



**KPMG**

# Observatoire des EHPAD

Janvier 2013



KPMG et les équipes Économie Sociale et Solidaire, Santé et Secteur Public sont heureux de vous présenter la nouvelle édition de l'observatoire des EHPAD<sup>1</sup>.

Les évolutions démographiques profondes, les politiques publiques, l'environnement économique contraint, les aspirations et droits des personnes âgées conduisent les parties prenantes du secteur à anticiper et prendre des dispositions appropriées dans plusieurs domaines dont celui de l'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Les EHPAD, dont la finalité est d'accueillir, de soutenir, d'accompagner la dépendance et de soigner les personnes âgées doivent adapter leur offre de prise en charge, innover, investir pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qu'ils accueillent.

L'allongement de la durée de vie, l'augmentation croissante du niveau de dépendance, la diversité des pathologies conjugués aux limites des solutions pour une prise en charge au domicile et aux évolutions de la cellule familiale conduisent les établissements à s'interroger sur leurs objectifs, sur les moyens à mettre en œuvre pour adapter leurs modalités d'accueil à ces publics en terme de qualité, d'intégration dans la filière gérontologique, de prise en charge des soins et d'accompagnement de la fin de vie.

Cette étude destinée aux gestionnaires d'établissements, aux autorités de tarification, aux résidents et à leurs familles et à toute autre personne physique ou morale intéressée par la gestion des EHPAD restitue et analyse les principaux ratios d'activité, économiques et financiers caractéristiques de la gestion de ces structures (dont le niveau de dépendance, l'âge moyen des résidents, le taux d'occupation, le coût des locaux, le coût de la restauration).

Cet observatoire a été conçu à partir de données portant sur l'exercice 2011, recueillies auprès de 323 établissements publics et privés non lucratifs (associations, fondations, mutuelles et congrégations).

Nous espérons que ce document participera d'une meilleure connaissance des enjeux qui se posent aux acteurs œuvrant pour une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes.

**Irène Scolan**

**Directrice adjointe – Direction nationale Économie Sociale et Solidaire – KPMG**

# Sommaire

<b>Préambule</b>	<b>2</b>
<b>1. Présentation de l'échantillon</b>	<b>5</b>
a. Répartition géographique des établissements .....	5
b. Statut juridique des EHPAD du panel.....	6
c. Organismes gestionnaires.....	6
d. Capacité des établissements .....	6
e. Fiscalité des établissements .....	7
f. Niveau de dépendance des résidents des établissements .....	8
g. PMP des résidents des établissements.....	10
h. Services mis en place par les établissements.....	11
i. Convention tripartite et CPOM.....	12
j. Frais de siège .....	14
k. Profil des résidents .....	14
<b>2. Activité des établissements</b>	<b>19</b>
a. Taux d'occupation .....	19
b. Habilitation des EHPAD à l'aide sociale .....	20
c. Nouvelles admissions.....	20
d. Taux d'absentéisme.....	21
<b>3. Coûts des établissements</b>	<b>23</b>
a. Coût net journalier global par résident .....	23
b. Coûts liés à la section hébergement.....	26
c. Coûts liés à la section dépendance.....	36
d. Coûts liés à la section soins .....	39
e. Synthèse .....	42
<b>4. Ressources humaines</b>	<b>45</b>
a. Taux d'encadrement .....	45
b. Répartition du personnel .....	52
c. Coût des postes.....	54
<b>5. Tarifs appliqués par les EHPAD</b>	<b>57</b>
a. Tarification de la dépendance .....	57
b. Reste à charge selon l'habilitation à l'aide sociale .....	57
<b>6. Situation financière</b>	<b>61</b>
a. Le fonds de roulement .....	61
b. Le besoin en fonds de roulement .....	63
c. Synthèse.....	64
d. La capacité d'autofinancement (CAF) .....	64
e. L'autonomie financière.....	65
<b>Lexique</b>	<b>68</b>
<b>Remerciements</b>	<b>71</b>





# Préambule

L'observatoire des EHPAD a été réalisé à partir des données des comptes administratifs de l'exercice 2011 et recueillies auprès de 323 établissements publics et privés non lucratifs (PNL).

Les résultats présentés sont ventilés selon la situation géographique, le statut juridique des établissements, la date de construction/restructuration des établissements, la capacité autorisée ou le niveau de dépendance des résidents.

Pour chaque item, le taux de réponse est indiqué. Il correspond au nombre total des répondants rapporté au nombre total d'EHPAD du panel.

Les coûts fixes présentés sont calculés par lit, les coûts liés à l'activité de la structure sont calculés par jour.

Selon le type de ratio, les outils statistiques suivants ont été utilisés :

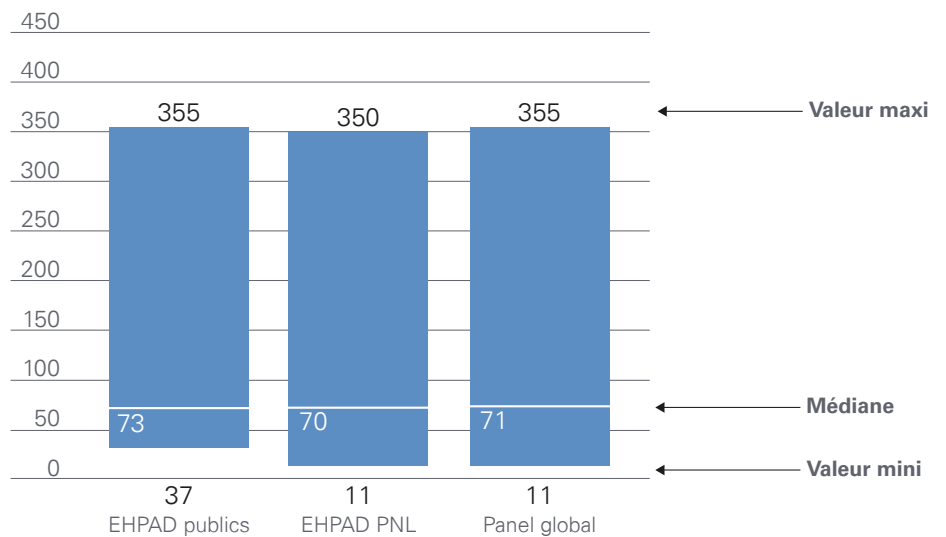
- **La moyenne arithmétique** : permet de mesurer la tendance centrale qui correspond à la somme des valeurs de chaque donnée divisée par le nombre de données.
- **La médiane** : représente la valeur centrale qui sépare en deux parties égales un ensemble de données. C'est la valeur médiane qui est retenue dans les différents graphiques sauf mention contraire.

Par exemple, le type de graphique ci-après, utilisé au cours de cette étude, permet de visualiser les valeurs minimales, maximales et la médiane.



### Capacité des établissements

Capacité des EHPAD de l'échantillon



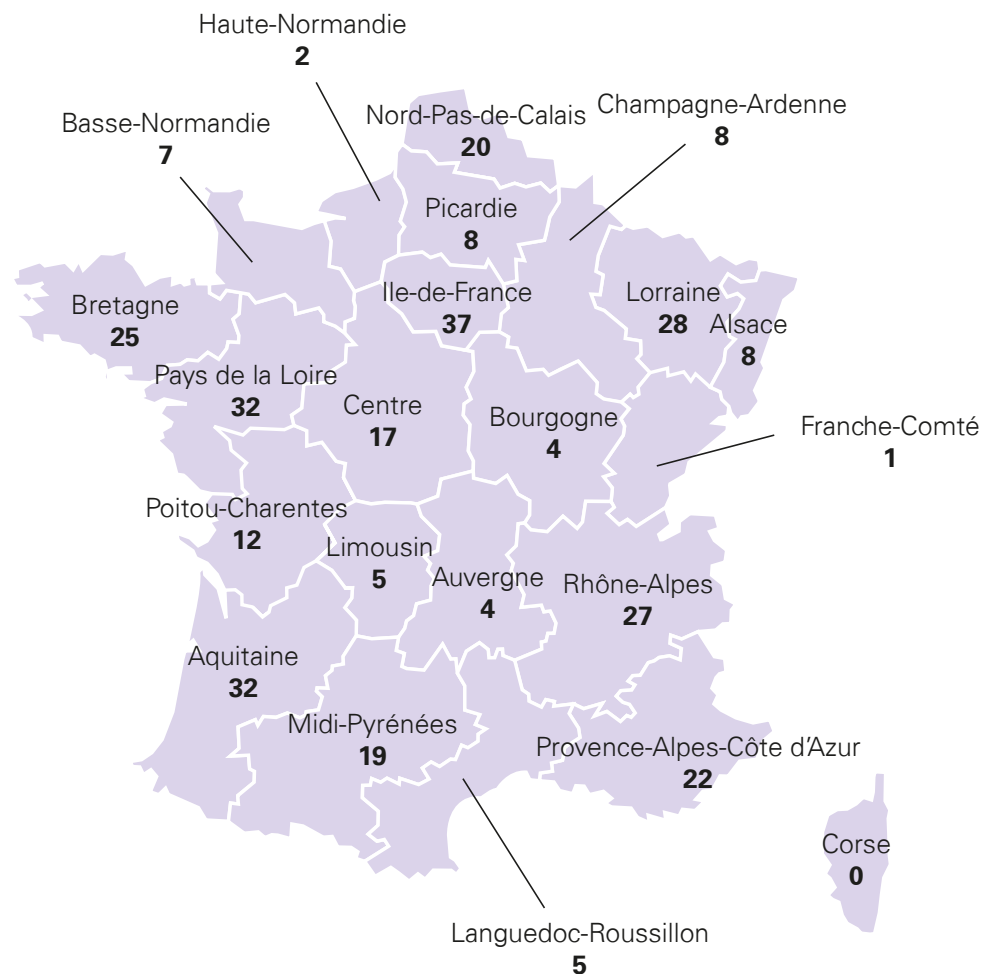
- L'EHPAD ayant la capacité la plus importante dispose de 355 lits (Valeur maxi).
- 50% des établissements du panel disposent d'une capacité supérieure à 71 lits et 50% inférieure à 71 lits (Médiane).
- L'EHPAD ayant la capacité la plus faible dispose de 11 lits (Valeur mini).



# 1. Présentation de l'échantillon

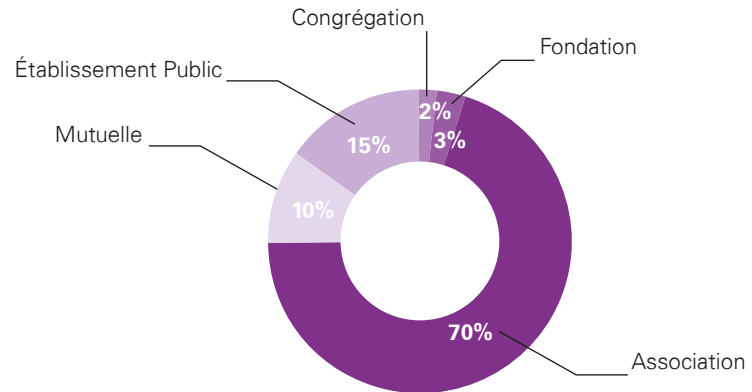
## a. Répartition géographique des établissements

Le panel est constitué de **323 établissements publics et privés non lucratifs (PNL)**.



## b. Statut juridique des EHPAD du panel

**Les EHPAD gérés par des structures PNL représentent 85% des établissements du panel, le secteur public représente les 15% restant. Aucune structure publique présente en Ile-de-France ne fait partie du panel.**



## c. Organismes gestionnaires

Taux de réponse : 80%

**39% des établissements du panel sont des mono-établissements.**

**126 EHPAD appartiennent à des organismes gestionnaires gérant plus de 10 établissements, ils représentent 47% du panel.**

## d. Capacité des établissements

Taux de réponse : 95%

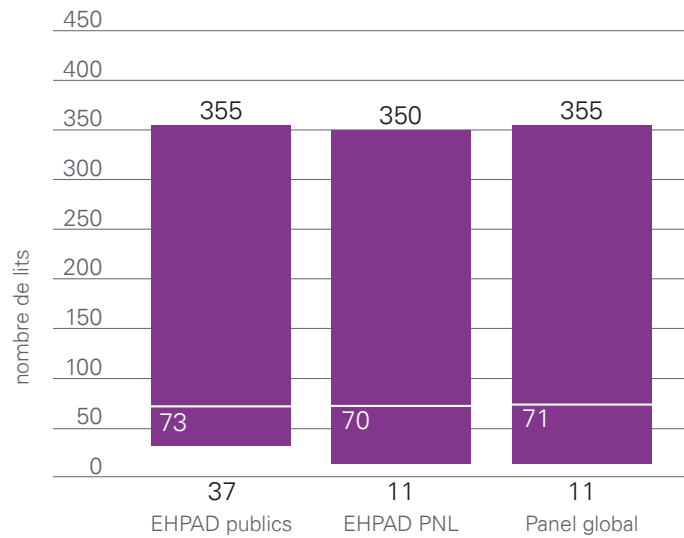
**Les établissements du panel ont une capacité moyenne de 77 lits.**

**Les EHPAD publics ont une capacité moyenne de 107 lits et les EHPAD PNL de 72 lits.**

**Les EHPAD disposant d'une faible capacité autorisée sont des établissements spécialisés (accueil de personnes âgées en situation de handicap...).**

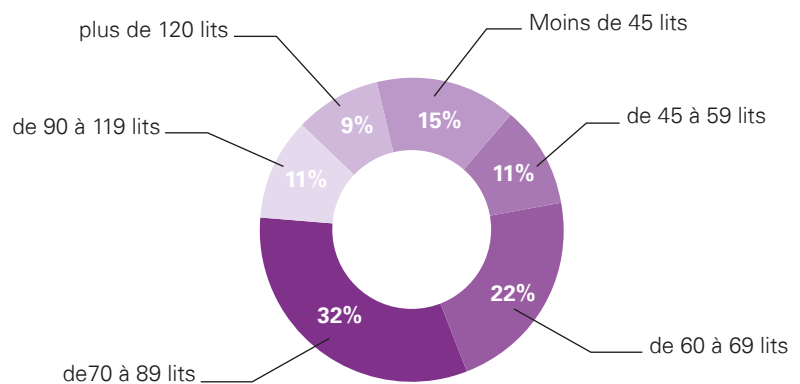


### Capacité des EHPAD du panel en nombre de lits



### Répartition par capacité (%)

**Plus de la moitié des établissements ont une capacité supérieure à 70 lits.**



## e. Fiscalité des établissements

Taux de réponse : 81%

**Seuls 8% des établissements du panel sont des structures fiscalisées.**

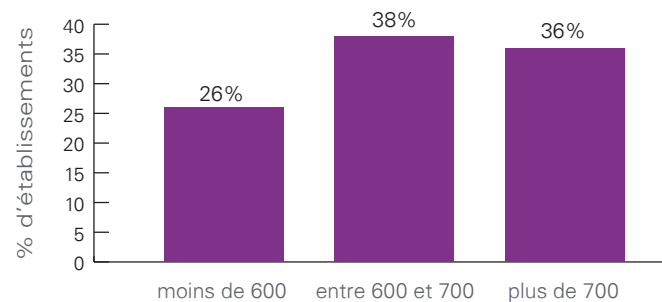
## f. Niveau de dépendance des résidents des établissements

Taux de réponse : 93%

*Le Gir moyen pondéré (GMP) mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance. Le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille Aggir (autonomie gérontologie groupes iso-ressources).*

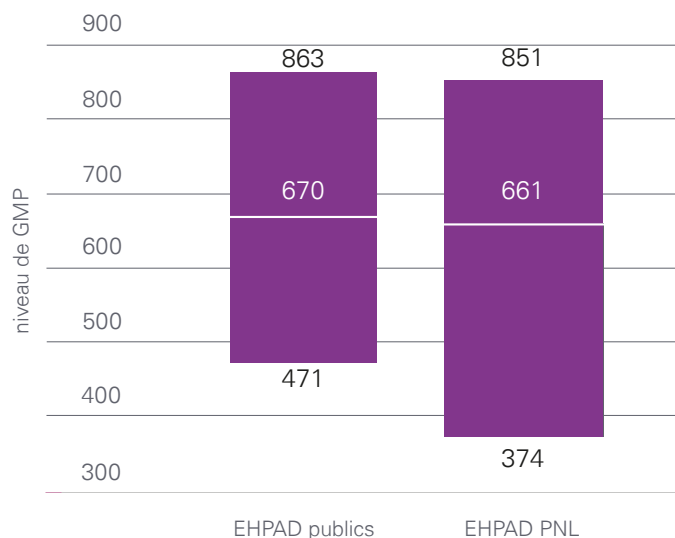
### a. GMP du panel global

**Le GMP moyen du panel est de 647 (médiane : 662). Près de 40% des EHPAD ont un GMP moyen compris entre 600 et 700 ; 12 établissements ont un GMP supérieur à 800.**



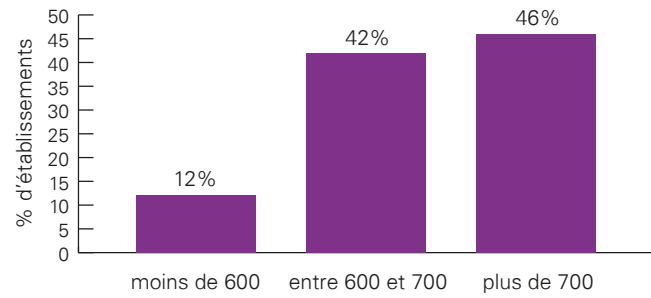
### b. GMP par statut juridique

**Les EHPAD publics (GMP moyen de 691) accueillent des personnes ayant un GMP moyen plus élevé que les EHPAD PNL (GMP moyen de 638).**

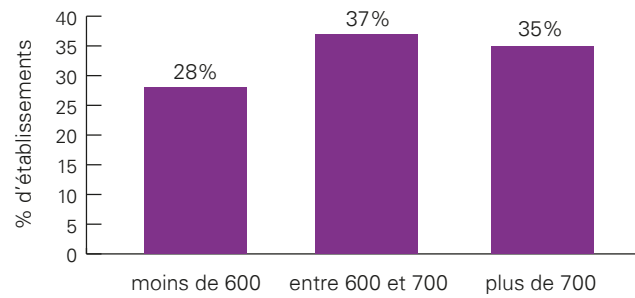


**Près de 50% des EHPAD publics ont un GMP moyen supérieur à 700 contre 34% des EHPAD PNL.**

- GMP des EHPAD publics par tranche de GMP

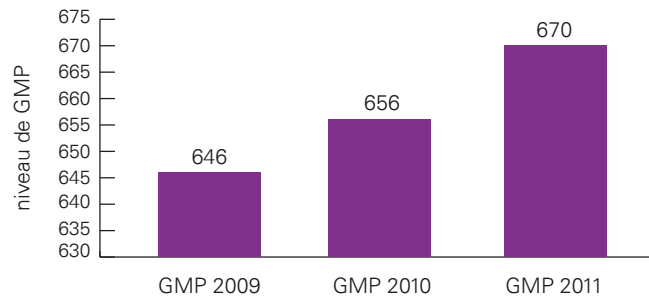


- GMP des EHPAD PNL par tranche de GMP



### c. Évolution du niveau de dépendance des résidents

**A périmètre constant<sup>1</sup>, le niveau de dépendance moyen des résidents a augmenté depuis 2009.**



### g. PMP des résidents des établissements

Taux de réponse : 60%

*Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure, également en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante.*

*La moyenne nationale calculée par la CNAMTS est de 168.*

**Le PMP moyen du panel est de 175 (médiane : 168). Les EHPAD publics ont un PMP moyen de 196 et les EHPAD PNL de 169.**

#### Avis d'expert

Les résultats des coupes AGGIR et Pathos sur l'échantillon objectif, comme au plan national, l'augmentation régulière d'année en année du GMP (poids moyen de la charge en soins de base « actes de la vie quotidienne », à effectuer par les aides soignantes) dans les EHPAD.

