Les aides fiscales**

### a) Les aides fiscales des résidents

#### *a1) L'abattement pour personnes âgées modestes*

Les résidents âgés de plus de 65 ans ou invalides, quel que soit leur âge, bénéficient de l'abattement pour personnes âgées modestes : 2 348€ si leur revenu net global (RNG) est inférieur à 14 750 € et 1 174 € si leur RNG se situe entre 14 730 € et 23 760 € pour l'imposition des revenus de 2015<sup>73</sup>.

L'abattement est doublé si les deux membres d'un couple soumis à imposition commune remplissent les conditions d'âge ou d'invalidité.

#### *a2) La demi-part supplémentaire des invalides*

Les résidents en bénéficient s'ils ont une carte d'invalidité. C'est automatiquement le cas des allocataires en GIR 1 et 2. Le montant maximum de l'avantage en impôt procuré par cette demi-part est fixé à 1 512€ majoré d'une réduction d'impôt supplémentaire de 1 508€.

66 000 contribuables exposant des dépenses d'accueil dans un établissement pour personnes dépendantes ont une demi-part au titre de l'invalidité. Cet effectif est très inférieur au nombre de résidents en GIR 1 et 2 (308 000).

#### *a3) La demi-part des personnes isolées*

---

<sup>71</sup> Pour l'ASPA, la récupération n'intervient qu'au-dessus de 39 000€ d'actif net de succession et elle est plafonnée à 6 244,96€ par année de versement pour une personne seule et 8 176,73€ pour un couple (ce qui peut conduire à des sommes élevées compte tenu de la longue durée de service de la prestation).

<sup>72</sup> DREES, *L'aide et l'action sociale en France, édition 2017*, Panorama de la DREES.

<sup>73</sup> Ce dispositif s'applique sous condition de revenu net global égal au revenu net imposable au barème progressif avant imputation de l'abattement lui-même. En outre, la condition de ressource s'apprécie au niveau du foyer quelle que soit la situation de famille. Les plafonds de ressources sont donc indépendants du nombre de parts de quotient familial.



12 000 contribuables exposant des dépenses d'accueil dans un établissement pour personnes dépendantes bénéficient de cette demi-part. Il conviendra de vérifier si cet effectif est cohérent.

*a4) Les résidents bénéficient depuis 1989 d'une réduction d'impôt en établissement.*

Elle est de 25% de la dépense (une fois déduites les aides publiques) plafonnée à 10 000€ par personne hébergée<sup>74</sup>.

Elle ne bénéficie qu'à 52,6% des résidents, ceux qui sont imposés, et son apport augmente de 1 à 208€/mois avec le taux marginal d'imposition pour être plafonnée pour un célibataire à 27 128€ (2 260€/mois) de revenu imposable 2014<sup>75</sup>.

Cette dépense fiscale est de 308M€ (2015 sur les revenus de 2014). 445 000 contribuables sont concernés par ce dispositif. 227 000 bénéficient effectivement d'un allègement d'impôt pour un montant moyen de 113€/mois.

#### b) Les aides fiscales attribuées aux descendants des résidents

Les descendants peuvent également déduire de leur revenu imposable les pensions alimentaires versées à un parent afin de couvrir ses besoins essentiels (nourriture, logement, santé...).

En se restreignant aux seuls foyers fiscaux dont le déclarant 1 est âgé d'au moins 65 ans. Environ 101 000 foyers déclarent 602M€ de pensions alimentaires imposables<sup>76</sup>, soit un montant moyen de l'ordre de 495€/mois.

Pour les raisons de méthode indiquées par la Direction de la législation fiscale, on ne peut effectuer de façon précise le croisement entre les contribuables déclarant des pensions alimentaires d'une part, des dépenses d'hébergement d'autre part. A titre d'information, cette direction indique que 11 076 foyers fiscaux (de l'ordre de 2% des résidents) ont déclaré en 2015 à la fois des pensions alimentaires et des dépenses d'hébergement et de dépendance en établissement.

#### **D) Les aides privées**

Les concours des enfants (hors dettes alimentaires décrites au b ci-dessus) ne sont pas connus.

---

<sup>74</sup> Le plafond était de 2 000€ ; il a été porté à 2 300€ en 2001 ; à 3 000€ en 2003 et 10 000€ à compter de 2006.

<sup>75</sup> 27 166€ pour l'imposition des revenus pour 2016.

<sup>76</sup> Elles sont en contrepartie déductibles chez les débiteurs.

## **V) FRAIS DE SEJOUR, AIDES PUBLIQUES, RESTE A CHARGE, RESTE A VIVRE ET TAUX D'EFFORT**

Cette section s'appuie en grande partie sur l'évaluation menée par la DREES à partir du modèle de microsimulation Autonomix (Fizzala, 2016). Elle est complétée en **annexe 6** par une analyse sur cas-types permettant d'intégrer en plus dans les aides potentiellement perçues la demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2, d'actualiser les données sur la tarification en EHPAD et de montrer l'effet du non recours à l'ASH (en visualisant le niveau de RAC avec et sans recours à l'ASH).

### **A) Les frais de séjour (hors frais de gîte et de couvert)**

Le tarif hébergement était en moyenne en 2011 selon le modèle Autonomix de 1713€/mois (Fizzala, 2016). Il convient de retrancher de ce montant moyen les « dépenses de gîte et de couvert » (nourriture, frais de logement et d'assurance) supportées par les résidents, mais qui seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile, pour ne retenir que le surcoût d'hébergement lié au choix de résider en établissement. Par convention, on a retenu un forfait « frais de gîte et couvert » de 720€ par mois (90% de l'ASPA), somme voisine de celle envisagée dans le rapport de 2011 et identique à celle retenue par le CAE<sup>77</sup> dont on analyse la proposition dans le chapitre 5. Le tarif d'hébergement net des dépenses de gîte et de couvert est alors en moyenne de 993€/mois.

Toujours sur les données de 2011, le tarif dépendance est en moyenne de 458€/mois.

Au total, les frais de séjours (tarif hébergement net des dépenses de gîte et de couvert et tarif dépendance) sont en moyenne de 1451€/mois.

### **B) Les aides publiques**

#### **1) Les aides publiques représentent un peu moins de 4Md€ par an.**

L'APA représente près de 2 Md€ par an, l'ASH (nette de la participation financières des obligés alimentaires et du recours sur succession) 1,1 Md€, les aides au logement 0,5Md€ et la réduction d'impôt 0,4Md€.

---

<sup>77</sup> Note du CAE n°35 (octobre 2016).

**Montant des dispositifs d'aide aux personnes âgées dépendantes en établissement simulés par Autonomix, en millions d'euros par an (tiré de Fizzala, 2016)**

	APA	Aide au logement	ASH*	Réduction d'impôt	Total
GIR 1	553	94	193	73	913
GIR 2	947	153	336	130	1566
GIR 3	203	69	154	53	479
GIR 4	250	85	195	65	595
GIR 5	0	34	149	18	201
GIR 6	0	28	125	14	167
Total	1953	462	1150	353	3920

\* nette de la participation des bénéficiaires et brute de participation des obligés alimentaires et du recours sur succession

Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011

Source : modèle Autonomix – DREES

**2) Hors dépenses de gîte et de couvert, les dépenses publiques couvrent en moyenne 28 % des frais de séjour hors ASH et 40 % avec ASH.**

Hors ASH, les aides publiques restent modestes au regard des coûts de la perte d'autonomie : elles sont de 413€/mois en moyenne (données 2011), dont 292 € d'APA, 69 € d'aides au logement et 53 € de réduction d'impôt<sup>78</sup> En prenant en compte l'ASH (effectivement versé), elles sont en moyenne de 585 €/mois.

En 2011, les frais de séjour moyens (hors dépenses gîte et couvert) étaient de ~~2174~~ 1451€/mois. Les aides publiques représentent donc en moyenne 28 % des frais de séjour hors ASH et 40% avec ASH

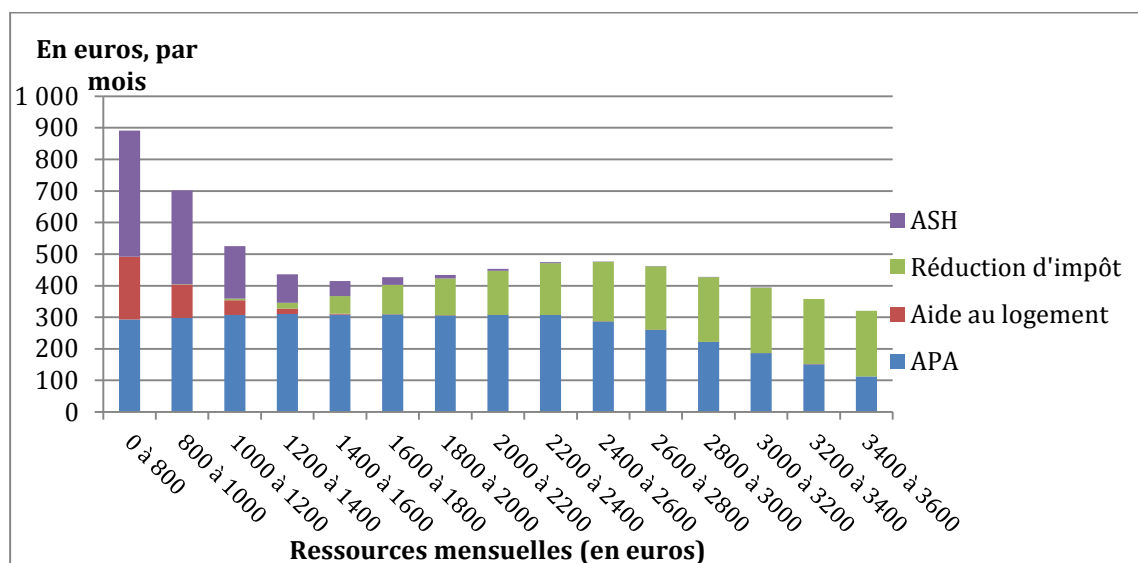
**3) Hors ASH, les aides publiques varient peu avec le revenu**

Hors ASH, les aides publiques varient en moyenne de 500€/mois pour les plus modestes à 300€/mois pour ceux ayant plus de 3400€/mois de ressources mensuelles.

---

<sup>78</sup> Fizzala (2016). Demi-part invalidité non prise en compte.

## Aides publiques moyenne en fonction du revenu du résident (données : Fizzala, 2016)



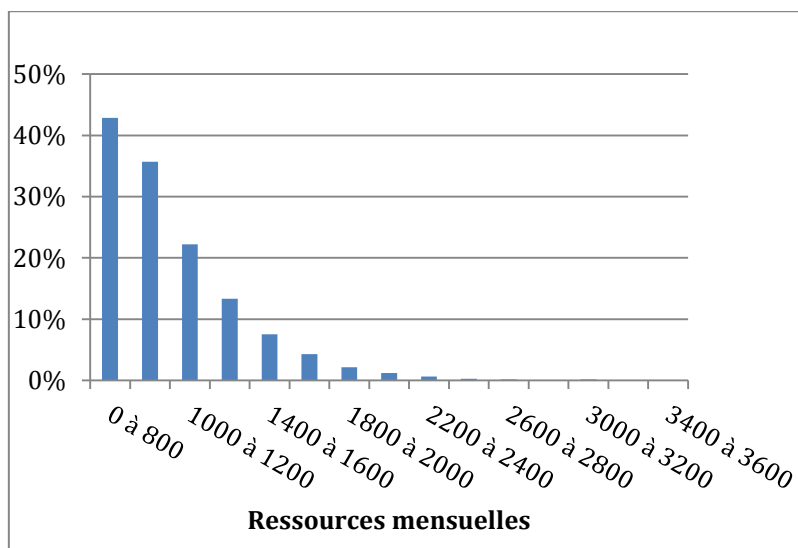
Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l’APA en établissement au 31 décembre 2011

Source : modèle Autonomix – DREES

L’ASH apporte une aide puissante aux résidents qui la demandent mais :

- une partie de cette aide est récupérée sur les obligés alimentaires et héritiers.
- seul 20 % des résidents en bénéficient (cf. graphique ci-dessous)<sup>79</sup>

## Proportion de bénéficiaire de l’ASH par tranche de revenu (données tirées de Fizzala, 2016)



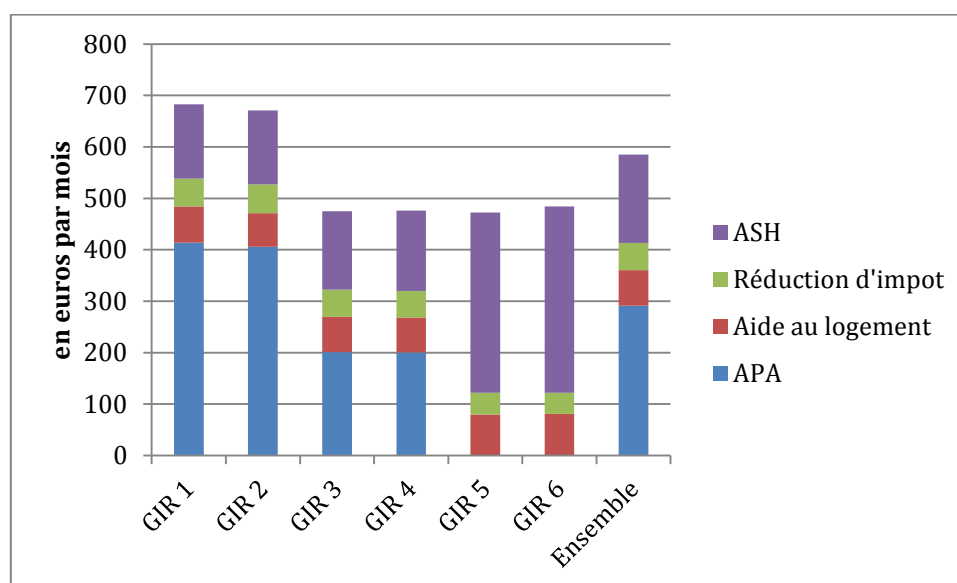
Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l’APA en établissement au 31 décembre 2011

<sup>79</sup> Fizzala (2016)

#### 4) Les aides publiques augmentent avec le niveau de dépendance

L'APA augmente avec le niveau de dépendance, tandis que les aides au logement et la réduction d'impôt varient très peu avec le GIR. Le montant moyen d'ASH plus important pour les GIR 5 et 6 s'explique par la plus grande proportion de revenus modestes parmi les GIR 5 et 6 en établissement.

#### Aides publiques moyenne par niveau de dépendance (données tirées de Fizzala, 2016)



Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011

Source : modèle Autonomix – DREES

#### C) Le reste à charge (RAC)

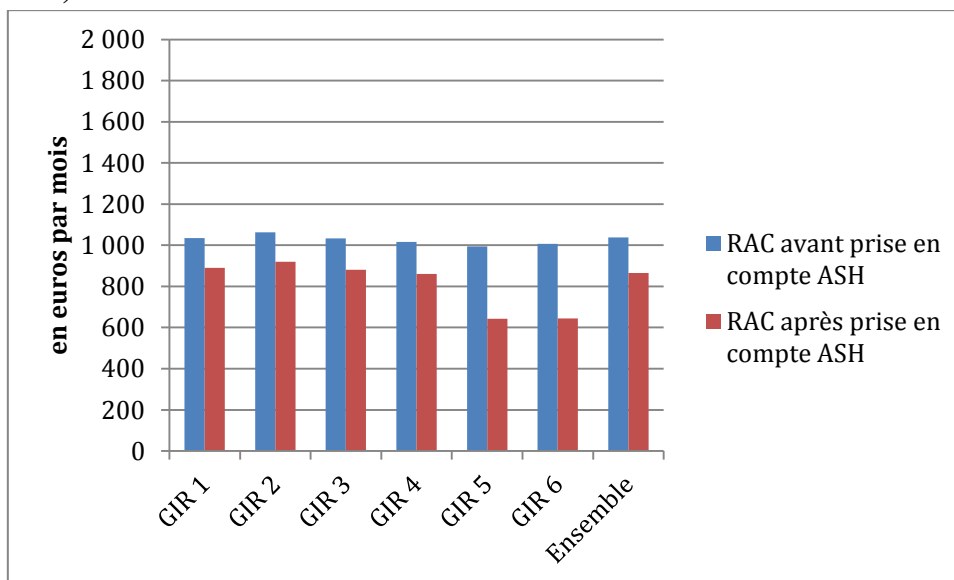
C'est la différence entre les charges à payer par les résidents (nettes des dépenses de gîtes et de couvert) et les aides publiques qui leur sont accordées.

