



# Observatoire des EHPAD

Avril 2014



# Édito

Nous sommes heureux de vous présenter cette nouvelle édition 2014 de l'observatoire des EHPAD. Il porte sur les données de 324 EHPAD Publics et Privés Non Lucratifs pour l'année 2012\*.

Les gestionnaires d'EHPAD évoluent dans un contexte toujours plus complexe : nécessité d'adaptation à l'évolution des besoins des personnes accueillies de plus en plus dépendantes, recherche d'un accompagnement de qualité et maîtrise des coûts...

Ils disposent cependant d'atouts importants dans la reconfiguration de l'accompagnement des personnes âgées. Lieux d'innovation, de diffusion des savoir-faire, de coordination, les EHPAD, ouverts sur leur environnement, peuvent être les acteurs de la transformation de leur territoire.

Les équipes spécialisées de KPMG sont en mesure d'accompagner dans leurs réflexions et dans la mise en œuvre opérationnelle de leurs choix, l'ensemble des gestionnaires, pouvoirs publics, parties prenantes sur les territoires - en proposant par exemple des diagnostics territoriaux, des outils d'évaluation de l'impact social de la prise en charge des personnes âgées, des analyses financières prospectives...

L'observatoire 2014 restitue et analyse, comme les années précédentes, les principaux ratios d'activité, économiques et financiers caractéristiques de la gestion des EHPAD (dont le niveau de dépendance, l'âge moyen des résidents, le taux d'occupation, le coût des locaux, le coût de la restauration). Ces résultats sont commentés et analysés par les acteurs du secteur que nous tenons à remercier.

Contribuer à une meilleure connaissance de l'un des maillons de la prise en charge du grand âge, constituer un outil d'aide à la décision pour les pouvoirs publics dans la mise en œuvre des stratégies nationales et territoriales mais aussi pour les organismes gestionnaires et leurs établissements dans le choix de leurs plans d'actions, telle est la vocation de la présente étude.

Aux côtés de l'ensemble des parties prenantes œuvrant pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes et présentes sur tout le territoire, nos équipes des réseaux Économie Sociale et Solidaire, Santé et Secteur Public de KPMG accompagnent les mutations actuelles du secteur.

**Jacky Lintignat**  
**Directeur Général KPMG S.A.**

\* Les données des établissements Privés Non Lucratifs ont été redressées statistiquement en fonction de leur situation géographique régionale et de leur capacité autorisée afin de leur donner un caractère représentatif au niveau national.



# Préface

Dans un environnement en constante évolution, savoir anticiper et s'adapter sont impératifs pour toute entreprise et les organismes d'utilité sociale n'échappent pas à cette règle. Préparer l'avenir, concilier équilibre économique et performance sociale sont le gage de leur pérennité.

Mais il est impossible de satisfaire à une telle exigence sans connaître le présent et les évolutions récentes.

À cet égard, l'initiative prise par KPMG d'élaborer et de publier un observatoire annuel des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes Publics et Privés Non Lucratifs est particulièrement bienvenue et mérite d'être saluée.

Contrairement au secteur sanitaire, encore rares sont les études consacrées au secteur médico-social. L'évolution démographique, avec l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation corrélative de la part des personnes âgées dans la population alors que la distension des liens familiaux affaiblit la solidarité entre les générations, rend particulièrement pertinent le choix d'avoir consacré ce premier observatoire aux EHPAD avant de l'étendre à d'autres composantes du secteur médico-social.

L'exercice est exigeant, qu'il s'agisse de la composition d'un échantillon représentatif ou de la détermination d'indicateurs significatifs. Au fil des années ceux-ci sont appelés à s'enrichir et se préciser avec le discernement qu'imposent la lisibilité et la compréhension des données rassemblées.

L'édition 2014 de l'observatoire montre que ces difficultés ont été surmontées. La qualité de la présentation des éléments statistiques, les commentaires qui les accompagnent, les avis d'experts qui les éclairent, en font un ouvrage accessible au grand public et un outil de réflexion précieux pour les gestionnaires d'établissements comme pour les pouvoirs publics.

Les principaux ratios dégagés, d'ordre économique, financier et aussi social, offrent aux gestionnaires des éléments d'analyse et de positionnement par rapport à leurs homologues qui, à partir des écarts décelés et de la recherche de leur origine, peuvent conduire à d'utiles mesures correctrices.

Suivis sur plusieurs années, ces indicateurs permettent en outre de découvrir les conséquences concrètes des évolutions générales de la société. Les gestionnaires sont ainsi mieux en mesure de répondre aux contraintes qu'impose aux pratiques, une population de personnes accueillies de plus en plus tardivement, avec un niveau accru de dépendance, mais aussi d'imaginer des services nouveaux adaptés aux besoins de personnes âgées maintenues plus longtemps à domicile. À eux et à leurs conseils d'administration de contribuer ainsi à organiser, à partir d'une expérience de terrain éclairée, ce parcours du patient, qui est au cœur de la notion de territoire prônée par la loi HPST et de la stratégie nationale de santé en cours d'élaboration, en proposant des innovations qui, mises en œuvre dans comme hors les murs des EHPAD d'aujourd'hui, inspireront les appels à projet de demain.

**Hélène Gisserot**  
**Présidente d'honneur de la FEHAP,**  
**Présidente de l'association Notre-Dame de Bon Secours**



# Avant-Propos

## Gestionnaires d'EHPAD, entre contraintes et opportunités

Les EHPAD sont un des acteurs de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans notre pays. Ils sont 7 752 et accueillent 592 900 personnes. 6 % de la population âgée de plus de 85 ans vit actuellement en EHPAD<sup>1</sup>. Ils sont un maillon de la filière de la prise en charge des personnes âgées allant de l'aide à domicile en passant par les résidences pour personnes âgées et autres formes d'habitat regroupé.

Les enjeux posés par le vieillissement de la population à notre société (en 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus<sup>2</sup>) sont aujourd'hui identifiés par les acteurs œuvrant pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ces derniers doivent dans les prochaines décennies relever trois défis majeurs : un défi médical dû à l'augmentation des besoins en soins (niveau de dépendance des résidents entrant en EHPAD toujours plus élevé, diversité des pathologies présentées) ; un défi social lié notamment aux évolutions de la cellule familiale (éloignement, familles recomposées...) et aux nouvelles aspirations des personnes âgées (génération qui a érigé l'autonomie en principe et a consacré la société de consommation) ; et en conséquence un défi financier complexe devant conjuguer une politique d'investissement nécessaire à un contexte économique contraint (limites des mécanismes de solidarité nationale, solvabilité des résidents en baisse).

La gestion d'un EHPAD relève d'une savante alchimie qui doit prendre en compte une pluralité de facteurs aux intérêts parfois divergents : les caractéristiques du territoire sur lequel il s'inscrit, celles de la population accueillie, le bassin d'emploi sur lequel il peut s'appuyer, les caractéristiques géographiques, l'orientation des politiques publiques locales et nationales, les ressources budgétaires mobilisables, les partenariats et coopérations instaurés (familles, résidents, autres acteurs de la prise en charge du vieillissement et la dépendance).

De fait, dans leur quotidien, les gestionnaires des EHPAD sont amenés à prendre en compte ces enjeux sociétaux et financiers et à travailler sur les contraintes inhérentes à leurs rôles et missions pour se saisir des opportunités offertes par les changements actuels et à venir.

### Des évolutions démographiques et sociologiques à prendre en compte...

Anticiper les évolutions des besoins des résidents et les mutations du contexte économique et réglementaire, est aujourd'hui un pré-requis nécessaire qui doit précéder la mise en œuvre de tout projet et investissement portés par les gestionnaires d'établissements.

<sup>1</sup> Source : Études et résultats – DRESS - N° 877 • février 2014 « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 »  
<sup>2</sup> Source : Insee, projections de population 2005-2050

Ainsi, la construction et la rénovation d'un EHPAD ne peuvent être mises en œuvre sans imaginer ce que sera l'accueil de personnes âgées en EHPAD dans 15 ou 20 ans. Or 66 % du parc des EHPAD Publics et 46 % des EHPAD Privés Non Lucratifs (PNL) a été construit il y a plus de 25 ans et entre dans une phase de rénovation-restructuration ; plus de 30 % (33 % des EHPAD PNL et 41 % des EHPAD Publics) n'ont pas encore connu de restructuration lourde<sup>3</sup>. C'est donc maintenant que ces décisions structurantes doivent être prises.

Au-delà de ces investissements financiers importants, les EHPAD doivent et devront repenser et adapter leur offre aux caractéristiques et besoins des personnes accueillies dans les prochaines décennies.

Depuis plusieurs années, on observe une évolution sensible du profil des résidents : un âge moyen<sup>4</sup> toujours plus élevé (84,2 ans pour les hommes, 86,6 ans pour les femmes), une dépendance<sup>5</sup> accrue (GMP moyen de 657 pour les EHPAD PNL et 709 pour les EHPAD Publics), une augmentation des polyopathologies et des besoins en soins<sup>6</sup> (PMP moyen à 172 pour les EHPAD PNL et à 187 pour les EHPAD Publics).

Parallèlement, la cellule familiale a évolué et les solidarités existantes précédemment s'en trouvent modifiées. Ainsi, l'éloignement géographique de la famille<sup>7</sup> (les résidents d'EHPAD restent généralement dans les EHPAD à proximité de leur domicile<sup>8</sup>), ou les familles recomposées, sont autant d'éléments à prendre en compte dans le champ d'évolution des EHPAD.

Enfin, les modes de vie de la prochaine génération arrivant en EHPAD ayant été différents de leurs aînés, leurs demandes d'accompagnement et leurs standards de vie ne seront pas les mêmes qu'à l'heure actuelle, entraînant ainsi la nécessité de repenser l'EHPAD de demain.

### **... dans un contexte économique toujours plus contraint**

Les mutations et évolutions qui sont et seront mises en œuvre pour adapter les structures à leur contexte s'inscriront dans un monde économique contraint, à la fois pour les gestionnaires d'établissement, leurs financeurs et leurs résidents. Les gestionnaires font face à des coûts en constante augmentation (le coût net journalier moyen<sup>9</sup> actuel est de 93€ pour les EHPAD Publics, 99€ pour les EHPAD PNL) liée à l'inflation, au besoin de financement des investissements ou à la revalorisation de la masse salariale (effet GVT), et de l'augmentation nécessaire du taux d'encadrement pour une prise en charge de résidents plus lourdement dépendants.

Les financeurs actuels que sont l'assurance maladie, les départements, les résidents eux-mêmes ou leurs familles, ainsi que les gestionnaires, sont tous contraints dans leur capacité à augmenter leur participation. Les finances des départements et de l'assurance maladie sont très tendues, laissant peu de marge de manœuvre pour augmenter leur prise en charge.

3 Cf. pages 44 et 45 de l'observatoire

4 Cf. page 26 de l'observatoire

5 Cf. page 17 de l'observatoire

6 Cf. page 18 de l'observatoire

7 Source : Recommandations de bonnes pratiques – qualité de vie en EHPAD – volet 3 - ANESM

8 Source DRESS : Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux – janvier 2013

9 Cf. page 38 de l'observatoire

Les résidents ou leur famille voient quant à eux le montant de leur participation s'élever à 1810€ par mois pour les EHPAD Privés Non Lucratifs hors Île-de-France pour les places non habilitées à l'aide sociale et à 1708€<sup>10</sup> pour les EHPAD Publics (places habilitées à l'aide sociale hors Île-de-France), avec des disparités en fonction de la localisation géographique de l'établissement. Si l'on compare ce montant à celui de la capacité contributive des ménages et de leurs familles, il ressort que les ressources mobilisables sont aussi limitées. Ainsi, le niveau de vie médian des retraités en France était de 1523€ par mois en 2011<sup>11</sup>.

Les gestionnaires eux-mêmes, amenés à co-financer sur leurs fonds propres les nécessaires travaux de restructuration, sont contraints par les financements disponibles (les réserves sont sous contrôle des tiers financeurs publics et parfois insuffisantes). Pour retrouver des marges de manœuvre, certains gestionnaires diversifient leurs ressources en faisant appel aux dons et mécénat (solution encore marginale) ou optent pour l'externalisation de leurs « murs ». Cette dernière solution permet certes d'accroître temporairement les ressources mais n'exonère pas les établissements de la recherche de financements pour assurer leurs travaux de restructuration.

Enfin, le territoire dans lequel s'inscrit l'EHPAD influence très sensiblement les schémas de financement étant donnée la disparité des capacités contributives des personnes âgées et des départements ainsi que de la situation des bassins d'emploi. En effet, les métiers proposés en EHPAD apparaissent peu attractifs : temps partiels, éloignement géographique entre le domicile et l'établissement lieu de travail, emplois en tension sur certains métiers, déficit d'image des EHPAD « lieux de fin de vie », blocage des rémunérations conventionnelles...

## **Des leviers d'actions à activer, de multiples opportunités à explorer...**

Replaçant la personne âgée au cœur des enjeux économiques et sociétaux à venir (développement de la Silver Économie, réforme du statut des seniors...), les débats actuels tendent à redéfinir la place des aînés dans la société, les modalités d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et ainsi à faire évoluer les rôles et missions des EHPAD.

Les gestionnaires d'établissements peuvent se saisir de ces opportunités pour valoriser leurs savoir-faire dans la prise en charge du grand âge et repenser leur rôle et leur place dans ce cadre. En effet, les EHPAD sont au cœur du savoir-faire de la prise en charge des aînés. Entre lieu de vie et lieu de soins, ils mettent en œuvre des pratiques professionnelles diffusables sur l'ensemble de la filière du grand âge.

L'avenir du modèle « EHPAD » est donc étroitement lié à sa capacité à s'ouvrir sur son environnement pour s'adapter et ré-inventer de nouvelles modalités de prise en charge et de financement.

<sup>10</sup> Cf. page 69 de l'observatoire

<sup>11</sup> Source : Distribution des niveaux de vie des ménages de retraités et des ménages d'actifs en 2011 - INSEE

Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (uc). Le niveau de vie est donc le même pour tous les individus d'un même ménage. Le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité, les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs. Quatre impôts directs sont généralement pris en compte : l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation et les contributions sociales généralisées (CSG) et contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS).

L'EHPAD réunit et orchestre l'action de professionnels qui accompagnent et soignent les personnes en perte d'autonomie (aide aux gestes de la vie, soins). L'EHPAD peut donc devenir le lieu privilégié de l'expérimentation et de l'innovation (actuellement beaucoup d'expériences voient le jour telles que les plateformes de répit pour les aidants, les accueils de nuit, les formes d'habitat collectif, l'accueil de couples, l'accueil de personnes en situation de handicap...), de la formation appliquée pour les professionnels de la filière, le centre de ressources du territoire...

En effet, l'ouverture d'un EHPAD sur son environnement extérieur est « devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux »<sup>12</sup>, pour permettre aux professionnels d'enrichir leurs connaissances et de renouveler leurs modalités d'intervention. Aussi, les partenariats et dispositifs de coopération établis entre les EHPAD et des structures extérieures sur le plan notamment médical sont un point important pour l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents. Ainsi, les EHPAD passent de plus en plus de conventions<sup>13</sup> avec des structures d'hospitalisation à domicile ou des unités de soins palliatifs. Ces relais englobent également de plus en plus des partenariats avec des structures extérieures faisant le lien entre les EHPAD et des offres de maintien à domicile et/ou d'hébergement intermédiaire. L'ouverture des EHPAD se traduit aussi par la présence de bénévoles. 70 % d'EHPAD répondants indiquent qu'en moyenne 8 bénévoles pour les EHPAD PNL sont actifs dans l'établissement<sup>14</sup>.