Le niveau également élevé du PMP (poids moyen de la charge en soins médicaux et techniques à effectuer par les médecins, infirmières, kiné, ergothérapeutes, psychologues...) doit alerter sur la gravité des pathologies désormais prises en soins.

D'une façon générale, dans le secteur public les malades ont un niveau de dépendance et des besoins en soins médicaux et techniques plus importants que dans le secteur privé, vraisemblablement en raison de la mise en place de filières d'aval des hôpitaux et des sorties hospitalières rapides.

Rappelons qu'à côté de l'objectif tarifaire du GMP et du PMP, les outils AGGIR et Pathos par l'analyse descriptive fine de la typologie des populations accueillies qu'ils permettent, sont également d'incontournables outils de pilotages tant pour les responsables d'établissements que pour les autorités des divers échelons territoriaux et nationaux.

Ces deux indicateurs globaux montrent que ces établissements sont désormais confrontés à des problèmes croissants de médicalisation, ce qui implique outre un accroissement et une spécialisation de leur personnel, la mise en place d'une organisation diurne et nocturne de type hospitalière, la traçabilité des divers actes techniques effectués et la formation de l'ensemble des personnels aux pathologies les plus fréquentes au grand âge et au savoir faire ainsi qu'aux risques liés aux soins de plus en plus techniques.

Quoi qu'il en soit, le rôle et les missions des EHPAD sont clairement en train d'évoluer, ne faudrait-il pas en fixer les limites ?

*Dr Jean-Marie Vetel, Médecin gériatre, ancien chargé de mission d'enseignement des outils d'évaluation et de tarifications gériatriques*

<sup>1</sup> Périmètre constant : seuls les EHPAD ayant renseigné leur niveau moyen de GMP pour 2009, 2010 et 2011 ont été pris en compte pour le calcul de ce ratio.



## h. Services mis en place par les établissements

### a. Accueil de jour

**28% des EHPAD du panel ayant répondu disposent d'un accueil de jour.**

**La part des EHPAD publics disposant d'un accueil de jour est de 31% contre 28% des EHPAD PNL.**

### b. PASA

*Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) permet d'accueillir, dans la journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux.*

**13% des EHPAD du panel disposent d'un PASA. Cette proportion est identique quel que soit le statut juridique des établissements.**

### c. Cantou

*Le Cantou est une maison de retraite médicalisée spécialisée dans l'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le Cantou est regroupé en petites unités qui peuvent être indépendantes ou alors directement rattachées à une maison de retraite ou à un EHPAD.*

**21% des EHPAD du panel ont mis en place ce type de structure : 33% des EHPAD PNL et 27% des EHPAD publics.**

### d. UHR

*Prévues par le plan Alzheimer, ces unités d'hébergement renforcées accueillent des personnes souffrant de troubles sévères du comportement. Elles proposent un accueil de jour et de nuit, sous forme de petites unités qui sont à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités. Le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives des personnes accueillies est prioritaire.*

**Moins de 1% des EHPAD interrogés disposent d'UHR.**

### e. MAIA

*Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont été définies pour la première fois dans le Plan Alzheimer 2008-2012 : elles font office de guichet unique, un lieu d'orientation de la prise en charge pour construire un parcours (entre plusieurs structures par exemple) de prise en charge personnalisée avec l'aide d'un coordonnateur et de professionnels.*

**Près de 10% des EHPAD du panel appartiennent à un réseau MAIA.**

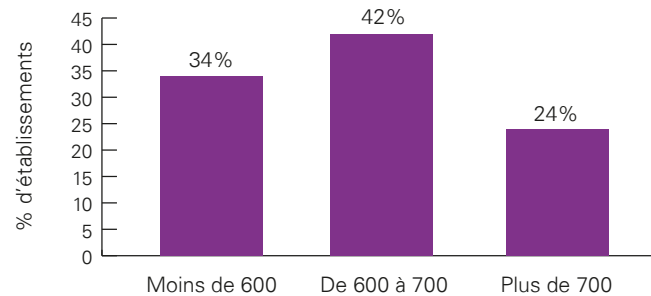
## i. Convention tripartite et CPOM\*

**Seuls 3% des établissements ont signé un CPOM.**

**97% des EHPAD du panel sont signataires d'une convention tripartite, les autres étant entrés dans le cadre du CPOM.**

**50% des établissements ayant signé une convention tripartite ont signé une convention de deuxième génération. Parmi ces EHPAD, le PMP moyen est de 163 et le GMP moyen de 624. Le niveau de GMP se ventile comme suit.**

### Répartition des établissements ayant signé une convention tripartite de deuxième génération par niveau de GMP

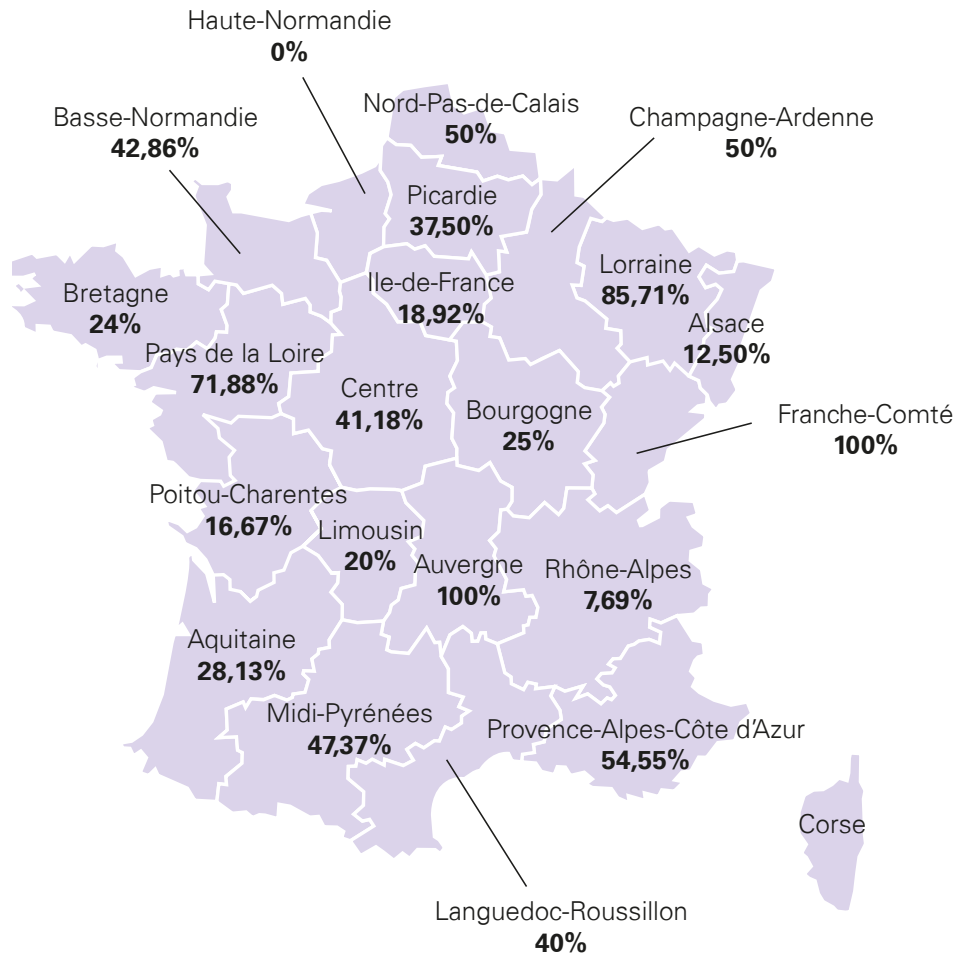


**Parmi les établissements ayant conclu une convention tripartite de deuxième génération, près de 90% n'ont pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). 1/3 des EHPAD sont en tarif global et 2/3 en tarif partiel.**

Tarif Global		Tarif Partiel	
33%		67%	
Avec PUI	Sans PUI	Avec PUI	Sans PUI
8%	25%	3%	64%

\* Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**Les EHPAD du panel ayant conclu une convention tripartite de deuxième génération se répartissent géographiquement ainsi :**



## Avis d'expert

En Dordogne, près de 2% des établissements disposent d'un accueil de jour. Cela est souvent caractéristique des départements ruraux qui disposent d'un réseau de transports moins dense et de peu de promoteurs pouvant porter ces projets.

A l'instar du panel, notre département dispose de très peu d'UHR, dû en grande partie au manque de crédits et de subventions publiques.

Le département doit être à terme entièrement doté de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer.

Cet ambitieux projet est très long à mettre en œuvre étant donné les disponibilités budgétaires affectées à celui-ci.

Concernant les processus conventionnels, nous les avons « gelé » depuis trois ans par manque de moyens.

Le nouveau PLFSS nous a permis de réactiver ces processus. Depuis, nous priorisons les « établissements en souffrance » pour la conclusion de conventions tripartites.

*Jean-Pierre Hottiaux, Adjoint au DGA, Direction Départementale de la Solidarité et de la Prévention, Conseil Général de la Dordogne*

## j. Frais de siège

Taux de réponse : 95%

**Les organismes gestionnaires de plusieurs établissements sont des sièges autorisés pour 64% des établissements répondants.**

**Le poids moyen des frais de siège dans les charges nettes totales de ces établissements est de 3%. (Médiane : 2%).**

## k. Profil des résidents

### a. Âge moyen des résidents

Taux de réponse : 59%

**L'âge moyen des résidents est de 85,1 ans.**

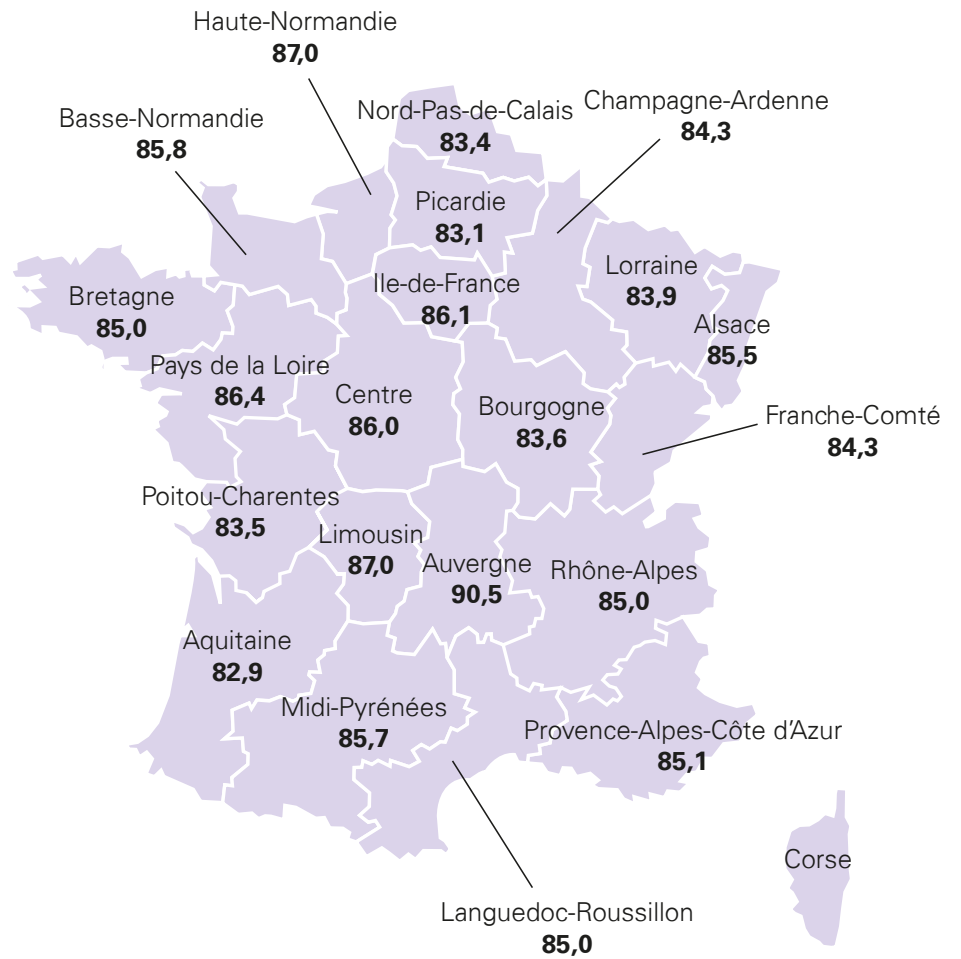
**L'âge des résidents varie entre 77 et 94 ans. L'âge médian des résidents se situe à 85,5 ans.**

**Les résidents des EHPAD PNL sont âgés de 85,4 ans en moyenne contre 83,5 ans dans les EHPAD publics.**

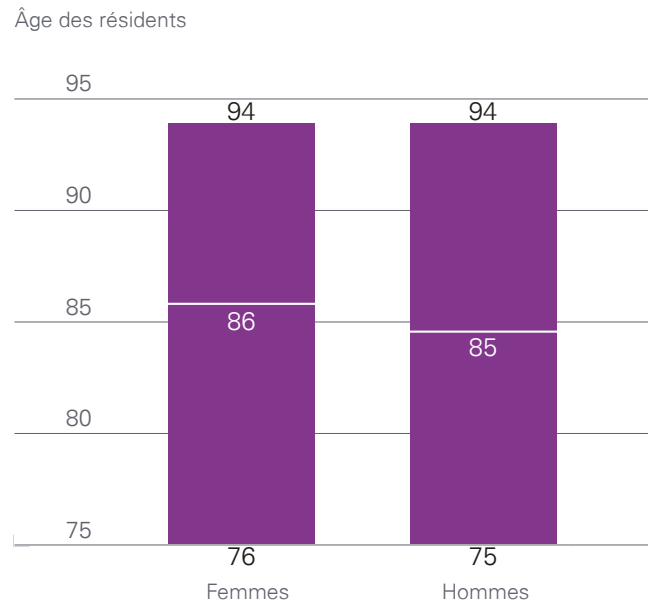




**L'âge moyen des résidents se répartit géographiquement ainsi :**



**L'âge moyen des femmes hébergées en EHPAD est de 85,84 ans contre 84,62 ans pour les hommes.**



### b. Durée moyenne de séjour

**La durée moyenne de séjour en EHPAD s'établit à 46,11 mois (médiane : 46,50), soit 3,8 ans.**

## Avis d'expert

Un tiers des établissements du panel a une capacité entre 70 et 89 lits car cette taille d'établissement est souvent considérée comme permettant de concilier le double objectif de gestion efficiente et de maintien d'un cadre de vie de qualité pour les résidents.

L'âge moyen d'entrée en établissement est de plus en plus élevé. L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et les politiques fortes de maintien à domicile, au travers notamment de l'APA, sont les principaux facteurs explicatifs de ce constat.

L'âge moyen des femmes hébergées en EHPAD n'évolue que très peu. Par contre, celui des hommes semble marquer une nette progression. Ce phénomène trouve son origine dans l'évolution de l'espérance de vie des hommes, qui progresse plus rapidement que celle des femmes. Ce phénomène devrait également conduire à une masculinisation des résidents en établissements.