#### 1) Avant prise en compte de l'ASH

Avant prise en compte de l'ASH, le niveau moyen du RAC en 2011 est de 1038€/mois<sup>80</sup>. Ajouté aux dépenses de gîte et de couvert, fixées par convention à 720€/mois, les dépenses à la charge des résidents sont en moyenne égales à 1758€/mois.

Le RAC, avant prise en compte de l'ASH est insensible au GIR puisque les tarifs d'hébergement ne varie quasiment pas en moyenne avec le niveau de perte d'autonomie et que la participation financière des résidents au tarif dépendance est très peu sensible au GIR.

**RAC moyen par GIR, avant et après prise en compte de l'ASH (données tirées de Fizzala, 2016)**

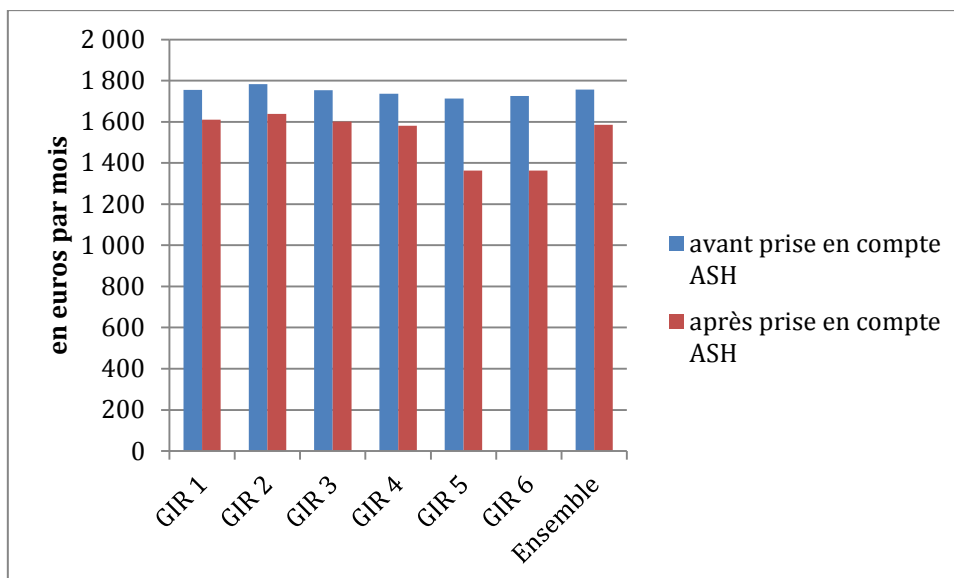


Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011

Source : modèle Autonomix – DREES

**Dépenses moyennes à la charge des résidents (RAC + dépenses de gîte et de couvert), par GIR, avant et après prise en compte de l'ASH (données tirées de Fizzala, 2016)**

<sup>80</sup> Fizzala, 2016.



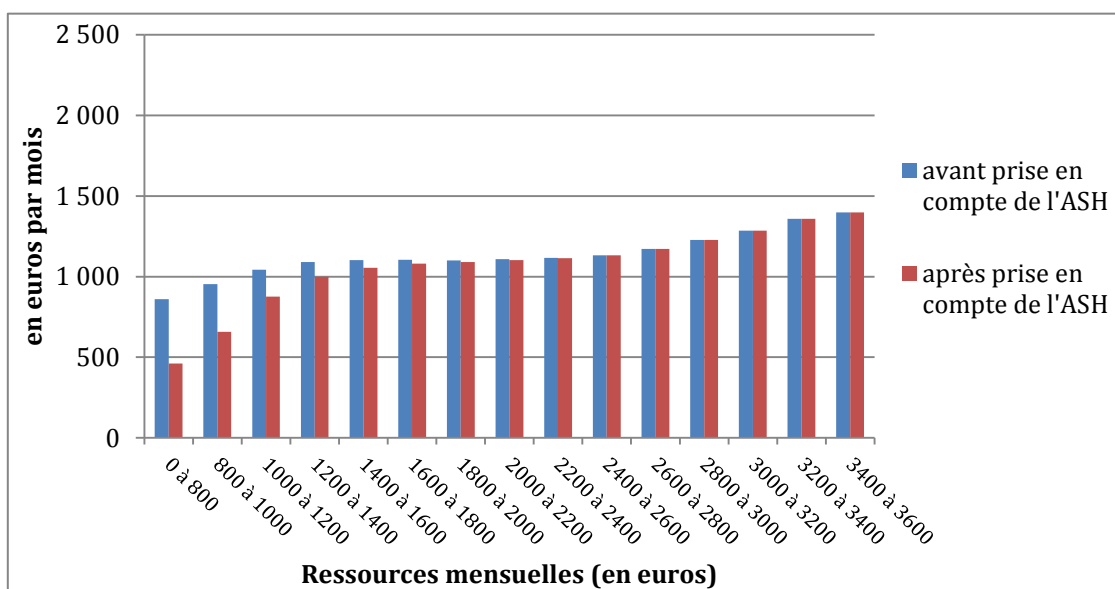
Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011

Note : Dépenses de gîte et de couvert fixées par convention à 720€/mois.

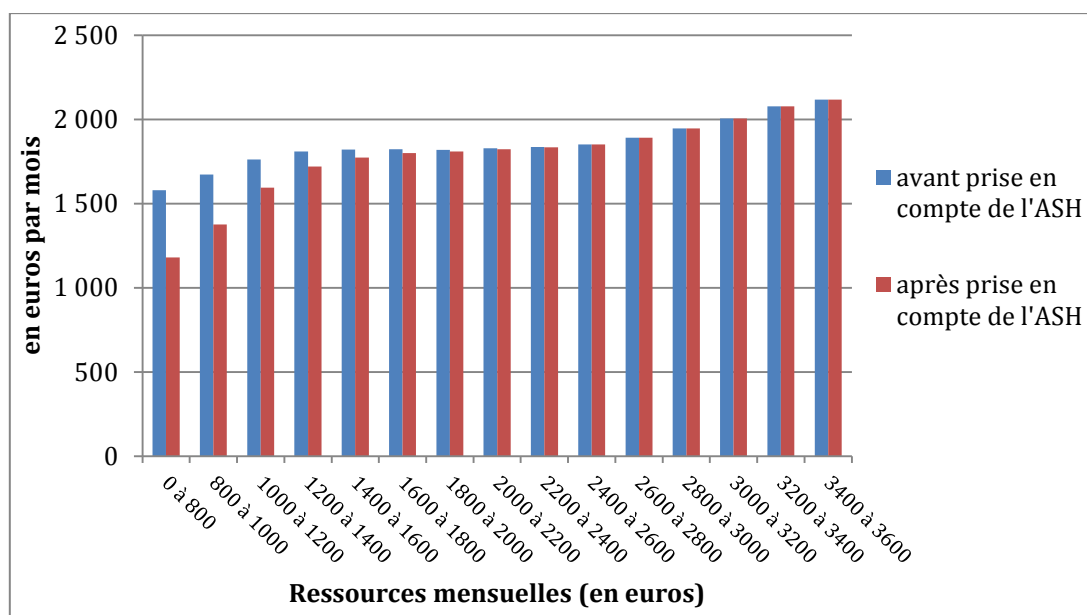
Source : modèle Autonomix – DREES

Le RAC croit faiblement avec le revenu : entre les bénéficiaires de l'ASPA et ceux ayant un revenu de 3500€ par mois, le RAC (avant ASH) varie de 500 euros.

**RAC moyen, par ressources mensuelles, avant et après prise en compte de l'ASH (données tirées de Fizzala, 2016)**



**Dépenses moyennes à la charge des résidents (RAC + dépenses de gîte et de couvert), par ressources mensuelles, avant et après prise en compte de l'ASH (données tirées de Fizzala, 2016)**



Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011

Note : Dépenses de gîte et de couvert fixées par convention à 720€/mois.

Source : modèle Autonomix – DREES

Avant ASH, les dépenses à la charge des résidents (RAC et dépenses de gîte et de couvert) sont en moyenne supérieures aux ressources des résidents jusqu'à environ 1800 euros de ressources mensuelles<sup>81</sup>, soit pour près de trois résidents sur quatre.

Le RAC dépend de façon sensible – mais pas massive – du tarif d'hébergement.

## 2) Après prise en compte de l'ASH

Le RAC est ramené à 867€/mois en moyenne. Ajouté aux dépenses de gîte et de couvert, les dépenses à la charge des résidents s'élèvent en moyenne à 1587€/mois.

Mais une partie des dépenses d'ASH seront à la charge des obligés alimentaires ou des héritiers. Compter l'ASH brute dans les aides est donc discutable.

Etant donné le faible taux de recours à l'ASH, il reste un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur aux ressources courantes<sup>82</sup>.

<sup>81</sup> Fizzala (2016)

<sup>82</sup> Fizzala (2016)



## D) Le reste à vivre

Le reste à vivre est défini ici comme la différence entre les ressources courantes du résident d'un côté et la somme de son RAC et de ses dépenses de gîte et de couvert de l'autre :

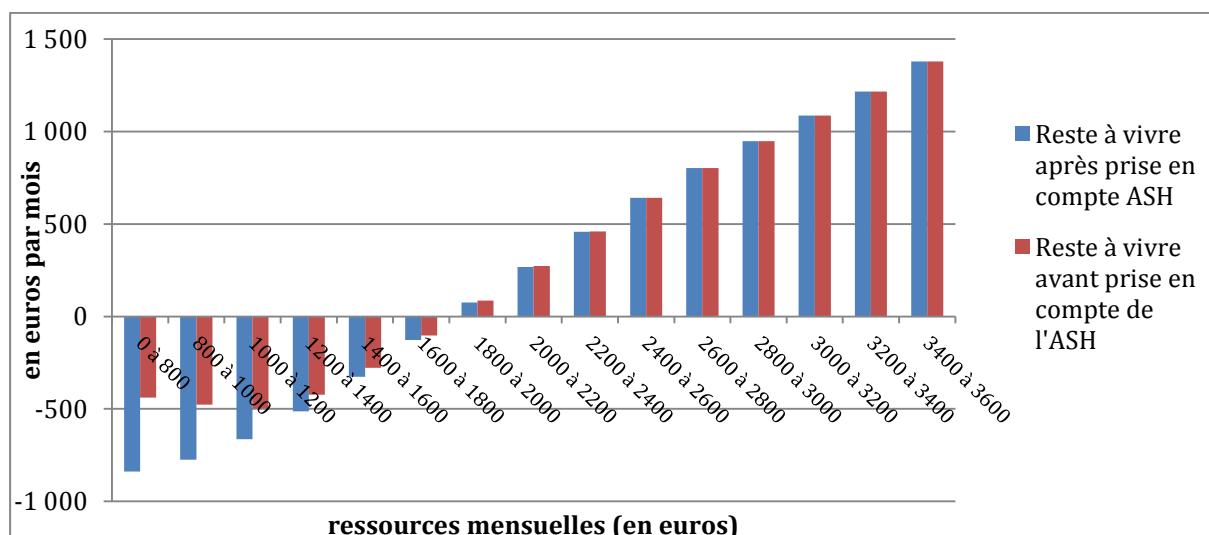
$$\text{Reste à vivre} = \text{Ressources courantes} - (\text{RAC} + \text{dépenses de gîte et de couvert})$$

Il est en moyenne négatif : -318 €/mois avant prise en compte de l'ASH ; -146 €/mois après prise en compte de l'ASH<sup>83</sup>

Il est globalement négatif et 75% des résidents (soit 420 000 personnes) sont dans l'incapacité de payer leurs frais de séjour avec leurs ressources, avant l'intervention de l'ASH. Il en reste 304 000 après l'ASH, soit 55%.

Avant ASH, il est négatif jusqu'à 1 800€ de ressources mensuelles au sens de l'APA<sup>84</sup>.

### **Reste à vivre moyen en fonction du revenu, avant et après prise en compte de l'ASH (données tirées de Fizzala, 2016)**



Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011

Source : modèle Autonomix – DREES

## E) Taux d'effort après aides

<sup>83</sup> Fizzala (2016)

<sup>84</sup> Mais ce calcul surestime le seuil réel puisque l'assiette APA en 2011 est plus faible que le revenu courant parce qu'elle n'intègre pas les majorations de retraites pour les familles nombreuses.

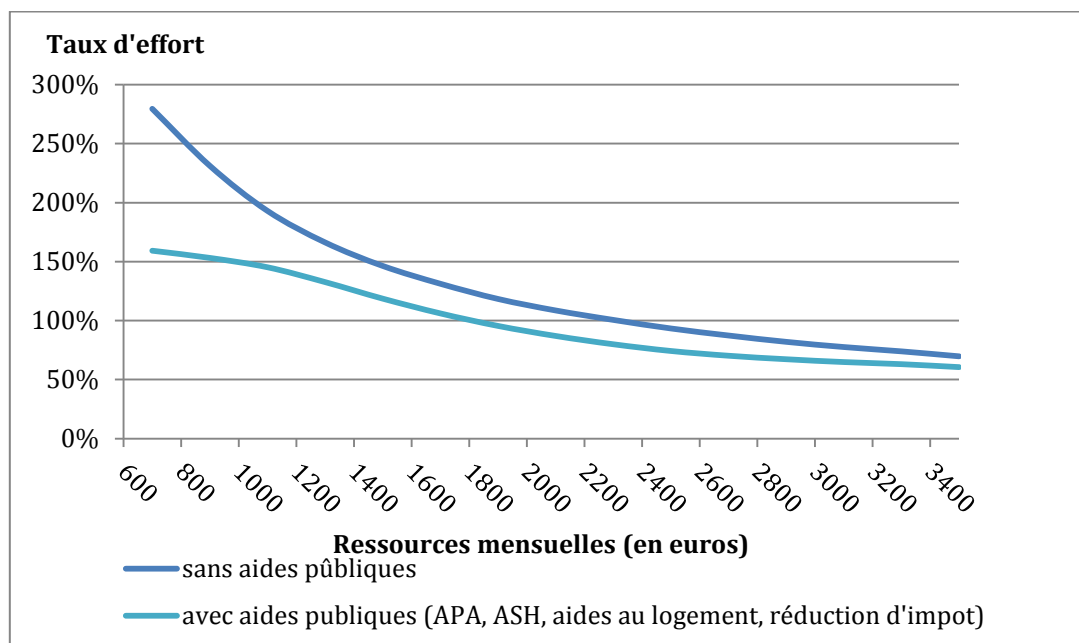
Le taux d'effort est défini ici comme le ratio entre la somme du RAC et des dépenses de gîte et de couvert d'un côté et les ressources courantes des résidents de l'autre

$$\text{Taux d'effort} = (\text{RAC} + \text{dépenses de gîte et de couvert}) / \text{ressources courantes}$$

Il est très élevé : 110 % en moyenne<sup>85</sup>.