L'ouverture sur l'extérieur se traduit également dans la politique mise en place pour la gestion des ressources humaines : la formation des personnels<sup>15</sup>, la capacité à proposer des parcours de carrière dans l'établissement ou au sein des structures partenaires et de la filière, les besoins en personnels prévus au niveau national<sup>16</sup>, la capacité à mutualiser des compétences sont autant de dispositifs que les EHPAD doivent assurer pour rendre leurs établissements attractifs.

Enfin, l'ouverture permet aussi de trouver des synergies, notamment financières, avec des partenaires (58 % des EHPAD PNL répondants indiquent appartenir à des groupements d'achats<sup>17</sup>, par exemple).

Les modalités de financement des EHPAD sont au cœur des évolutions du modèle en ce qu'elles conditionneront la capacité de ces établissements à s'adapter aux nouveaux besoins des personnes accueillies et à ceux de la société en général. Repenser le dispositif d'aide sociale et de prise en charge de la dépendance, organiser le transfert des soins de l'hospitalier vers les établissements en limitant les hospitalisations indues, maîtriser le recouvrement enveloppe soins de ville / soins en établissement, développer l'enveloppe « prévention » au-delà du soin sont autant de leviers que les décideurs publics peuvent aujourd'hui activer pour augmenter les marges de manœuvre financières des EHPAD.

12 Recommandation de bonnes pratiques professionnelles – « Ouverture de l'établissement et sur son environnement » - ANESM

13 Cf. page 27 de l'observatoire

14 Cf. page 61 de l'observatoire

15 Cf. page 57 de l'observatoire

16 Source : Rapport conjoint du Centre d'Analyse Stratégique et de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) de 2007 mentionne un effectif de 400 000 emplois à pourvoir dans le secteur médicosocial dont 200 000 créations nettes et 200 000 renouvellements liés à des départs à la retraite. L'enquête du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) de 2011 cite les Aides soignants et infirmiers parmi les 10 métiers connaissant les plus fortes difficultés de recrutement.

17 Cf. page 40 de l'observatoire

Ainsi, plusieurs « pistes » d'évolution sont actuellement en discussion et pourraient venir modifier sensiblement le volume et les sources de financements des EHPAD : allocation de crédits selon la valorisation de leur impact social et leur rôle de service public, tarification en fonction des ressources déclarées des personnes accueillies, mise en place de contrats d'objectifs et de moyens entre établissements d'un même organisme gestionnaire.

### **... sur des territoires porteurs d'innovations**

Les orientations définies par les politiques nationales tendent à faire évoluer et diversifier les modes de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie en renforçant notamment les dispositifs favorisant le maintien à domicile. Les établissements ne seront plus l'unique et l'ultime alternative pour l'accueil des personnes âgées dépendantes, mais une solution parmi d'autres pour accompagner la personne âgée dépendante et son entourage.

La déclinaison concrète de ces politiques de cadrage sera étroitement liée à l'implication des territoires et à leur capacité à accompagner et mettre en œuvre ces évolutions. Pour ce faire les décideurs publics devront procéder à des diagnostics de territoire leur permettant d'identifier les attentes des personnes âgées actuelles et à venir. Et ainsi, instaurer de nouveaux modèles économiques s'appuyant sur les complémentarités de prise en charge et mettre en œuvre des outils d'évaluation de l'impact valorisant l'innovation et l'impact social.

L'EHPAD n'est plus une institution atemporelle, figée dans son mode d'organisation architectural politique et économique. Il doit aujourd'hui perpétuellement être en capacité de se réinventer pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, augmenter, diversifier son offre et sortir de ses murs. Ce changement de paradigme représente une réelle opportunité pour les gestionnaires d'établissements qui sauront faire preuve d'innovation, d'agilité et d'adaptabilité pour toujours mieux répondre aux exigences et caractéristiques du territoire dans lequel ils évoluent.



# Sommaire

<b>Méthodologie</b>	<b>12</b>
<b>Chapitre 1 : Présentation de l'échantillon</b>	<b>15</b>
I) Répartition géographique et par statut des EHPAD	15
II) Capacité des établissements	16
III) Fiscalité des établissements	16
IV) Niveau de dépendance des établissements	17
V) PMP des établissements	18
VI) Activités mises en place par les établissements	20
VII) Convention tripartite et CPOM	23
VIII) Profil des résidents	26
<b>Chapitre 2 : Activité des établissements</b>	<b>31</b>
I) Taux d'occupation	31
II) Habilitation des EHPAD à l'aide sociale	32
III) Durée moyenne de séjour	34
IV) Taux de nouvelles admissions	34
V) Taux d'absentéisme	35
<b>Chapitre 3 : Coûts globaux des établissements</b>	<b>37</b>
I) Coût net journalier global par résident	37
II) Coûts liés à la section hébergement	40
III) Coûts liés à la section dépendance	49
IV) Coûts liés à la section soins	51
<b>Chapitre 4 : Ressources humaines</b>	<b>55</b>
I) Convention collective	56
II) Taux d'encadrement	56
III) Bénévolat	61
IV) Rémunération du personnel	63
<b>Chapitre 5 : Tarifs appliqués par les EHPAD</b>	<b>67</b>
I) Tarification de la dépendance	68
II) Tarification des soins	69
III) Montant à la charge du résident	69
<b>Chapitre 6 : Situation financière des établissements</b>	<b>73</b>
I) Disponibilité du fonds de roulement	74
II) Capacité d'autofinancement	74
III) Besoin en fonds de roulement et excédent de financement d'exploitation	75
IV) Durée résiduelle de la dette et Indépendance financière	76
<b>Lexique</b>	<b>78</b>
<b>KPMG en un regard</b>	<b>79</b>
<b>Remerciements</b>	<b>80</b>



# Méthodologie

Les données ont été collectées auprès de 324 EHPAD Privés Non Lucratifs (PNL) et Publics représentant 26 048 places, entre le 6 juin 2013 et le 30 septembre 2013, après échantillonnage. Les données portent sur les comptes administratifs 2012.

Les données des établissements Privés Non Lucratifs ont été redressées statistiquement en fonction de leur situation géographique régionale et de leur capacité autorisée, afin de leur donner un caractère représentatif au niveau national.

Les données issues des établissements Publics n'ont pas fait l'objet de redressement statistique. Les établissements Publics rattachés à un centre hospitalier représentent 4 % du panel soit 2 109 places. Les données financières de ces derniers n'ont pas été prises en compte dans les chapitres présentant les coûts afférents aux structures (chapitres 2 à 6).

Pour chaque item, le taux de réponse est indiqué (via des notes de bas de page).

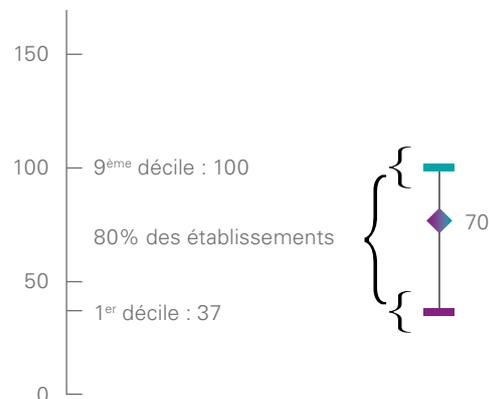
Les coûts fixes présentés sont calculés par place et les coûts liés à l'activité de la structure sont calculés par jour.

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.
- **les déciles** : séparent l'effectif de l'échantillon en 10 parts égales. Seuls les premiers et derniers déciles seront présentés dans le corps de l'étude.



Par exemple, le type de graphique ci-dessous, utilisé au cours de cette étude, permet de visualiser les valeurs des premiers et derniers déciles et la médiane.



Lecture du graphique :

- la médiane est de 70. Cela signifie que 50 % des établissements de l'échantillon ont une capacité supérieure à 70 et 50 % des établissements de l'échantillon ont une capacité inférieure à 70.
- le 1<sup>er</sup> décile est de 37, cela signifie que 10 % des établissements de l'échantillon ont une capacité inférieure à 37.
- le 9<sup>ème</sup> décile est de 100, cela signifie que 10 % des établissements de l'échantillon ont une capacité supérieure à 100.





# I. Présentation de l'échantillon

## I) Répartition géographique et par statut des EHPAD

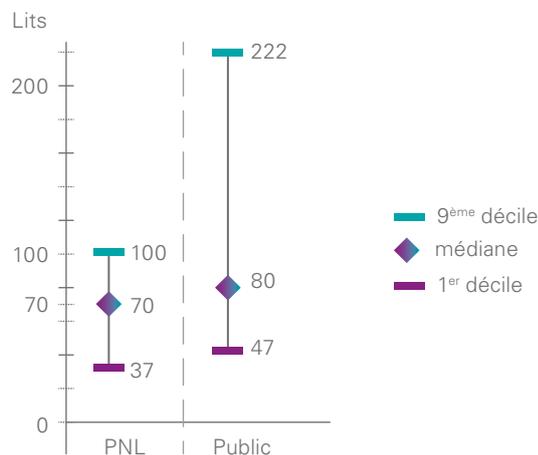
« Au 31 décembre 2012, 6 768 EHPAD se sont vus notifier, de la part des ARS, des crédits d'assurance maladie nécessaires à la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD et, en particulier, au financement des charges de la section soins. Ce nombre d'EHPAD représente une capacité d'accueil en hébergement permanent, au niveau national, de 564 045 places. Les cinq régions qui concentrent le plus d'EHPAD sont l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Aquitaine. Le statut « gestionnaire » le plus représenté en nombre d'établissements est le secteur public avec 43 % des EHPAD suivi du secteur privé à but non lucratif (31 %) et du secteur privé commercial (26 % des EHPAD). »<sup>1</sup>

## II) Capacité des établissements

### • Données générales<sup>2</sup>

Les établissements du panel ont une capacité moyenne de 71 places pour les EHPAD PNL et de 80 places pour les EHPAD Publics.

**Nota :** Les EHPAD disposant de faibles capacités autorisées sont des établissements spécialisés (accueil de personnes âgées en situation de handicap,...).



## III) Fiscalité des établissements<sup>3</sup>

8 % des établissements ayant participé à l'observatoire sont assujettis à la TVA. Il s'agit principalement d'EHPAD PNL (11 %) et, dans une moindre mesure, d'EHPAD Publics (5 %).

<sup>2</sup> Taux de réponse : 100 %

<sup>3</sup> Taux de réponse : 100 %

### Avis d'expert

Les EHPAD soumis à la TVA se caractérisent habituellement par :

- des charges de fonctionnement courant moins élevées que les autres établissements du fait de la récupération (partielle) de la TVA,
- des charges de personnel moins élevées en raison d'une économie de taxe sur les salaires (hors établissements gérés par des CCAS non soumis à taxe sur les salaires).

Corrélativement, les recettes des sections « Hébergement » et « Dépendance » de ces établissements sont minorées du montant de la TVA.

Rappelons que les EHPAD fiscalisés sont ceux qui se situent en concurrence avec des établissements situés dans leur proximité géographique et soumis aux impôts commerciaux. Il ne s'agit donc pas d'un droit d'option mais d'une analyse de fait selon des critères définis par l'Administration fiscale dans sa doctrine.

Au final, sur l'ensemble de l'échantillon retenu, la fiscalisation des EHPAD n'induit pas de différence significative avec les établissements non fiscalisés, pour les données de gestion calculées sur l'observatoire. Pour autant, les conséquences de la fiscalisation sur les EHPAD s'apprécient au cas par cas et peuvent être sensiblement différentes selon les caractéristiques des établissements.

## IV) Niveau de dépendance des établissements<sup>4</sup>

Le niveau de dépendance d'un établissement peut être apprécié via le GIR moyen pondéré (GMP) qui mesure, en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance.

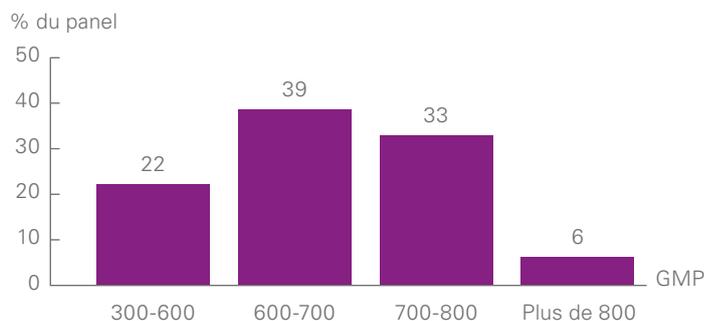
Le GMP est établi à partir du positionnement des pensionnaires sur la grille Aggir (autonomie gérontologie groupes iso-ressources).

### • Données générales

Le vieillissement de la population<sup>5</sup> ainsi que le retardement de l'entrée en EHPAD sous l'effet notamment du prolongement du maintien à domicile, entraîne une augmentation du degré de dépendance des résidents accueillis, évalué par le GMP.

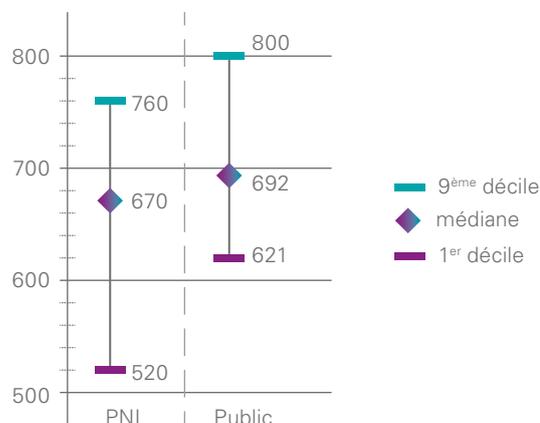
En effet, on constate le recul de l'âge moyen d'entrée en établissement (passé de 80,2 ans il y a 25 ans, à 85,06 ans en 2013) ainsi qu'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (il y a aujourd'hui 1,2 millions de personnes dépendantes et elles seront 1,8 millions en 2050).

L'entrée plus tardive s'accompagne d'un état de plus grande fragilité, tant sur le plan sanitaire que sur celui de la dépendance.



### • GMP et statut juridique

L'augmentation du niveau de dépendance des résidents est observable quel que soit le statut de l'établissement : le GMP moyen des EHPAD PNL est de 657 et de 709 pour les EHPAD Publics.

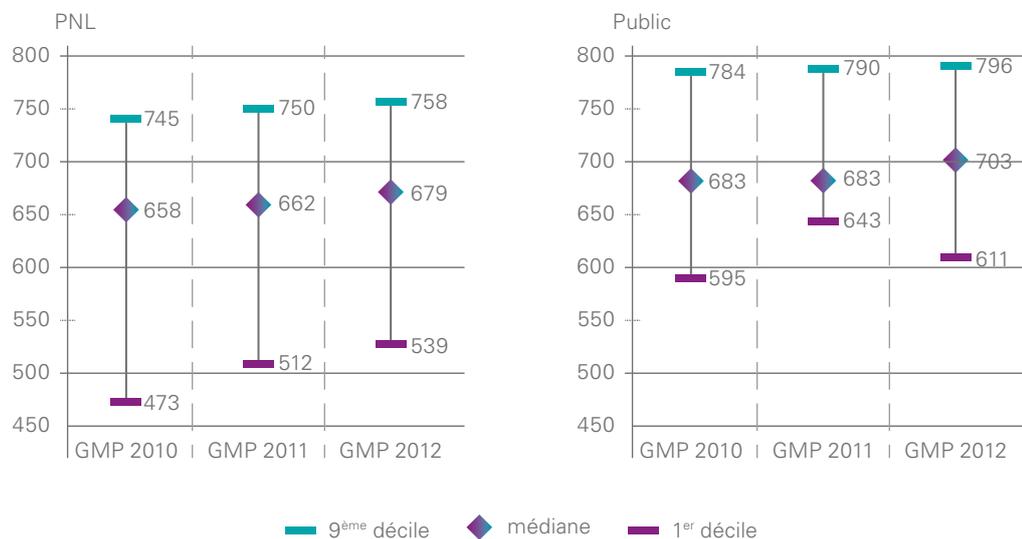


<sup>4</sup> Taux de réponse : 99 %

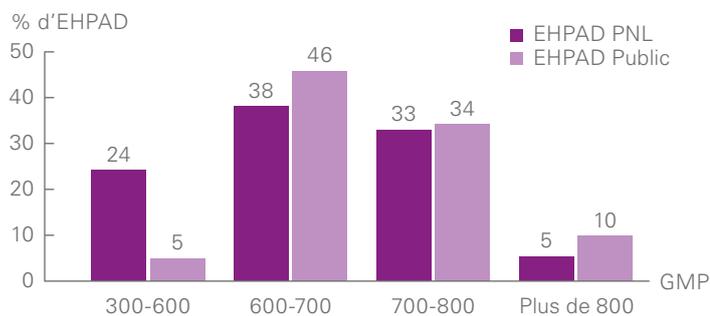
<sup>5</sup> On estime que la population nationale des 80 ans et plus augmentera de 94 % d'ici 2030.