La durée moyenne de séjour des établissements du panel est bien supérieure à celle constatée dans les établissements privés commerciaux. Les résidents des établissements privés commerciaux disposant bien souvent de ressources plus importantes, ils peuvent vraisemblablement financer plus longtemps leur maintien à domicile et rentrent ainsi en établissements plus dépendants. En effet, les établissements privés commerciaux sont ceux qui accueillent les personnes âgées les plus dépendantes.

*Florence Arnaiz-Maumé, Déléguée Générale, SYNERPA*







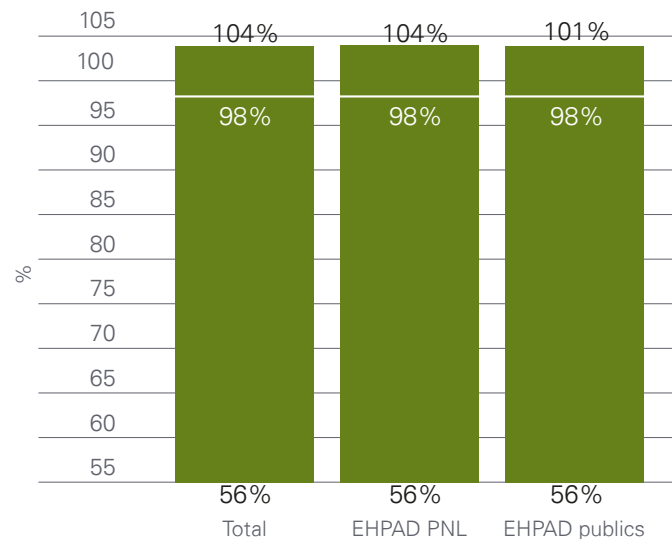


## 2. Activité des établissements

### a. Taux d'occupation

Taux de réponse : 94%

**Le taux d'occupation moyen est de 96% et ne varie pas en fonction de la forme juridique des organismes gestionnaires d'EHPAD. En 2010, il était de 97% selon l'observatoire de KPMG.**



## b. Habilitation des EHPAD à l'aide sociale

Taux de réponse : 58%

**84% des EHPAD du panel sont habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale. Ce taux s'élève à 100% pour les EHPAD publics et 81% pour les EHPAD PNL du panel.**

**La part des lits habilités est comparable entre EHPAD publics et PNL.**

## c. Nouvelles admissions

Taux de réponse : 68%

**Le taux de nouvelles admissions\* est en moyenne de 27% par an (médiane : 24%).**

**La majorité des EHPAD a un taux de nouvelles admissions par an de leurs résidents compris entre 15% et 30%. Ce taux est corrélé avec le niveau de dépendance observé sur les établissements.**

Taux de nouvelles admissions	% d'établissements	GMP Moyen
Moins de 15%	11%	602
Entre 15% et 30%	59%	643
Entre 30% et 40%	18%	678
Plus de 40%	12%	694



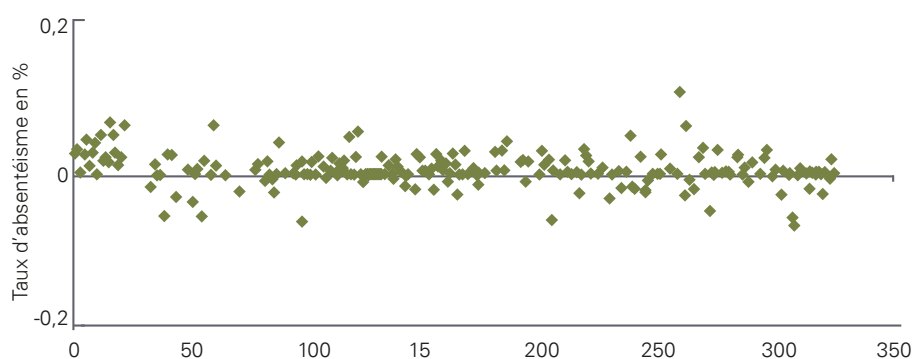
\* Modalité de calcul : le taux des nouvelles admissions est calculé en divisant le nombre de nouvelles admissions par la capacité totale de l'établissement.

## d. Taux d'absentéisme

Taux de réponse : 74%

**Il n'existe pas de corrélation entre le niveau de GMP des établissements et le taux d'absentéisme\*.**

**Le taux d'absentéisme des résidents des EHPAD du panel est faible, comme l'illustre la dispersion ci-dessous :**



### Avis d'expert

Les chiffres recueillis par KPMG, en ce qui concerne les taux d'occupation, l'aide sociale et le taux de nouvelles admissions des résidents confirment les chiffres connus des professionnels. Si le taux d'absentéisme est jugé faible (7%) il reste encore trop élevé.

Dans son dernier rapport, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie estime que les allers et retours aux urgences, particulièrement la nuit, et nombre d'hospitalisations sont indus et qu'une meilleure organisation des EHPAD associée à des partenariats fiables permettrait à la Sécurité sociale une économie estimée à un milliard d'euros par an. La population âgée, comme les autres, doit recevoir les bons soins, donnés par les bons professionnels, dans les bonnes structures et au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Dans ce cadre, une mission a été confiée par la ministre à Dominique LIBAULT pour optimiser les modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées et faciliter les sorties d'hospitalisation, c'est-à-dire améliorer en amont et en aval le parcours de santé des personnes en risque de perte d'autonomie (dit PAERPA). Le Comité de Pilotage de cette mission propose d'améliorer la prise en charge, l'accompagnement et la coordination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées sur les territoires pilotes à la fois en ville, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'entre ces trois segments dans une logique de parcours de santé.

Plus particulièrement, les EHPAD veilleront à améliorer la prise en charge interne des résidents en mettant en place et en actualisant les projets de vie personnalisés, en renforçant leurs liens avec les médecins traitants et en organisant une astreinte infirmière la nuit et les week-ends.

Les EHPAD et les établissements de santé seront appelés à faire vivre les conventions qui les lient et à veiller à s'échanger les informations permettant des transitions optimisées de résidents d'une structure à l'autre. Les établissements de santé s'organiseront pour permettre aux EHPAD et à la ville de bénéficier de leur expertise (filière gériatrique, expertise psychiatrique et en soins palliatifs, hospitalisation à domicile - HAD etc.).

Cette expérimentation, prévue pour trois ans, sera évaluée avant sa généralisation.

*Françoise Toursiere, Directeur FNADEPA*

\* **Modalité de calcul** : le taux d'absentéisme est calculé en divisant le nombre de journées dépendance par le nombre de journées hébergement facturées.



# 3. Coûts des établissements

## a. Coût net journalier global par résident

Taux de réponse : 77%

### a. Coût net journalier\* global par résident par statut juridique et fiscalité des établissements

	EHPAD fiscalisés		EHPAD non fiscalisés	
	EHPAD PNL/Total (€ HT)	EHPAD PNL (€ TTC)	EHPAD Publics (€ TTC)	
Minimum	68,30	43,06	57,27	
Maximum	136,20	132,80	116,41	
Moyenne	90,80	89,17	89,08	
Médiane	88,40	89,92	85,50	
Nombre d'établissements	15	177	39	

Dans la suite de ce chapitre, lorsque les différences entre EHPAD fiscalisés ou non sont peu significatives, les données sont présentées uniformément en fonction de la capacité des établissements, de leur localisation géographique, du degré de dépendance des résidents et en fonction de l'option tarifaire de soins.

### b. Coût net journalier global par résident par situation géographique

La localisation géographique influe sur les coûts des établissements.

	Ile-de-France (€)	Hors Ile-de-France (€)
Minimum	25,68	43,06
Maximum	132,79	131,74
Moyenne	108,83	87,63
Médiane	89,39	88,87

\* Modalité de calcul : le coût net journalier global est calculé en rapportant le total des charges nettes toutes sections tarifaires confondues (charges diminuées des recettes en atténuation) à la capacité autorisée des EHPAD.

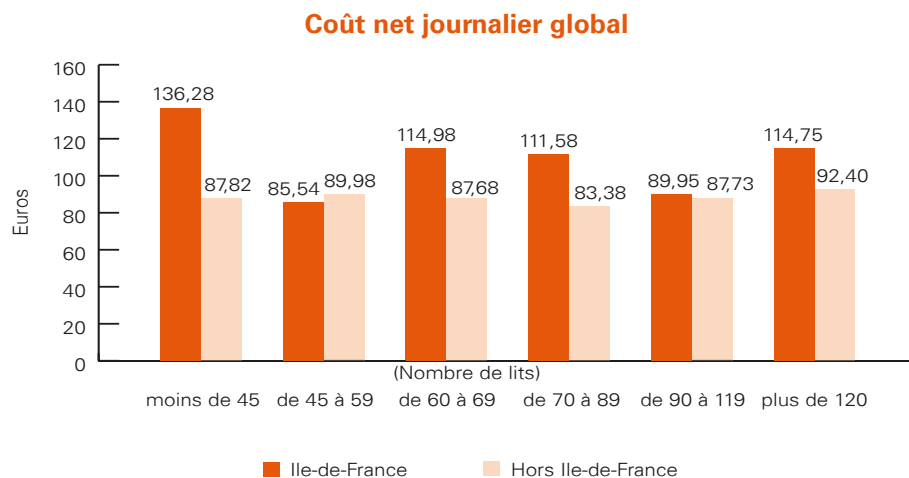
### c. Coût net journalier global par résident par capacité des établissements

	Moyenne (€)	Médiane (€)
Moins de 45 lits	89,68	90,21
de 45 à 59 lits	89,63	91,49
de 60 à 69 lits	89,56	88,00
de 70 à 89 lits	86,94	86,06
de 90 à 119 lits	88,11	90,10
plus de 120 lits	95,31	98,21

On identifie un effet seuil pour une capacité comprise entre 70 et 89 lits.

### d. Coût net journalier global par capacité et situation géographique

Cet effet seuil s'apprécie différemment selon la localisation géographique des EHPAD : entre 70 et 89 lits en régions et entre 90 et 119 lits en Ile-de-France.



## Avis d'expert

Les coûts nets journaliers globaux par résident sont très voisins en moyenne entre les établissements fiscalisés et ceux qui ne le sont pas. Cela semble cohérent puisque les établissements non fiscalisés acquittent la taxe sur les salaires d'un montant relativement important.

Le coût net journalier global par résident des établissements situés en Ile-de-France est nettement supérieur au coût net journalier global des établissements situés en province. Certains facteurs explicatifs sont : le poids du coût du loyer dans le prix de journée pour les établissements qui ne sont pas propriétaires de leurs murs et les difficultés de gestion du personnel plus importantes en Ile-de-France en raison du turn over, d'un taux d'absentéisme souvent plus élevé (lié aux contraintes de la région parisienne : domiciles de plus en plus éloignés du lieu de travail, fatigue liée aux transports,...).

Le coût net journalier global par résident est le moins élevé pour une capacité comprise entre 70 et 89 lits. Il s'agit, en effet, d'une taille considérée comme critique pour les gestionnaires des établissements. Cette taille permet à la fois de répartir les charges fixes et d'absorber le coût de l'administration et de l'encadrement. Au-delà d'une certaine taille, des économies d'échelles se génèrent, notamment parce qu'il faut plus de personnel d'encadrement pour un ajout de capacité qui n'est pas proportionnel.

Le point précédent se valide pour ce qui concerne les établissements situés en province. En revanche, pour les établissements situés en Ile-de-France, la taille qui permet d'obtenir un coût moins élevé se situe entre 90 et 119 lits. Ce phénomène peut s'expliquer par le poids des charges de structure dans le tarif journalier, et notamment du coût des locaux (loyer pour les établissements locataires et dotations aux amortissements et charges d'entretien pour les propriétaires).

Les coûts nets journaliers les moins élevés sont constatés dans la fourchette de 90 à 119 lits. Le tarif global permet d'obtenir un coût net journalier moins important que le tarif partiel de 60 à 119 lits.

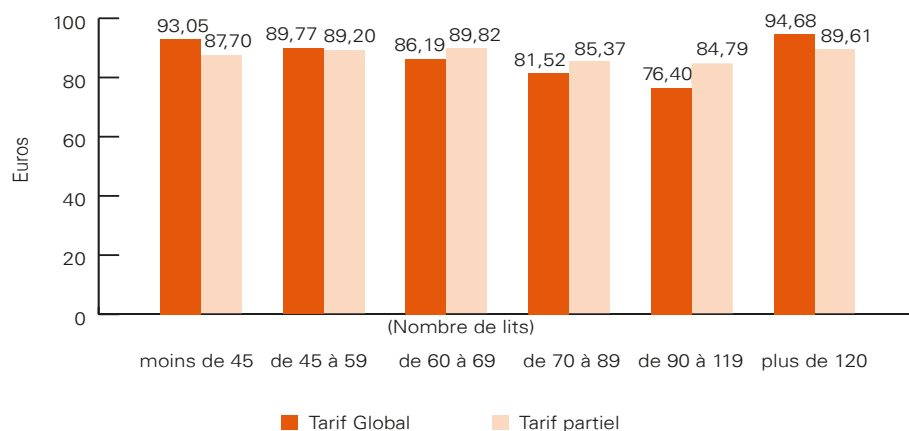
*Sylvie Machuron, Responsable comptable, ISATIS*



### e. Coût net journalier global par capacité et option tarifaire de soin

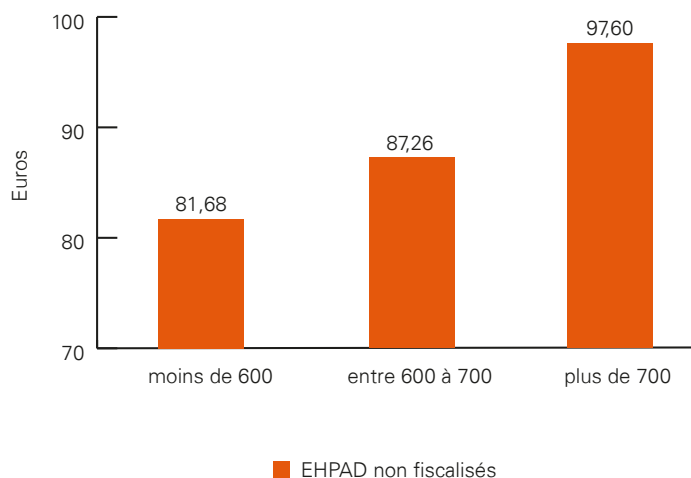
Lors de la signature de la convention tripartite, les EHPAD ont la possibilité de choisir entre un tarif de soins global ou un tarif de soins partiel, subventionné par l'Assurance Maladie. Un EHPAD ayant opté pour le tarif partiel prend en charge les salaires des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, aides soignantes et du médecin coordonnateur, les actes des infirmiers libéraux, le petit matériel médical comme les bandages, les seringues... et le matériel médical ordinaire tel que les déambulateurs, les fauteuils roulants manuels. Dans les EHPAD ayant opté pour le tarif global, d'autres frais sont pris en charge (en plus des soins compris dans le tarif partiel) : les honoraires des médecins généralistes intervenant dans l'établissement, ou des auxiliaires médicaux (ergothérapeutes, kinésithérapeutes), certains examens de biologie et de radiologie ainsi que certains médicaments.

#### Coût net journalier global



### f. Coût net journalier global par niveau de dépendance

#### Coût net journalier global



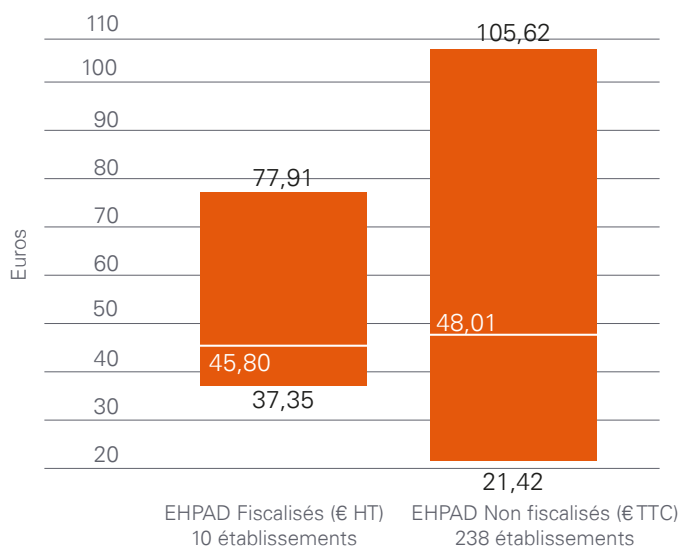
## b. Coûts liés à la section hébergement

### a. Coût net journalier de l'hébergement

Taux de réponse : 77%

- Coût net journalier de l'hébergement\* selon la fiscalité des établissements

Le coût moyen journalier de l'hébergement pour les EHPAD fiscalisés s'élève à 51,60 € HT et à 48,01 € TTC pour les EHPAD non fiscalisés.