Les aides publiques réduisent naturellement le taux d'effort. Il reste cependant supérieur à 100 % pour la majorité des résidents.

### Taux d'effort moyen en fonction du revenu, avant et après aide publique

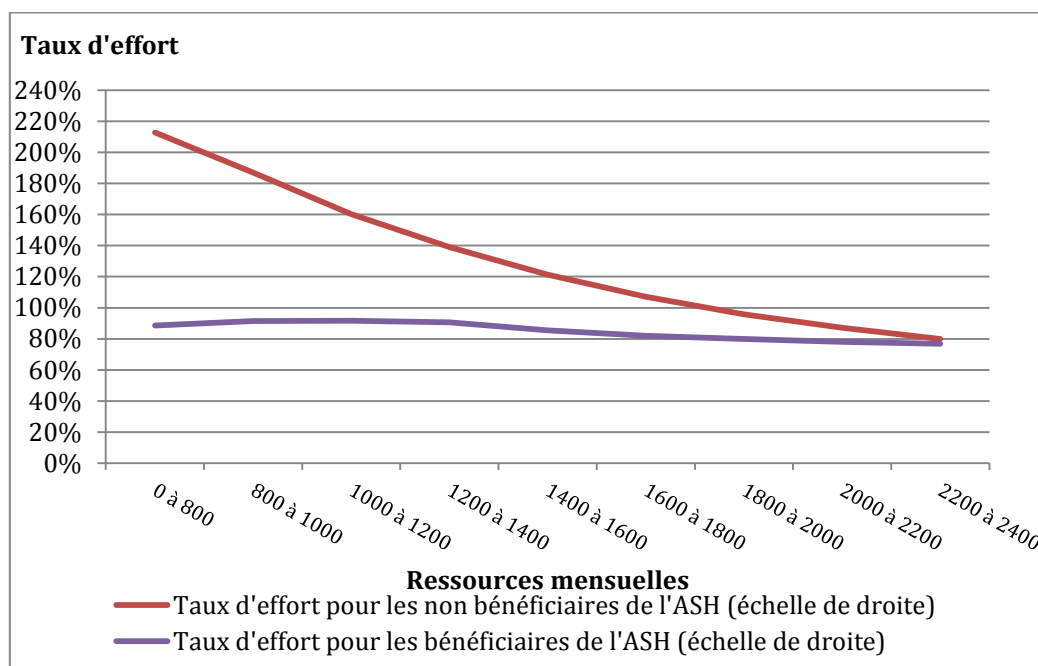


Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011

Source : modèle Autonomix – DREES

<sup>85</sup> Fizzala (2016)

## Taux d'effort moyen selon le fait de bénéficier ou pas de l'ASH (tiré de Fizzala, 2016)



Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011, ayant moins de 2400€ de ressources mensuelles

Source : modèle Autonomix – DREES

Si les résidents modestes ont recours à l'ASH, leur taux d'effort reste proche de 90%.

Le taux reste élevé pour les ménages aisés (il est encore de 60% pour des résidents dont les ressources courantes sont de 3500€ par mois).

## **ANNEXES**

## **ANNEXE 1 - LES PETITES UNITES DE VIE (PUV)**

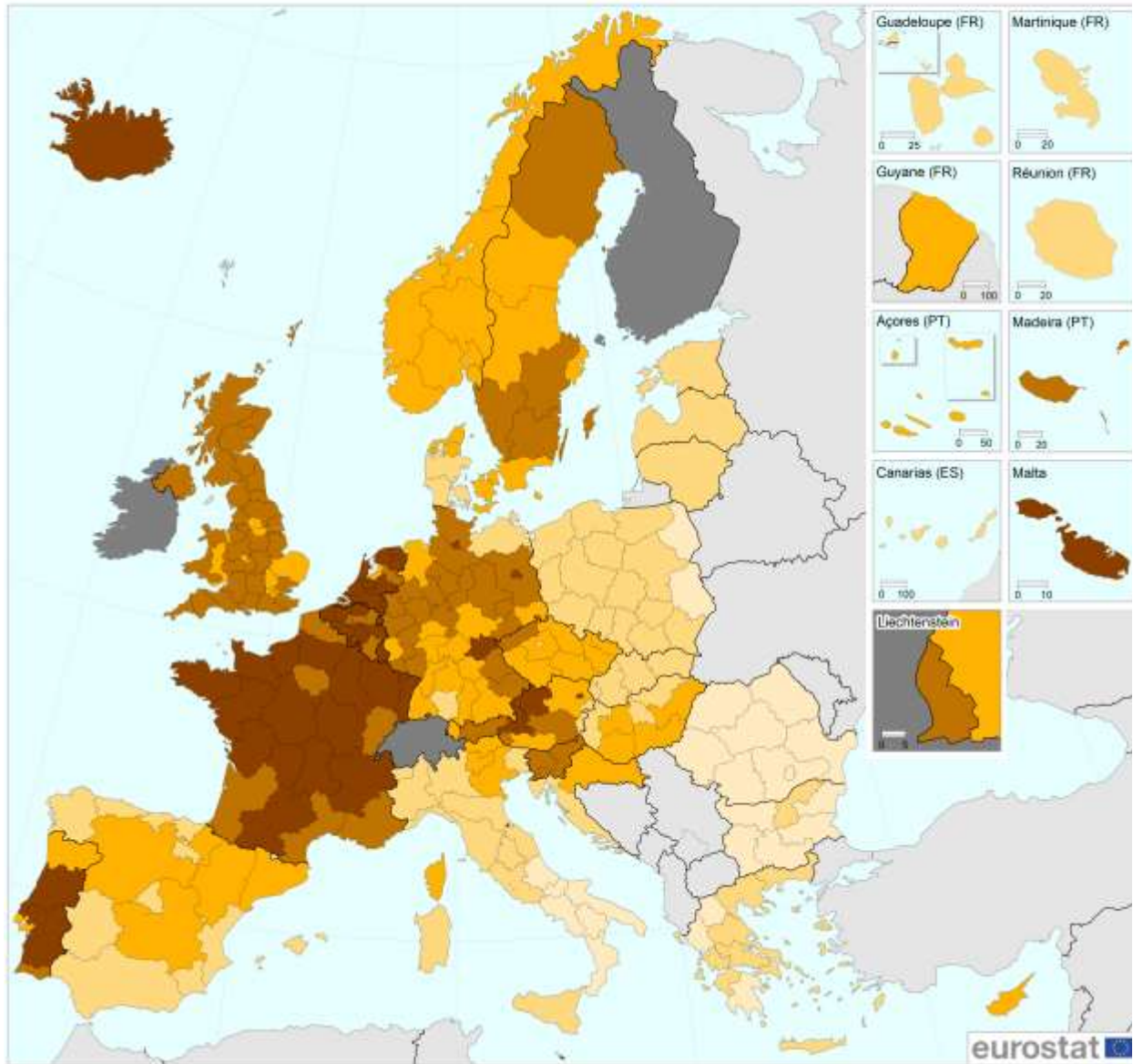
Les **petites unités de vie (PUV)** sont de petits EHPAD de moins de 25 places autorisées dont les financements relatifs aux soins sont couverts selon une des trois modalités suivantes :

- régime de droit commun des EHPAD (tarification en fonction de l'équation tarifaire « GMPS ») : 215 établissements, soit 3 984 places
- par dérogation au droit commun, par les modalités prévues au D. 313-17 du CASF soit :
  - \* par versement d'un forfait soins
  - \* par conventionnement avec un SSIAD

La totalité des PUV, indépendamment du mode de médicalisation, doit signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) dans les cinq années à venir avec le Conseil départemental et l'Agence régionale de santé (ARS). C'est dans le cadre de ce contrat que chaque PUV optera pour son mode de tarification, en lien avec les autorités de tarification. Ce droit d'option sera réitéré à chaque renouvellement de CPOM.

**ANNEXE 2 - PART DES PERSONNES AGEES DE 85 ANS OU PLUS VIVANT EN ETABLISSEMENT, EN 2011, DANS LES GRANDES REGIONS EUROPEENNES (SOURCE : EUROSTAT)**

Share of population aged 85 years and over living in an institutional household, by NUTS level 2 region, 2011 <sup>(1)</sup> (%)



(%)  
 EU <sup>(\*)</sup> = 12.6  
 < 2  
 2 - < 10  
 10 - < 15  
 15 - < 20  
 ≥ 20  
 ■ Data not available

Administrative boundaries: © EuroGeographics © UN-FAO © Turkstat  
 Cartography: Eurostat — GISCO, 09/2015



<sup>(\*)</sup> Ciudad Autónoma de Ceuta (ES63), Ciudad Autónoma de Melilla (ES64), Lubelskie (PL31), Świętokrzyskie (PL33), Podlaskie (PL34), Zachodniopomorskie  
<sup>(1)</sup> Excluding Ireland and Finland.  
 Source: Eurostat (Census hub HC48)

## Analyse des tarifs des EHPAD en 2016

### Résumé

**Objectif** : Pour renforcer la transparence et l'information sur les prix pratiqués dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) rend obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 la transmission à la CNSA de leurs prix hébergement et de leurs tarifs dépendance pour un affichage dans l'annuaire du portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches.

Ce document propose une analyse des prix des (EHPAD), transmis à la CNSA au 31 décembre 2016.

**Résultats** : Pour un résident, le tarif médian d'un EHPAD en 2016 en France est de 1 949 euros par mois. Il est nettement plus élevé dans les zones urbaines, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine (3 154 euros par mois pour ces deux départements), que dans les zones rurales comme la Meuse (1 616 euros par mois), les Vosges (1 642 euros par mois) et la Vendée (1 658 euros par mois).

L'écart de prix est corrélé à la localisation géographique, à l'ancienneté du bâti et au statut juridique des EHPAD. Le tarif médian est ainsi plus élevé dans les EHPAD commerciaux, ouverts récemment et implantés en ville où le coût du bâti est plus élevé. À l'inverse, les EHPAD publics et privés non lucratifs, qui sont fortement représentés dans les départements ruraux, présentent des prix médians moins élevés.

### Introduction

Fin 2014, 592 900 personnes ont été prises en charge en EHPAD. Parmi elles, 509 559 bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La moyenne d'âge des résidents s'élève à 84 ans et 5 mois et leur niveau de dépendance s'alourdit : 55 % des résidents en EHPAD ont un GIR compris entre 1 et 2. Une part importante (22 %) des résidents est concernée par la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

L'avancée en âge de la génération du *baby-boom* et l'allongement de la durée de vie participent au vieillissement de la population. D'après l'INSEE, en 2016, 2,1 millions de personnes vivant en France ont plus de 85 ans (soit 3,1 % de la population).

Si on vit mieux et en meilleure santé, le risque de dépendance s'accroît avec le grand âge. L'entrée dans un EHPAD est souvent vécue comme le dernier recours pour permettre une prise en charge adaptée et pour éviter l'épuisement des proches aidants. Se pose alors la question déterminante du coût de cette prise en charge pour le résident. Si une part du coût est prise en charge par l'Assurance maladie et le conseil départemental, le tarif pour le résident reste conséquent.

L'analyse des tarifs transmis à la CNSA par 6 908 EHPAD (93 % des structures existantes) montre l'existence de disparités importantes sur le territoire national, dans des contextes territoriaux eux-mêmes divers en termes de vieillissement de la population, de taux d'équipement et de niveau de vie.

## Résultats

### Les capacités d'accueil des EHPAD

En moyenne, l'offre d'EHPAD en France est de **98 places pour 1 000 personnes âgées de soixante-quinze ans et plus**. La répartition des places au niveau départemental est inégale : certains départements enregistrent un taux d'équipement bien inférieur, comme les DOM (la Réunion, 39 places pour 1 000 personnes âgées, la Martinique et la Guyane, 45 places pour 1 000 personnes âgées) ou Paris (39 places pour 1 000 personnes âgées).

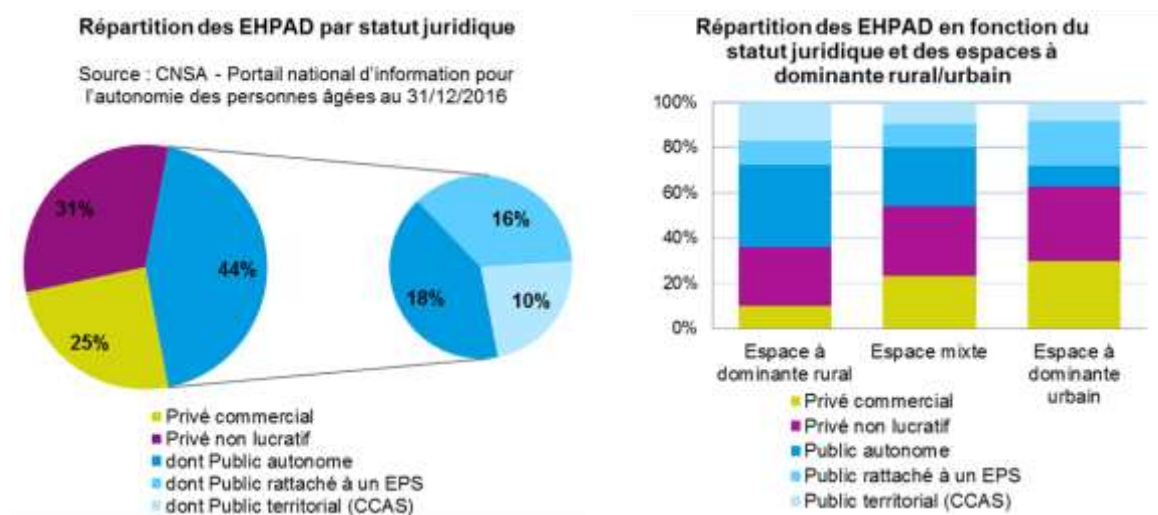
Les départements ruraux sont les mieux lotis : la Lozère avec 171 places pour 1 000 personnes âgées et l'Ardèche avec 162 places pour 1 000 personnes âgées.

L'analyse porte sur 6 908 EHPAD, soit 93 % des structures existantes. L'hébergement permanent constitue le principal mode d'accueil (547 263 places, soit 97 % des capacités d'accueil). Certains EHPAD proposent également des places spécialement dédiées à l'hébergement temporaire (10 335 places installées, soit en moyenne 4 places par EHPAD). Ces places sont occupées par des personnes âgées de passage pour quelques jours ou quelques semaines dans la limite de trois mois.

Si on observe une capacité médiane d'accueil de 79 places, cette capacité est très hétérogène d'un établissement à l'autre : 8 % des EHPAD disposent de moins de 40 places installées, et 10 % d'entre eux offrent plus de 120 places installées (dont les trois quarts des EHPAD publics). Ces écarts sont également significatifs selon le statut des structures.

### Les statuts juridiques et la localisation des structures

Les EHPAD peuvent relever de trois statuts juridiques : public, privé commercial ou privé associatif. Les structures publiques représentent 76 % des EHPAD de plus de 120 places (dont 56 % de ceux rattachés à un établissement public de santé), les EHPAD privés commerciaux seulement 8 %.