À périmètre constant d'établissements, l'augmentation de la dépendance est perceptible entre 2010 et 2012.

On passe d'une moyenne de 639 à 661 sur le secteur Privé Non Lucratif et de 682 à 710 dans les EHPAD Publics.



Les résidents des EHPAD ont un niveau de dépendance compris entre 600 et 700 de GMP.



## V) PMP des établissements<sup>6</sup>

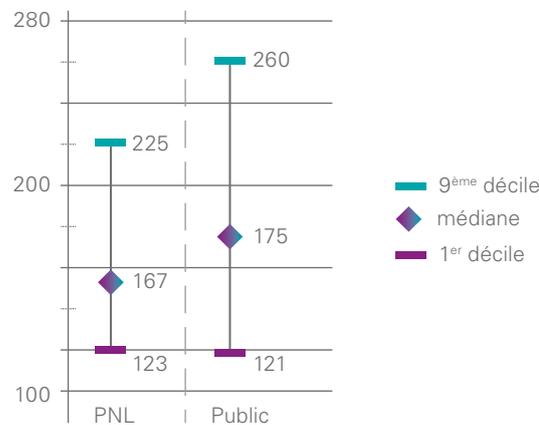
Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure, également en nombre de points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante.

- **Données générales**

Les EHPAD Publics ont un PMP moyen supérieur au PMP des EHPAD PNL (PMP moyen à 172 pour les EHPAD PNL contre 187 pour les EHPAD Publics).

On observe que le PMP moyen constaté s'approche du seuil des 200 points, ce qui est un PMP courant dans les unités de soins à longue durée (USLD).

Cette évolution témoigne des besoins médicaux croissants des résidents en EHPAD.



67 % des établissements PNL du panel ont une coupe Pathos validée.

75 % des établissements Publics du panel ont une coupe Pathos validée.

## Avis d'experts

Les niveaux de GMP et de PMP sont proches des moyennes nationales : en 2012, le GMP moyen s'établit à 694 et le PMP moyen à 192. Les niveaux de GMP et PMP sont plus élevés dans les EHPAD Publics du fait de leur rattachement à des hôpitaux ayant permis la prise en charge de résidents dont les profils sont plus « lourds ».

En 2012, la reprise des délégations de crédits de médicalisation aux ARS, après deux années de blocage, a par ailleurs permis le renouvellement de conventions tripartites arrivées à échéance de longue date et l'actualisation des données relatives aux profils des personnes accompagnées.

Ces données mettent en évidence une augmentation tendancielle du PMP et du GMP depuis 2007, associée à une tendance au vieillissement de la population hébergée. On constate un alourdissement des besoins des personnes accueillies, avec une augmentation des besoins de médicalisation malgré la partition des USLD.

L'EHPAD occupe donc une place déterminante dans l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, et ne doit pas être « l'alternative malheureuse » à l'impossibilité du maintien à domicile mais doit devenir « un soutien » au maintien à domicile et un relai pour les proches-aidants à travers une ouverture à de nouveaux publics et de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement (accueils de jour, hébergement temporaire, prestations de repas pour les personnes vivant à domicile, adossement d'un SSIAD dans le cadre d'un parcours complet et coordonné...).

Adeline Leberche, Directrice du secteur social et médico-social de la Fédération d'Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

Catherine Réa, Conseiller médical de la Fédération d'Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

## VI) Activités mises en place par les établissements<sup>7</sup>

### • Accueil de jour

24 % des EHPAD ayant répondu disposent d'un accueil de jour soit 21 % des EHPAD PNL et 29 % des EHPAD Publics.

46 % des accueils de jours PNL et 44 % des accueils de jours Publics comptent moins de 6 places.

Parmi les établissements disposant d'un accueil de jour de moins de 6 places, un seul n'a pas reçu de notification de maintien de l'ARS.

Le décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour détermine la capacité minimale que doivent respecter les accueils de jour recevant des personnes âgées en distinguant deux cas de figure :

- dix places dans les structures mentionnées à l'article D. 313-20 du CASF correspondant aux accueils de jour autonomes, non rattachés à un établissement d'hébergement,
- six places lorsque l'accueil de jour est organisé dans un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 correspondant aux accueils de jour adossés à une structure d'hébergement.

L'objectif visé est que les accueils de jour atteignent une capacité minimale et disposent ainsi d'une taille critique leur permettant de garantir une prise en charge spécifique et de qualité reposant sur un véritable projet de service ou d'établissement.

Le décret donne un délai de trois ans à compter de sa parution aux établissements et services existants et dûment autorisés pour se conformer à la nouvelle réglementation.

À compter du 30 septembre 2014, les accueils de jour existants devront donc respecter ces seuils.

### • Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 avait prévu de généraliser la réalisation « de pôles d'activités et de soins adaptés » dans les EHPAD et « d'unités d'hébergement renforcées » dans les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD) selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées.

Les PASA et les UHR s'intègrent donc dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

<sup>7</sup> Taux de réponse : 96 %



– Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés<sup>8</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. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- » l'accueil d'une population cible : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés,
- » 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 soins 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.

– L'Unité d'Hébergement Renforcée<sup>9</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 cible : 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.

Parmi les 52 % d'EHPAD PNL ayant une prise en charge spécifique Alzheimer, 26 % disposent d'un PASA et 6 % d'une UHR.

Parmi les 54 % d'EHPAD Publics qui ont une prise en charge spécifique Alzheimer, un tiers dispose d'un PASA et 20 % d'une UHR.

• **Intégration dans un réseau « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA)<sup>10</sup>**

Partant du constat d'une fragmentation de la prise en charge des personnes âgées, tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides que pour le fonctionnement des structures et des services, particulièrement problématique dans la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le législateur a souhaité expérimenter des « lieux » d'accueil et de prise en charge globale des usagers.

Les MAIA ont fait l'objet de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012 intitulée « labellisation sur tout le territoire de portes d'entrée uniques les « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA) ».

Initialement présentées comme des « maisons » dans le plan Alzheimer, les expérimentations ont vu se développer un processus d'intégration qui a permis de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile.

L'objectif consistait donc à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Cette nouvelle organisation visait à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

15 % des EHPAD du panel sont intégrés dans un réseau MAIA.

Partant du même postulat qui a conduit à la mise en place des MAIA, certains établissements du panel ont mis en place des dispositifs innovants pour adapter la prise en charge des personnes Alzheimer notamment en proposant un accompagnement dédié aux aidants (plateforme de répit de nuit et de jour).

## Avis d'expert

D'organisation résidentielle, les EHPAD se transforment avec l'avancée démographique, vers des lieux de soins intensifs. C'est pourquoi aujourd'hui, les données de l'étude montrent clairement que les EHPAD recherchent des partenaires et des services associés pour éviter entre autre une forme d'épuisement de ses professionnels. C'est l'enjeu central en termes de qualité. Car il faut le rappeler, si les qualités d'hébergement varient beaucoup d'un EHPAD à l'autre et donc son prix, la prise en charge sanitaire est quasi identique quel que soit le niveau de qualité de l'hébergement.

L'étude montre particulièrement la concrétisation d'une aide et de partenariat sur deux points :

- sur les soins palliatifs
- sur l'alzheimer

Les prochaines éditions pourront prendre très certainement les plaies ainsi que les cicatrises et la psychiatrie comme aide récurrente.

L'objectif de ces partenariats est de soutenir en premier lieu le personnel de soins et non de faire à sa place. L'aide au médecin traitant est également un point central dans ces prises en charge où les bonnes pratiques évoluent rapidement.

Dans un avenir proche, nous pouvons distinguer trois formes essentielles pour les services et les partenariats :

- la télémédecine. Les premières expériences dans différentes régions montrent que des experts des établissements de santé peuvent aider à recadrer des situations et conduites à tenir, à distance. Le nombre d'hospitalisations évitables est très important et l'attente des soignants dans les EHPAD l'est tout autant.
- le Développement Professionnel Continu (DPC) autour du maintien au domicile et l'aide aux personnes âgées. Le renouveau de formation continue peut se réaliser avec les services partenaires de Service à Domicile et SSIAD du territoire. C'est un levier pour faciliter la transition entre le domicile et la résidence.
- les plateformes de services. Les EHPAD peuvent évoluer vers des plateformes de services en lien avec les partenaires du domicile qui ont besoin d'infrastructure pour notamment mobiliser les personnes âgées et les aidants autour des thèmes "manger et bouger" et éviter ainsi les 4 risques principaux de fragilités vus dans Paerpa : le risque de dénutrition, le risque de chute, le risque d'isolement et le risque iatrogénique.

Les EHPAD sont en train de vivre avec les partenaires à la fois du domicile et du monde sanitaire une nouvelle évolution importante de leur fonction pour aller vers de réels parcours de soins/vie au bénéfice de la personne et des aidants. La Fondation Bagatelle participe à ce mouvement avec des innovations comme Domcare.

Jean Pascal Piermé, Directeur Général, Fondation Bagatelle, Talence (33)

## VII) Convention tripartite et CPOM

### • Conventonnement des établissements<sup>11</sup>

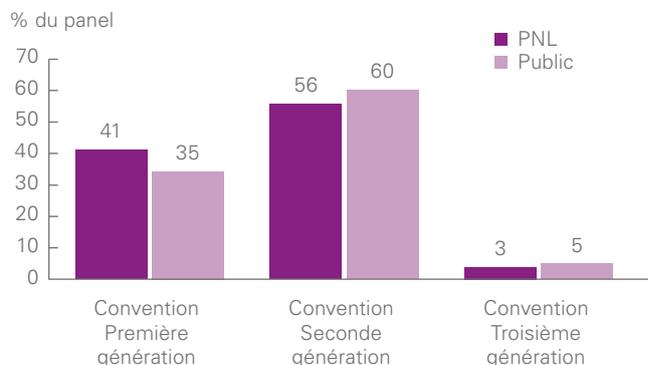
Les EHPAD sont soumis à l'obligation de conclure, avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Président du Conseil Général du département dans lequel ils se situent, une convention dite tripartite, afin de pouvoir accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie.

Trois générations de conventions tripartites coexistent à ce jour :

- Conventions de 1<sup>ère</sup> génération : le processus de conventionnement de 1<sup>ère</sup> génération s'est engagé, dans les faits, suite à la parution du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001. Ces conventions de 1<sup>ère</sup> génération devaient être conclues au plus tard avant le 31 décembre 2007. Dans ces conventions, aucune coupe Pathos n'est réalisée. Les établissements sont tarifés en référence à la DOMINIC. Lors de l'ouverture d'un établissement à partir de 2008, un PMP moyen est attribué d'office à l'établissement.
- Conventions de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> générations (dite aussi « tarifées au GMPS » ou « pathossifiées ») en vigueur depuis janvier 2008.  
Ces générations de convention intègrent de nouveaux éléments clés tels que :
  - » inscription des données issues de la coupe Pathos (le PMP) permettant ainsi de revaloriser la dotation soins de l'établissement,
  - » logique de « Qualité » accentuée avec valorisation des objectifs qualitatifs et déclinaison en fiches actions,
  - » fiche objectif/action permettant de décliner chacune des actions que l'établissement souhaite entreprendre,
  - » programmation financière des moyens alloués pour réaliser les objectifs fixés via un tableau récapitulatif avec estimation des délais de réalisation, un coût financier global de l'action et des indicateurs d'évaluation,
  - » bilan annexé à la convention permettant de faire le point sur l'élaboration et/ou la mise à jour des outils de la loi 2002-2 garantissant le droit des usagers.

Parmi les établissements ayant répondu, 61 % des EHPAD ont conclu une convention tripartite de 2<sup>ème</sup> génération.

Seuls 3 % ont déjà conclu une convention de 3<sup>ème</sup> génération.



- **État de conventionnement des EHPAD**

La qualification d'EHPAD est attachée à la signature d'une convention tripartite (entre l'établissement, l'ARS et le Conseil Général). Cette convention est signée, au terme de l'article L313-12 du CASF, pour cinq ans et prorogeable à titre exceptionnel d'un an.

Parmi les EHPAD du panel, 28 % ont une convention arrivée à échéance.

34 % de ces établissements ont signé une prorogation<sup>12</sup> avec leurs autorités de tarification et de contrôle pour une durée moyenne d'1,8 ans.

- **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)<sup>13</sup>**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a ouvert la faculté aux gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Par la suite, la loi HPST de 2009 est venue stipuler que le gestionnaire de plusieurs établissements relevant de la compétence exclusive du directeur général de l'ARS ou du représentant de l'État doit obligatoirement signer un CPOM dès lors que ses établissements atteignent ensemble un seuil de taille et de produits de la tarification.

Cette disposition a ensuite été étendue aux EHPAD, le CPOM se substituant alors à la convention tripartite.

Toutefois, cette obligation de conclusion d'un CPOM pour les organismes gestionnaires est aujourd'hui inopérante. En effet, d'une part, les seuils de taille et produits de la tarification n'ayant toujours pas été définis, l'obligation pour les organismes gestionnaires d'EHPAD de conclure un CPOM reste aujourd'hui basée sur le volontariat.

D'autre part, la circulaire du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens renvoie à une circulaire ultérieure pour le traitement de l'articulation entre les conventions tripartites et les CPOM pour les EHPAD.

2 % des EHPAD PNL du panel indiquent faire partie d'un CPOM signé par l'organisme gestionnaire.

- **Option tarifaire de la section « soins »<sup>14</sup>**

Parmi les déterminants des coûts de prise en charge, on note l'impact du choix du mode de tarification de la section soins ainsi que l'existence ou non d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

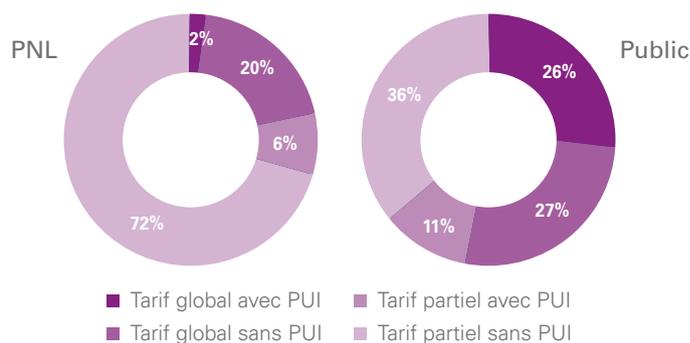
En effet, le tarif global permet de couvrir des postes de dépenses supplémentaires par rapport au tarif partiel. En tarif partiel, certains actes de soins sont pris en charge par l'enveloppe « soins de ville » directement auprès du patient et non de l'établissement.