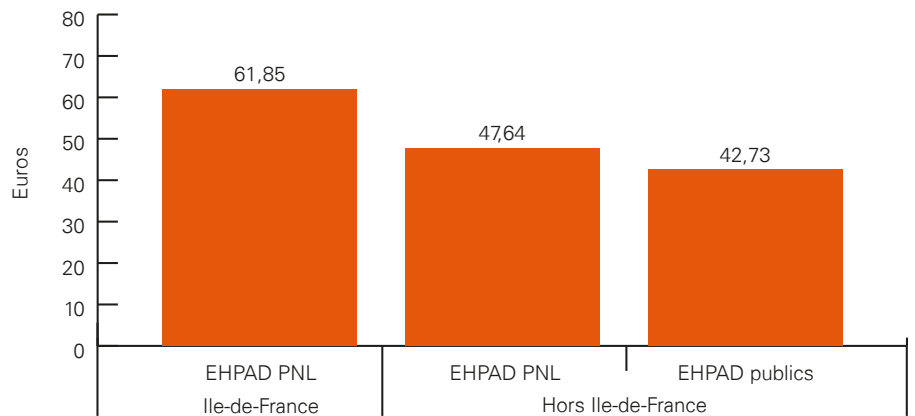


\* **Modalité de calcul** : le coût net journalier de l'hébergement pour les établissements est calculé en divisant le montant des charges nettes liées à l'hébergement (charges diminuées des recettes en atténuation) par la capacité autorisée de l'EHPAD.

- Coût net journalier de l'hébergement par statut juridique et situation géographique

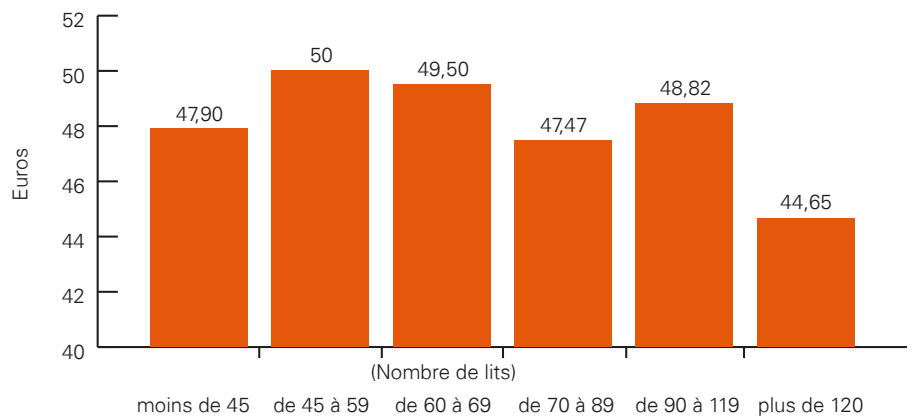
**On observe des divergences de coût d'hébergement, liées à la situation géographique des établissements. Les EHPAD d'Ile-de-France ont un coût net journalier de l'hébergement supérieur aux EHPAD hors Ile-de-France.**

### Coût net journalier de l'hébergement



- Coût net journalier de l'hébergement par capacité

### Coût net journalier de l'hébergement



### b. Coûts spécifiques liés à la section hébergement

Taux de réponse : 92%

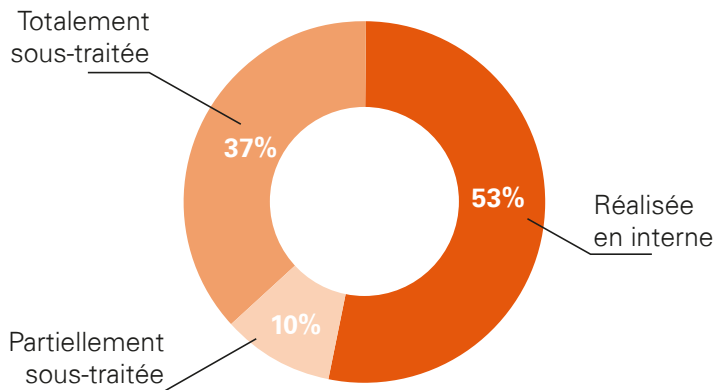
- Gestion de la restauration

La restauration d'un EHPAD peut être soit réalisée totalement en interne, soit totalement ou partiellement sous-traitée.

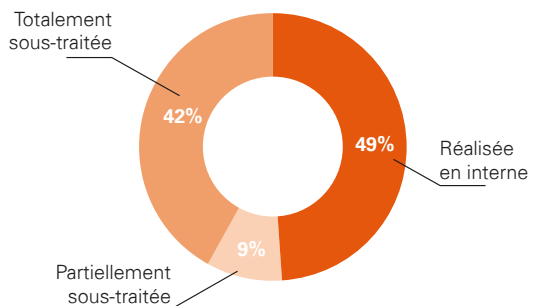
**Majoritairement, la restauration est réalisée en interne (53%).**

**On observe que les EHPAD publics gèrent davantage la restauration en interne (74%) que les EHPAD PNL (49%).**

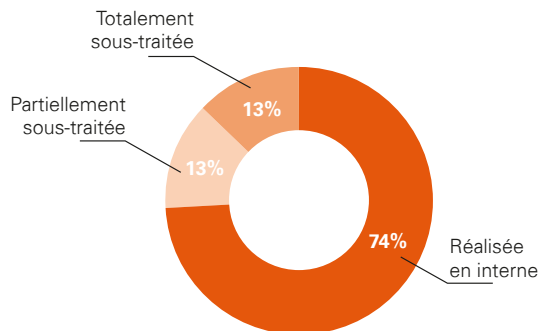
#### Gestion de la restauration du panel global



#### Gestion de la restauration dans les EHPAD PNL



#### Gestion de la restauration dans les EHPAD publics



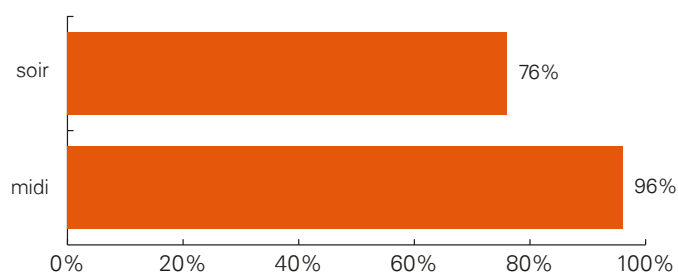
► **Coût de l'alimentation**

	<b>Coût moyen d'un repas sous-traité</b>	<b>Coût alimentaire moyen d'un repas réalisé en interne</b>
EHPAD fiscalisés (€ HT)	4,44	2,74
EHPAD non fiscalisés (€ TTC)	4,54	2,91

► **Organisation de l'EHPAD pour les temps de repas**

**96% du panel des EHPAD permettent aux familles de déjeuner avec le résident. Seuls 76% des EHPAD permettent de dîner avec le résident (le soir).**

**Possibilité pour la famille de déjeuner/dîner avec le résident**

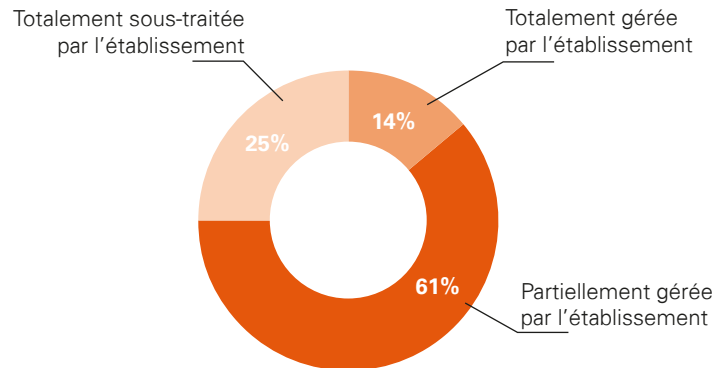


- Gestion de la blanchisserie

Taux de réponse : 83%

*La blanchisserie d'un EHPAD peut être gérée soit totalement ou partiellement par l'établissement, soit totalement sous-traitée par l'établissement.*

### Gestion de la blanchisserie du panel global



**Globalement, la blanchisserie est réalisée partiellement par l'établissement (61%).**

**Le coût journalier moyen de la blanchisserie par lit, lorsque cette prestation est sous-traitée, est de 1,72 € par jour, soit 629 € par an.**

## Avis d'expert

Le coût net journalier de l'hébergement poursuit sa progression, quel que soit le statut de l'établissement et ce, malgré les opérations de convergences tarifaires engagées par de nombreux départements. La problématique du reste à charge est de plus en plus saillante et ne sera pas résolue avant la future loi sur le vieillissement.

Le tarif d'un établissement n'est pas en lien avec la qualité des prestations délivrées, comme en témoignent les différentes enquêtes conduisant à un classement des maisons de retraites.

La restauration réalisée en interne reste un gage de souplesse, de proximité du service, de réactivité. Cependant, les sociétés de restauration s'engagent actuellement dans une démarche d'innovation, de prise en compte des spécificités des résidents et des pathologies. Les prestations sont issues d'un marketing d'offre et non plus de demande.

Le repas est non seulement le moment privilégié de la journée des résidents, mais également un moyen de prévention des risques de dénutrition et de toutes les pathologies en découlant. C'est aussi un facteur de maintien du lien social et familial. D'où un nombre majoritaire d'établissements qui permettent aux familles de prendre les repas avec les résidents.

Le linge constitue également une préoccupation forte pour les usagers. Les EHPAD traitent en majorité le linge des résidents et externalisent le linge plat. Dans les années à venir, la gestion du linge va se complexifier avec la prévention du risque infectieux et les normes RABC (Risk Analysis and Biocontamination Control).

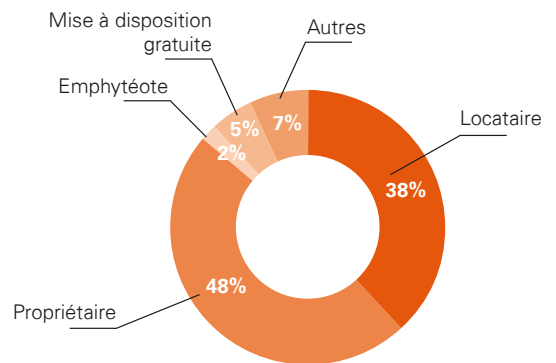


### c. L'immobilier des EHPAD

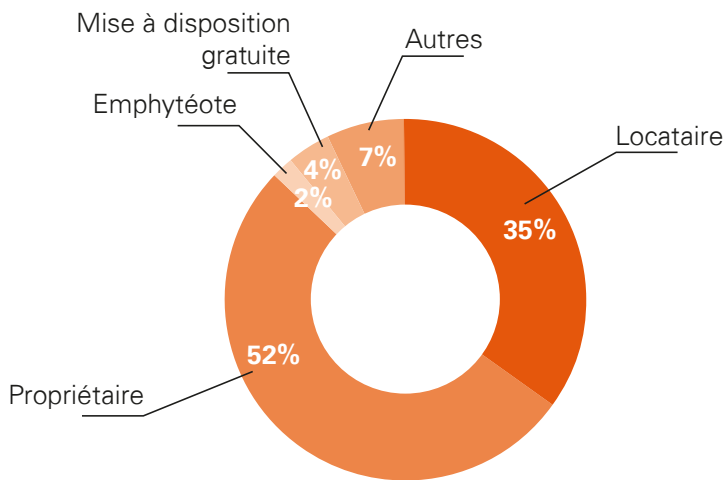
- Situation des EHPAD vis-à-vis de leurs locaux du panel global et par statut juridique

**La majorité des EHPAD sont propriétaires (52%). On observe que les EHPAD publics sont davantage propriétaires (72%) que les EHPAD PNL (48%).**

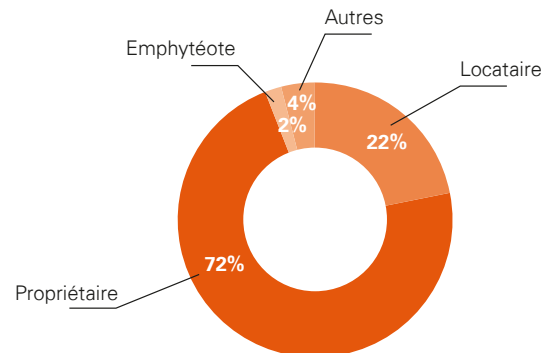
#### Situation des EHPAD PNL vis-à-vis de leurs locaux



#### Situation des EHPAD vis-à-vis de leurs locaux du panel global



#### Situation des EHPAD publics vis-à-vis de leurs locaux



La rubrique « autres » comprend :

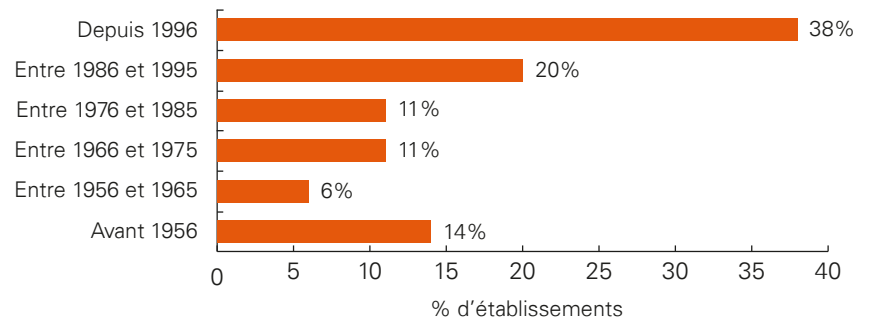
- les EHPAD qui sont à la fois propriétaires et locataires d'une partie de leurs locaux ;
- les EHPAD propriétaires et qui bénéficient d'une mise à disposition gratuite d'une partie de leurs locaux ;
- les EHPAD emphytéotes et qui bénéficient d'une mise à disposition gratuite d'une partie de leurs locaux ;
- les EHPAD emphytéotes et propriétaires d'une partie de leurs locaux.

► **Répartition des établissements par années de construction**

Taux de réponse : 60%

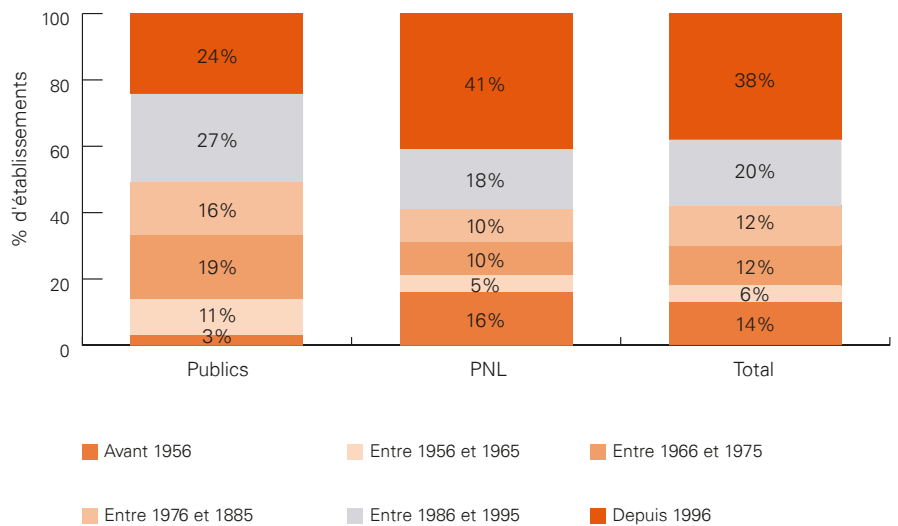
**Année de construction des EHPAD**

**60% des EHPAD du panel ont été construits il y a plus de 20 ans.**

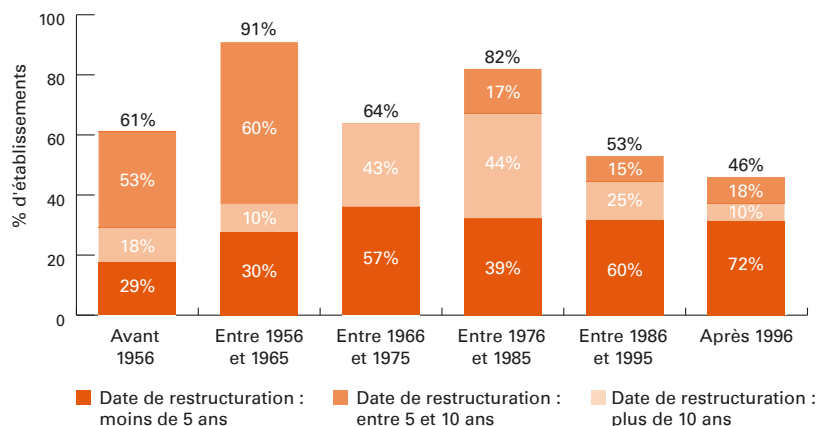


► **Répartition des établissements par année de construction des EHPAD et par statut juridique**

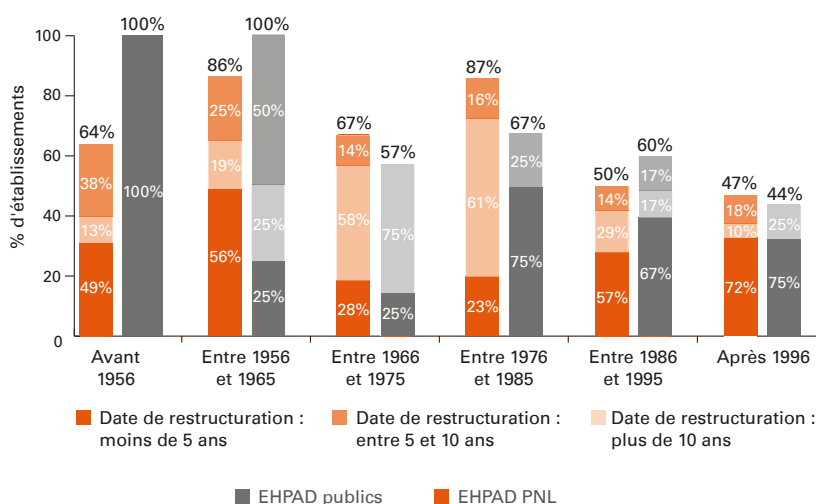
**76% des EHPAD publics ont plus de 15 ans, contre 59% des EHPAD PNL.**



► **Restructuration des établissements selon leur date de construction**



► **Restructuration des établissements selon leur date de construction (par statut juridique)**



• Diagnostic accessibilité

Taux de réponse : 80%

La loi du 11 février 2005, à l'article L.111-7-3, impose que les établissements recevant du public soient accessibles aux personnes handicapées.