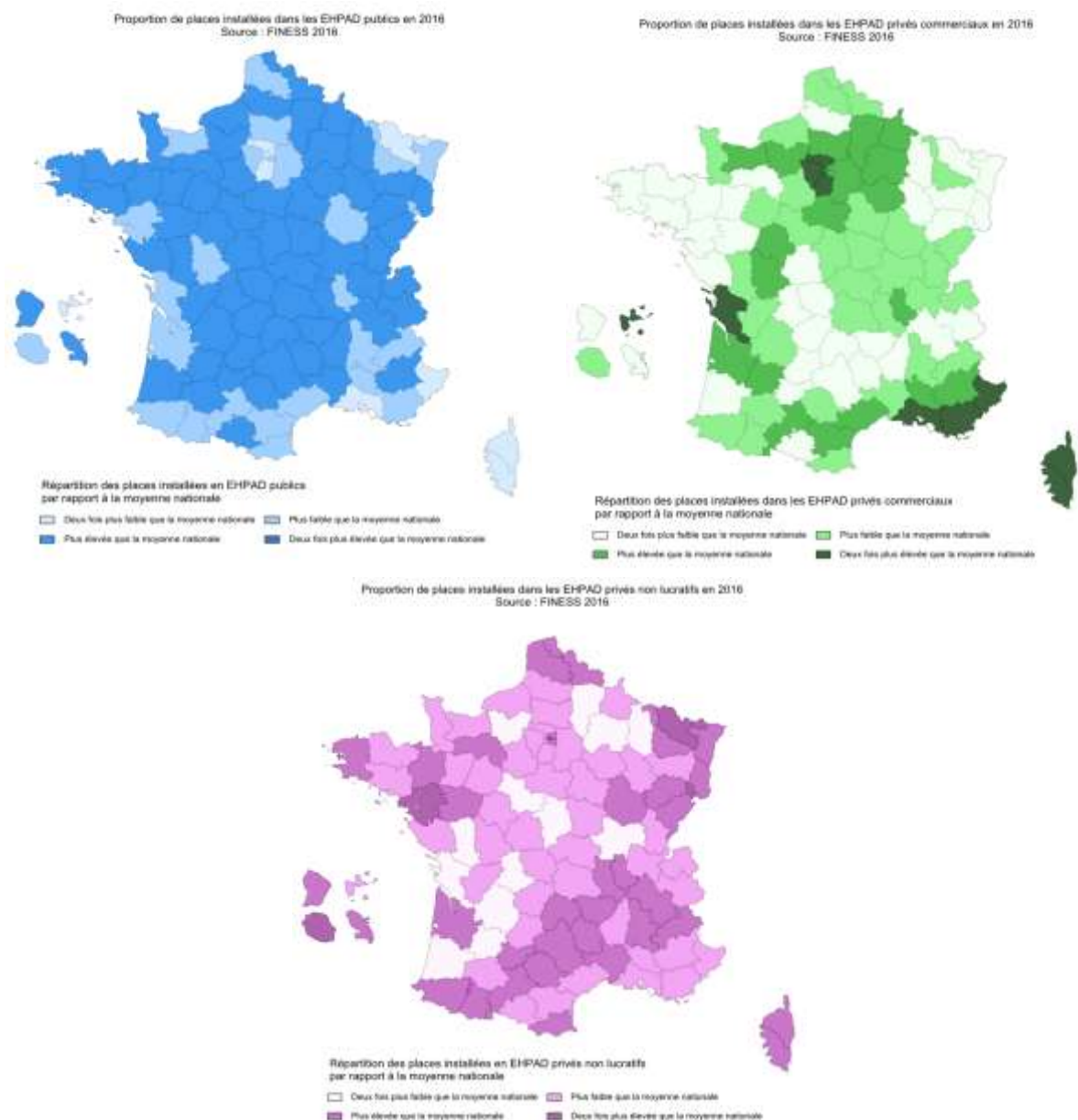
Sources : Portail CNSA, FINESS et INSEE



59 % des EHPAD analysés sont implantés dans un espace à dominante urbaine, 17 % sont implantés dans un espace à dominante rurale et 24 % dans un espace mixte (sans dominance selon la définition de l'INSEE reprise en dernière page, dans la partie « sources et méthode »).

On observe que l'espace à dominante rurale regroupe davantage d'établissements publics (64%) que l'espace à dominante urbaine (37%).

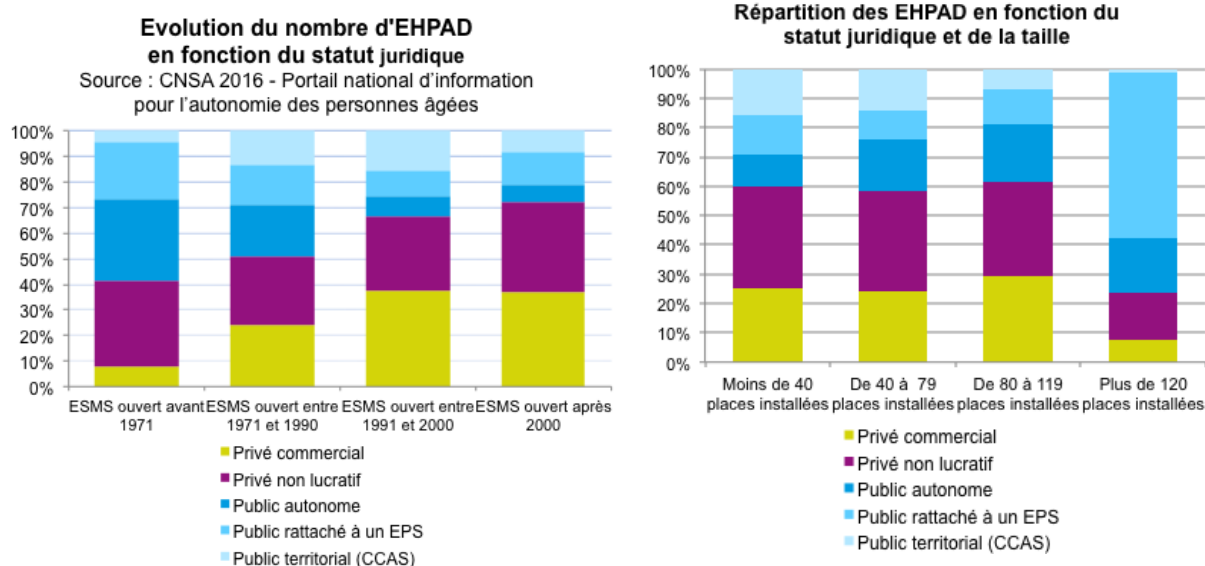
Les capacités d'accueil (places) rattachées au secteur public sont présentes dans tous les départements, mais dans des proportions qui varient de 15 % dans les Bouches-du-Rhône à 91 % dans les Landes. À l'inverse, on ne trouve aucune place en EHPAD privé commercial sur le Territoire de Belfort, en Lozère, dans l'Aveyron et la Creuse alors qu'elles représentent plus de 50 % de l'offre dans les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, de la Charente-Maritime, des Yvelines, des Hauts-de-Seine, du Var, de l'Essonne et du Val-d'Oise. Enfin, les capacités d'accueil des EHPAD privés non lucratifs, qui regroupent des organismes très divers (associations, congrégations religieuses, réseaux mutualistes), sont fortement présentes dans les départements du Nord et du Nord-Ouest, mais également en Alsace-Lorraine et dans les Pyrénées-Atlantiques.



## L'ancienneté des structures

Le nombre d'EHPAD a considérablement augmenté, passant de 1 972 EHPAD ouverts avant 1971 à 6 908 EHPAD en 2016 (dans notre échantillon). L'essor s'est véritablement produit entre le début des années 80 et le début des années 90.

Ce constat est différent selon le statut des établissements. Les structures commerciales représentent 16 % de l'ensemble des EHPAD créés avant 1991 et 38 % des EHPAD créés depuis. À l'inverse, les EHPAD publics passent de 54 % des EHPAD créés avant 1991 à 30 % des structures ouvertes depuis. Les EHPAD privés non lucratifs ouvrent régulièrement tout au long de la période observée.



## L'habilitation à l'aide sociale

L'habilitation d'un EHPAD à l'aide sociale lui permet de recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, c'est-à-dire des personnes dont les ressources sont par définition limitées. Dans ce cas, la prise en charge de la prestation « hébergement » est assurée en tout ou partie par le conseil départemental selon des règles fixées par le Code de l'action sociale et des familles et les règlements d'application propres à chaque département. 82 % des EHPAD du panel sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Cette part est beaucoup plus importante dans les EHPAD publics et privés associatifs (respectivement 100 % et 88 %) que dans les EHPAD privés commerciaux (43 %). En 2014, 119 000 personnes âgées hébergées en établissement bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement.

## Les tarifs en EHPAD

Ils sont constitués de trois volets :

- **le forfait soins**, dont les charges sont couvertes directement par l'Assurance maladie ;
- **le tarif dépendance**, fixé par le président du conseil départemental pour une durée d'un an. Il couvre les dépenses liées à l'aide apportée aux résidents pour accomplir les actes essentiels de la vie. Il s'agit de frais liés à la mise à disposition d'un personnel formé, par exemple pour l'aide à la toilette, les déplacements. Il croît avec le niveau de dépendance du résident, évalué par son groupe iso-ressources (GIR) ;
- **le tarif hébergement**, qui comprend les dépenses d'entretien et d'administration, la restauration et les activités d'animation. Il est fixé par le président du conseil départemental si l'établissement est habilité à l'aide sociale ; sinon, la liberté tarifaire prévaut, et c'est le directeur de l'EHPAD qui l'établit. Ce tarif constitue la principale composante du reste à charge du résident.

Les établissements ont transmis à la CNSA les prix qu'ils proposent majoritairement. Il s'agit de prix par personne et par jour pour une chambre seule et pour une chambre double. Les établissements habilités à l'aide sociale ont également transmis les prix appliqués aux bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. Le cas échéant, les autres prix, modulés en fonction du confort ou de la localisation de la chambre, ne sont donc pas pris en compte dans l'analyse.

Les données sources diffèrent selon le type de structures, et les prix ne sont donc pas totalement comparables :

- pour les EHPAD non habilités ou non majoritairement habilités à l'aide sociale, l'obligation d'information qui découle de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (article 60 codifié à l'article L. 312-9 du CASF) porte sur le prix global, c'est-à-dire le prix du socle de prestations détaillé dans le décret du 30 décembre 2015. Ce prix est librement fixé lors de la signature du contrat de séjour, puis il varie dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'économie ;
- pour les EHPAD totalement ou majoritairement habilités à l'aide sociale, les prix transmis sont les tarifs notifiés par les conseils départementaux, lesquels peuvent couvrir d'autres prestations que le socle. En outre, ces tarifs non rétroactifs sont souvent arrêtés à une date postérieure au 1<sup>er</sup> janvier. Ils incluent le rattrapage de l'application du tarif de l'exercice N-1 encore en vigueur dans l'attente de la fixation du nouveau tarif et peuvent donc s'écarter du prix « réel » en année pleine.

### Dispersion des prix en hébergement journalier au 31 décembre 2016

	Nombre d'EHPAD	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Neuvième décile	Rapport interdécile
<b>Prix par jour (en €) en hébergement permanent</b>							
Chambre seule*	6 761	49,57 €	53,56 €	59,25 €	72,00 €	88,00 €	1,78
Chambre double*	4 016	45,42 €	50,51 €	55,98 €	66,00 €	77,90 €	1,72
Chambre seule ASH	4 751	48,49 €	51,93 €	55,63 €	60,03 €	65,99 €	1,36
Chambre double ASH	2 835	44,40 €	48,82 €	53,18 €	57,59 €	62,65 €	1,41
<b>Prix par jour (en €) en hébergement temporaire</b>							
Chambre seule*	2 626	51,29 €	55,00 €	60,94 €	73,54 €	91,56 €	1,79
Chambre double*	1 024	47,50 €	52,15 €	57,94 €	69,97 €	83,51 €	1,76
Chambre seule ASH	1 535	49,85 €	53,23 €	57,34 €	62,05 €	68,73 €	1,38
Chambre double ASH	674	46,19 €	50,55 €	54,49 €	59,14 €	65,16 €	1,41

Source : Portail CNSA au 31 décembre 2016

\*Prix majoritairement proposé

En 2016, le **prix d'hébergement permanent médian par jour et par personne** varie de **59,25 euros** pour une chambre seule à **55,63 euros** pour une chambre seule habilitée à l'ASH.

Les écarts de prix sont plus importants pour une chambre seule (rapport interdécile = 1,78) que pour une chambre seule ASH (rapport interdécile = 1,36). Ainsi, pour une chambre seule (prix majoritairement proposé) en hébergement permanent, 10 % des EHPAD affichent un tarif journalier supérieur à 88 euros, et 10 % affichent un tarif journalier inférieur à 49,57 euros.

Le prix médian journalier en hébergement temporaire est plus élevé que le prix médian journalier en hébergement permanent, quel que soit le type de chambre (simple ou double). Cet écart se justifie par le fait que le taux d'occupation de ces places est plus faible que celui des places d'hébergement permanent. L'exploitation des comptes administratifs 2015 révèle **un taux d'occupation médian en hébergement permanent égal à 98 %** et à 63 % en hébergement temporaire. Le coût du bâti est équivalent pour ces deux types d'accueil ; les coûts de gestion sont plus importants pour l'hébergement temporaire. Ces éléments expliquent l'écart de coûts observé.

**Dispersion des prix en hébergement permanent journalier d'une chambre seule (prix majoritairement proposé) et chambre seule avec ASH, par statut juridique, au 31 décembre 2016**

Statut juridique	Nombre de structures	1er décile (D1)	1er Quartile (Q1)	Médiane	3ème Quartile (Q3)	9ème décile (D9)	Rapport inter décile
<b>Prix par jour (en €) en hébergement permanent Chambre seule (Prix majoritairement proposé)</b>							
Privé commercial	1 705	66.30 €	73.73 €	<b>82.00 €</b>	93.00 €	106.10 €	1.6
Privé non lucratif	2 111	51.40 €	54.93 €	<b>59.89 €</b>	66.60 €	75.17 €	1.46
Public autonome	1 216	48.59 €	51.67 €	<b>55.00 €</b>	58.63 €	62.05 €	1.28
Public rattaché à un EPS	1 072	46.94 €	50.85 €	<b>54.04 €</b>	58.33 €	62.63 €	1.33
Public territorial (CCAS)	657	46.51 €	49.45 €	<b>53.25 €</b>	57.74 €	62.00 €	1.33
<b>Chambre seule</b>	<b>6 761</b>	<b>49.57 €</b>	<b>53.56 €</b>	<b>59.25 €</b>	<b>72.00 €</b>	<b>88.00 €</b>	<b>1.78</b>
<b>Prix par jour (en €) en hébergement permanent Chambre seule avec ASH</b>							
Privé commercial	466	51.98 €	54.22 €	<b>57.97 €</b>	63.11 €	75.36 €	1.45
Privé non lucratif	1 650	50.47 €	53.86 €	<b>57.97 €</b>	63.14 €	69.44 €	1.38
Public autonome	1 097	48.50 €	51.58 €	<b>54.95 €</b>	58.55 €	62.09 €	1.28
Public rattaché à un EPS	979	46.53 €	50.78 €	<b>54.04 €</b>	58.10 €	62.26 €	1.34
Public territorial (CCAS)	559	46.48 €	49.20 €	<b>52.70 €</b>	57.21 €	60.93 €	1.31
<b>Chambre seule ASH</b>	<b>4 751</b>	<b>48.49 €</b>	<b>51.93 €</b>	<b>55.63 €</b>	<b>60.03 €</b>	<b>65.99 €</b>	<b>1.36</b>

Source : Portail CNSA au 31 décembre 2016

**Pour une chambre seule (prix majoritairement proposé), les EHPAD publics et privés associatifs affichent des prix médians d'hébergement plus bas, respectivement 54,39 euros (1 631,70 euros par mois) et 59,89 euros (1 796,70 euros par mois). Le prix médian en EHPAD privé commercial est égal à 82 euros (2 460 euros par mois). Les facteurs de localisation, ancienneté du bâti, statut, habilitation à l'aide sociale jouent sur le prix (voir ci-après l'analyse sur le coût global).**

La comparaison entre les deux parties du tableau (prix chambre seule du tarif majoritairement proposé et prix chambre seule avec ASH) ne montre pas de différence significative pour les structures publiques et privées non lucratives, ce qui signifie qu'elles proposent une part importante de places habilitées à l'aide sociale. Dans le secteur commercial, où la part des places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est plus faible, la différence est significative (82,00 euros pour les prix majoritairement proposés, contre 57,97 euros pour les places ASH).