12 Taux de réponse : 24 %

13 Taux de réponse : 100 %

14 Taux de réponse : 95 %

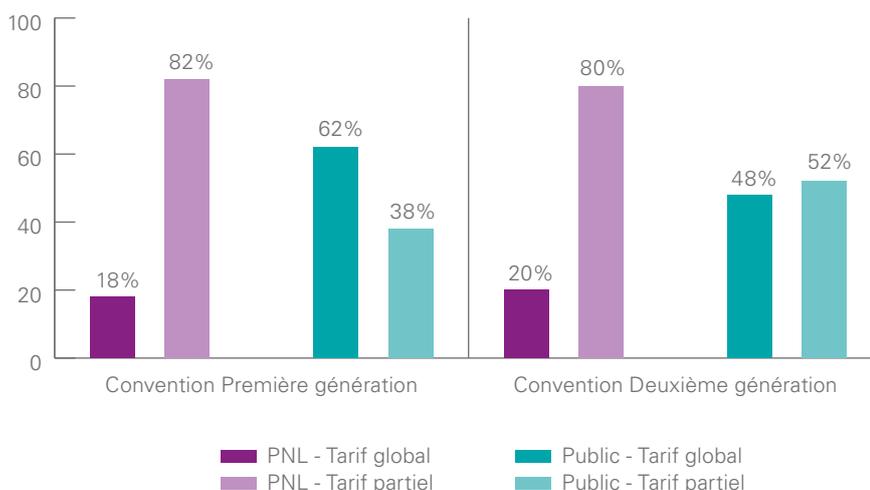
Les graphiques suivants dressent la répartition des EHPAD interrogés en fonction de leur option tarifaire au 31 décembre 2012.



L'option tarifaire la plus répandue est le tarif partiel sans PUI pour le PNL.

Par ailleurs, on constate pour les EHPAD PNL du panel une part nettement plus importante de tarif partiel au sein des conventions tripartites de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> générations (respectivement 82 % et 80 % d'EHPAD sous tarif partiel).

Concernant les EHPAD Publics du panel, on assiste à une inversion de la tendance : on passe ainsi d'une majorité d'EHPAD sous tarif global (62 % pour les conventions de 1<sup>ère</sup> génération) à un rééquilibrage (48 % en tarif global et 52 % en tarif partiel pour les conventions de 2<sup>ème</sup> génération).



## Avis d'expert

La région Champagne-Ardenne compte 130 EHPAD dont 32 Privés à But Non Lucratif et 65 Publics. Le tarif partiel concerne 97 % des EHPAD PNL et 72 % des EHPAD Publics.

Comme beaucoup de régions, la Champagne-Ardenne doit faire face à un rythme très soutenu de renouvellement des conventions tripartites qui est difficilement compatible avec les moyens humains disponibles, tout particulièrement les ressources médicales nécessaires à la validation des coupes Pathos (à noter que cette insuffisance ou même absence de ressources médicales concerne également les Conseils Généraux pour la validation des coupes AGGIR ainsi que les EHPAD).

Certaines coupes Pathos qui étaient programmées pour 2013 ont ainsi dû être reportées sur l'exercice 2014 car les établissements n'avaient pas de médecin coordonnateur pour la réaliser ou leur recrutement était trop récent pour leur permettre de réaliser cette coupe dans de bonnes conditions.

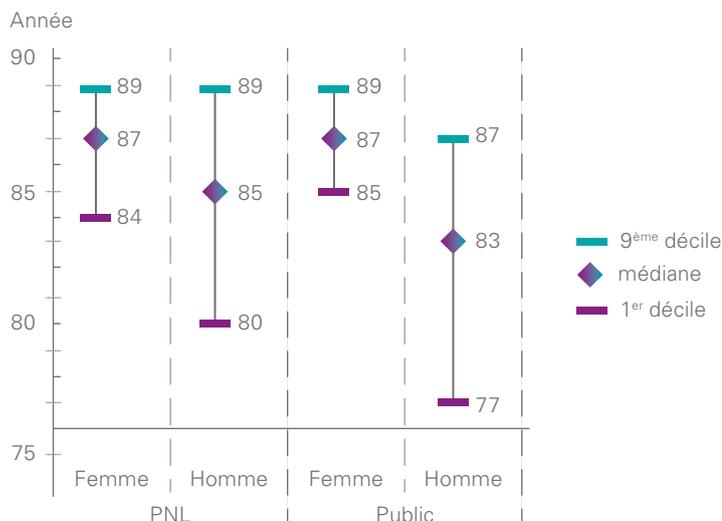
Compte-tenu de ce contexte, la priorité est donnée aux EHPAD qui enregistrent les écarts à la dotation plafond les plus importants.

## VIII) Profil des résidents<sup>15</sup>

### • Âge des résidents

L'âge moyen en EHPAD, qu'il s'agisse d'EHPAD Publics ou PNL est plus élevé pour les femmes que pour les hommes :

- l'âge moyen des femmes est de 86,5 ans pour les EHPAD PNL et de 87 ans pour les EHPAD Publics.
- l'âge moyen des hommes est de 84,3 ans pour les EHPAD PNL et de 82,6 ans pour les EHPAD Publics.



### • Accueil des personnes en situation de handicap<sup>16</sup>

En 2010, la CNSA a défini la personne handicapée vieillissante comme « une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap,
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles,
- mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent. »

Parmi les 19 % d'EHPAD accueillant des personnes handicapées (reconnues par la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH) de plus de 60 ans, le nombre moyen de personnes accueillies est de 4 personnes en situation de handicap pour les EHPAD PNL et de 3 pour les EHPAD Publics.

<sup>15</sup> Taux de réponse : 70 %

<sup>16</sup> Nombre de personnes handicapées (reconnues par la MDPH) de plus de 60 ans accueillies dans l'établissement

### • Partenariats établis par l'EHPAD<sup>17</sup>

Les partenariats, les conventions avec des tiers extérieurs sont aujourd'hui devenus incontournables pour les établissements afin d'améliorer la prise en charge des résidents. Plus globalement, l'ouverture d'un EHPAD sur son environnement extérieur est « devenue indispensable pour permettre aux personnes accueillies de maintenir ou de restaurer leurs liens familiaux et sociaux<sup>18</sup> » mais aussi pour permettre aux professionnels d'enrichir leurs connaissances et de renouveler leurs modalités d'intervention.

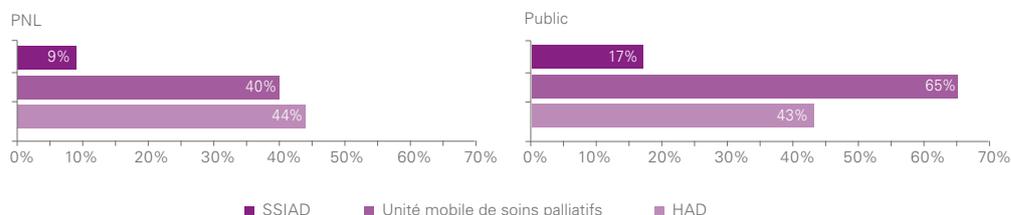
Les partenariats établis entre les EHPAD et des structures extérieures sur le plan médical sont un point important pour l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents notamment pour limiter le recours à l'hospitalisation des personnes accueillies en EHPAD.

Cependant, l'implantation territoriale de l'établissement peut « restreindre » l'intervention de tiers extérieur (à titre d'exemple, les unités mobiles de soins palliatifs ne sont pas présentes sur l'ensemble du territoire national).

On constate, parmi les EHPAD du panel, que 41 % des établissements ont un partenariat avec des structures d'Hospitalisation À Domicile (HAD), 43 % avec des unités mobiles de soins palliatifs et 10 % avec des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD).

Les partenariats avec des unités mobiles et des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) sont plus fréquents pour les EHPAD Publics (17 % avec des SSIAD pour les EHPAD Publics contre 9 % pour les EHPAD PNL et 65 % avec des unités mobiles de soins palliatifs pour les EHPAD Publics contre 41 % pour les EHPAD PNL). Ces taux plus importants dans le secteur public relèvent probablement de la proximité des EHPAD Publics avec des hôpitaux.

Concernant les partenariats avec les structures HAD, ils sont légèrement supérieurs pour les EHPAD PNL (44 % pour les EHPAD PNL contre 43 % pour les EHPAD Publics).



17 Taux de réponse : 78 %

18 Recommandation de bonnes pratiques – ANESM « Ouverture de l'établissement sur son environnement »



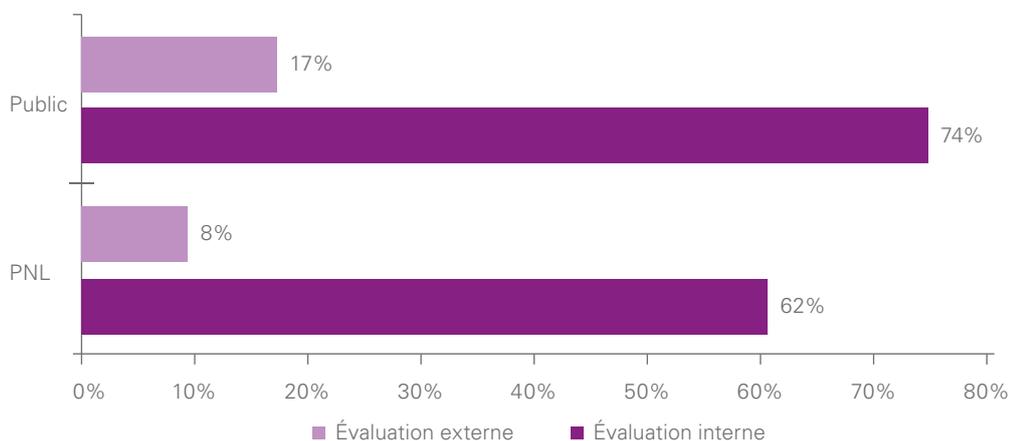
### • Mise en œuvre des démarches d'évaluation<sup>19</sup>

La loi du 2 janvier 2002 a posé les bases d'une évaluation interne puis d'une évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). L'évaluation externe d'un ESSMS est réalisée par un organisme extérieur, dûment habilité par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM), que l'établissement a sélectionné après une procédure de mise en concurrence. La réalisation des évaluations internes et externes est une démarche obligatoire conditionnant le renouvellement des autorisations de fonctionnement des établissements précités. Selon un calendrier défini par le législateur, les résultats des évaluations internes et externes doivent être communiqués par l'établissement à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les évaluations internes et externes menées par KPMG permettent d'affirmer qu'outre cet enjeu réglementaire, ces démarches d'évaluation constituent un réel outil d'aide à la décision pour les parties prenantes de la gestion des EHPAD et plus largement des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux.

Elles permettent :

- d'apprécier la cohérence, l'efficacité et la pertinence des actions menées par chaque établissement au regard des objectifs qui lui sont assignés et des moyens dédiés,
- de dresser un panorama global des objectifs atteints par le(s) établissement(s) et les pistes d'amélioration à prévoir,
- de faciliter la connaissance et l'analyse de la vie des établissements.

Entre juin et septembre 2013, 62 % des EHPAD PNL ont réalisé leur évaluation interne contre 74 % des EHPAD Publics, et 17 % des EHPAD Publics ont réalisé leur évaluation externe contre 8 % des EHPAD PNL.



<sup>19</sup> Taux de réponse : 100 %

## Avis d'expert

Des personnes âgées de plus en plus lourdes et dépendantes avec des niveaux qui s'approchent de plus en plus des USLD dans nos établissements Publics. Une rotation qui s'accélère et des taux d'occupation très élevés. Cette mutation extrêmement rapide de nos structures se fait sans avoir réglé tous les problèmes que rencontrent les personnes âgées et les professionnels pour l'accompagnement au quotidien. On assiste à un changement de paradigme. Quelle aide sera apportée aux établissements ?

Patricia Ferey, Directrice de l'EHPAD d'Argelès-Gazost (166 lits permanents et temporaires et 18 ACJ)





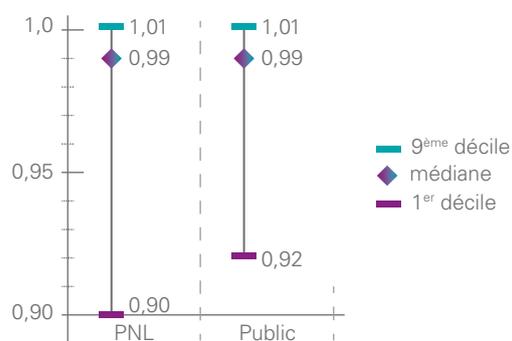
## II. Activité des établissements

### I) Taux d'occupation<sup>1</sup>

Cet indicateur permet de mesurer la mobilisation des places autorisées de la structure et indique son niveau d'activité.

- **Taux d'occupation total**

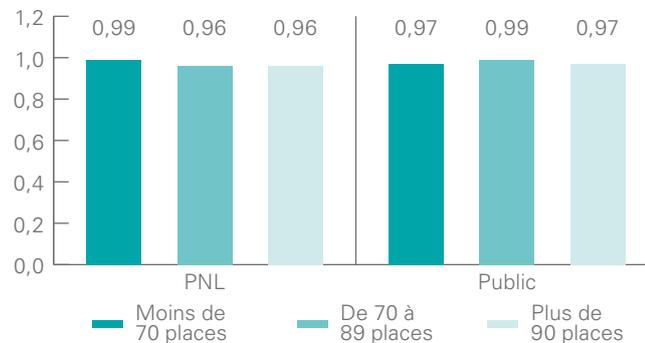
Le taux d'occupation moyen est de 98 % et ne varie pas selon la forme juridique des organismes gestionnaires.



<sup>1</sup> Taux de réponse : 100 %

- **Taux d'occupation et capacité**

Les taux d'occupation sont sensiblement identiques quelle que soit la taille des établissements.



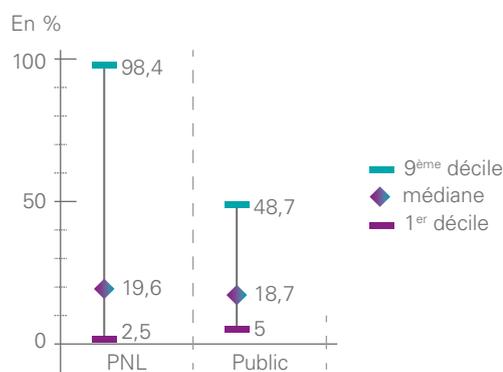
## II) Habilitation des EHPAD à l'aide sociale<sup>2</sup>

En cas de ressources insuffisantes, les frais entraînés par une prise en charge en EHPAD peuvent, selon les cas, être compensés en partie ou en totalité par différentes aides.

- Deux aides sont destinées au financement du « tarif hébergement » :
  - » « Aide sociale à l'hébergement » : sous réserve que la structure soit habilitée à l'aide sociale (sauf exception), un résident peut bénéficier de cette aide pour la prise en charge du tarif hébergement lorsque ses ressources ne lui permettent pas de couvrir les frais d'hébergement et que les obligés alimentaires, c'est-à-dire les descendants de la personne âgée, ne peuvent contribuer au financement des dépenses du résident.
  - » « Aide personnalisée au logement » (APL) : sous réserve que la structure soit conventionnée APL, cette aide est versée sous conditions de ressources par la CAF (Caisse d'allocations familiales) directement à l'établissement ; elle varie selon le montant du tarif hébergement et selon les ressources du résident. Si l'établissement n'est pas conventionné à l'APL, le résident, sous conditions de ressources, peut prétendre à l'Allocation logement social (ALS) qui lui est directement versée.