Le diagnostic accessibilité permet de dresser le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant (un bâtiment, ou un établissement). Ce diagnostic analyse la situation de l'établissement au regard des obligations de la loi, décrit les travaux nécessaires pour respecter les conditions d'accessibilité qui doivent être satisfaites avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**Parmi les EHPAD construits avant 2007, 41% des établissements ont réalisé leur diagnostic accessibilité.**

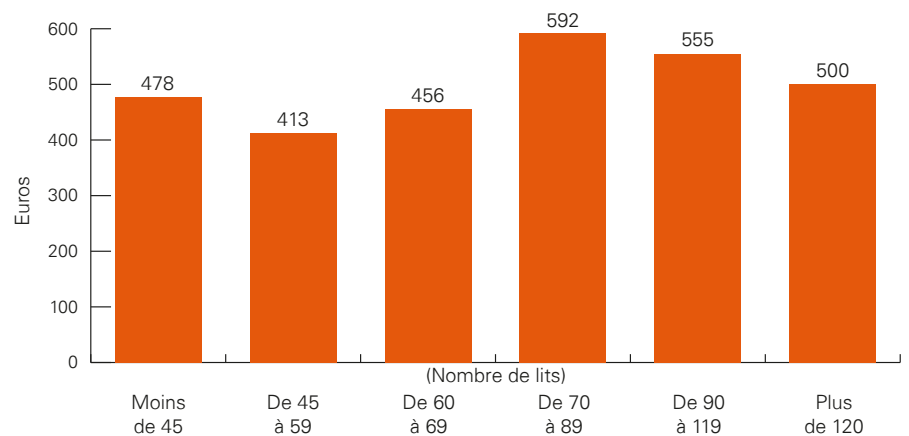
**Le montant des travaux à réaliser suite au diagnostic accessibilité s'élève à 3 352 € par lit en moyenne (médiane : 1 295 €).**

### ► Coût de la maintenance et de l'entretien sur biens immobiliers par lit

#### Coût de la maintenance et entretien sur biens immobiliers du panel global par situation géographique et par statut juridique

	Situation géographique		Statut juridique		Panel global (€)
	Ile-de-France (€)	Hors Ile-de-France (€)	EHPAD PNL (€)	EHPAD publics (€)	
Médiane	638	470	476	469	476
Moyenne	470	476	519	476	514

#### Coût de la maintenance et entretien sur biens immobiliers par capacité



### ► Coût global de l'immobilier par lit\*

#### Coût de l'immobilier par lit par statut juridique

Le coût de l'immobilier par lit est plus élevé pour les EHPAD publics locataires que les EHPAD PNL locataires. En revanche, pour les EHPAD propriétaires, le coût de l'immobilier par lit est plus élevé pour les EHPAD PNL.

#### EHPAD locataires

	EHPAD PNL (€)	EHPAD publics (€)	Ensemble des EHPAD locataires (€)
Par an	3 251	3 436	3 272
Par jour	8,91	9,41	8,97

**\* Modalité de calcul :**

Pour les EHPAD locataires, le coût de l'immobilier par lit est calculé à partir de la somme des montants liés à l'entretien et à la maintenance de l'immobilier et des loyers. Pour les EHPAD propriétaires, le coût de l'immobilier par lit est calculé à partir de la somme des montants liés à l'entretien et à la maintenance de l'immobilier, des montants des intérêts d'emprunts et des montants des dotations aux amortissements liés à l'immobilier.

Le coût de la maintenance et de l'entretien sur biens immobiliers par lit se calcule en prenant les montants des comptes « entretiens et réparations sur biens immobiliers et de maintenance sur biens immobiliers » rapporté à la capacité autorisée de l'EHPAD.

## EHPAD propriétaires

	EHPAD PNL (€)	EHPAD publics (€)	Ensemble des EHPAD propriétaires (€)
Par an	3 345	2 817	3 219
Par jour	9,16	7,72	8,82

### Coût moyen journalier de l'immobilier par lit en fonction des années de restructuration et des investissements lourds dans l'immobilier

	EHPAD locataires (€)	EHPAD propriétaires (€)
Moins de 5 ans	9,03 (3 298 par an)	10,33 (3 768 par an)
Entre 5 et 10 ans	6,80 (2 512 par an)	7,15 (2 619 par an)
Plus de 10 ans	5,60 (2 044 par an)	6,88 (2 512 par an)

**Le coût de l'immobilier moyen tend à augmenter pour les EHPAD ayant investi lourdement durant ces dix dernières années.**

### Coût moyen journalier des assurances par lit

	EHPAD propriétaires et emphytéotes (€)	EHPAD locataires et mise à disposition (€)	Autres
Moyenne	0,40	0,38	0,33
Médiane	0,30	0,30	0,29

## Avis d'expert

Le contexte global difficile que nous traversons rend désormais indispensable la mise en oeuvre d'une politique immobilière optimale afin de redonner des marges de manœuvre aux établissements.

A l'heure actuelle, l'observatoire EHPAD de KPMG nous indique que la part de l'immobilier représente environ 25% du tarif hébergement (entre 9 et 10 €/lit/jour) comprenant une part d'entretien/maintenance de près de 0,5% du coût de construction. Or, il peut être admis par les spécialistes de l'immobilier une fourchette annuelle entre 1,5 à 3% de ce même coût.

Le patrimoine des établissements est vieillissant : plus de 40% des EHPAD de l'échantillon ont plus de 30 ans, et plus de 50% des ESMS de l'échantillon n'ont pas opéré d'opérations de restructuration lourde depuis plus de 15 ans.

Les EHPAD de l'échantillon hébergent une population âgée (plus de 85 ans en moyenne) et un GMP important (proche de 700 en moyenne), soit un niveau élevé de dépendance qui entraîne l'implantation d'équipements immobiliers et médicaux spécifiques, et pour lesquels la plupart des structures n'a pas encore opéré totalement cette mutation.

Les chiffres mis à jour par l'observatoire démontrent que l'élaboration d'une stratégie patrimoniale foncière et immobilière va constituer dans les dix prochaines années un enjeu à part entière dans le devenir des EHPAD, des politiques publiques et notamment pour contenir le tarif hébergement, car celui-ci pourrait augmenter considérablement compte tenu des différents points évoqués ci-avant.

Mais comment réduire l'impact de ces mesures pourtant nécessaires et indispensables ?

Les différentes évolutions des modes de prises en charge (Alzheimer, accueil de jour, accueil temporaire, HAD etc.) entraînent déjà des modifications profondes des organisations, et vont donc venir impacter directement les infrastructures immobilières. Le changement de culture des gestionnaires (que ce soit en tant que locataires exploitants ou propriétaires) doit s'opérer rapidement et l'objectif de la gestion dynamique du patrimoine complète l'objectif général de maintien de l'attractivité, de la sécurité et de la qualité de prise en charge des EHPAD dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint.

## c. Coûts liés à la section dépendance

Taux de réponse : 76%

### a. Coût net journalier de la section dépendance

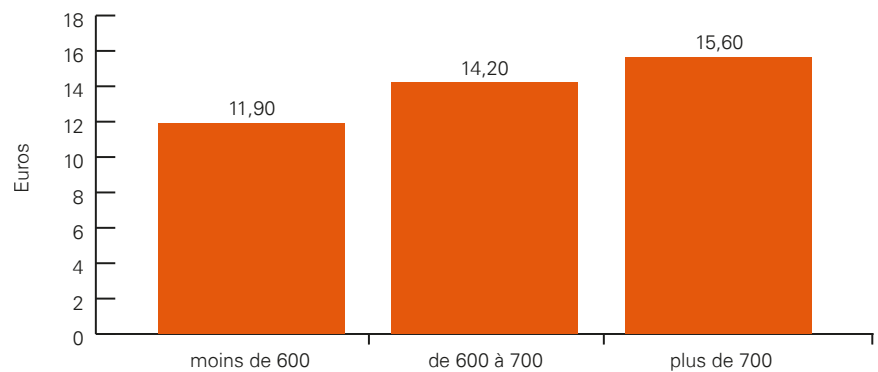
#### ► Coût net journalier de la section dépendance par statut juridique\*

**Le coût net journalier moyen de la section dépendance par résident, dans un EHPAD PNL est de 14,09 € (médiane : 13,87 €) et de 14,36 € dans un EHPAD public (médiane : 13,85 €).**

- Coût net journalier de la section dépendance par niveau de dépendance

**Il existe une corrélation entre le coût net journalier de la section dépendance et le niveau de GMP.**

### Coût net journalier de la section dépendance



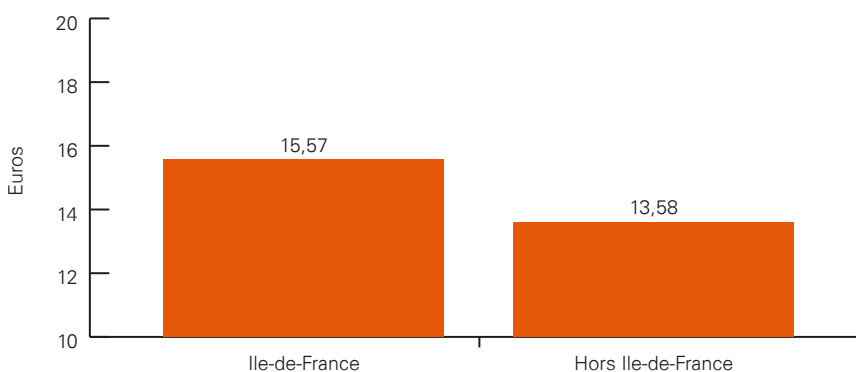
\* **Modalité de calcul** : le coût net journalier de la section dépendance est calculé en divisant le montant des charges nettes liées à l'hébergement (charges diminuées des recettes en atténuation) par la capacité autorisée de l'EHPAD.



### ■ Coût net journalier de la section dépendance par situation géographique

Les EHPAD d'Ile-de-France ont un coût net journalier moyen de dépendance supérieur aux EHPAD hors Ile-de-France de 13%.

#### Coût net journalier de la section dépendance



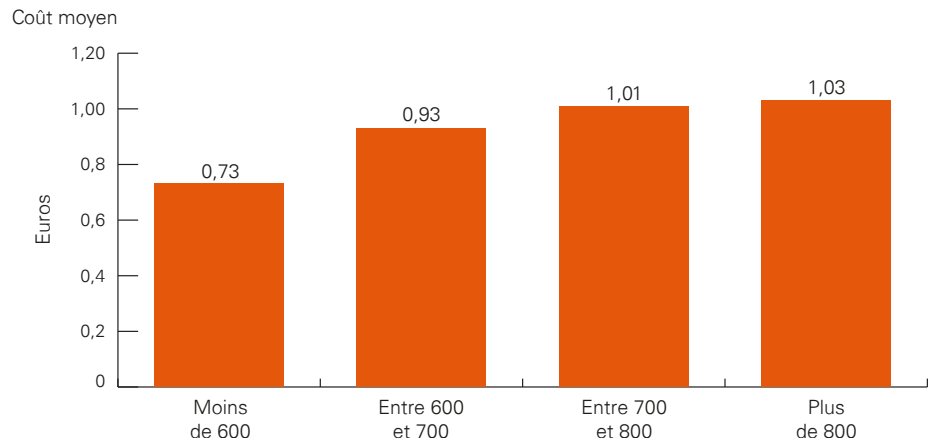
#### b. Coûts spécifiques relatifs à la section dépendance

Taux de réponse : 69%

- Coût des couches et alèses par lit du panel global

	Coût moyen (€)	Coût médian (€)
Par an	336	314
Par jour	0,92	0,86

- Coût des couches et alèses par tranche de GMP



## Avis d'expert

Peu de surprise concernant le coût net journalier de la section dépendance : plus le niveau de dépendance est élevé (ce que constate le GMP), plus le besoin en personnel (qui représente plus de 85% des charges de cette section) auprès des résidents est important (changes, toilettes, aide au repas...) et plus le coût à la journée est élevé.

La section dépendance est représentée à plus de 85% par des charges de personnel. Les rémunérations étant plus élevées en Ile-de-France et la demande relativement importante sur les postes d'aides soignantes en région parisienne, c'est à travers cet écart général de rémunération Ile-de-France/province qu'il convient de considérer cette différence.

Le coût des couches et alèses par lit augmente de 13,5% par rapport à 2010. Cette forte augmentation trouve son explication dans la hausse générale de ces produits liée à l'inflation des matières premières (cellulose et dérivés de produits pétroliers), dans une plus grande technicité des gammes proposées par les fournisseurs (permettant une meilleure individualisation des protections) et dans une augmentation générale du niveau de dépendance en EHPAD. Malgré le renforcement des outils de gestion mis à disposition par les principaux fournisseurs, nous constatons donc une augmentation significative sur un an.

Le coût des couches et alèses progresse naturellement selon le niveau de GMP puisque plus le niveau de dépendance est élevé, plus le nombre de personnes incontinentes augmente et plus les produits utilisés sont coûteux à l'unité car correspondants à des changes complets avec de forts degrés d'absorption.

*Damien Collard, Chef de Service Solidarité, Grand Age et Handicap, Conseil Général*

## d. Coûts liés à la section soins

### a. Coût net journalier des soins\*

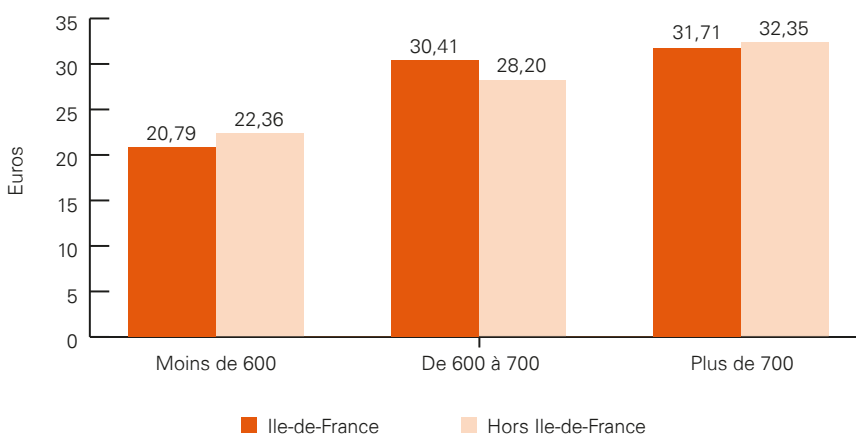
Taux de réponse : 75%

- Coût net journalier des soins par statut juridique

**Le coût net journalier des soins par résident dans un EHPAD PNL est de 27,57 € (médiane : 27 €) et de 32,70 € dans un EHPAD public (médiane : 27 €).**

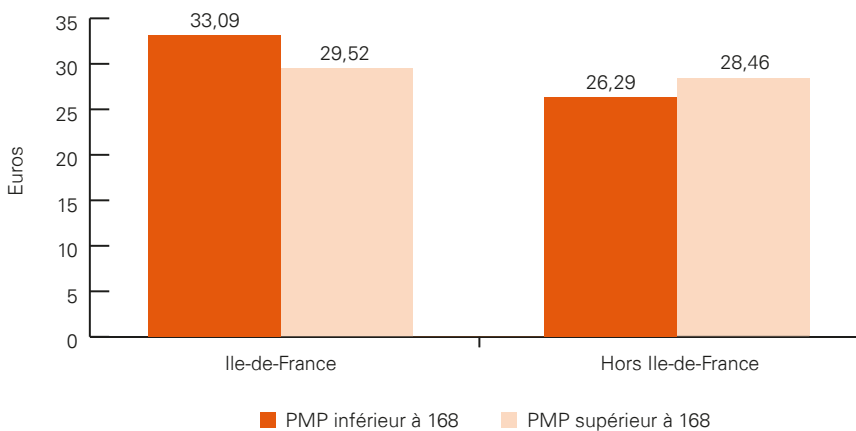
- Coût net journalier des soins par niveau de dépendance et situation géographique

#### Coût net journalier des soins



- Coût net journalier des soins par niveau de PMP

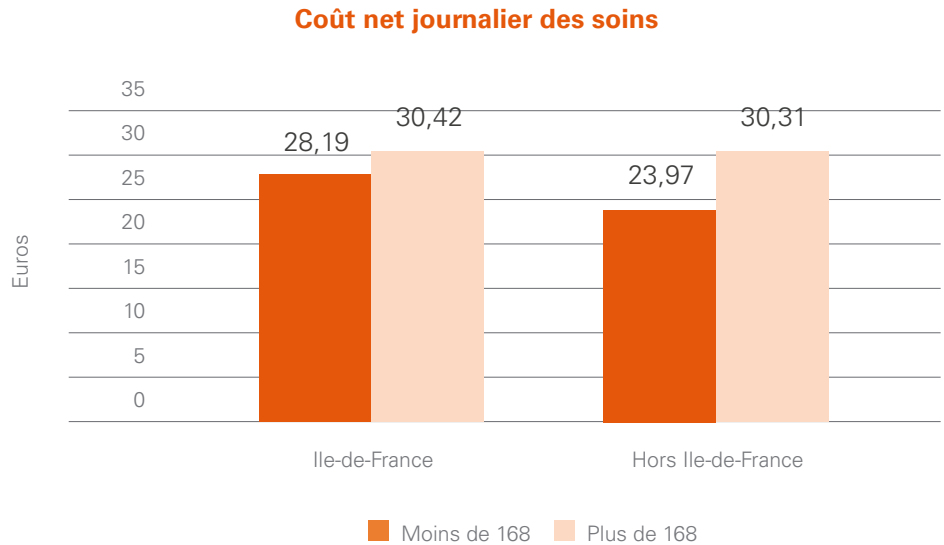
#### Coût net journalier des soins



\* Modalité de calcul : le coût net journalier des soins est calculé en divisant le montant des charges nettes liées aux soins (charges diminuées des recettes en atténuation) par la capacité autorisée de l'EHPAD.