## Le tarif dépendance

Trois tarifs dépendance sont fixés selon le niveau de dépendance (GIR 1-2, GIR 3-4, GIR 5-6). Plus le résident est dépendant, plus le tarif associé est élevé, mais seulement pour les personnes qui disposent de plus de 2 440,24 euros de ressources mensuelles. Pour les autres résidents, c'est le tarif correspondant au GIR 5-6 qui s'applique, quel que soit le niveau de leur dépendance (voir ci-après). Le tarif médian varie de 5,51 euros par jour (**165 euros par mois**) pour une personne âgée faiblement dépendante (GIR 5-6) à 20,42 euros par jour (**612 euros par mois**) pour une personne âgée fortement dépendante (GIR 1-2).

L'étude de la dispersion des tarifs dépendance par statut juridique montre que les tarifs médians des EHPAD publics hospitaliers sont un peu plus élevés que ceux des EHPAD privés non lucratifs et privés commerciaux.

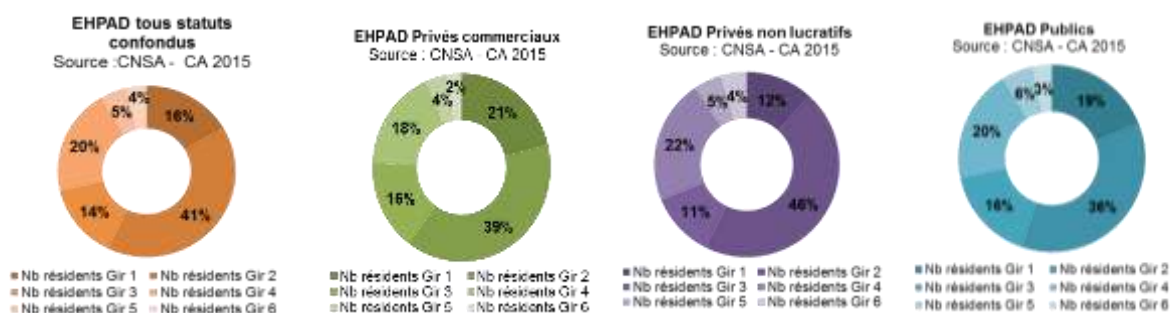
### Dispersion des tarifs dépendance par jour au 31 décembre 2016 selon le statut juridique

Statut juridique	Nombre d'EHPAD	Premier décile	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile	Neuvième décile
<b>Tarif dépendance par jour GIR 5-6</b>	<b>6 863</b>	<b>4,58 €</b>	<b>5,04 €</b>	<b>5,51 €</b>	<b>6,02 €</b>	<b>6,61 €</b>
Privé commercial	1695	4,31 €	4,65 €	5,13 €	5,58 €	6,00 €
Privé non lucratif	2154	4,68 €	5,11 €	5,53 €	6,00 €	6,53 €
Public autonome	1233	4,80 €	5,22 €	5,67 €	6,19 €	6,70 €
Public rattaché à un EPS	1094	4,92 €	5,32 €	5,82 €	6,40 €	7,06 €
Public territorial (CCAS)	687	4,79 €	5,19 €	5,60 €	6,06 €	6,72 €
<b>Tarif dépendance par jour GIR 3-4</b>	<b>6 881</b>	<b>10,67 €</b>	<b>11,81 €</b>	<b>12,96 €</b>	<b>14,18 €</b>	<b>15,60 €</b>
Privé commercial	1703	10,11 €	10,95 €	12,09 €	13,17 €	14,20 €
Privé non lucratif	2160	10,84 €	11,94 €	12,97 €	14,11 €	15,37 €
Public autonome	1235	11,21 €	12,24 €	13,38 €	14,61 €	15,77 €
Public rattaché à un EPS	1096	11,60 €	12,52 €	13,73 €	15,14 €	16,65 €
Public territorial (CCAS)	687	10,99 €	12,09 €	13,20 €	14,28 €	15,97 €
<b>Tarif dépendance par jour GIR 1-2</b>	<b>6 881</b>	<b>16,86 €</b>	<b>18,62 €</b>	<b>20,42 €</b>	<b>22,36 €</b>	<b>24,54 €</b>
Privé commercial	1 703	15,93 €	17,22 €	19,07 €	20,75 €	22,36 €
Privé non lucratif	2 160	17,12 €	18,82 €	20,43 €	22,20 €	24,21 €
Public autonome	1 235	17,69 €	19,30 €	21,02 €	23,02 €	24,86 €
Public rattaché à un EPS	1 096	18,32 €	19,75 €	21,70 €	23,87 €	26,15 €
Public territorial (CCAS)	687	17,38 €	19,07 €	20,83 €	22,53 €	25,13 €

Source : Portail CNSA au 31 décembre 2016

**57 % des résidents sont dans une situation de forte dépendance (GIR 1 et 2).**

### Répartition des résidents en EHPAD selon leur degré de dépendance et le statut juridique



## Une place en EHPAD coûte en médiane 1 949 euros par mois au résident

Le tarif mensuel d'une place en EHPAD pour le résident se calcule à partir du tarif dépendance et du prix hébergement. Le forfait soins est directement versé à l'EHPAD par l'Assurance maladie et n'est donc pas supporté par le résident.

### Dispersion du prix d'hébergement permanent d'une chambre seule avec son tarif dépendance GIR 5-6 selon le statut juridique, la zone géographique, l'ASH et l'année d'ouverture

	Nombre EHPAD	Premier décile (D1)	Premier quartile (Q1)	Médiane	Troisième quartile (Q3)	Neuvième décile (D9)	Rapport interdécile
<b>Statut juridique</b>							
Privé commercial	1 693	2 143 €/mois	2 359 €/mois	2 620 €/mois	2 953 €/mois	3 347 €/mois	1,56
Privé non lucratif	2 098	1 706 €/mois	1 817 €/mois	1 964 €/mois	2 165 €/mois	2 426 €/mois	1,42
Public	2 926	1 594 €/mois	1 690 €/mois	1 801 €/mois	1 928 €/mois	2 046 €/mois	1,28
<b>Espace à dominante urbaine/mixte/rurale</b>							
Espace à dominante urbaine	3 930	1 691 €/mois	1 824 €/mois	2 046 €/mois	2 527 €/mois	2 995 €/mois	1,77
Espace mixte	1 617	1 655 €/mois	1 770 €/mois	1 923 €/mois	2 175 €/mois	2 547 €/mois	1,54
Espace à dominante rurale	1 167	1 591 €/mois	1 685 €/mois	1 798 €/mois	1 939 €/mois	2 136 €/mois	1,34
<b>Année d'ouverture de l'EHPAD</b>							
Ouvert avant 1971	1 926	1 617 €/mois	1 718 €/mois	1 838 €/mois	1 998 €/mois	2 299 €/mois	1,42
Ouvert entre 1971 et 1990	2 036	1 633 €/mois	1 748 €/mois	1 913 €/mois	2 224 €/mois	2 679 €/mois	1,64
Ouvert entre 1991 et 2000	1 232	1 684 €/mois	1 833 €/mois	2 071 €/mois	2 543 €/mois	2 962 €/mois	1,76
Ouvert après 2000	1 523	1 775 €/mois	1 922 €/mois	2 173 €/mois	2 607 €/mois	3 067 €/mois	1,73
<b>Habilitation à l'aide sociale (ASH)</b>							
NON	1 209	2 071 €/mois	2 294 €/mois	2 600 €/mois	2 947 €/mois	3 334 €/mois	1,61
OUI	5 504	1 634 €/mois	1 746 €/mois	1 888 €/mois	2 095 €/mois	2 495 €/mois	1,53
<b>France Métropole + DOM</b>	<b>6 717</b>	<b>1 653 €/mois</b>	<b>1 776 €/mois</b>	<b>1 949 €/mois</b>	<b>2 323 €/mois</b>	<b>2 798 €/mois</b>	<b>1,69</b>

Source : Portail CNSA au 31 décembre 2016

**Pour une chambre seule en hébergement permanent, le coût médian mensuel majoritairement proposé (hébergement + ticket modérateur dépendance) est évalué en 2016 à 1 949 euros par mois.** Le ticket modérateur dépendance correspond au reste à charge minimal pour un résident, sur la partie dépendance, soit le montant fixé pour un niveau de GIR 5-6.

La variabilité entre les établissements est importante : pour 10 % des EHPAD, ce tarif est inférieur à 1 653 euros par mois, et pour 10 % des EHPAD, ce tarif est estimé supérieur à 2 798 euros par mois. Pour les établissements publics, le prix médian mensuel majoritairement proposé est de 1 801 euros. Pour les EHPAD privés non lucratif, le prix médian mensuel est de 1 964 euros.

Les structures privées commerciales affichent un prix médian mensuel de 2 620 euros.

On observe une forte variabilité du prix selon les statuts, la localisation et l'ancienneté des EHPAD.

**Les tarifs sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural.** On observe une corrélation entre le tarif mensuel par département et le prix moyen au mètre carré d'un appartement situé dans ce même département (coefficient de corrélation de Spearman = 0,68).

Les départements très urbanisés comme Paris, les Hauts-de-Seine, les Yvelines, les Alpes-Maritimes et le Val-de-Marne, où les prix d'un logement sont les plus élevés, sont également ceux où le prix médian d'une place en EHPAD est le plus cher.

À l'opposé, les départements très peu urbanisés comme la Meuse, la Haute-Saône, les Vosges, l'Ardèche, l'Aveyron et le Finistère ont à la fois les prix moyens au mètre carré les plus faibles et les prix médians mensuels en EHPAD les moins élevés.

**Les différences de tarifs selon les statuts s'expliquent pour partie par les différences d'implantation et d'ancienneté du patrimoine immobilier.** Les EHPAD commerciaux sont des structures globalement plus récentes, implantées majoritairement en territoires urbanisés. Les EHPAD publics sont majoritairement plus anciens et proportionnellement plus implantés en territoires ruraux. Les bâtiments plus récents doivent encore être amortis financièrement. L'analyse des comptes administratifs montre que ces charges ont un impact sur le niveau des tarifs d'hébergement. Par ailleurs, la part des établissements habilités à l'aide sociale est différente selon les statuts, ce qui peut aussi expliquer des écarts de tarifs.

Une analyse de variance multiple a été réalisée avec des données déséquilibrées (avec des effectifs différents). Elle a permis d'étudier si le prix d'hébergement permanent d'une chambre seule avec son tarif dépendance (mensuel) prenait des valeurs significativement différentes selon les statuts des structures, leur zone d'implantation géographique (urbaine ou rurale), leur habilitation ou non à l'aide sociale et leur date d'ouverture. Il apparaît que, toutes choses égales par ailleurs, le prix en hébergement permanent d'une chambre seule avec son tarif dépendance GIR 5-6 (mensuel) est d'autant plus élevé que l'EHPAD est un établissement privé commercial, situé en zone urbaine, non habilité à l'aide sociale et ouvert récemment.

### Des disparités tarifaires entre les départements

Le tarif médian mensuel le plus bas (1 524 euros) revient à la Meuse ; le plus élevé, 3 154 euros par mois, se trouve à Paris et dans les Hauts-de-Seine. C'est à Paris que les tarifs mensuels varient le plus (rapport interdécile = 2,05).

Les départements urbanisés présentent généralement une médiane tarifaire plus élevée : Paris (3 154 euros par mois), les Hauts-de-Seine (3 154 euros par mois), les Yvelines (2 963 euros par mois), le Val-d'Oise (2 673 euros par mois) et les Alpes-Maritimes (2 682 euros par mois). À l'inverse, les départements ruraux comme la Meuse (1 616 euros par mois), les Vosges (1 642 euros par mois), la Vendée (1 658 euros par mois), l'Ardèche (1 663 euros par mois) et le Finistère (1 663 euros par mois) présentent des tarifs médians mensuels bien inférieurs.



## En conclusion

L'INSEE, dans son enquête « Les revenus et le patrimoine des ménages édition 2016 », évalue le niveau de vie annuel médian pour une personne de plus de soixante-cinq ans à 20 470 euros, soit 1 705 euros par mois en 2013. D'après l'étude présentée ici, le tarif médian (hébergement + ticket modérateur dépendance) d'un EHPAD en hébergement permanent pour une chambre seule sans ASH s'élève à 1 949 euros par mois en 2016, ce qui représente l'équivalent de 114 % du revenu mensuel d'un retraité, avant aides sociales attribuées sous conditions de ressources (aides au logement, aide sociale à l'hébergement).

Afin d'informer au mieux les personnes âgées et leurs proches, le « Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches » a été mis en ligne en juin 2015. Depuis décembre 2016, les prix des EHPAD y sont affichés avec la possibilité pour les personnes âgées de comparer et de calculer le reste à charge, après déduction des aides au logement et de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

## Sources et méthodes

### Sources

La CNSA a ouvert le 1<sup>er</sup> juillet 2016 une plateforme Prix-ESMS permettant aux gestionnaires d'EHPAD de saisir les prix hébergement et les tarifs dépendance de leur établissement. Les prix analysés sont issus du portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches au 31 décembre 2016. Le taux d'équipement en EHPAD en hébergement permanent pour 100 habitants de soixante-quinze ans et plus est calculé à partir du répertoire FINISS au 31 décembre 2016.

L'évolution de la population des soixante-quinze ans et plus entre 2015 et 2040 est calculée à partir des données de l'INSEE, scénario central OMPHALE 2010.

Les informations sur les résidents sont issues d'*Études et résultats* n° 899, DREES, décembre 2014.

Les informations sur les bénéficiaires de l'APA sont issues d'*Études et résultats* n° 0942, DREES, novembre 2015.

Enfin, l'analyse des taux d'occupation est réalisée à partir des données des comptes administratifs de 2015, issues de l'application « ImportCA » de la CNSA.

### Méthodes

Il s'agit d'une analyse descriptive nationale et départementale des tarifs d'hébergement et de dépendance. Les indicateurs retenus sont la médiane, les quartiles, les déciles et le rapport interdécile.

La médiane représente la valeur centrale qui sépare en deux parties égales notre échantillon. Cet estimateur est préféré à la moyenne en présence de valeurs « aberrantes » ou extrêmes.

Les quartiles sont trois valeurs qui séparent la distribution en quatre parties comprenant le même nombre d'observations. Les quartiles se calculent de la même façon que la médiane. Le premier quartile sépare les 25 % inférieurs des données, le deuxième quartile est la médiane de la série, et le troisième quartile sépare les 25 % supérieurs des données.

Les déciles sont les valeurs qui partagent la population étudiée en dix parties égales : le premier décile sépare les 10 % inférieurs des données, et le neuvième décile sépare les 90 % supérieurs des données.

Le rapport interdécile met en évidence l'écart entre le haut et le bas de la population : c'est une mesure d'hétérogénéité de la distribution étudiée.