- Concernant la dépendance, l'« Aide personnalisée d'autonomie » (APA) est versée par le Conseil Général aux personnes de plus de 60 ans en fonction du degré de perte d'autonomie. Seules les personnes en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA pour couvrir une partie du tarif dépendance (le ticket modérateur correspondant aux GIR 5 et 6 reste toujours à la charge du résident).
- Pour finir, concernant le « tarif soins », aucune aide n'est nécessaire. En effet, cette dotation est directement financée par l'assurance maladie. Dans le cadre du tarif partiel, les consultations des médecins généralistes ou spécialistes de ville ne sont pas incluses dans ce tarif et sont donc à sa charge (les règles de remboursement étant alors pour ces consultations les mêmes que si le résident vivait à son domicile).

84 % des EHPAD PNL sont totalement ou partiellement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. La totalité des EHPAD Publics du panel sont habilités à l'aide sociale. Parmi les EHPAD du panel, le taux moyen de bénéficiaires effectifs de l'aide sociale est de 34 % pour les EHPAD PNL et de 25,3 % pour les EHPAD Publics.



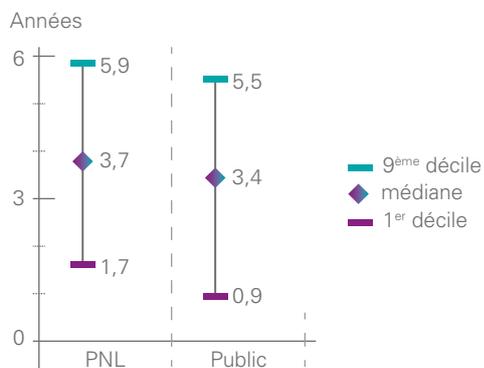
La disparité des territoires et des politiques publiques peuvent expliquer la dispersion des données observées.



### III) Durée moyenne de séjour<sup>3</sup>

La durée moyenne de séjour est égale au nombre total de mois passés depuis leur date d'admission pour les résidents sortis en 2012, rapporté au nombre de résidents sortis en 2012.

La durée moyenne de séjour est de 3,81 ans pour les EHPAD PNL et de 3,43 ans pour les EHPAD Publics.

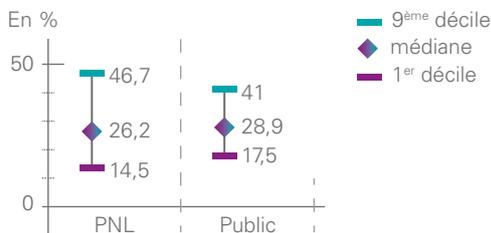


Cette durée moyenne peut sembler élevée. Elle est calculée sur l'ensemble des résidents. Dans les faits, on observe une réduction de la durée moyenne de séjour des entrants récents.

### IV) Taux de nouvelles admissions

Le taux des nouvelles admissions est calculé en divisant le nombre de nouvelles admissions par la capacité totale de l'établissement.

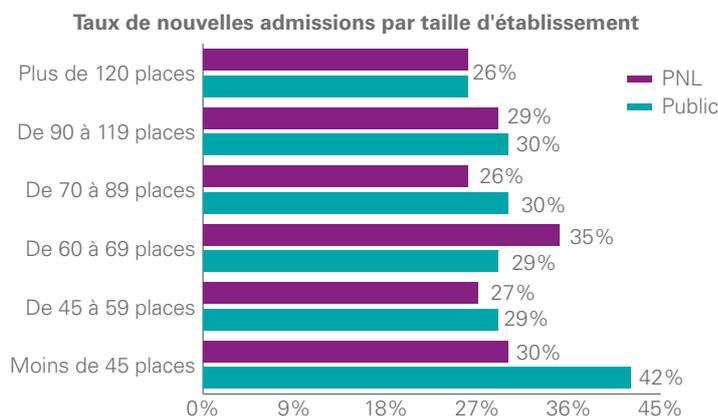
Le taux moyen de nouvelles admissions est comparable quel que soit le statut juridique de l'établissement. Il est de 30 % pour les EHPAD Publics et de 29 % pour les EHPAD PNL.



Ce taux, pour les EHPAD PNL, est compris entre 25 et 35 %, le plus faible étant de 26 % sur les structures de plus de 120 places et le plus fort de 35 % sur les structures de 60 à 69 places.

Pour les EHPAD Publics, il est compris entre 26 et 42 %, le plus faible étant de 26,10 % sur les structures de plus de 120 places et le plus fort de 42 % sur les structures de moins de 45 places.

Ces taux sont cohérents avec les durées moyennes de séjour observées.



## V) Taux d'absentéisme

Le taux d'absentéisme est calculé en divisant le nombre de journées dépendance par le nombre de journées hébergement facturées.

La réduction du recours à l'hospitalisation est un point central afin de diminuer le taux d'absentéisme en EHPAD.

En ce sens, l'augmentation des partenariats avec des structures d'HAD\* ainsi que des équipes mobiles, unités ou réseaux de soins palliatifs constituerait un véritable facteur de diminution des hospitalisations.

Par ailleurs, la présence de personnel infirmier au sein des EHPAD la nuit contribuerait à diminuer le nombre d'hospitalisation et de décès à l'hôpital<sup>5</sup>.

Le taux d'absentéisme moyen des résidents est de 2,1 % pour les EHPAD PNL et de 2,8 % pour les EHPAD Publics.

\* HAD = Hospitalisation à domicile

<sup>5</sup> Selon l'observatoire national de la fin de vie de 2013, la simple présence d'une IDE la nuit dans tous les EHPAD permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année.

### Avis d'expert

Les chiffres recueillis par l'observatoire sont relativement conformes aux constats dressés par les professionnels, notamment sur le taux de nouvelles admissions.

Ils viennent corroborer les statistiques récemment publiées par l'observatoire national de la fin de vie selon lequel, en moyenne, le taux de décès, c'est-à-dire la proportion des résidents qui décèdent au cours de l'année, est égal à 25 %.

En revanche, on constate, par rapport aux années précédentes, une forte baisse du taux d'absentéisme des résidents, qui traduit bien souvent dans les EHPAD le nombre d'hospitalisation. Le déploiement des équipes mobiles de soins palliatifs, le recours accru aux solutions d'hospitalisation à domicile peuvent être des facteurs explicatifs.

Pour autant, ces dispositifs sont encore insuffisamment déployés sur l'ensemble du territoire. De même, la présence d'infirmière la nuit, qui permet de fortement réduire le nombre d'hospitalisation, reste largement minoritaire (14 % des EHPAD disposent d'infirmière la nuit). Ce sont peut-être ces facteurs qui expliquent les écarts entre les taux d'absentéisme minimums et maximums présentés dans l'étude.





# III. Coûts globaux des établissements

## I) Coût net journalier global par résident<sup>1</sup>

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 installée des EHPAD.

Plusieurs facteurs influent sur le niveau de coût journalier de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD. Ils dépendent à la fois des ressources octroyées à l'établissement par les autorités de tarification et de contrôle et de l'environnement ainsi que de la typologie des personnes accueillies.

<sup>1</sup> Taux de réponse : 92 % pour les EHPAD PNL et 84 % pour les EHPAD Publics

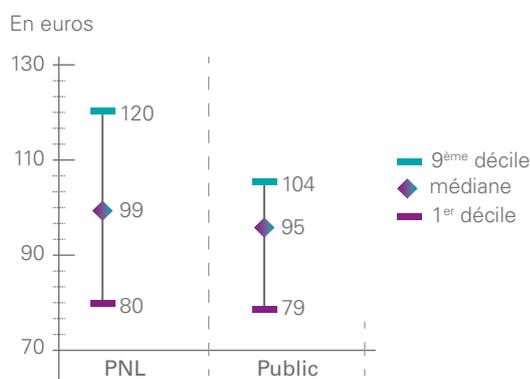
On peut citer :

- l'habilitation ou non à l'aide sociale qui encadre les tarifs,
- le choix de tarification soins (globale ou partielle)<sup>2</sup>,
- le taux d'encadrement, lié en partie à l'état de dépendance des personnes hébergées,
- la politique de gestion du patrimoine immobilier (propriété, travaux, ancienneté du parc...),
- la mise en œuvre de prises en charge plus ou moins coûteuses (PASA, animations...),
- la présence ou non d'un siège autorisé dans les organismes gestionnaires de plusieurs établissements,
- le statut juridique du gestionnaire de l'établissement, notamment au niveau de la convention collective ainsi que des charges sociales et fiscales applicables,
- la politique de gestion des ressources humaines et les tensions plus ou moins importantes sur des postes difficiles à recruter,
- les frais liés à l'immobilier (loyers, remboursement d'emprunts...),
- les services et activités pris en charge par l'établissement.

L'ensemble de ces facteurs est analysé dans les chapitres suivants.

- **Coût net journalier global par résident par statut juridique**

Le coût moyen journalier dans un EHPAD PNL est de 99€ contre 93€ dans un EHPAD Public.

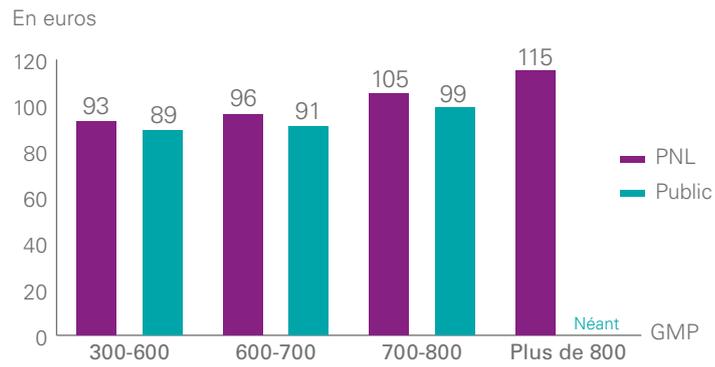


Le coût net journalier global médian par résident est de 102€ pour les EHPAD PNL qui ont un siège autorisé et de 99€ pour ceux qui n'en ont pas.

<sup>2</sup> 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 par résident par niveau de dépendance**



## II) Coûts liés à la section hébergement

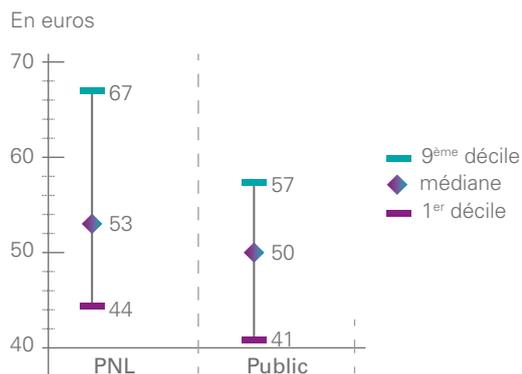
### • Coût net journalier de l'hébergement<sup>3</sup>

Le coût net journalier de l'hébergement est égal aux charges liées à l'hébergement (dépenses afférentes à l'exploitation courante, au personnel, et à la structure) diminuées des recettes en atténuation / capacité installée.

Le coût de l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale qui ne sont pas liées à la dépendance du résident<sup>4</sup>. Il inclut donc la totalité des dépenses relatives aux personnels chargés de l'animation, de l'accueil, des services généraux et de la cuisine, 100 % des dépenses du personnel d'administration générale et de direction et une partie (70 % en général) des dépenses relatives aux agents de service affectés au blanchissage, au nettoyage et au service des repas<sup>5</sup>.

Le coût net journalier médian est de 53€ (moyenne : 55€) pour les EHPAD PNL et de 50€ (moyenne : 49€) pour les EHPAD Publics du panel.

**Nota :** pour certains achats, 47 % des EHPAD Publics adhèrent à une plateforme collective d'achat contre 58 % pour les EHPAD PNL.



Par ailleurs, on peut relever que pour les EHPAD PNL, ce coût est de 47€ en moyenne pour les établissements soumis à la TVA et de 56€ pour les établissements non soumis à la TVA. Pour les EHPAD Publics, ce coût est de 42€ en moyenne pour les établissements soumis à la TVA et de 49€ pour les établissements non soumis à la TVA.

<sup>3</sup> Taux de réponse : 90 % pour les EHPAD PNL et 84 % pour les EHPAD Publics

<sup>4</sup> (art. R.314-159 et R.314-162 du CASF)

<sup>5</sup> (annexe 3-2 du CASF)

- **Poids des frais de siège<sup>6</sup>**

L'article R.314-88 du CASF donne une liste indicative et non limitative des missions du siège social dont la prise en charge peut être autorisée et financée.

Il s'agit notamment de :

- l'élaboration et l'actualisation du projet d'établissement ou de service, y compris par des travaux portant sur un projet global de l'organisme gestionnaire,
- l'adaptation des moyens des établissements et services à l'amélioration de la qualité du service rendu et à la mise en œuvre de modalités d'intervention coordonnées,
- la mise en œuvre ou l'amélioration des systèmes d'information, notamment ceux qui sont nécessaires à l'établissement d'indicateurs,
- la mise en place de procédures de contrôle interne, et d'exécution de ces contrôles,
- la conduite d'études budgétaires et financières,
- la réalisation de prestations de service ou d'études pour les ESMS qui concourent à des économies d'échelle,
- l'élaboration de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le poids moyen des frais de siège dans les charges nettes totales de ces établissements représente 3,5 % des charges totales pour les EHPAD PNL.

- **Coûts spécifiques liés à la section hébergement<sup>7</sup>**

- Gestion de la restauration

Comme le rappelle l'ANESM dans le second volet de la recommandation de bonnes pratiques - qualité de vie en EHPAD - « manger ne peut se réduire à l'unique satisfaction d'un besoin primaire et physiologique ».

En EHPAD, le temps du repas se situe en effet au croisement du soin et de la convivialité : il permet de renouer avec des habitudes antérieures, d'éveiller les sens...

Le choix des menus, l'agencement du mobilier, le plan de table sont autant de paramètres que les établissements doivent prendre en compte pour faire du temps de repas un moment de convivialité qui participe à la prise en charge globale du résident.

Ainsi, on observe que la très grande majorité des EHPAD offre la possibilité à leurs résidents de partager le déjeuner (97 % des établissements PNL et 100 % des EHPAD Publics) et le dîner (75 % des EHPAD PNL et 77 % des EHPAD Publics) avec leurs familles.

Concernant la gestion de la fonction restauration, on distingue 3 principaux choix de gestion :

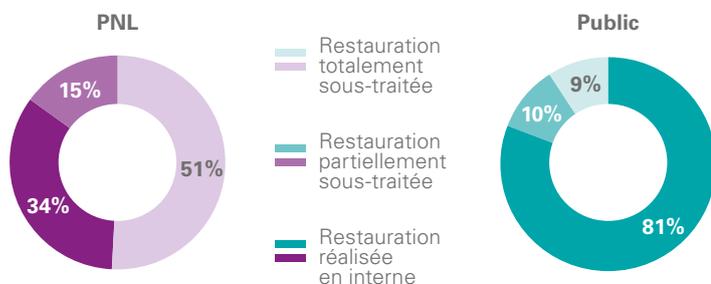
- » la réalisation en interne : l'établissement dispose de son propre service de restauration dont le personnel est rattaché à l'établissement. La cuisine est réalisée sur place,
- » l'externalisation : le service de restauration est confié à un prestataire privé qui assume les responsabilités sur le plan nutritionnel, logistique, sanitaire et budgétaire. Le prestataire peut préparer les repas sur place ou faire livrer les repas depuis une cuisine,
- » l'externalisation partielle : seules certaines préparations sont sous-traitées.

6 Taux de réponse : 41 %

7 Taux de réponse : 99 % pour les EHPAD PNL et 98 % pour les EHPAD Publics

La majorité des EHPAD Publics du panel a opté pour une restauration en interne (81 %), tandis que les choix de gestion sont plus différenciés parmi les EHPAD PNL.