- Coût net journalier des soins pour les EHPAD ayant signé une convention tripartite de deuxième génération par niveau de PMP et situation géographique

Taux de réponse : 75%



### b. Coûts globaux relatifs aux soins

- Convergence tarifaire

**21% des EHPAD du panel sont en convergence tarifaire.**

- Coût des fournitures et prestations médicales\*

Taux de réponse : 98%

#### ▀ Coût des fournitures et prestations médicales par option tarifaire

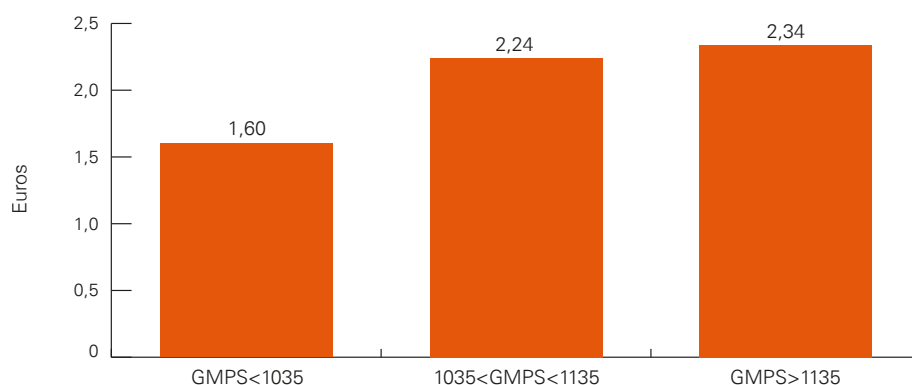
**Le coût moyen journalier pour les EHPAD au tarif global est de 2,59 € (945 € par mois) et de 1,74 € pour les EHPAD au tarif partiel (635 € par mois). Ce coût est donc 30% plus élevé pour les EHPAD en tarif global.**

#### ▀ Coût des fournitures et prestations médicales par tranche de GMPS<sup>2</sup>

**Le coût moyen journalier des prestations et fournitures médicales augmente avec le GMPS de l'EHPAD.**

<sup>2</sup> Pour les établissements assujettis à la tarification au GMPS, la règle de calcul est la suivante : valeur annuelle du point x [(GMP + (PMP x 2,59)]

## Coût moyen journalier des fournitures et prestations médicales



### Avis d'expert

Le coût des soins pris en charge par l'assurance maladie dans les EHPAD est en croissance constante du fait, certes de l'évolution des besoins de soins et d'aide à l'autonomie exprimés par les résidents, mais aussi de l'augmentation lente mais résolue du nombre d'établissements tarifés au fonction du GMPS.

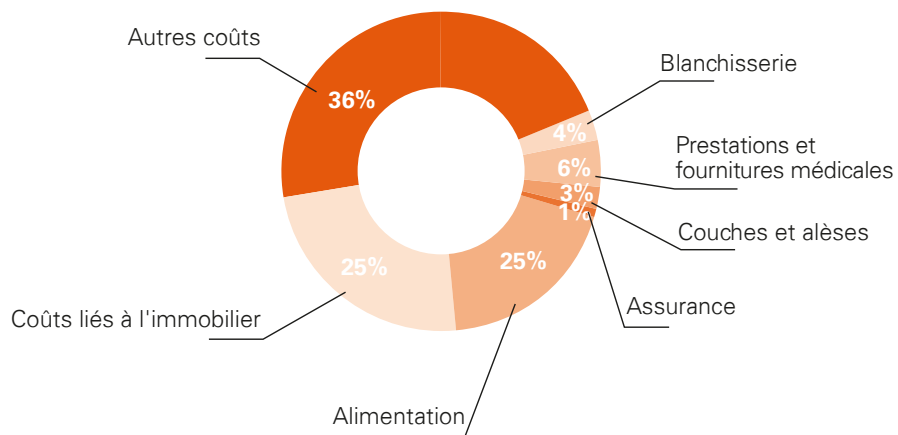
L'autre caractéristique repose sur la part significative d'établissements en situation de convergence tarifaire sur leur dotation soins, cette situation révèle les effets délétères de l'instauration des tarifs plafond dans un secteur reconnu comme étant sous doté notamment en personnel soignant. Il est maintenant urgent que les principes constitutifs de la réforme de la tarification des soins dans les EHPAD amorcées par l'institution des tarifs plafond soient remises en débat.

L'Uniopss reste attachée à ce que la tarification des EHPAD puisse continuer de s'inscrire dans un débat budgétaire permettant de faire valoir les besoins spécifiques des populations accueillies.

*Alain Villez, Conseiller technique « Personnes âgées », Uniopss*

## e. Synthèse

La ventilation des coûts moyens par jour et par type de poste (hors frais de personnels) :



\* **Autres** : prestations externes, charges de gestion courantes, charges exceptionnelles...









# 4. Ressources humaines

## a. Taux d'encadrement

### a. Taux d'encadrement global\*

Taux de réponse : 70%

- Taux d'encadrement global du panel

	Taux d'encadrement global
minimum	0,31
maximum	1,15
médiane	0,59
moyenne	0,59

- Taux d'encadrement global selon le siège autorisé

**Pour les EHPAD gérés par un organisme multiétablissement (61% du panel) et disposant d'un siège autorisé, le taux d'encadrement moyen s'élève à 0,58 ETP contre 0,61 ETP lorsque l'organisme gestionnaire ne dispose pas d'un siège autorisé.**

\* Modalité de calcul : le taux d'encadrement est calculé en rapportant le nombre d'équivalent temps plein (ETP) au nombre de lits « occupés ».

- Taux d'encadrement global par type de convention tripartite

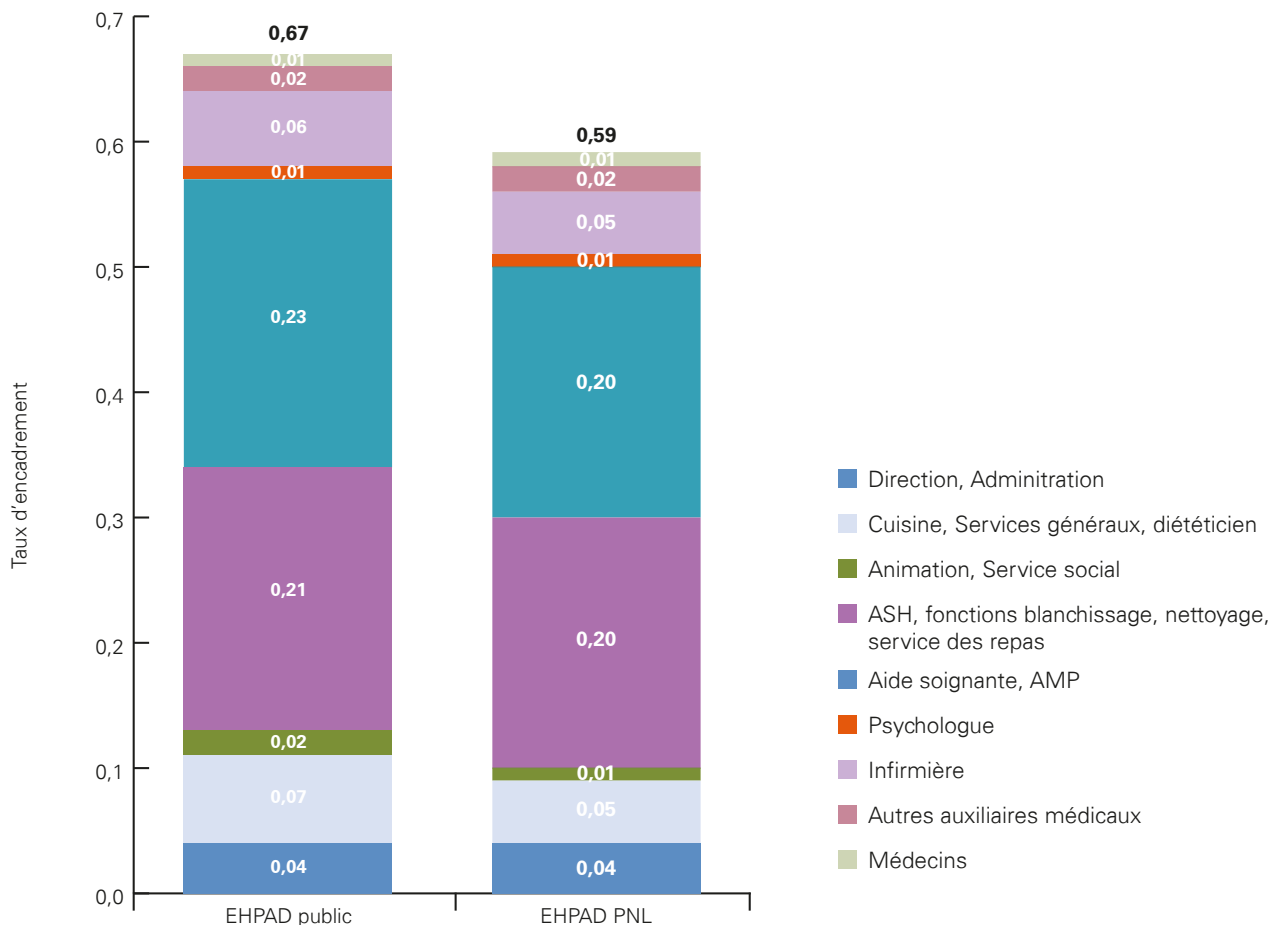
**Le taux d'encadrement est de 0,60 ETP pour les EHPAD signataires d'une convention tripartite de première génération et de 0,59 ETP pour les EHPAD signataires d'une convention tripartite de seconde génération.**

- Taux d'encadrement global selon le type de convention tripartite et le siège autorisé

**Lorsque des gestionnaires disposent d'un siège autorisé, le taux d'encadrement s'établit à 0,60 ETP pour les signataires d'une convention tripartite de première génération. Pour les signataires d'une convention tripartite de seconde génération, le taux d'encadrement s'élève à 0,57 ETP en cas de siège autorisé et 0,62 ETP sans siège autorisé.**

- Taux d'encadrement global par statut juridique et catégorie de personnel

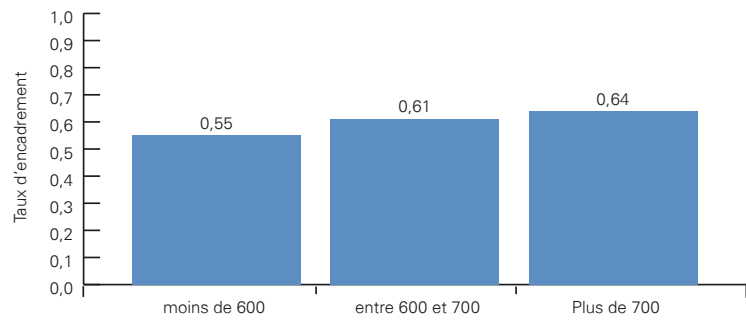
**Le taux d'encadrement par fonction rapporté au taux d'encadrement global indique que la proportion des différentes fonctions dans le taux d'encadrement global est comparable entre les PNL et les établissements publics.**



- Taux d'encadrement global par niveau de GMP

**Le taux d'encadrement global augmente significativement selon le niveau de GMP.**

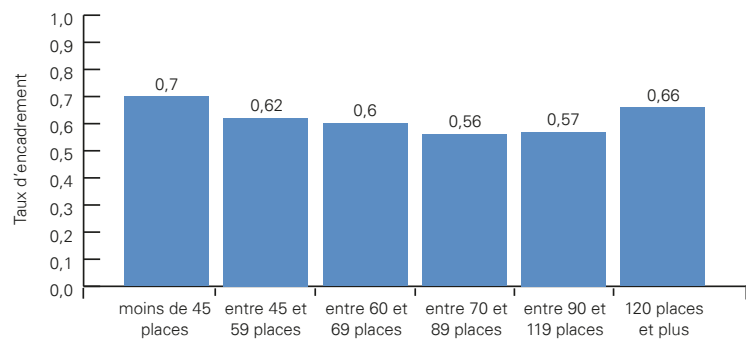
**Taux d'encadrement global**



- Taux d'encadrement global par capacité autorisée

**L'effet de seuil identifié précédemment se situe pour les EHPAD ayant une capacité de 70 à 89 lits.**

**Taux d'encadrement global**



## b. Taux d'encadrement nuit

Taux de réponse : 37%

- Taux d'encadrement nuit du panel global

	Taux d'encadrement nuit
minimum	0,01
maximum	0,14
médiane	0,03
moyenne	0,036

- Taux d'encadrement nuit par statut juridique

**Le taux d'encadrement nuit moyen est de 0,036. Ce taux est identique pour les EHPAD publics et PNL.**

- Taux d'encadrement nuit par GMP

**Il n'y a pas de corrélation entre le taux d'encadrement nuit et le GMP. Ce taux est équivalent quel que soit le niveau de dépendance des résidents.**

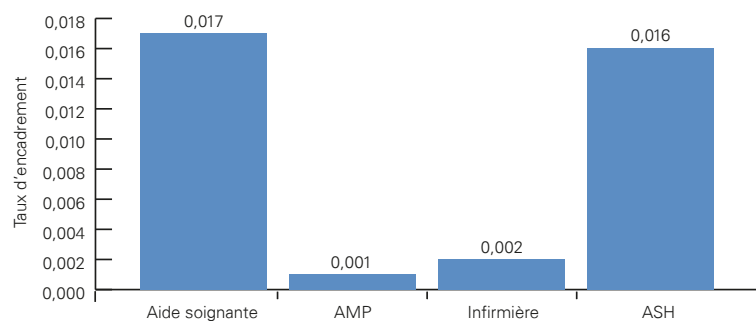
- Taux d'encadrement nuit par capacité

**En dessous de 60 places, le taux d'encadrement nuit est supérieur au taux d'encadrement moyen des EHPAD. Au-delà de 60 places, le taux d'encadrement nuit est stable (effet de seuil).**

- Taux d'encadrement nuit par catégorie de personnel

**Parmi le personnel présent la nuit, la majorité est composée d'aides soignants et d'ASH.**

### Taux d'encadrement nuit



### c. Taux d'encadrement par section tarifaire

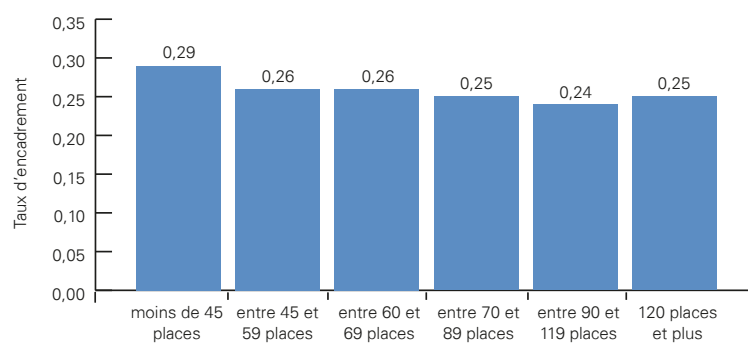
- Taux d'encadrement de la section hébergement

Taux de réponse : 69%

**Le taux moyen d'encadrement de la section hébergement est de 0,25.**

Taux d'encadrement hébergement	
minimum	0,10
maximum	0,43
médiane	0,25
moyenne	0,25

#### Taux d'encadrement hébergement



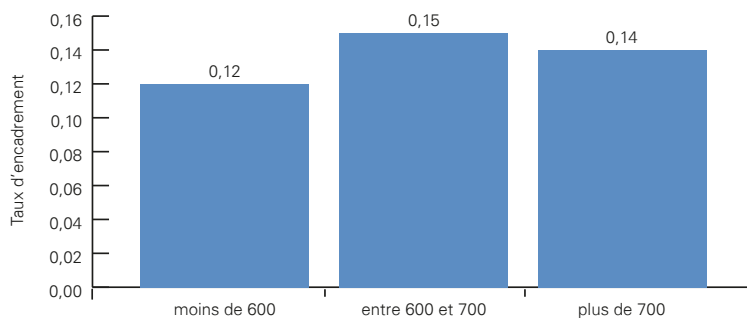
- Taux d'encadrement de la section dépendance

Taux de réponse : 69%

**Le taux moyen d'encadrement de la section dépendance est de 0,13.**

Taux d'encadrement dépendance	
minimum	0,06
maximum	0,29
médiane	0,13
moyenne	0,13