La variabilité des tarifs a été analysée au regard des variables qualitatives suivantes : statut juridique, capacité d'accueil, année d'ouverture, départements, les espaces à dominante urbaine/rurale. Il n'est pas possible de se prononcer sur d'autres facteurs non pris en compte dans l'analyse.

L'INSEE a procédé en 2011 à la redéfinition et à l'actualisation du zonage du territoire national en aires urbaines, sur la base des données du recensement de la population de 2008. La reconstitution des espaces à dominantes urbaines et rurales repose sur la note INSEE n° 1374 d'octobre 2011 « Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 ». Part de la population urbaine et rurale selon les catégories du zonage en aires urbaines ».

Niveau de vie : revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation.





## ANNEXE 4 - LA TARIFICATION EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) AVANT ET APRES LA REFORME DE 2016

*Fiche établie avec l'aide de la DGCS* <sup>86</sup>

Les articles 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite « loi ASV »)<sup>87</sup> et 75 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016<sup>88</sup> ont réformé la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et introduit une **généralisation de la contractualisation** et un **nouveau cadre de présentation budgétaire (l'état des prévisions de recettes et de dépenses, EPRD)** pour les établissements du secteur médico-social.

Pour ce qui concerne les EHPAD, le **Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** entre le gestionnaire, le conseil départemental et l'agence régionale de santé (ARS) est généralisé, avec une période de transition entre 2017 et 2021<sup>89</sup>. Le CPOM exonère les organismes gestionnaires et les autorités de tarification de la procédure contradictoire annuelle pour les soins, la dépendance et l'hébergement.

La réforme adopte la logique dite de « tarification à la ressource » et simplifie le calcul des financements alloués à l'établissement. Pour calculer les forfaits Soins et Dépendance versés à l'EHPAD, on applique de façon « automatique » une « équation tarifaire » (pour les places en hébergement permanent). Pour les Soins d'une part et la Dépendance d'autre part, une convergence entre le montant du forfait versé l'année précédente et la valeur-cible issue de l'équation tarifaire est organisée sur la période 2017-2023.

En plus des financements calculés à partir de l'équation tarifaire, le forfait (Soins ou Dépendance) versé peut aussi inclure des « financements complémentaires » négociés, couvrant notamment des charges « hors équation ».

Les figures ci-après présentent le schéma général d'une équation tarifaire et les particularités de celle relative au forfait Soins d'une part et de celle relative au forfait Dépendance d'autre part.

---

<sup>86</sup> B. Minot et C. Porhel.

<sup>87</sup> Et son décret d'application n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>88</sup> L'article 75 de la LFSS 2016 rend le CPOM obligatoire pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sous compétence exclusive ou conjointe de l'ARS (ex : instituts médico-éducatifs (IME), service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), etc.).

<sup>89</sup> Cette transition est organisée dans le cadre d'une programmation pluriannuelle conjointe entre l'agence régionale de santé et le conseil départemental.

En cas de refus de signature du CPOM, le forfait global de soins versé à l'établissement est minoré.

Equation tarifaire pour le calcul du forfait reçu par l'établissement  
Schéma général

Indice mesurant l'état de santé ou de dépendance moyen des résidents permanents de l'établissement

x

Valeur du point d'indice

x

Nombre de places d'hébergement permanent dans l'établissement

Equation tarifaire pour le forfait Soins  
 Financier = assurance maladie (ARS)

Indice mesurant l'état de santé ou de dépendance moyen des résidents permanents de l'établissement  
*GMP-S (calculé à partir du GIR moyen pondéré et du PATHOS moyen pondéré de l'établissement)*

x

Valeur du point d'indice  
*Valeur nationale fixée par le Ministre des affaires sociales et de la santé*

x

Nombre de places d'hébergement permanent dans l'établissement

Equation tarifaire pour le forfait Dépendance  
 Financier = Département (CD)

Indice mesurant l'état de santé ou de dépendance moyen des résidents permanents de l'établissement  
*GMP (GIR moyen pondéré) de l'établissement*

x

Valeur du point d'indice  
*Valeur départementale*

x

Nombre de places d'hébergement permanent dans l'établissement

En outre, on soustrait au résultat de l'équation tarifaire ci-dessus les participations des résidents (« Talon GIR 5 et 6 » + ticket modérateur qui dépend du GIR et du revenu)

## La section Soins

Le forfait global relatif aux soins est la somme du résultat de l'équation tarifaire et d'éventuels financements complémentaires.

### *L'équation tarifaire*

Il existe quatre cas de figure, selon l'option tarifaire de l'établissement (tarif global ou tarif partiel) et selon qu'il possède ou non une Pharmacie à usage interne (PUI).

Le **tarif global** inclut les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et radiologie qui interviennent dans l'établissement que l'inclut pas le **tarif partiel** (article R.314-166 du CASF).

En cas de **Pharmacie à usage interne (PUI)**, les médicaments et certains dispositifs médicaux sont pris en charge par l'établissement et donc sont tous « sous forfait » (hors prise en charge comme soins de ville donc pour le résident bénéficiaire).

Pour chacun de ces quatre cas de figure, il existe une **équation tarifaire** permettant de calculer le forfait Soins qui repose sur le GMP-Soins (ou GMP-S) et sur une valeur du point GMP-S.

Le GMP-S est calculé à partir du GIR moyen pondéré (GMP<sup>90</sup>) et de la grille PATHOS<sup>91</sup>.

Le **modèle PATHOS** est un outil utilisé par les professionnels de santé pour adapter la prise en charge médicale des personnes âgées, en fonction de leur état de santé et de la stratégie thérapeutique correspondante. À la différence de la grille AGGIR, qui sert à évaluer la perte d'autonomie du résident, le PATHOS en aide le médecin coordonnateur à définir un projet de soins personnalisé.

Le PATHOS est un système d'évaluation mis en place par le Syndicat national de gérontologie clinique et le service médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en 1997. Sa gouvernance opérationnelle a été reprise en 2010 par la CNSA.

Cet outil peut être utilisé à un **niveau individuel** pour évaluer la situation pathologique d'une personne âgée et adapter le programme de soins.

Le PATHOS est également utile **au niveau collectif** pour caractériser l'état de la prise en charge médicale dans un établissement ou un service de soins. Le **PATHOS Moyen Pondéré (PMP, qui reflète les « besoins en soins requis » des résidents)** sert ainsi à mesurer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des polyopathologies pour un public spécifique.

Il n'existe pas de règle d'indexation de la valeur du point GMP-S. C'est le ministre de la Santé et des Affaires sociales qui fixe sa valeur<sup>92</sup>.

---

<sup>90</sup> Une grille nationale définit le nombre de points de GIR qui correspond à chaque niveau de GIR.

<sup>91</sup> Le GMP-S est calculé à partir du GIR moyen pondéré (GMP) et de la grille PATHOS (PMP).

<sup>92</sup> La réforme de la tarification des EHPAD a introduit un principe de libre affectation des résultats par l'organisme gestionnaire, le niveau de ressource alloué à l'EHPAD étant objectivé et modulé en fonction de

En pratique, les points GMP-S (pour les quatre cas de figure) ont été globalement revalorisés comme l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médicosocial pour les personnes âgées, avec cependant un gel de la valeur du point pour le tarif global, jugée surévaluée par rapport à celle associée au tarif partiel (cf. CSS L.214-3 sur les tarifs plafonds, qui s'appuient sur l'étude nationale de coût menée avec l'ATIH<sup>93</sup> sur mes EHPAD).

Depuis 2008, il existait un plafond pour les soins en fonction du GMP-S (convergence « négociée »).

Depuis 2017, la convergence entre les financements versés une année donnée pour les Soins et la cible issue de l'équation tarifaire est imposée de façon plus marquée, à horizon 2023.

#### **« Financements complémentaires »**

Il reste une enveloppe ARS négociée dans le cadre du CPOM pour les « financements complémentaires »<sup>94</sup> destinés aux modalités d'accueil particulières « hors équation tarifaire » (hébergement temporaire, accueil de jour, pôle d'activités et de soins adaptés<sup>95</sup>, unités d'hébergement renforcé<sup>96</sup>, plateforme de répit...) et à des projets de modernisation ou de restructuration des établissements, d'amélioration de la qualité des prises en charges ou en cas de prise en charge de populations spécifiques (grande précarité, personnes handicapées vieillissantes...).

Le financement de certaines molécules onéreuses implique aussi pour l'ARS de trouver des modalités de financement particulières, en l'absence de publication de liste en sus déterminant la liste des spécialités pharmaceutiques pouvant être facturées à l'assurance maladie en sus du forfait soins (prévue à l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles).

Le poids des financements complémentaires dans l'enveloppe « forfait global de soins » pour 2017 est de 0.6% (48,8 millions euros)

#### **La section Dépendance**

Le forfait global Dépendance est lui aussi composé du résultat d'une équation tarifaire et de « financements complémentaires ».

#### ***L'équation tarifaire***

Le calcul du forfait Dépendance à l'aide de l'équation tarifaire repose sur le niveau de GIR des résidents permanents de l'établissement et la valeur du point GIR définie par le

---

l'activité réalisée. L'affectation des résultats par l'organisme gestionnaire est réalisée en fonction des objectifs du CPOM.

<sup>93</sup> Agence technique de l'information hospitalière

<sup>94</sup> article R.314-163 du CASF

<sup>95</sup> Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés, auxquels on propose des activités sociales et thérapeutiques.

<sup>96</sup> L'unité d'hébergement renforcée (UHR) propose un hébergement (de 12 à 14 personnes dans les EHPAD médico-sociaux), des soins et des activités adaptés. Les caractéristiques de cette unité sont les suivantes : l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères ; la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ; l'élaboration d'un projet adapté de soin et d'un projet de vie personnalisé ; la participation des familles et des proches ; la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

département. On déduit ensuite la participation financière des résidents de ce forfait issu de l'équation tarifaire.

Dès 2017, on impose une uniformisation de la valeur du point GIR pour tous les établissements (notamment publics et privés) d'un même département.

Dans chaque département, pour la première année de mise en œuvre d'une valeur unique du point GIR, la valeur du point de GIR 2017 est calculée à partir de la moyenne des charges nettes autorisées en 2016 par point de GIR pour l'ensemble des établissements du département. Il n'existe pas de règle d'indexation annuelle (régulière) ; le gel est possible mais pas la baisse (« clapet anti-retour »).

Il est toujours prévu dans les textes une facturation au résident du « talon GIR 5 et 6 » et d'un complément lié au niveau de GIR et au revenu (que seul le Conseil départemental peut calculer car il faut disposer de la base ressource du résident), mais certains départements font un versement global fondé sur le GIR moyen pondéré de l'établissement et non individualisé (donc indépendant du revenu). Dans ce cas, les résidents ne paient que le « talon GIR 5 et 6 » et pas le complément qui dépend du revenu.

#### **« Financements complémentaires »**

Le forfait global Dépendance peut lui aussi inclure des « financements complémentaires ». Les dépenses qui peuvent entrer dans ce cadre ne sont pas définies de façon aussi précise que pour le forfait Soins : il s'agit de financer des actions liées à la dépendance, à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie.

### **La section Hébergement**

Les changements sont moins importants concernant la section Hébergement : la loi ASV ne modifie pas les modalités de calcul des tarifs hébergement. Elle a précisé et mis en cohérence le panier de « prestations socle » que doit couvrir le tarif hébergement (*voir Annexe 5*).

Pour les établissements habilités à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), publics ou privés, le tarif hébergement de chaque établissement reste fixé chaque année par le Conseil départemental (tarif administré)<sup>97</sup>. Ce tarif est désormais fixé dans le cadre du CPOM. Celui-ci doit inclure une règle de revalorisation annuelle sur les cinq années du Contrat ; mais on reste dans le cadre d'une couverture réaliste des charges de l'établissement par le Département.

Pour les établissements non habilités, l'hébergement est hors CPOM (qui ne couvre donc que les soins et la dépendance). Il existe seulement une clause fixant la revalorisation annuelle maximale pour un résident ayant déjà un contrat - peu contraignante vu le renouvellement élevé des résidents en EHPAD.

### **Répartition des charges entre les trois sections**

---

<sup>97</sup> Le Département a alors obligation de reprendre le déficit le cas échéant.

Sur la facture du résident, les tarifs de chacune des trois sections Soins, Dépendance et Hébergement apparaissent (*à vérifier car les tarifs journaliers « soins » n'ont pas vocation à apparaître sur les factures des résidents*).

La répartition des charges entre les trois sections (soins, dépendance, hébergement) est organisée de la façon suivante<sup>98</sup> :

- Certaines charges doivent être affectées à une des trois sections, de façon exclusive.
- Pour d'autres (qui sont conséquentes – notamment les dépenses AS/AMP<sup>99</sup> pour les sections soins et dépendance), l'affectation porte sur deux sections. Avant la réforme, il existait une clé de répartition fixe. La réforme de 2016 a introduit une certaine souplesse, en supprimant les clés fixes de répartition. Le report d'une section à une autre (et donc d'un financeur à un autre) est cependant limité par la mise en place des forfaits pour les sections Soins (financé par l'assurance maladie) et Dépendance (financé par le Département).

Les clés de répartition fixes rendaient les négociations des conventions tripartites (CTP) compliquées et pouvaient bloquer le recrutement d'AS/AMP. Elles présentaient par exemple l'inconvénient d'impliquer un cofinancement du département lorsque l'assurance maladie (ARS) souhaitait mieux valoriser une charge (et débloquent des crédits pour accroître la médicalisation des établissements par exemple), ce qui limitait grandement la marge de manœuvre de l'agence.

---

<sup>98</sup> Périmètre du forfait global de soins : article R.314-166 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ; périmètre du forfait global dépendance : article R. 314-176 du CASF ; périmètre du tarif journalier hébergement : article R.314-179 du CASF.

<sup>99</sup> Aide-Soignant et Aide Médico Psychologique.

## **ANNEXE 5 - LISTE DES PRESTATIONS D'HEBERGEMENT INCLUSES DANS LE PANIER DE « PRESTATIONS SOCLE »**

*Source* : Annexe du Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (qui constitue l'annexe 2-3-1 du code de l'action sociale et des familles).

### **ANNEXE 2-3-1 : SOCLE DE PRESTATIONS RELATIVES À L'HÉBERGEMENT DÉLIVRÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

#### **I.-Prestations d'administration générale :**

##### **1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :**

-tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;  
-état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ;  
-tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement ;

##### **2° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;**

3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

#### **II.-Prestations d'accueil hôtelier :**

##### **1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;**

2 Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;

3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;

4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;

5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;

6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;

7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;

9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

#### **III.-Prestation de restauration :**

1° Accès à un service de restauration ;

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

#### **IV.-Prestation de blanchissage :**

Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

#### **V.-Prestation d'animation de la vie sociale :**

1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;

2° Organisation des activités extérieures.

## **ANNEXE 6 - ANALYSE SUR CAS-TYPES DES RESTES A CHARGE ET TAUX D'EFFORT DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT (SG HCFEA)**

Une analyse sur cas-types a été menée pour compléter l'analyse de la DREES (Fizzala, 2016) sur les restes à charge et taux d'effort des personnes âgées en établissement.