Pour la plupart des établissements rattachés à une collectivité locale, c'est la cuisine centrale de la collectivité qui fournit les repas, de même qu'elle approvisionne d'autres établissements (école par exemple).



#### • Coût de l'alimentation

Le coût moyen d'un repas totalement sous-traité a été calculé en rapportant le coût des « prestations d'alimentation à l'extérieur » au nombre de repas servis.

Coût d'un repas sous-traité (En euros)	PNL	Public
<b>Médiane</b>	<b>4,10</b>	<b>3,25</b>
<b>Moyenne</b>	<b>4,23</b>	<b>3,86</b>

Le coût alimentaire moyen d'un repas réalisé en interne représente la somme des coûts liés à l'alimentation (alimentation stockée, variation des stocks, alimentation non stockée) rapporté au nombre de repas fabriqués.

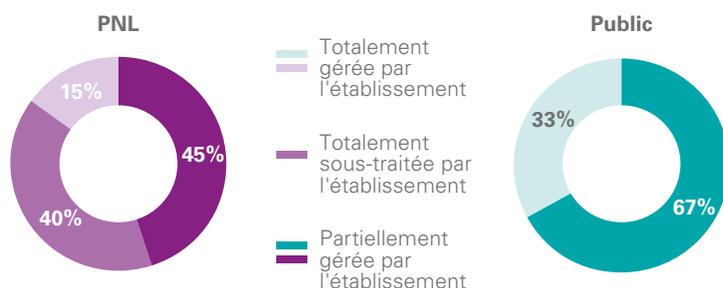
Coût d'un repas réalisé en interne (En euros)	PNL	Public
<b>Médiane</b>	<b>2,10</b>	<b>2,08</b>
<b>Moyenne</b>	<b>2,20</b>	<b>2,11</b>

### • Gestion de la blanchisserie<sup>8</sup>

Trois choix principaux se posent aux établissements dans la gestion du linge :

- » la gestion en interne : l'ensemble du linge (linge plat et vêtements des résidents) est traité sur place au sein d'une blanchisserie interne,
- » la sous-traitance partielle : le plus souvent, le linge plat est traité par un prestataire extérieur et le linge des résidents est traité au sein de l'EHPAD,
- » la sous-traitance : l'ensemble du linge est confié à un prestataire extérieur.

Aucun EHPAD Public du panel ne sous-traite totalement la gestion de la blanchisserie, alors que 40 % des EHPAD PNL ont opté pour une sous-traitance totale du linge.



<sup>8</sup> Taux de réponse : 97 % pour les EHPAD PNL et 98 % pour les EHPAD Publics



## • L'immobilier des EHPAD

### — Situation des EHPAD du panel global vis-à-vis de leurs locaux<sup>9</sup>

L'évolution du niveau de dépendance et donc des besoins des résidents, la mise en place des réglementations environnementales, l'ancienneté du parc immobilier et le contexte financier contraint sont autant de facteurs qui conduisent les établissements à repenser l'agencement de leurs locaux et plus globalement à mettre en place une stratégie immobilière.

Seuls 40 % des EHPAD PNL sont propriétaires de leurs locaux, tandis que la majorité des EHPAD Publics est propriétaire (93 % du panel).

La surface<sup>10</sup> hors œuvre nette (SHON) des EHPAD PNL est d'environ 60 m<sup>2</sup> par résident (surfaces privatives et collectives) et de 59 m<sup>2</sup> pour les EHPAD Publics.



### — Date de construction des établissements<sup>11</sup>

Les établissements PNL disposent d'un patrimoine plus récent : 46 % des établissements ont été construits il y a plus de 25 ans contre 66 % des EHPAD Publics.



### — Construction et restructuration<sup>12</sup>

L'ancienneté des bâtiments, les nouvelles habitudes de vie, les besoins évolutifs des personnes âgées et le nécessaire respect des normes amènent les établissements à engager de lourds travaux de restructuration. Ainsi, parmi les EHPAD PNL, plus de 67 % des établissements construits il y a plus de 25 ans ont engagé des travaux lourds de restructuration ces dernières années contre 59 % des EHPAD Publics.

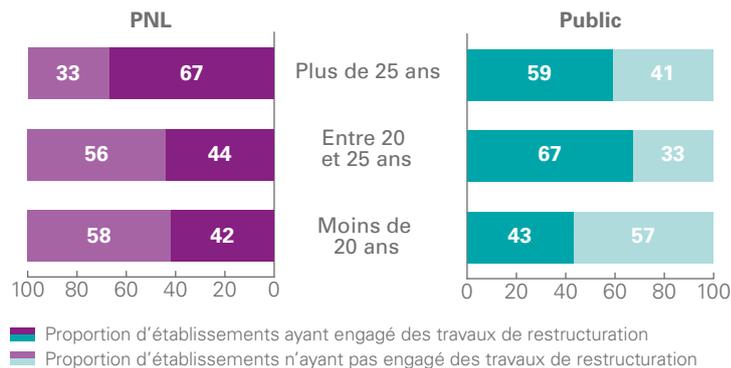
9 Taux de réponse : 91 %

10 Taux de réponse : 51 %

11 Taux de réponse : 90 % pour les EHPAD PNL et 96 % pour les EHPAD Publics

12 Taux de réponse : 92 %

La majeure partie des travaux de restructuration a été réalisée depuis 1996.



- Durée de la dette en fonction des dates de restructuration

Date de restructuration	PNL	Public
Depuis 1996	9 ans	17 ans
Entre 1986 et 1995	3 ans	4 ans

- Part des subventions reprises au résultat dans les charges brutes<sup>13</sup>

Les travaux lourds de restructuration engendrent des coûts importants pour les établissements, financés en partie par les fonds propres des établissements, des emprunts et des subventions. Suivant les cas, les subventions d'investissement sont reprises au compte de résultat pour compenser en partie le surcoût lié aux nouveaux amortissements.

Part des subventions dans les charges	PNL	Public
Moyenne	1 %	0,70 %
Médiane	0,40 %	0,50 %

<sup>13</sup> Taux de réponse : 42 %



#### - Diagnostic accessibilité

Comme tous les établissements accueillant du public, les EHPAD sont dans l'obligation depuis 2007 de se conformer à la réglementation technique relative à l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées, prise en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi impose donc que les établissements recevant du public soient accessibles aux personnes handicapées.

Ainsi, « est considéré comme accessible aux personnes handicapées, tout bâtiment d'habitation collectif ou tout aménagement lié à un bâtiment permettant à un habitant ou à un visiteur handicapé, avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer et de communiquer. Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des autres publics ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente. »<sup>14</sup>

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 devaient être satisfaites avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015, calendrier récemment repoussé.

52 % des établissements PNL et 65 % des EHPAD Publics ont réalisé leur diagnostic accessibilité au 30 septembre 2013<sup>15</sup>.

Suite à ce diagnostic<sup>16</sup>, le montant moyen des travaux estimé est de 110 726€ pour les EHPAD PNL soit 1 538€ par place.

Pour les EHPAD Publics, ce montant est de 322 269€ soit 4 240€ par place.

Parmi les EHPAD qui ont procédé au diagnostic accessibilité, un quart des EHPAD a totalement réalisé les travaux préconisés :



#### - Coût de la maintenance et de l'entretien sur biens immobiliers par place

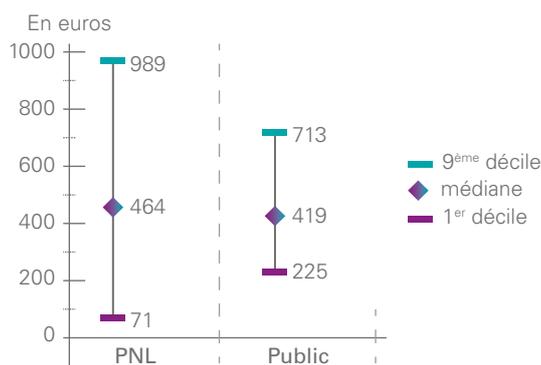
Le coût de la maintenance et de l'entretien sur biens immobiliers par place se calcule en prenant les montants des comptes « entretiens et réparations sur biens immobiliers et de maintenance sur biens immobiliers » rapporté à la capacité autorisée de l'EHPAD.

14 Code de la construction et de l'habitat, article R.111-8-2

15 Taux de réponse : 73 %

16 Taux de réponse : 19 %

Le coût moyen de l'entretien et de la maintenance pour une place en EHPAD PNL est de 536€<sup>17</sup>. Il est de 454€<sup>18</sup> pour une place en EHPAD Public.



#### — Coût de l'immobilier par place

Pour les EHPAD locataires, le coût de l'immobilier par place est calculé à partir de la somme des montants liés à l'entretien et à la maintenance de l'immobilier, aux loyers et aux charges locatives, ainsi que des dotations aux amortissements et intérêts d'emprunt des immobilisations le cas échéant.

Pour les EHPAD propriétaires, le coût de l'immobilier par place 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.

<b>PNL</b>	
<b>Coût moyen de l'immobilier par place propriétaire / jour</b>	<b>8€</b>
<b>Coût moyen de l'immobilier par place locataire / jour</b>	<b>9€</b>
<b>Public</b>	
<b>Coût moyen de l'immobilier par place propriétaire / jour</b>	<b>7€</b>
<b>Coût moyen de l'immobilier par place locataire / jour</b>	<b>11€</b>

#### — Diagnostic énergétique

Le diagnostic de performance énergétique (DPE) renseigne sur la performance énergétique d'un logement ou d'un bâtiment, en évaluant sa consommation d'énergie et son impact en termes d'émission de gaz à effet de serre. Il s'inscrit dans le cadre de la politique énergétique définie au niveau européen, afin de réduire la consommation d'énergie des bâtiments et de limiter les émissions de gaz à effet de serre. Ce diagnostic n'a pas de caractère obligatoire dans les EHPAD.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, 16 %<sup>19</sup> des EHPAD du panel avaient réalisé un DPE : 13 %<sup>20</sup> des établissements PNL et 20 %<sup>21</sup> des EHPAD Publics.

La majeure partie des EHPAD qui ont effectué le diagnostic, a un classement énergétique en C ou D.

17 Taux de réponse : 89 %

18 Taux de réponse : 96 %

19 Taux de réponse : 73 %

20 Taux de réponse : 96 %

21 Taux de réponse : 69 %



## Avis d'experts

À l'heure de l'examen des politiques publiques portant notamment sur les investissements immobiliers (Plan Bâtiment Durable, Transition Énergétique, Plan d'investissement Logement etc.), il est primordial de s'arrêter pour appréhender les tendances à venir. Les réglementations en vigueur relatives à l'accessibilité des locaux et la rénovation énergétique vont impacter fortement la conception des EHPAD que nous connaissons aujourd'hui, en redistribuant les cartes dans un paysage en forte mouvance (parcours de santé, stratégie nationale de santé, schémas régionaux d'investissements en santé, etc.)

Ces tendances vont orienter l'évolution de structures dont on peut faire un état des lieux contrasté :

- ainsi, plus de 80 % des EHPAD interrogés déclarent ne pas avoir réalisé leur diagnostic de performance énergétique et environ 55 % des EHPAD (tous secteurs confondus Publics et PNL) ont réalisé leur diagnostic accessibilité, mais sans avoir opéré systématiquement de mise à niveau alors même que la réglementation actuelle impose une mise en conformité des locaux pour 2015, soit dans moins de 12 mois.
- cet état des lieux « qualitatif » se cumule avec une vétusté importante des établissements (près de 40 % du panel de l'observatoire tous secteurs confondus n'a pas été restructuré depuis plus de 25 ans).

Peu d'alternatives rationnelles seront offertes au secteur pour répondre simultanément à ces enjeux : il va falloir reconstruire ! Entreront alors en jeu les problématiques d'opération d'investissement et notamment l'approche en coût global indispensable à tout projet centré sur l'usage, et plus uniquement sur les coûts de construction seuls.

Il faudrait dès lors revisiter nos « standards de construction » en améliorant la dimension qualité d'usage, mais également nos « standards de réalisation » en construisant plus vite : il est sans doute nécessaire sur ce point de promouvoir et d'encourager de nouveaux modes de réalisation (tel que le dispositif de conception-réalisation) : l'étude menée par l'ANAP et la CNSA pour l'observatoire des coûts de la construction du médico-social 2012 démontre ainsi des durées très/trop longues d'opération.

Ces évolutions profondes et globales sont rendues incontournables pour maintenir le tarif hébergement à un niveau soutenable pour le résident : le défi pour les gestionnaires est en effet de poursuivre une stratégie immobilière sans sacrifier le nécessaire équilibre entre l'impact sur les tarifs des conséquences de l'investissement immobilier (amortissement et frais financiers notamment, mais aussi frais de maintenance) et l'accessibilité financière de ce tarif pour les résidents.

Le financement de l'investissement (l'emprunt, l'autofinancement dont une récente étude de l'EHESP a souligné le potentiel insuffisamment exploité, les subventions), les choix d'investissement (location ou accession à la propriété, construction neuve ou rénovation), les stratégies de gestion financière (amortissement sur 20 ans, 25 ans – 30 ans, plus...) sont autant de paramètres qui nécessitent un cadrage fin lors de la conduite des projets. Des facteurs plus exogènes, comme la fiscalité, constituent aussi des variables fondamentales.

Cette complexité ne doit pas retarder la réponse des EHPAD à des enjeux majeurs : si le parc immobilier des EHPAD se modernise, la vétusté de nombreuses structures en fonctionnement reste importante ; au-delà, le chantier « accessibilité » représente une charge financière que les EHPAD objectivent (environ 60 % des EHPAD analysés ont fait leur diagnostic accessibilité) mais dont ils risquent de peiner à porter le coût financier.

Localement, ces enjeux ne manqueront pas de constituer une problématique forte pour la construction des futurs schémas régionaux d'investissement en Santé que les ARS devront mettre en place à moyen terme.

Anabelle Billy, Manager, Responsable programme à l'Agence Nationale de l'Appui à la Performance (ANAP) « Gestion patrimoniale des ES/ESMS »

Pierre-Yves Lenen, Responsable du Pôle Allocation Budgétaire, Direction ESMS à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

### III) Coûts liés à la section dépendance

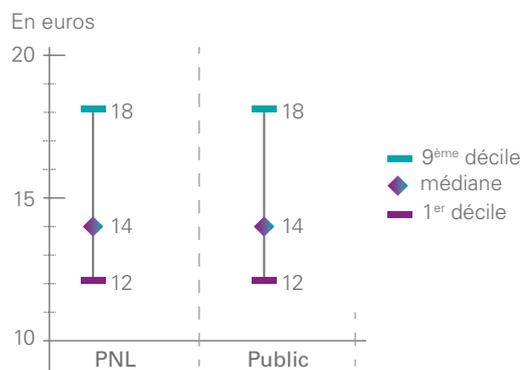
Les coûts liés à la dépendance intègrent l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liées aux soins. Il s'agit des surcoûts liés à l'état de dépendance ; par exemple, l'aide à l'habillage, à la toilette ou aux repas, des produits pour l'incontinence, ainsi que des suppléments de blanchisserie.

- **Coût net journalier de la section dépendance<sup>22</sup>**

- Coût net journalier de la section dépendance par statut juridique

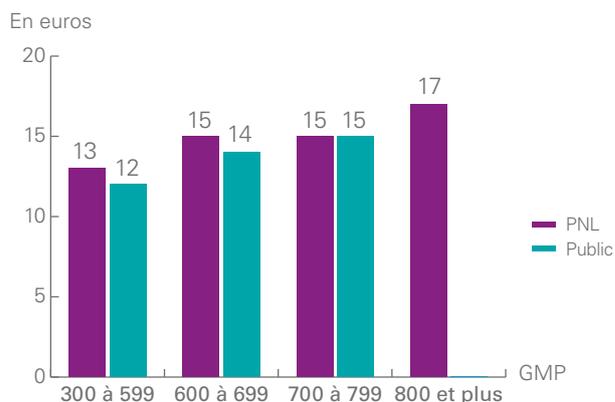
Le coût net journalier de la section dépendance est calculé en divisant le montant des charges nettes liées à la dépendance (charges diminuées des recettes en atténuation) par la capacité autorisée des EHPAD.