### Taux d'encadrement dépendance selon le niveau de GMP



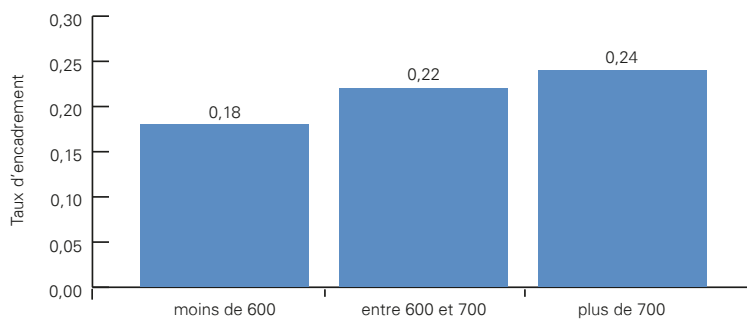
- Taux d'encadrement de la section soins

Taux de réponse : 70%

**Le taux moyen d'encadrement de la section soins est de 0,21.**

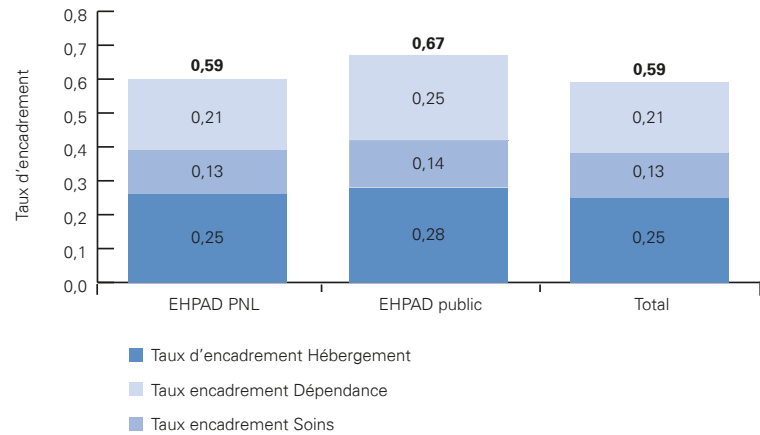
Taux d'encadrement soins	
minimum	0,04
maximum	0,50
médiane	0,21
moyenne	0,21

### Taux d'encadrement soins par niveau de GMP

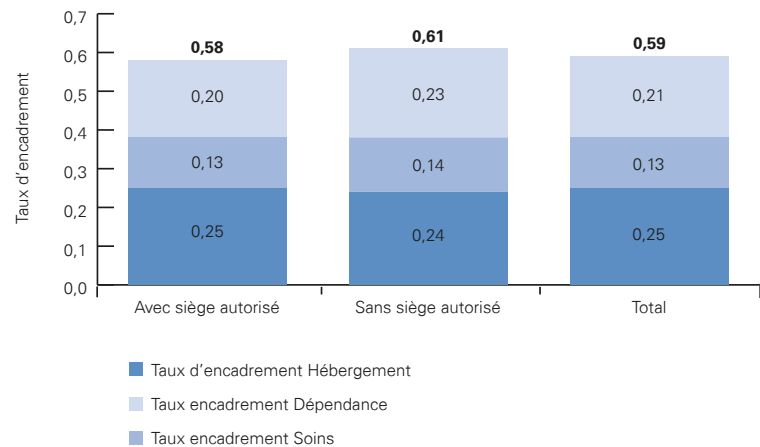


- Synthèse

### Taux d'encadrement par section tarifaire et par statut juridique



### Taux d'encadrement par section tarifaire et selon le siège autorisé (gestionnaires multiétablissement)

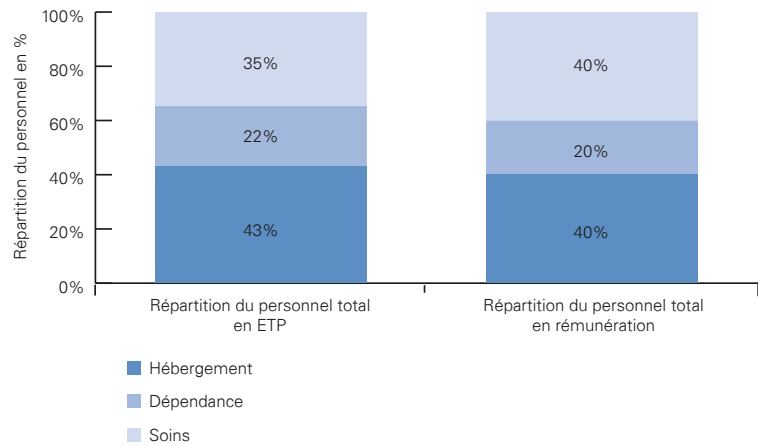


## b. Répartition du personnel

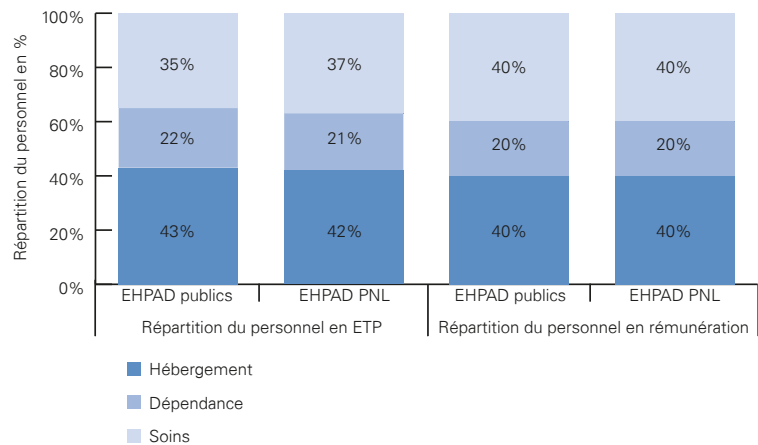
### a. Répartition du personnel médian en ETP et en rémunération\*

**La section hébergement emploie le plus de personnes quel que soit le statut juridique du gestionnaire. La section soins représente moins de postes mais davantage de coûts dans les charges de personnels.**

#### Répartition du personnel



#### Répartition du personnel par statut juridique



\* **Modalité de calcul** : la répartition du personnel en ETP se calcule en rapportant le nombre d'ETP par section tarifaire au nombre d'ETP total. La répartition du personnel en rémunération se calcule en rapportant le montant des rémunérations par section tarifaire au montant total des rémunérations.



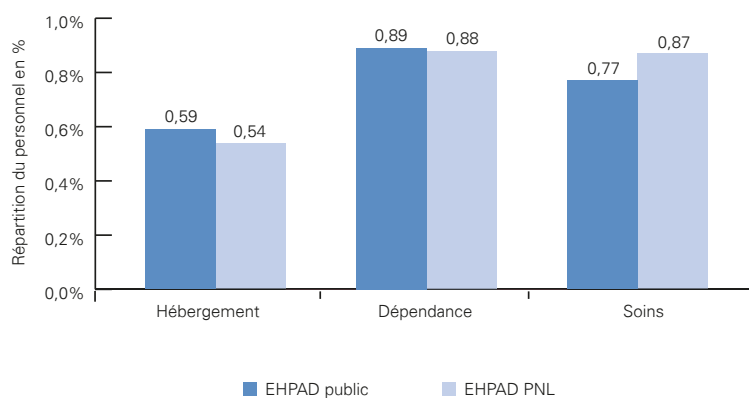
## b. Répartition du personnel dans les charges\*

- Répartition du personnel dans les charges du panel global

**Les charges nettes de personnel représentent 85% de la section soins et 88% de la section dépendance contre 55% pour la section hébergement. Au total, les charges nettes de personnels représentent 72% du budget total des EHPAD.**

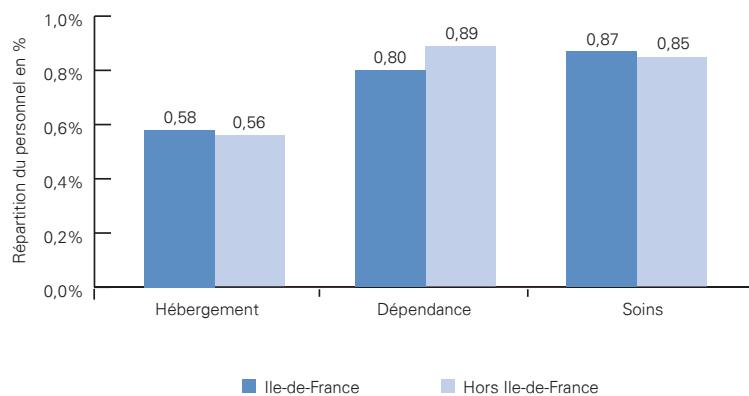
- Répartition du personnel dans les charges par statut juridique

### Répartition du personnel dans les charges



- Répartition du personnel dans les charges par situation géographique

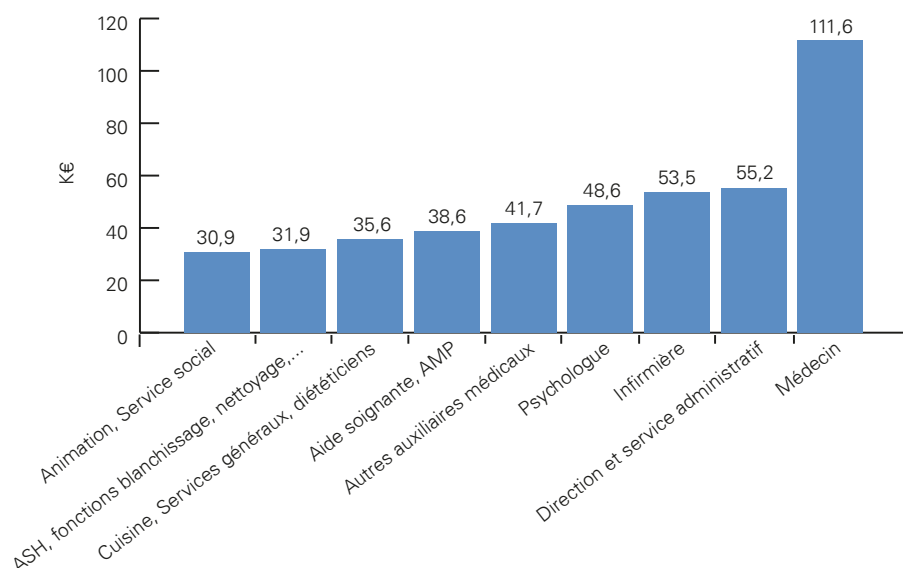
### Répartition du personnel dans les charges



\* Modalité de calcul : la répartition du personnel dans les charges se calcule en rapportant le coût net du personnel par section tarifaire au total des charges nettes par section tarifaire

## c. Coût des postes

### a. Rémunération moyenne par fonction\*



### b. Rémunération moyenne par fonction et par situation géographique

Moyenne du coût du personnel en K€ par an	Ile-de-France	Hors Ile-de-France
Direction et service administratif	56,5	55
Cuisine, Services généraux, diététicien	35,6	35,6
Animation, Service social	33,7	30,5
ASH, fonctions blanchissage, nettoyage, service des repas	31,9	31,9
Aide soignante, AMP	40,1	38,5
Psychologue	49,3	48,5
Infirmière	60,7	52,7
Autres auxiliaires médicaux	41,8	41,7
Médecin	124,1	110,1

\* Modalité de calcul : le coût du personnel se calcule en rapportant la rémunération moyenne par catégories de personnels au nombre d'ETP total (par catégories de personnels)..



## Avis d'expert

Les résultats de l'observatoire EHPAD présentés cette année font état de taux d'encadrement assez proches de ceux observés dans le cadre des enquêtes que la FEHAP mène auprès de ses adhérents. Ceux-ci évoluent peu d'une année sur l'autre.

Les EHPAD sont confrontés, depuis plusieurs années, aux effets des orientations données aux politiques publiques en faveur des structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes. En effet, si l'une des ambitions du plan solidarité grand âge 2007-2012 était d'« augmenter le nombre de personnels soignants pour disposer, au terme du Plan, d'un professionnel par résident dans les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes », force est de constater que le retard pris dans le renouvellement des conventions tripartites pluriannuelles ne permet pas de remplir pleinement cet objectif. En conséquence, l'évolution des taux d'encadrement dans les EHPAD est impactée dans la mesure où les moyens financiers nouveaux accordés par les ARS et les CG en matière de personnels sont liés au renouvellement de ces conventions.

Par ailleurs, les consignes passées aux ARS lors des campagnes budgétaires 2011 et 2012 en matière de suspension du passage au tarif global ont eu des conséquences majeures pour les EHPAD : la gestion en tarif global présente des intérêts médico-économiques évidents. En effet, pour certains EHPAD, le passage au tarif global répond aux problématiques posées par la convergence tarifaire. Pour d'autres établissements, le tarif global apparaît comme le seul moyen d'assurer la médicalisation avec du temps médical salarié, compte-tenu de la raréfaction du temps médical libéral dans certains territoires, en zone rurale et semi-rurale notamment. Pour d'autres encore, cette option est indispensable à la levée des blocages des conventions tripartites. Le rapport rendu par l'IGAS en janvier 2012 à la Ministre en charge des affaires sociales de l'époque, relatif à l'évaluation de l'option tarifaire dite globale, préconisait justement le rétablissement immédiat de ce droit d'option tarifaire prévu par le code de l'action sociale et des familles.

Si les EHPAD sont confrontés à des difficultés majeures, marquées notamment par l'arrêt de la politique de médicalisation et l'absence de financement de l'option tarifaire globale dans les EHPAD ou encore la sous consommation annuelle des crédits de médicalisation par les ARS, des tensions de même ordre pèsent également sur les budgets relatifs à la dépendance financés par les conseils généraux, du fait de taux d'évolution annuels proches de 0. De la même manière, dans un objectif de maîtrise du reste à charge dans les maisons de retraite, question cruciale pour les personnes et leurs familles, nombre de structures privées non lucratives contiennent les évolutions tarifaires qui pèsent sur les tarifs relatifs à l'hébergement, en lien avec les conseils généraux s'agissant des places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement.

Pour autant, dans un contexte de fortes tensions dans l'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux, et dans l'attente d'une réforme globale du système de financement attendue depuis l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, les EHPAD privés non lucratifs se positionnent sur les territoires en tant qu'acteurs à forte valeur ajoutée et dont la capacité d'adaptation aux demandes des financeurs n'est plus à prouver.



# 5. Tarifs appliqués par les EHPAD

## a. Tarification de la dépendance

**Le tarif moyen de la dépendance est plus élevé dans les EHPAD Ile-de-France (en moyenne 3 € de plus).**

**Les résidents dont le GIR est compris entre le GIR 1 et le GIR 4 peuvent prétendre à l'APA. Cette allocation est financée par le département.**

**Le tarif moyen dépendance se répartit ainsi :**

	Panel global			Par situation géographique					
	GIR 5-6	GIR 3-4	GIR 1-2	Ile-de-France			Hors Ile-de-France		
				GIR 5-6	GIR 3-4	GIR 1-2	GIR 5-6	GIR 3-4	GIR 1-2
<b>Tarif moyen de la dépendance (€)</b>	7,01	13,82	20,81	9,40	16,97	24,91	6,80	13,59	20,52

## b. Reste à charge\* selon l'habilitation à l'aide sociale

Taux de réponse : 63%

*Les EHPAD sont habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale.*

*L'aide sociale à l'hébergement est une prestation sociale visant à solvabiliser le coût du tarif hébergement pour les personnes âgées dépendantes prises en charge en établissement. Le reste à charge du résident correspond au montant payé par ce dernier, diminué de ses aides.*

\* Modalité de calcul : le reste à charge pour le résident correspond au tarif hébergement auquel s'ajoute le forfait dépendance des GIR 5 et 6. / Dettes.