Par nature, l'étude par cas-type proposée ici diffère de l'analyse de Fizzala (2016) qui est menée sur une population représentative des personnes âgées résidant en établissement en 2011. Elle permet cependant:

- d'intégrer dans l'ensemble des aides potentiellement perçues dont la demi-part invalidité pour les GIR 1 et 2 (ce que ne fait pas l'étude de la DREES)
- d'actualiser les données sur la tarification en EHPAD (données de la CNSA 2016)
- de montrer l'effet du non recours à l'ASH (en visualisant le niveau de RAC avec et sans recours à l'ASH)<sup>100</sup>
- d'être un support à une première évaluation de certaines pistes de réformes (dans le tome 4)

### **1) Les situations conventionnelles étudiées**

Dans les graphiques qui suivent, on décrit la situation conventionnelle d'une personne de plus de 65 ans :

- célibataire
- résidant dans un établissement conventionné APL-foyer en zone 2
- et dont les ressources sont exclusivement constituées de retraites

On fait varier son niveau de ressources pour les GIR de 1 à 6.

Les aides publiques retenues sont : l'APA, les APL-foyer en zone 2<sup>101</sup>, la demi-part fiscale liée à la carte d'invalidité pour les GIR 1 et 2<sup>102</sup>, la réduction d'impôt dans un établissement pour personnes dépendantes<sup>103</sup>.

L'APA est calculée conformément au barème pour les établissements qui facturent en fonction des revenus (c'est une situation désormais minoritaire puisque nombre d'établissements sous dotation globale ne tiennent plus compte des revenus pour le calcul du ticket modérateur de l'APA).

Pour le tarif dépendance, on retient les données (tarif moyen) de la CNSA au 31 décembre 2016 :

- 613 euros mensuels pour les GIR 1 et 2
- 389 euros mensuels pour les GIR 3 et 4
- 165 euros mensuels pour les GIR 5 et 6

---

<sup>100</sup> Les données sur l'ASH dans Fizzala (2016) correspondant au montant d'ASH reçu en moyenne par les résidents, sans distinguer les bénéficiaires des non bénéficiaires. Les cas-type de l'annexe 6 permettent d'identifier les montants effectivement perçus par les bénéficiaires de l'ASH et donc de comparer sur un cas-type la situation d'un bénéficiaire avec celle d'un non bénéficiaire.

<sup>101</sup> au loyer plafond

<sup>102</sup> Cette demi-part invalidité est de droit pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 1 et 2.

Le gain en impôt est plafonné à 3 016€ par an (251€/mois) est appréhendé en tenant compte de la décote dans l'IRPP.

<sup>103</sup> 25% dans la limite de 10 000€, soit au maximum 208€/mois



Pour le tarif hébergement, on retient uniformément 1716 euros par mois, qui correspond selon la CNSA au prix d'une chambre seule habilitée à l'aide sociale au 31 décembre 2016.

La situation considérée ici est une situation type qui peut naturellement s'écarter de la situation réelle des résidents.

L'écart le plus notable porte sur le tarif d'hébergement puisqu'on sait que, globalement, les frais d'hébergement augmentent avec le revenu du résident.

Les RAC présentés dans cette annexe sont des RAC bruts, au sens où ils intègrent les dépenses de gîtes et de couvert.

## **2) Les principaux résultats**

Sans recours à l'ASH, le profil global des aides est finalement très peu modulé en fonction des revenus et du niveau de GIR. Les aides au logement, d'un niveau relativement modeste par rapport aux frais d'hébergement sont concentrés sur les personnes à faibles ressources ; les aides fiscales plafonnées prennent le relais de façon significative que pour les personnes ayant les revenus les plus élevés.

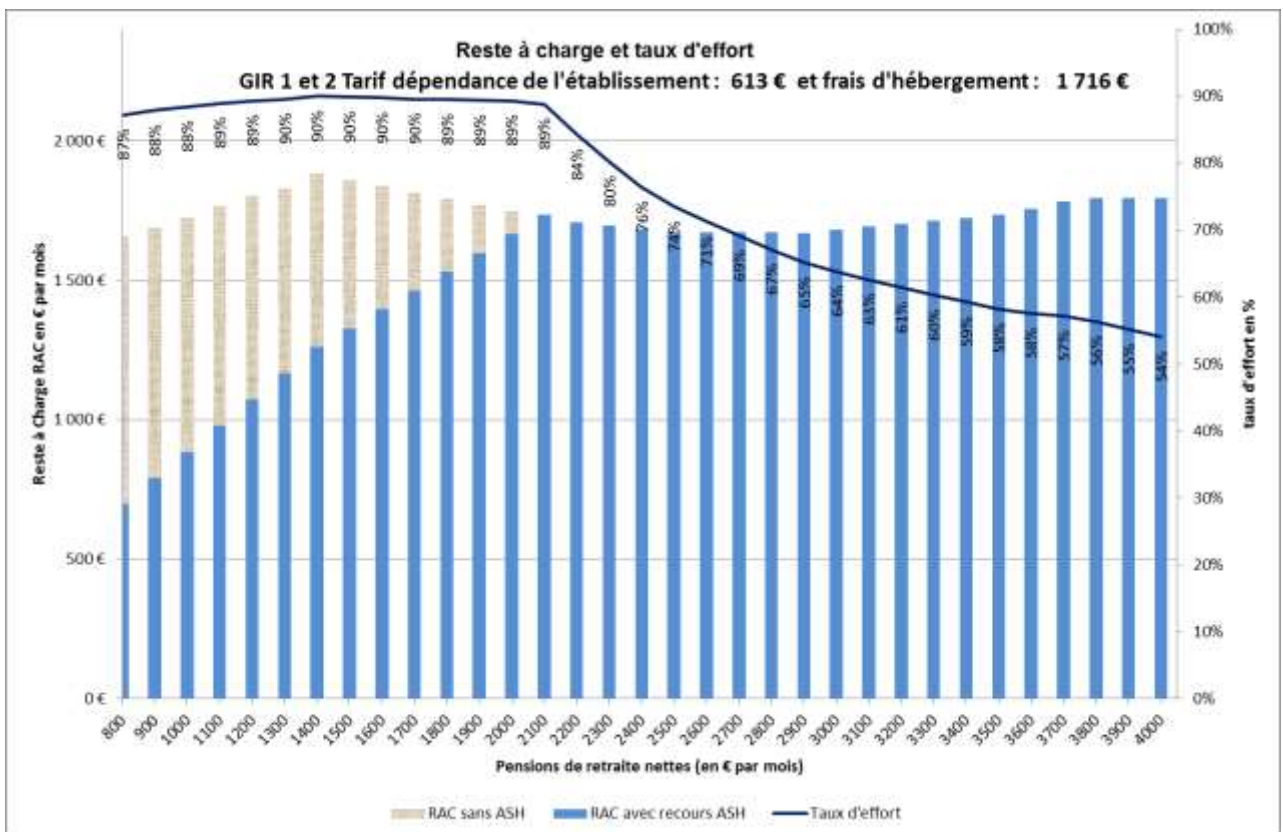
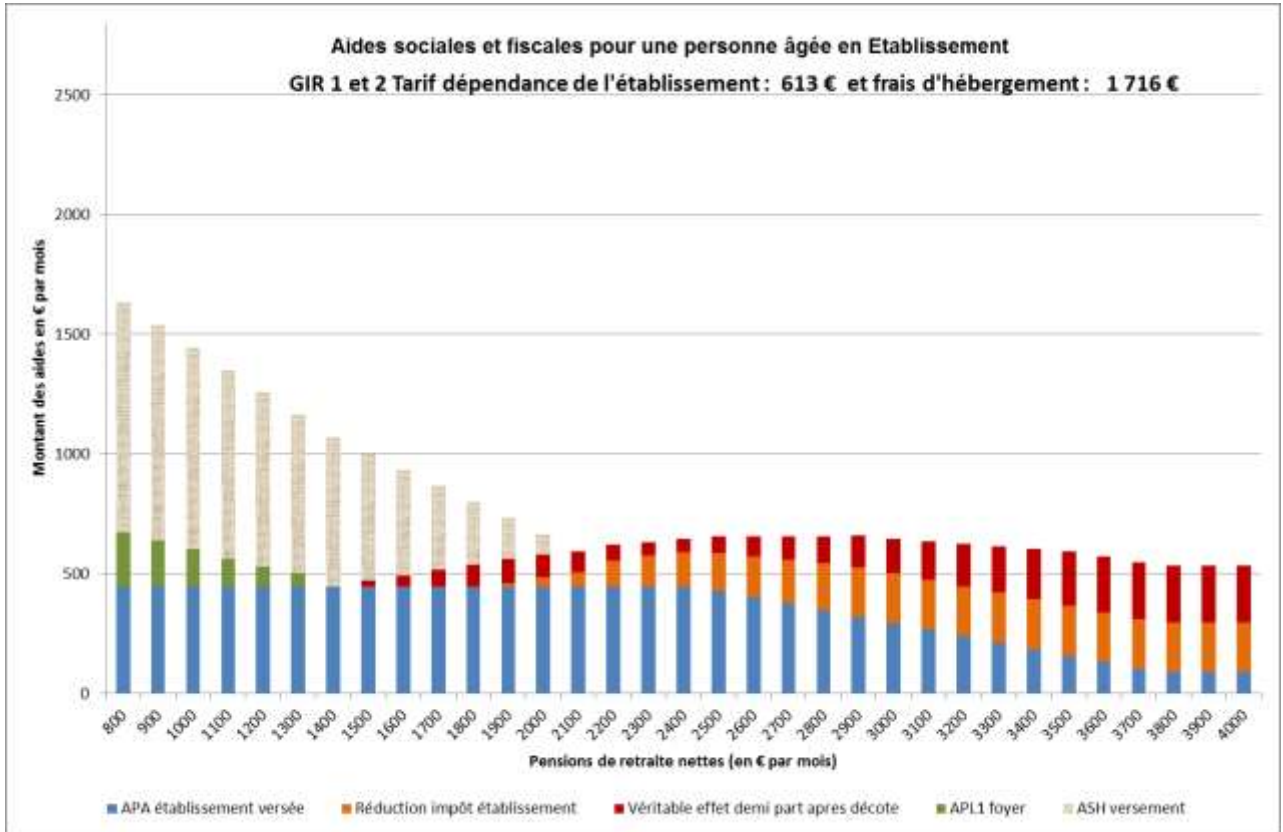
Comme les frais d'hébergement sont prépondérants dans les dépenses et que la participation financière des résidents au tarif dépendance est très peu sensible au GIR, les RAC sont à des niveaux équivalents quel que soit le niveau de GIR et quel que soit le revenu. Sans recours à l'ASH, ils oscillent entre 1650€ et 1800 par mois.

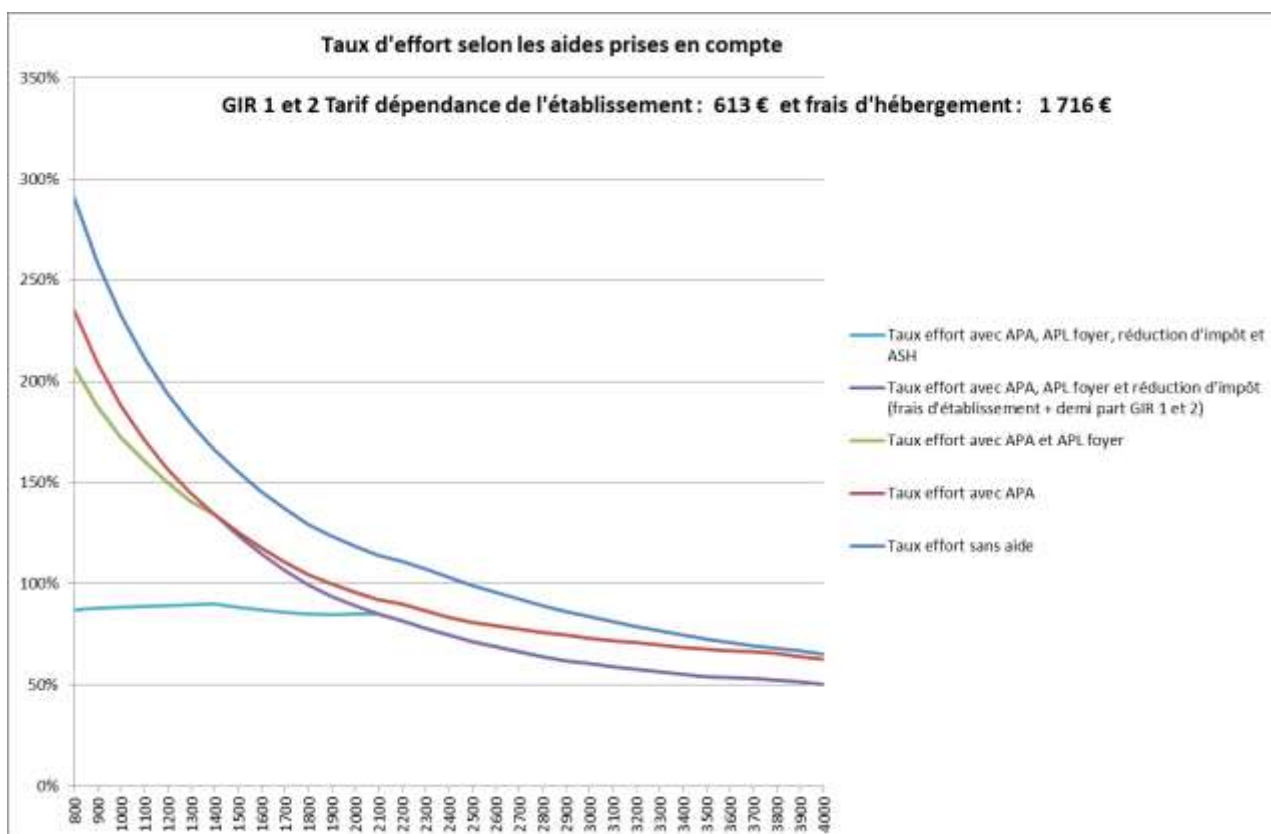
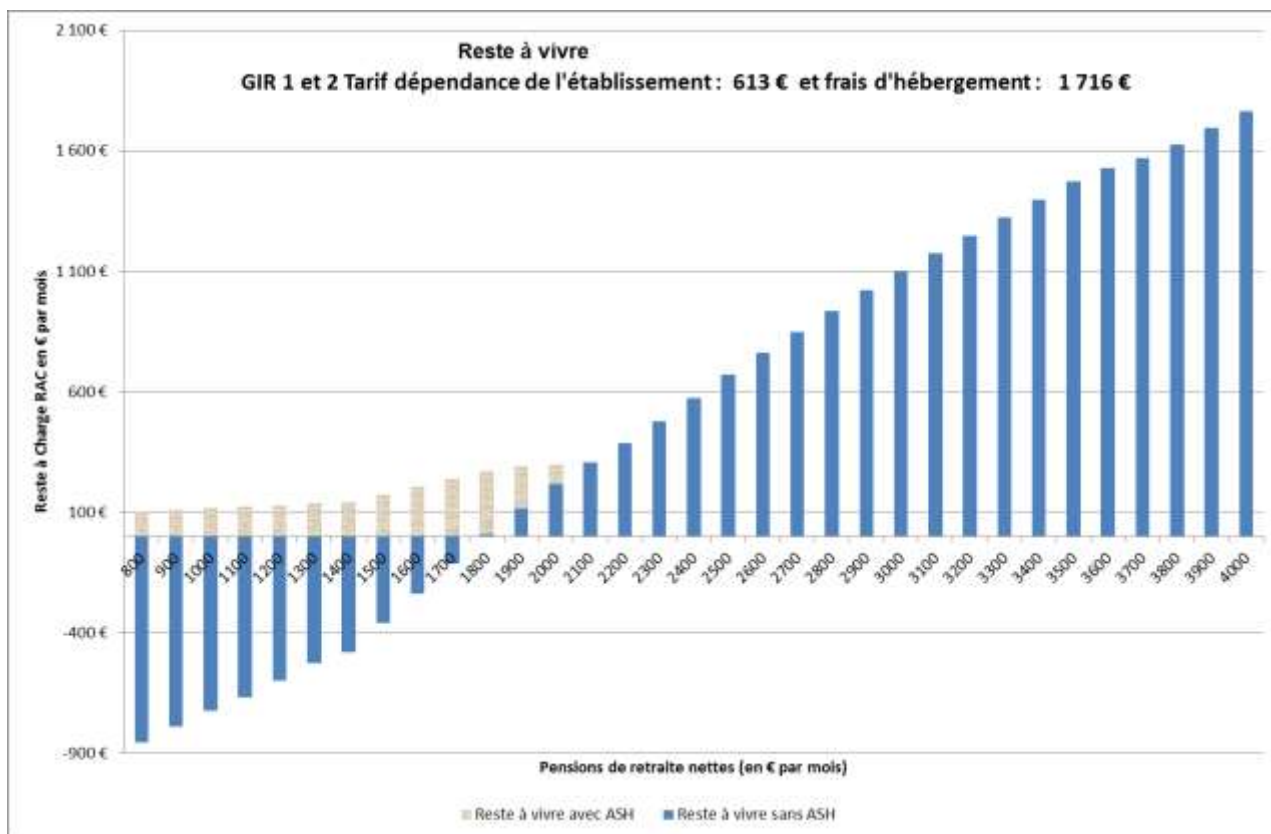
Seul le recours à l'ASH a un effet structurant sur la baisse des restes à charge pour les résidents les plus modestes

In fine, les taux d'effort sont fortement décroissants avec le revenu et seul le recours à l'ASH permet de lisser les taux d'effort pour les résidents ayant des ressources inférieures à 2000€ par mois.