Le coût net journalier médian de la section dépendance par résident est de 14€ quel que soit le statut juridique de l'établissement (15€ en moyenne dans un EHPAD PNL et 14€ pour les EHPAD Publics).



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

On observe une corrélation logique entre le coût net journalier de la section dépendance et le niveau de dépendance des résidents.



<sup>22</sup> Taux de réponse : 92 % pour les EHPAD PNL et 84 % pour les EHPAD Publics

- **Coûts spécifiques relatifs à la section dépendance<sup>23</sup>**

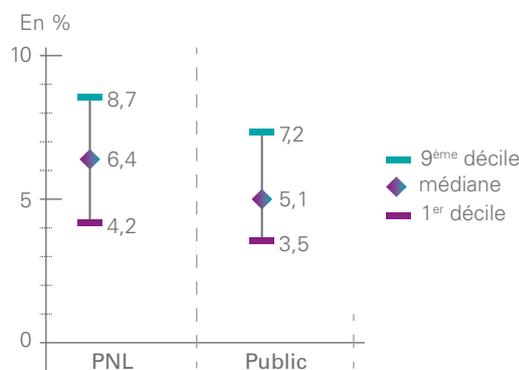
- Coûts des produits d'incontinence

Le coût des produits d'incontinence représente un peu plus de 6 % des charges de la section dépendance des EHPAD PNL et 5 % pour les EHPAD Publics.

EHPAD PNL			EHPAD Public		
En euros	Coût moyen	Coût médian	En euros	Coût moyen	Coût médian
Par an	399	339	Par an	282	276
Par jour	1,09	0,93	Par jour	0,77	0,76

Les produits d'incontinence représentent entre 5 et 6 % des charges de la section dépendance des établissements.

**Pourcentage du coût des produits d'incontinence dans le total des charges de la section dépendance**



<sup>23</sup> Taux de réponse : 94 % pour les EHPAD PNL et 91 % pour les EHPAD Publics

## Avis d'expert

On peut observer sans surprise une évolution du coût journalier de la dépendance liée à celle du niveau de dépendance.

Concernant le coût moyen des produits d'incontinence, il est estimé à 1,09€ par jour et par résident sur les EHPAD Privés associatifs et à 0,77€ par jour et par résident sur les Publics.

Ces coûts sont similaires à ceux des EHPAD du Rhône à savoir autour de 1€ par jour et par résident. En revanche, dans le Rhône, il ne semble pas exister d'écart significatif entre les établissements Privés associatifs et Publics.

L'étroite corrélation entre le coût des produits incontinence et le niveau de GMP des établissements Privés associatifs est constatée, toutefois, au-delà d'un GMP à 800, une cassure est visible, le coût des protections baisse. Sur les établissements Publics, la progression est moindre et ne présente pas de cassure.

Dans le Rhône, où le niveau de GMP est bien plus élevé que dans le panel, à 749 contre 666, le coût des protections augmente régulièrement mais sans cassure en fonction de l'augmentation du GMP, en restant aux alentours de 1€.

Sophie Montjotin, Directrice Direction des Établissements pour personnes âgées du Département du Rhône

## IV) Coûts liés à la section soins

Les coûts liés aux soins, qui comprennent les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des résidents, sont couverts par la dotation « soins ».

Le coût des soins pris en charge par l'assurance maladie dans les EHPAD est en croissance constante du fait notamment de l'évolution du profil des résidents accueillis.

- **Coût net journalier des soins<sup>24</sup>**

- Coût net journalier des soins par statut juridique

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 installée de l'EHPAD.

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 (à hauteur de 70 %) 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.

Le coût net journalier moyen des soins par résident dans un EHPAD PNL est de 31€ (médiane : 28€) et de 31€ dans un EHPAD Public (médiane : 30€).

Le coût net journalier des soins par résident est de :

PNL		Médiane par jour	1 <sup>er</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile
Tarif global	Avec PUI	45	38	52
	Sans PUI	34	22	42
Tarif partiel	Avec PUI	35	27	46
	Sans PUI	28	21	35

Il est à noter que 27 % des EHPAD PNL et 20 % des EHPAD Publics déclarent être en convergence tarifaire.

<sup>24</sup> Taux de réponse : 92 % pour les EHPAD PNL et 84 % pour les EHPAD Publics

- **Coût des fournitures et prestations médicales et médico-sociales<sup>25</sup>**

Le coût des fournitures et prestations médicales et médico-sociales est calculé à partir de la somme des coûts des fournitures médicales et des prestations médicales et médico-sociales rapportée au nombre de journées dépendance réalisées.

PNL	Tarif global		Tarif partiel	
	Coût (en euros) par jour	Part dans les charges « soins »	Coût (en euros) par jour	Part dans les charges « soins »
<b>Moyenne</b>	2,09	6,10 %	1,47	5,00 %
<b>Médiane</b>	1,94	6,10 %	1,29	4,60 %
<b>1<sup>er</sup> décile</b>	0,64	2,40 %	0,18	0,60 %
<b>9<sup>ème</sup> décile</b>	4,11	10,10 %	2,53	9,30 %

Public	Tarif global		Tarif partiel	
	Coût (en euros) par jour	Part dans les charges « soins »	Coût (en euros) par jour	Part dans les charges « soins »
<b>Moyenne</b>	2,34	7,10 %	1,81	6,10 %
<b>Médiane</b>	1,97	7,00 %	1,43	4,50 %
<b>1<sup>er</sup> décile</b>	0,91	2,80 %	0,77	2,60 %
<b>9<sup>ème</sup> décile</b>	4,88	11,80 %	2,76	10,60 %

<sup>25</sup> Taux de réponse : 89 % pour les EHPAD PNL et 100 % pour les EHPAD Publics

## Avis d'expert

L'option tarifaire de l'établissement, dotation globale ou dotation partielle, détermine le périmètre de charges que couvre la dotation « soins ». En tarif global, contrairement au tarif partiel, la rémunération des auxiliaires médicaux libéraux et des médecins généralistes libéraux sont notamment couverts ainsi que certains actes de radiologie et de biologie. C'est pourquoi, le passage au tarif global implique bien souvent une augmentation de la dotation de près de 30% la 1<sup>ère</sup> année.

Il n'est donc pas surprenant de constater que le coût net journalier par résident soit un peu plus élevé en tarif global qu'en tarif partiel. Cependant, afin de permettre une analyse globale des coûts nets journaliers pour un résident, il serait nécessaire de croiser les dépenses afférentes aux soins de ville pour ces résidents lorsque ceux-ci ne sont pas pris en charge par l'EHPAD.

La faible augmentation générale des coûts nets journaliers globaux par résident par rapport aux données de l'année précédente peut en partie s'expliquer par une plus large tarification au « GMPS », avec des coupes Pathos plus récentes pour les établissements.

Il reste néanmoins que la mise en place du tarif global constitue pour de nombreux établissements un véritable levier incitatif d'une amélioration de la qualité des soins via une meilleure organisation/coopération des acteurs au sein des établissements.

Guénaëlle Haumesser, Directrice de Générations Mutualistes







## IV. Ressources humaines

Ouvert 24h/24h et 365j/365j, un EHPAD est doté d'une équipe pluridisciplinaire ayant des parcours professionnels et des formations très divers, et dont les professionnels œuvrent ensemble au service de l'utilisateur.

Les besoins croissants des résidents, l'évolution des pathologies, les obligations réglementaires de plus en plus nombreuses et complexes, sont autant de paramètres qui influencent aujourd'hui le management des ressources humaines. La gestion des embauches (nombreux métiers réglementés avec un diplôme d'état), le suivi des carrières (obligation de formations) mais aussi et surtout les actions de prévention des risques psychosociaux sont aujourd'hui au cœur des politiques de management.

En effet, avec 32,5 jours chaque année, le taux d'absentéisme moyen en EHPAD est 1,3 fois plus important que la moyenne dans le secteur de la santé. On estime que le coût de l'absentéisme équivaut à 1 % de la masse salariale par pourcentage d'absentéisme, soit en moyenne 50€ par jour et par salarié absent<sup>1</sup>.

Par ailleurs, l'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues.

<sup>1</sup> Source : ANAP et le cinquième baromètre de l'absentéisme d'Alma CG

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 », le retard pris dans le renouvellement des conventions tripartites pluriannuelles, le contexte financier contraint des départements et des ARS n'ont pas permis d'atteindre cet objectif. Cependant, les concertations récentes organisées dans le cadre de la rédaction de la loi autonomie ont permis de remettre à l'agenda cet aspect crucial dont dépend la qualité de la prise en charge des personnes âgées, notamment concernant le taux d'encadrement de nuit (cf infra).

## I) Convention collective

La majorité des EHPAD PNL<sup>2</sup> du panel (80 %) est applicable à la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (CCN51).

PNL	
Convention collective	%
Convention collective de l'hospitalisation privée	3,4
Convention collective nationale de la mutualité	0,4
Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (CCN51)	79,8
Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées (CCN66)	1,0
Autres <sup>3</sup>	15,4

66 % des EHPAD Publics du panel relèvent de la fonction publique hospitalière et 34 % de la fonction publique territoriale<sup>4</sup>.

Public	
Convention collective	%
Fonction publique hospitalière	65,7
Fonction publique territoriale	34,3

## II) Taux d'encadrement

### • Taux d'encadrement global<sup>5</sup>

Le taux d'encadrement global se définit comme le nombre d'emplois directs en équivalent temps plein par rapport au nombre de résidents accueillis. Toutes les fonctions présentes dans l'EHPAD, à savoir les salariés appartenant aux pôles administratifs, de restauration, d'animation, d'hébergement et de soins sont prises en compte dans le calcul du taux d'encadrement global.

<sup>2</sup> Taux de réponse : 92 % pour les EHPAD PNL

<sup>3</sup> Notamment la Convention collective de la Croix Rouge

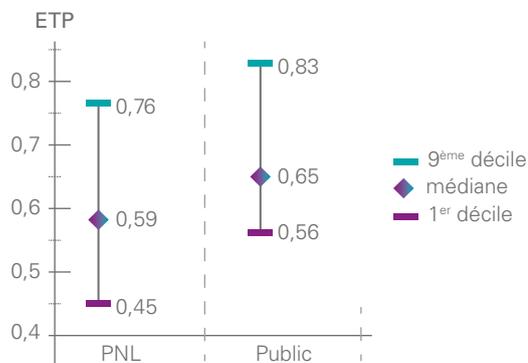
<sup>4</sup> Taux de réponse : 84 %

<sup>5</sup> Taux de réponse : 90 % pour les EHPAD PNL et 64 % pour les EHPAD Publics

Le taux d'encadrement global est de 0,59 pour l'ensemble du panel et de 0,64 pour les EHPAD accueillant des personnes en situation de handicap parmi leurs résidents.

- **Taux d'encadrement par statut juridique**

Le taux d'encadrement moyen est de 0,59 pour les EHPAD PNL et de 0,69 pour les EHPAD Publics.



Par ailleurs, on constate, pour les EHPAD PNL gérés par un organisme multiétablissement et disposant d'un siège autorisé, un taux d'encadrement moyen de 0,59 ETP dans l'établissement, contre 0,57 ETP lorsque l'organisme gestionnaire ne dispose pas d'un siège autorisé.

- **Taux d'encadrement global selon le type de convention tripartite**

Logiquement, on observe une légère progression du taux d'encadrement avec la signature des conventions tripartites de 2<sup>ème</sup> génération.

En effet, le taux d'encadrement moyen est :

- de 0,58 ETP pour les conventions de 1<sup>ère</sup> génération,
- de 0,60 ETP pour les conventions de 2<sup>ème</sup> génération,
- de 0,61 ETP pour les conventions de 3<sup>ème</sup> génération.

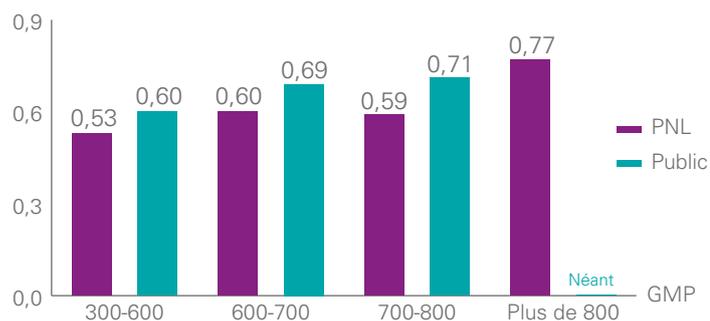
- **Formation des personnels**

144 jours de formation sont dispensés en moyenne au personnel soit 3,4 jours par an et par personne.

- **Taux d'encadrement en fonction de la dépendance des résidents**

Le taux d'encadrement médian augmente en fonction de la dépendance des résidents, ceux-ci nécessitant un accompagnement plus fort.

### Taux d'encadrement médian en fonction du degré de dépendance des résidents



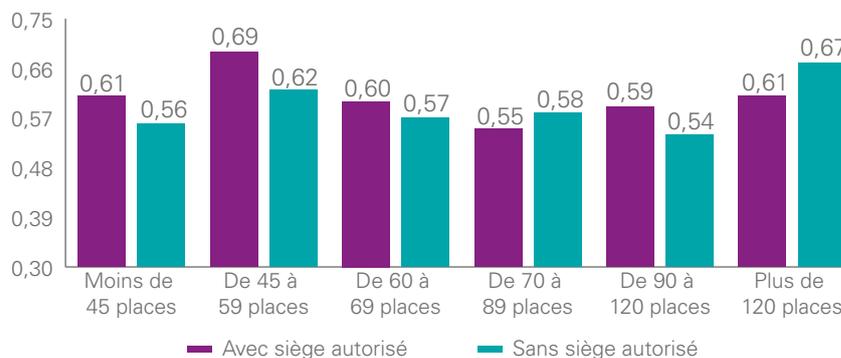
#### • Taux d'encadrement et capacité<sup>6</sup>

Le taux moyen d'encadrement selon la capacité d'accueil est compris entre 0,57 ETP (pour les EHPAD de 70 à 89 places et de 90 à 119 places) et 0,63 ETP (pour les EHPAD de moins de 45 places et les EHPAD de 45 à 59 places).

### Taux d'encadrement par capacité de l'établissement

PNL/ Capacité	Moins de 45 places	De 45 à 59 places	De 70 à 89 places	De 90 à 119 places	De 90 à 119 places	Plus de 120 places
<b>Moyenne</b>	0,63	0,63	0,58	0,57	0,57	0,62
<b>Médiane</b>	0,63	0,62	0,56	0,58	0,57	0,65

### Taux d'encadrement moyen en fonction de la présence d'un siège autorisé ou non et de la capacité de l'établissement (PNL)



#### • Taux d'encadrement par poste

- Taux d'encadrement par poste et par statut juridique

La répartition par poste corrobore le fait que les EHPAD sont avant tout des lieux de vie et non de soins.

Cependant, compte tenu du contexte actuel (augmentation des besoins en soins), cette donnée peut soulever des interrogations sur le contour exact des missions menées par ces agents qui se retrouvent parfois dans l'obligation de prendre en charge des actions dites de soins.