### a. Reste à charge des places non habilitées à l'aide sociale

- Reste à charge des places hors aide sociale du panel global

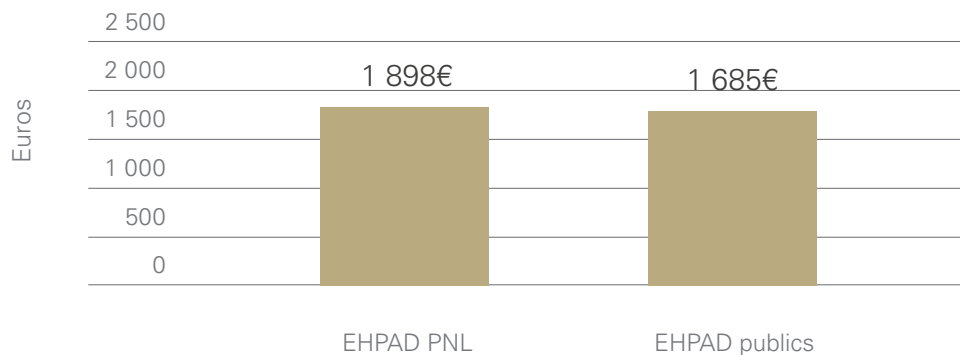
**Le reste à charge moyen hors aide sociale du panel global s'élève à 1 857 € (médiane : 1 775 €) par mois.**

Reste à charge (hors aide sociale)	Par jour (€)	Par mois (€)
Moyenne	60,89	1 857
Médiane	58,22	1 775
Minimum	43,73	1 333
Maximum	122,2	3 727

- Reste à charge médian des places hors aide sociale par statut juridique

**Le reste à charge médian des places hors aide sociale est plus élevé pour les EHPAD PNL.**

### Reste à charge moyen des places non habilitées à l'aide sociale (€)



- Reste à charge des places hors aide sociale par situation géographique

	Ile-de-France		Hors Ile-de-France	
	Par jour (€)	Par mois (€)	Par jour (€)	Par mois (€)
Moyenne	80,05	2 442	59,64	1 819
Médiane	61,08	1 863	58,20	1 775
Minimum	61,45	1 874	43,73	1 334
Maximum	122,26	3 729	122,00	3 721

**Le reste à charge médian des places hors aide sociale est plus élevé pour les EHPAD se situant en Ile-de-France.**

#### **b. Reste à charge des places habilitées à l'aide sociale**

- Reste à charge des places habilitées à l'aide sociale du panel global

**Le reste à charge moyen (aide sociale) s'élève à 1 790 € (médiane : 1 752 €) par mois pour la totalité du panel.**

	<b>Par jour (€)</b>	<b>Par mois (€)</b>
Moyenne	58,70	1 790
Médiane	57,45	1 752
Minimum	27,91	851
Maximum	122,26	3 729

**Le reste à charge moyen des EPHAD PNL habilités à l'aide sociale est de 1 831 € (médiane: 1 752 € ), contre 1 654 € pour les EHPAD publics (médiane: 1 751 €).**

### **Avis d'expert**

D'un point de vue strictement économique, la question du reste à charge en établissement d'hébergement peut être abordée de deux façons radicalement opposées : la première consistant à solvabiliser la demande (en augmentant le niveau des retraites ou complétant pour certains les revenus liés à la retraite par une aide sociale), la seconde consistant à agir sur le modèle de construction du coût d'hébergement. Étant donné l'état des finances publiques, et hors certains cas particuliers, la première solution semble difficile à mettre en œuvre à court terme. De même, le recours au patrimoine de la personne âgée doit servir à faire face, non au coût de la prestation d'hébergement de base, mais, selon le choix de la personne, à celui des prestations de confort améliorant la qualité de vie de la personne.

La voie à développer dans une loi d'orientation sur le vieillissement ayant notamment pour objectif de solutionner de manière pérenne la question du reste à charge en EHPAD en France est donc de travailler sur le modèle de construction du coût d'hébergement : la puissance publique doit intervenir plus qu'elle ne le fait aujourd'hui, et comme elle le fait pour les écoles, les collèges, les lycées, conserver dans son patrimoine le foncier et les murs des EHPAD, en laissant l'exploitation à l'opérateur qu'il soit public, privé à but lucratif ou non lucratif. La moindre exigence de rentabilité qui en résultera aura un effet positif sur le tarif des EHPAD.

*Gilles Duthil, Président d'honneur, Institut SilverLife*





# 6. Situation financière

## a. Le fonds de roulement

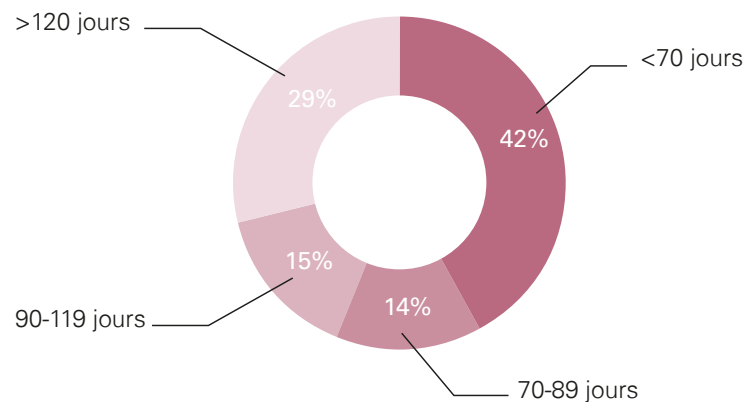
### a. Le fonds de roulement net global (FRNG)

Taux de réponse : 46%

*Le fonds de roulement correspond à la marge de sécurité financière de l'établissement. Il représente les fonds propres restant après financement des immobilisations.*

**85% des EHPAD répondant ont un fonds de roulement net global positif. Celui-ci représente en moyenne 110 jours d'activité\*.**

**Le fonds de roulement net global positif se répartit de la manière suivante :**

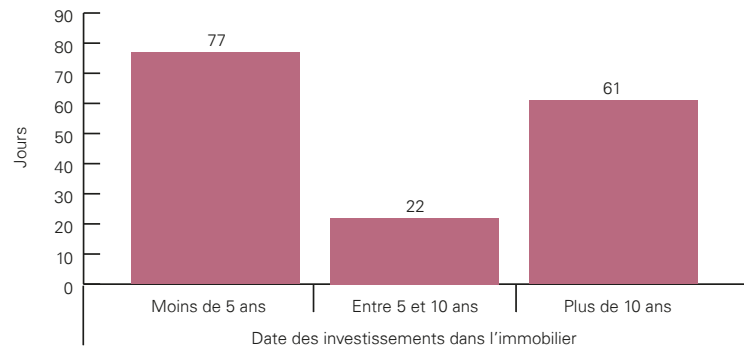


**15% des EHPAD répondant ont un fonds de roulement négatif dont la moyenne représente 76 jours d'activité.**

\* Modalité de calcul : fonds de roulement rapporté aux charges de l'exercice multiplié par 365 jours.

**Le fonds de roulement est impacté notamment par la politique d'investissement de l'établissement.**

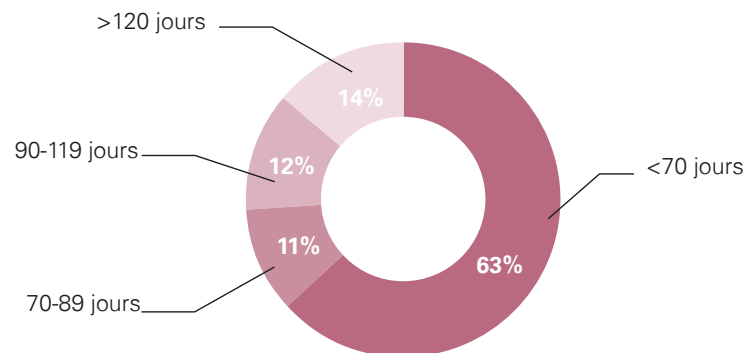
**FRNG moyen pour les EHPAD qui ont investi dans l'immobilier**



**b. Le fonds de roulement d'investissement (FRI)**

*Le fonds de roulement d'investissement correspond à la différence entre les financements stables liés à l'investissement et les valeurs immobilisées. Le fonds de roulement d'investissement doit a priori être positif.*

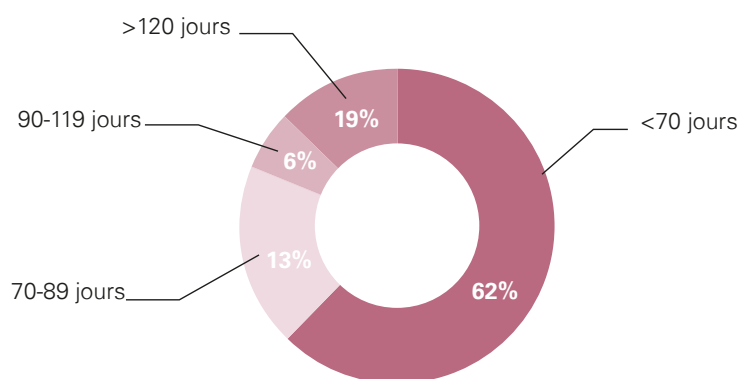
**76% des EHPAD répondant ont un fonds de roulement d'investissement positif qui représente en moyenne 72 jours d'activité. Le fonds de roulement d'investissement positif se répartit de la manière suivante :**



### c. Le fonds de roulement d'exploitation (FRE)

*Le fonds de roulement d'exploitation est constitué par la différence entre les ressources stables destinées à financer l'exploitation et les actifs d'exploitation de long terme. Il a pour but de financer le décalage de trésorerie lié au cycle d'exploitation.*

**73% des EHPAD répondant ont un fonds de roulement d'exploitation positif qui représente en moyenne 87 jours d'exploitation. Le fonds de roulement d'exploitation positif se répartit de la manière suivante :**



### b. Le besoin en fonds de roulement

*Le besoin en fonds de roulement (BFR) représente le décalage de trésorerie entre les encaissements et les décaissements, provenant de l'activité courante de l'EHPAD.*

*Les BFR positifs correspondent à des Excédents de Financement d'Exploitation (EFE).*

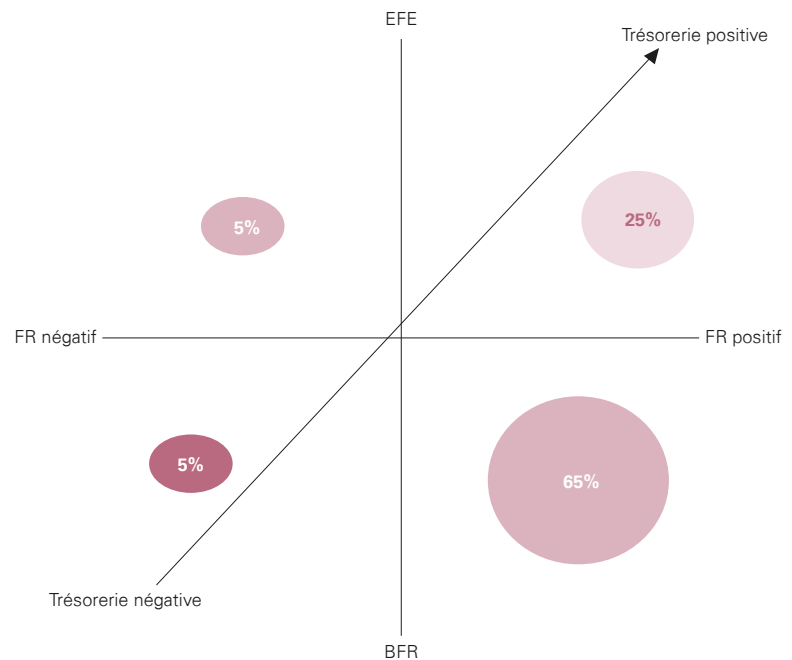
**70% des EHPAD du panel ayant répondu présentent un besoin en fonds de roulement.**

**Deux tiers des EHPAD du panel ont un BFR dont la moyenne représente 76 jours de dépenses d'exploitation.**

**Un tiers d'entre eux ont un EFE dont la moyenne représente 102 jours de dépenses d'exploitation.**

**Pour les EHPAD ayant un BFR, celui-ci est couvert, en moyenne, plus de 3,5 fois par le FRE.**

## c. Synthèse



**25% des EHPAD répondant présentent une situation financière saine, 5% sont en zone de risque (cadrant bas gauche). Les 70% restant peuvent rencontrer des tensions de trésorerie plus ou moins fortes.**

## d. La capacité d'autofinancement (CAF)

Taux de réponse : 10%

*La capacité d'autofinancement nette correspond à l'ensemble des ressources financières «encaissables» générées par l'activité de l'établissement diminué des remboursements d'emprunt (soit CAF brute - remboursements d'emprunts).*

### a. La CAF brute et nette\*

**Proportion d'établissements ayant une CAF positive ou négative.**

**Parmi les établissements ayant une CAF brute positive, un tiers n'ont pas une CAF suffisante pour couvrir leurs emprunts et donc présentent une CAF nette négative.**

	CAF brute	CAF nette
Positive	81%	57%
Négative	19%	43%

\* Modalité de calcul : la CAF nette représente la CAF brute diminuée des remboursements d'emprunts.

### b. Taux de capacité d'autofinancement

*Ce ratio représente la capacité de l'établissement à dégager annuellement grâce à son exploitation les fonds nécessaires aux investissements.*

**Pour les établissements qui génèrent une CAF nette positive, cette dernière représente 5% des produits, soit environ 18 jours d'activité.**

## e. L'autonomie financière

### a. Le taux d'autofinancement des investissements

**Pour les établissements qui génèrent une CAF nette positive, elle couvre en moyenne 5,87% des investissements de l'année. Ce faible taux peut s'expliquer par les coûts d'investissement de renouvellements importants.**

**Les remboursements d'emprunt représentent 40% de la CAF brute.**

### b. Indépendance financière

**En moyenne, les EHPAD répondant présentent une indépendance financière (ratio supérieur à 1) et ainsi une capacité à emprunter.**

	Indépendance financière*
Moyenne	1,86
EHPAD PNL	1,71
EHPAD public	3,10

\* Modalité de calcul : fonds propres / dettes

## *Avis d'expert*

Les équilibres financiers sont globalement respectés mais fera-t-on durablement ce constat ?

Certes, les investissements importants réalisés dans le secteur au cours des dix dernières années (réhabilitation, restructuration) ont été accompagnés par les financeurs soit sous forme de subventions, soit en anticipant les opérations au niveau des budgets, affectation d'excédents ou provisions,

Certes, les règles de financement ont permis de maîtriser les BFR voire de constater des excédents de financement d'exploitation et en conséquence les FRE se retrouvent aujourd'hui dans la plupart des cas suffisants voire excédentaires.

Mais le taux d'autofinancement des investissements est faible et les structures sont très endettées.

Cela représente un risque réel pour les structures qui consacrent aujourd'hui une part importante de leur CAF au remboursement des emprunts.

Demain tout déséquilibre au niveau de l'exploitation, évolution des coûts de personnel, fiscalisation se traduira par un déséquilibre financier s'il n'est pas financé.

*Christine Bucalo, Associée, Expert-comptable, Commissaire aux Comptes, KPMG*





# Lexique

**BFR** : Besoin en fonds de roulement

**CAF** : Capacité d'autofinancement

**EFE** : Excédent de financement d'exploitation

**ETP** : Équivalent temps plein

**FRNG** : Fonds de roulement net global

**GIR** : Groupe iso-ressources

**GMP** : Gir Moyen Pondéré

**GMPs** : Gir Moyen Pondéré soins. ( $GMPs = GMP + PMP * 2,59$ )

**PMP** : Pathos Moyen Pondéré

**PNL** : Privé non lucratif

**PUI** : Pharmacie à usage intérieur

**CPOM** : Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens

# Remerciements

Cette étude a été réalisée par KPMG sous la direction de Bernard Bazillon, Directeur National Économie Sociale et Solidaire, et Irène Scolan, Directrice Adjointe avec le concours de Maud Le Bolloch.

L'élaboration des travaux a été assurée par Christine Bucalo, Loïc Ballet, Stéphane Poreye, Laurent Pradère, Anne Châtel, Marine Pelletier, Virginie Cottin.

**Nous remercions les acteurs et observateurs du secteur social et médico-social qui ont accepté de commenter cette étude :**

**Adeline Leberche** - Directrice du secteur social et médico-social, FEHAP

**Alain Villez** - Conseiller technique personnes âgées, UNIOPSS

**Anabelle Billy** - ANAP

**Damien Collard** - Chef de Service, Service Solidarité, Grand Age et Handicap Direction de la Solidarité Départementale, Conseil Général de la Marne

**Emmanuelle Auber** - Directrice générale adjointe du secteur médico-social, HOSPITALOR

**Florence Arnaiz-Maumé** - Déléguée Générale, SYNERPA

**Françoise Toursière** – Directeur, FNADEPA

**Gilles Duthil** - Président d'honneur, Institut SilverLife

**Isabelle Bordès** - Centre Hospitalier de Beaujeu

**Jean-Marie Vétel** - Médecin gériatre, ancien chargé de mission d'enseignement des outils d'évaluation et de tarifications gériatriques

**Jean-Pierre Hottiaux** - Adjoint au DGA, Direction Départementale de la Solidarité et de la prévention, Conseil Général de la Dordogne

**Sylvie Machuron** - Responsable comptable, ISATIS

Nous sommes reconnaissants aux **323 EHPAD publics et privés non lucratifs** qui ont accepté de répondre à notre enquête et aux **équipes KPMG** qui se sont investies dans le recueil des données.

**kpmg.fr**

## **Contacts**

**Direction Nationale  
Économie Sociale et Solidaire**

**Immeuble Palatin  
3, cours du triangle  
92939 Paris la Défense Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 68 94 59  
E-mail : ecosociale@kpmg.fr**

Les informations contenues dans ce document sont d'ordre général et ne sont pas destinées à traiter les particularités d'une personne ou d'une entité. Bien que nous fassions tout notre possible pour fournir des informations exactes et appropriées, nous ne pouvons garantir que ces informations seront toujours exactes à une date ultérieure. Elles ne peuvent ni ne doivent servir de support à des décisions sans validation par les professionnels ad hoc. KPMG S.A. est une société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes à directoire et conseil de surveillance au capital social de 5 497 100 euros. 775 726 417 RCS Nanterre. Siège social : Immeuble Le Palatin, 3 cours du Triangle, 92939 Paris La Défense Cedex. KPMG S.A. est membre du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative (« KPMG International »), une entité de droit suisse. KPMG International ne propose pas de services aux clients. Aucun cabinet membre n'a le droit d'engager KPMG International ou les autres cabinets membres vis-à-vis des tiers. KPMG International n'a le droit d'engager aucun cabinet membre.

© 2013 KPMG S.A., société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes, membre français du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative, une entité de droit suisse. Tous droits réservés. Le nom KPMG, le logo et « cutting through complexity » sont des marques déposées ou des marques de KPMG International. Imprimé en France.  
Conception - Réalisation : Direction Communication Corporate - Xerox Creative Services - Janvier 2013.