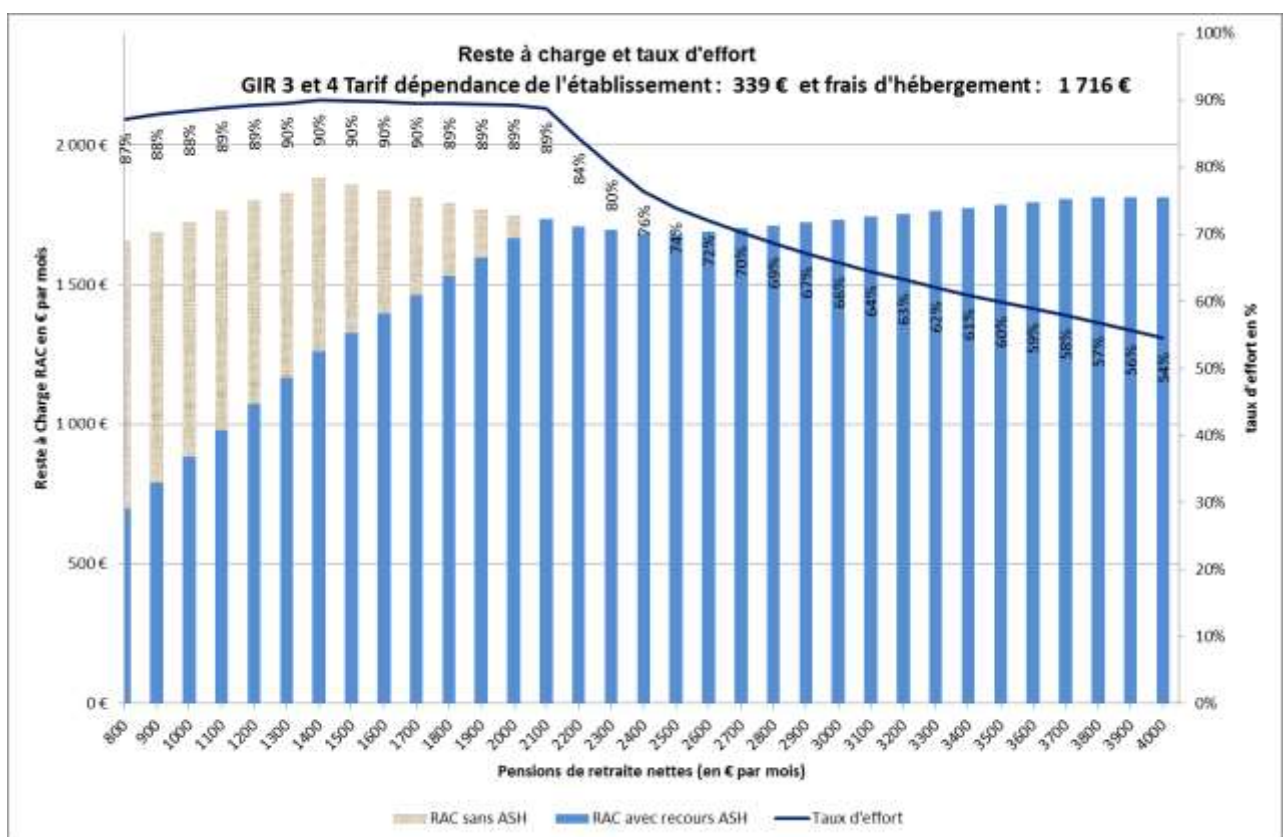
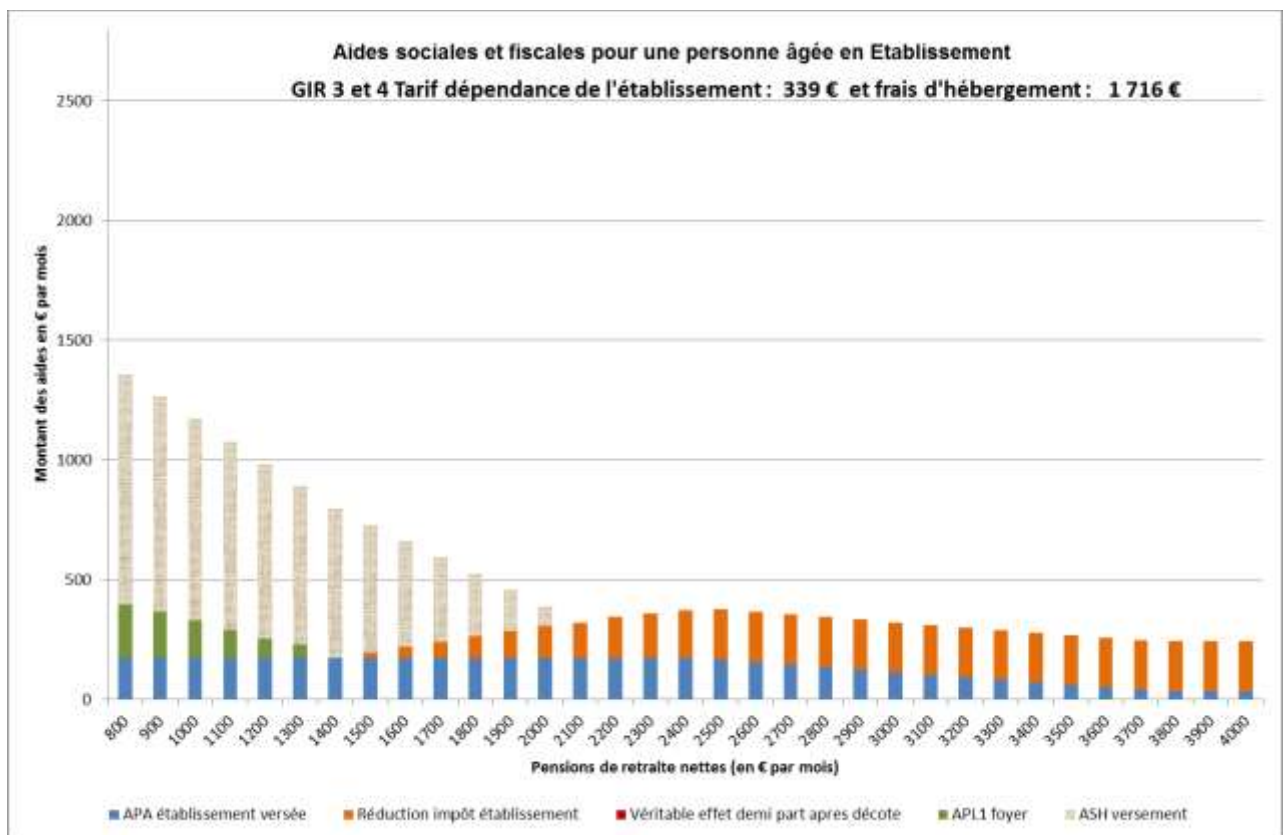
## Cas-types de personnes âgées en établissement

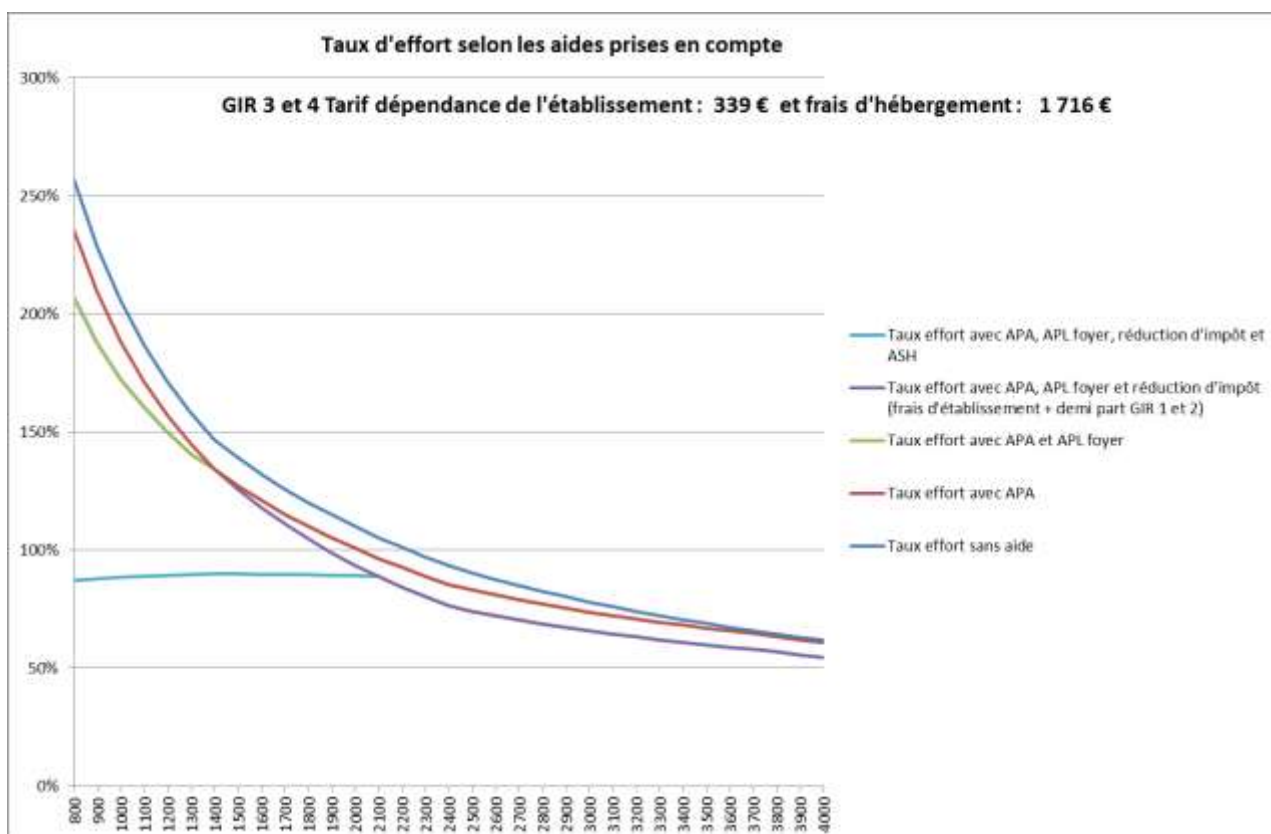
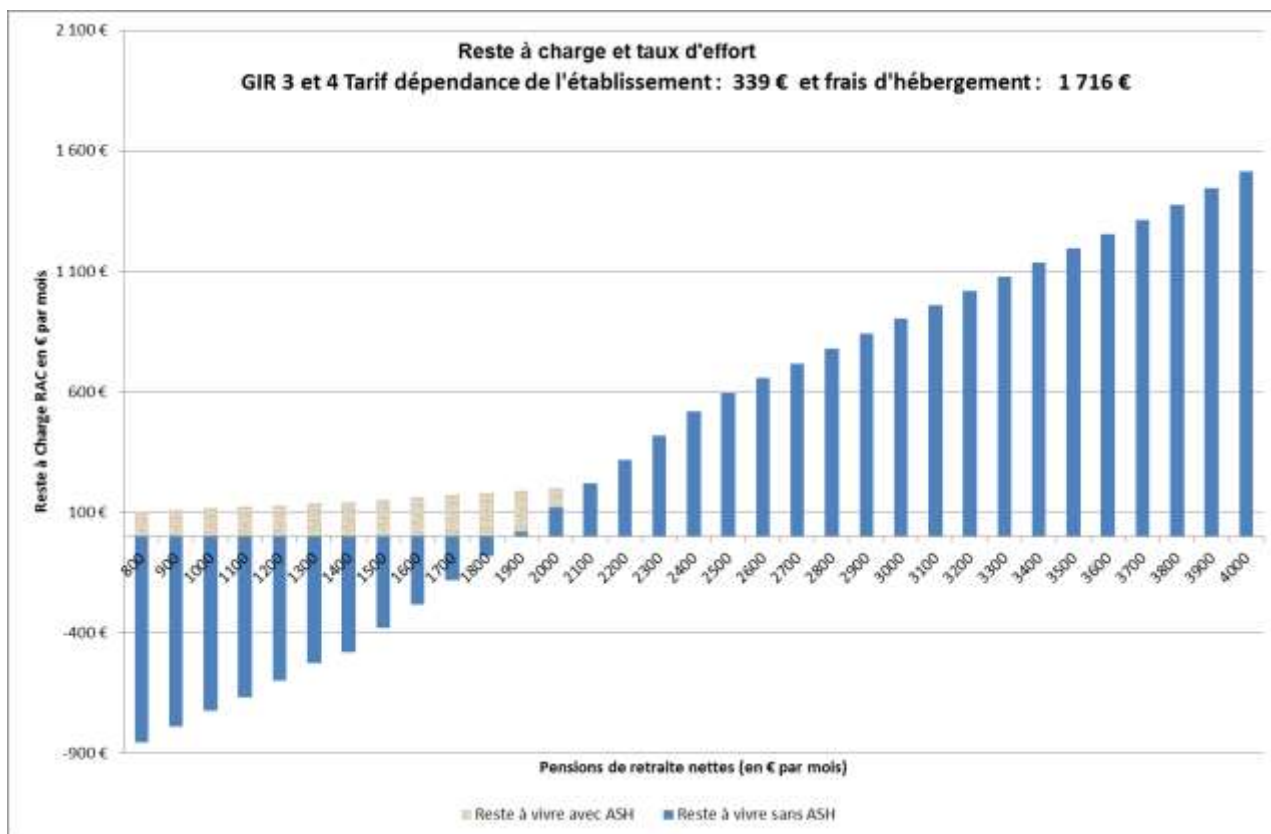
GIR 1 ou 2 avec frais d'hébergement à 1716€ par mois et tarif pour la dépendance de 613€





**GIR 3 ou 4** (avec frais d'hébergement à 1716€ par mois et tarif pour la dépendance de 613€)





**GIR 5 ou 6** avec frais d'hébergement à 1716€ par mois et tarif pour la dépendance de 613€