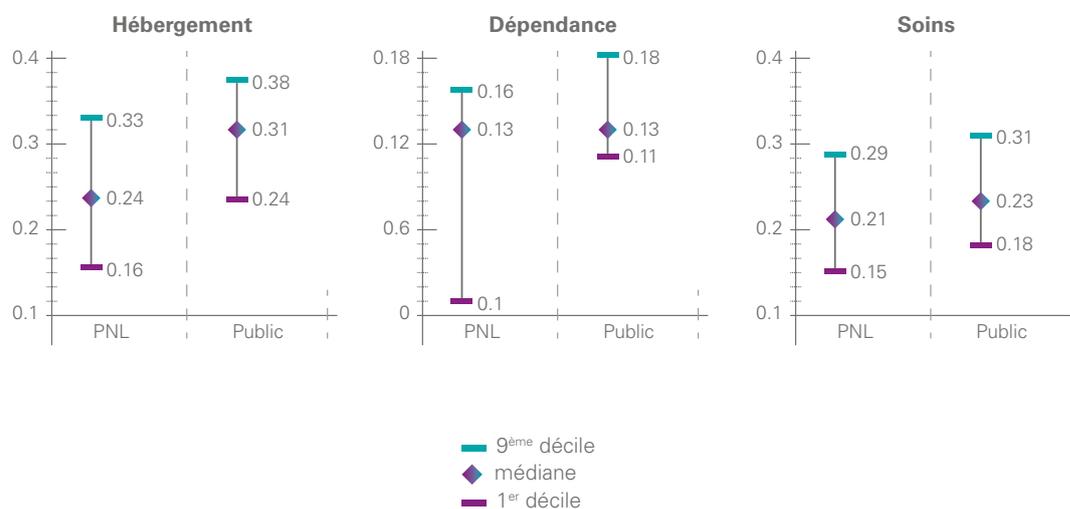
Pour 100 places, un EHPAD dispose en moyenne des ETP suivants :

Taux d'encadrement	Direction Administration	Services généraux	Animation sociale	ASH	AMP-AS
<b>PNL</b>	4,03	4,89	1,12	20,43	22,40
<b>Public</b>	5,06	8,31	2,88	20,27	24,09

Taux d'encadrement	Psychologue	IDE	Autres auxiliaires médicaux	Pharmacien	Médecin
<b>PNL</b>	0,55	5,41	0,55	0,15	0,48
<b>Public</b>	0,88	6,71	0,73	0,29	0,45

- **Taux d'encadrement par section tarifaire**

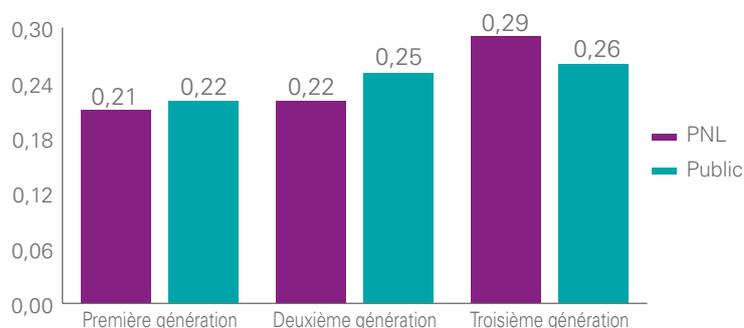
Les graphiques ci-dessous présentent le taux d'encadrement par section tarifaire :



- **Taux d'encadrement soins**

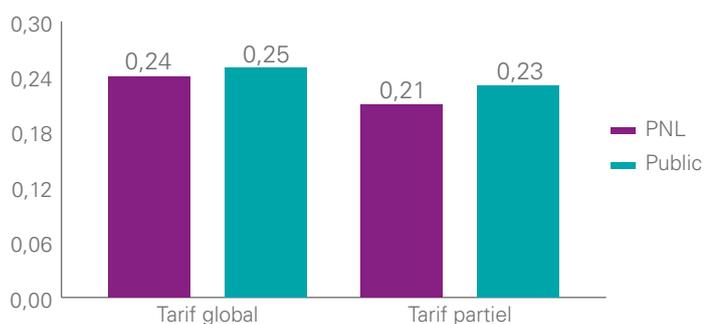
- Taux d'encadrement soins par convention

La prise en compte du niveau de soins par les conventions de 2<sup>ème</sup> génération se vérifie par une légère augmentation du taux d'encadrement moyen de cette section tarifaire.



- Taux d'encadrement soins selon l'option tarifaire de l'établissement

Le taux d'encadrement moyen des établissements du panel est sensiblement plus élevé pour les EHPAD PNL et Publics au tarif global.



- Taux d'encadrement section soins par postes par option tarifaire

Tant sur les EHPAD PNL que Publics, on observe logiquement un taux d'encadrement moyen par poste supérieur en tarif global (la seule exception étant un taux d'encadrement supérieur en tarif partiel pour le poste d'IDE en EHPAD Publics qui nous interroge).

Taux d'encadrement par postes - section soins - pour 100 résidents				
	PNL		Public	
	Tarif Global	Tarif Partiel	Tarif Global	Tarif Partiel
AMP	24,24	21,84	25,15	22,84
Psychologue	0,49	0,51	1,07	0,74
IDE	5,77	5,27	6,00	7,17
autres auxiliaires médicaux	0,77	0,50	0,73	0,74
Pharmacien	0,17	0,03	0,43	0,18
Médecins	0,53	0,46	0,45	0,45

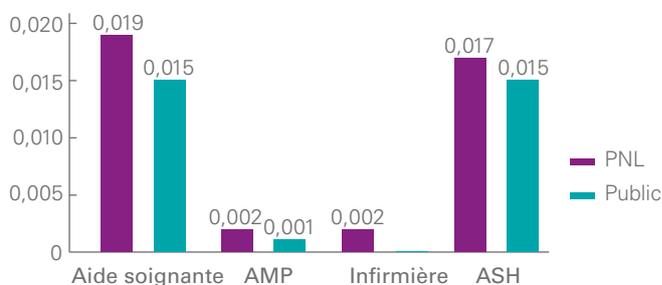
### • Taux d'encadrement nuit<sup>7</sup>

L'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) recommande de mettre en place un infirmier de nuit pour 250 à 300 places d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dans son rapport annuel 2013 remis le 21 janvier 2014 au gouvernement. Parallèlement la ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, Michèle Delaunay a souligné l'importance pour les EHPAD de disposer, même à titre de mutualisation entre deux ou trois établissements, d'une infirmière la nuit. Selon elle, recourir à une infirmière la nuit permettrait aux EHPAD de « diminuer de 37 % le nombre d'hospitalisations » aux urgences.

#### – Taux d'encadrement global nuit

Le taux d'encadrement global nuit est de 0,04 en EHPAD PNL et de 0,03 en EHPAD Publics. Le taux d'encadrement de nuit n'est pas corrélé avec la capacité de l'établissement.

Sont majoritairement présents la nuit les aides soignants et les agents de services hospitaliers. La majorité des établissements n'a pas d'infirmière présente la nuit, ni sur place ni en astreinte.



### III) Bénévolat<sup>8</sup>

L'ANESM, dans sa recommandation de bonnes pratiques relative à la qualité de vie en EHPAD et plus précisément à la vie sociale des résidents, souligne l'importance de la présence des bénévoles en établissement qui contribuent à réduire le sentiment d'isolement en permettant aux résidents d'avoir des relations sociales et peuvent, dans certains cas, se substituer aux proches.

Elle recommande également d'impliquer les bénévoles dans la vie de l'établissement car ils permettent d'assurer une complémentarité avec les professionnels pour la mise en œuvre de la démarche d'animation de la vie sociale de l'établissement.

De nombreux EHPAD recourent au bénévolat pour l'animation d'ateliers tels que le chant, l'accompagnement aux sorties... (70 % pour les EHPAD PNL et 69 % pour les EHPAD Publics).

8 bénévoles interviennent en moyenne au sein des EHPAD PNL contre 10 pour les EHPAD Publics.

93 % des EHPAD appartiennent à un organisme gestionnaire qui a conclu une convention de partenariat avec des bénévoles.

<sup>7</sup> Taux de réponse : 74 % pour les EHPAD PNL et 80 % pour les EHPAD Publics

<sup>8</sup> Taux de réponse : 94 %



## Avis d'expert

Les chiffres traduisent une stabilité des ratios d'encadrement malgré un effort de médicalisation en 2011 et 2012 qu'il faut savoir reconnaître dans un contexte de contraintes fortes qui pèsent sur les dépenses publiques de notre pays.

Ces ratios d'encadrement ne semblent que très peu sensibles à l'évolution du GMP sur la tranche « 600 à 800 » alors même que la demande en accompagnement des personnes âgées y progresse de manière très prégnante.

On observe enfin une poussée très modérée des effectifs entre les conventions de 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> générations avec seulement + 2,4 ETP (PNL) ou + 4 ETP (Public) en moyenne et en 10 ans pour un établissement de 80 places !

Cette trop faible progression est en outre portée essentiellement par les crédits « ARS » alors même que les efforts des Conseils Généraux (sections tarifaires hébergement et dépendance) marquent le pas. La dégradation de la situation économique des départements et la recherche d'une maîtrise du reste à charge dans les établissements habilités à l'aide sociale expliquent, pour une grande part, la faible évolution des ratios dans leur champs de compétence.

C'est néanmoins au sein de la section tarifaire « hébergement » que les ratios en personnel sont encore les plus importants. Ce constat surprend au regard d'une population accueillie de plus en plus en perte d'autonomie et pour laquelle, la demande en soins est forte et continue de progresser.

Alors même que les besoins en personnel sont patents, le manque de financement public contraint les crédits de médicalisation et retarde encore la signature de centaines de convention tripartite en souffrance. Pour les mêmes raisons et hors renouvellement des conventions, les faibles taux de reconduction budgétaires (entre 0 et 1,5 %) pèsent lourdement sur la masse salariale et grèvent année après année, les moyens humains réellement mobilisables au service des personnes âgées.

Des conditions de travail jugées peu favorables et un déficit d'image expliquent la faible attractivité pour les métiers du grand âge auquel les plans Solidarité Grand Âge et Alzheimer n'ont su apporter de réponses probantes.

Pour toutes ces raisons, la sous consommation récurrente des crédits de la CNSA, de même que le maintien d'une convergence tarifaire dans des établissements dans lesquels les ratios d'encadrement se situent en dessous des ratios cibles du plan de Philippe Bas (0,65 ou 1 lorsque la perte d'autonomie est forte) sont vécus comme autant de provocations dans un secteur historiquement mal doté.

Faut-il s'inquiéter que 52 % de nos concitoyens continuent à avoir une mauvaise opinion des établissements pour personnes âgées, que 77 % vivent l'entrée de ses parents en institution à contre cœur et plus inquiétant encore, qu'un tiers pense que les résidents y sont maltraités ?! (Enquête TNS Sofres)

Dans ce contexte et dans une période d'économies budgétaires sans précédent, le projet de loi tant attendu pour l'adaptation de la société au vieillissement de la population renvoie la question des EHPAD à une hypothétique seconde étape...

Les problématiques du vieillissement dans notre pays doivent être en mesure, en tant que telle, d'apporter une réponse sociétale d'envergure, aiguillon d'une politique ambitieuse, elle-même susceptible de mobiliser des fonds publics.

Claudy Jarry, Président de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et Services pour Personnes Âgées (FNADEPA)

## IV) Rémunération du personnel

### • Répartition du personnel dans les charges « des sections tarifaires »<sup>9</sup>

La répartition des charges de personnel se calcule en rapportant le coût net du personnel par section tarifaire au total des charges nettes de la section tarifaire.

Pour les établissements PNL, les charges nettes du personnel représentent 97 % de la section soins et 88 % de la section dépendance contre 45 % pour la section hébergement. Pour les établissements Publics, les charges nettes du personnel représentent 82 % de la section soins et 86 % de la section dépendance contre 52 % pour la section hébergement. Au total, les charges nettes du personnel représentent 67 % du budget total des EHPAD PNL et 67 % du budget total des EHPAD Publics.

### • Répartition par sections tarifaires des rémunérations et des ETP<sup>10</sup>

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.

Les rémunérations des personnels représentent une part moins importante que le nombre d'ETP dans la section hébergement. C'est le contraire dans la section soins. Cela s'explique par un personnel plus nombreux sur les activités d'hébergement et sur des qualifications plus faibles que dans la section soins, où le personnel est moins nombreux mais plus qualifié.

PNL	Proportion d'ETP			Proportion des rémunérations		
	Médiane	1 <sup>er</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile	Médiane	1 <sup>er</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile
<b>Hébergement</b>	42 %	31 %	50 %	40 %	31 %	46 %
<b>Dépendance</b>	22 %	19 %	25 %	20 %	18 %	23 %
<b>Soins</b>	36 %	30 %	45 %	40 %	33 %	48 %

Public	Proportion d'ETP			Proportion des rémunérations		
	Médiane	1 <sup>er</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile	Médiane	1 <sup>er</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile
<b>Hébergement</b>	43 %	34 %	49 %	41 %	32 %	46 %
<b>Dépendance</b>	21 %	19 %	24 %	20 %	18 %	23 %
<b>Soins</b>	36 %	30 %	43 %	39 %	34 %	47 %

### • Coûts des postes

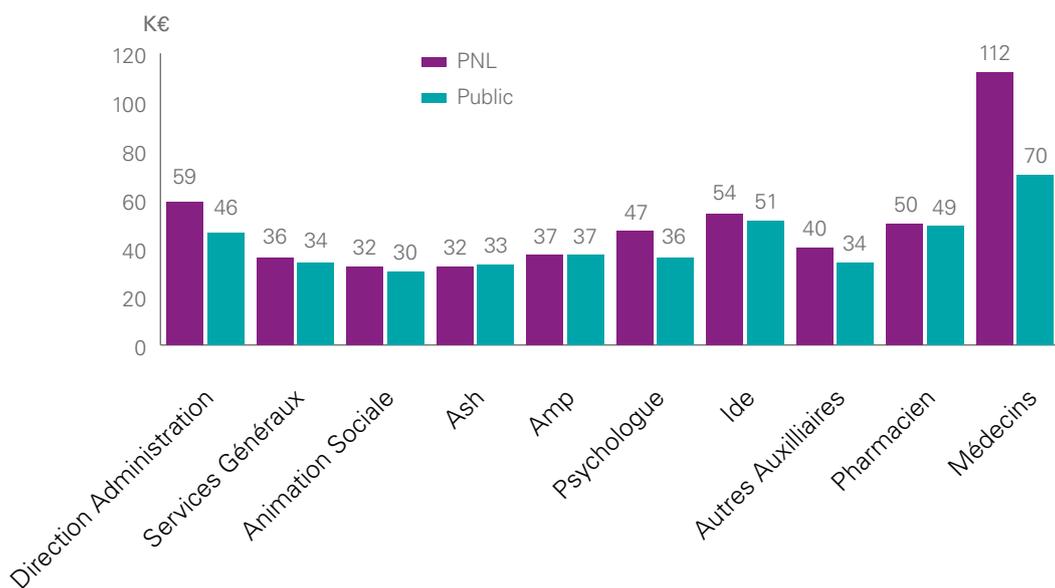
Le coût du personnel se calcule en rapportant la rémunération (salaires+cotisations sociales et fiscales) par catégorie de personnels au nombre d'ETP total (par catégories de personnels). Il convient de noter que les cotisations sociales et fiscales ne sont pas identiques entre le secteur public et le secteur privé non lucratif, ce qui peut entraîner des distorsions dans la comparaison. Par ailleurs, pour certaines fonctions les postes sont le plus souvent à temps partiel.

<sup>9</sup> Résultats non pondérés

<sup>10</sup> Taux de réponse : 93 % pour les EHPAD PNL et 64 % pour les EHPAD Publics

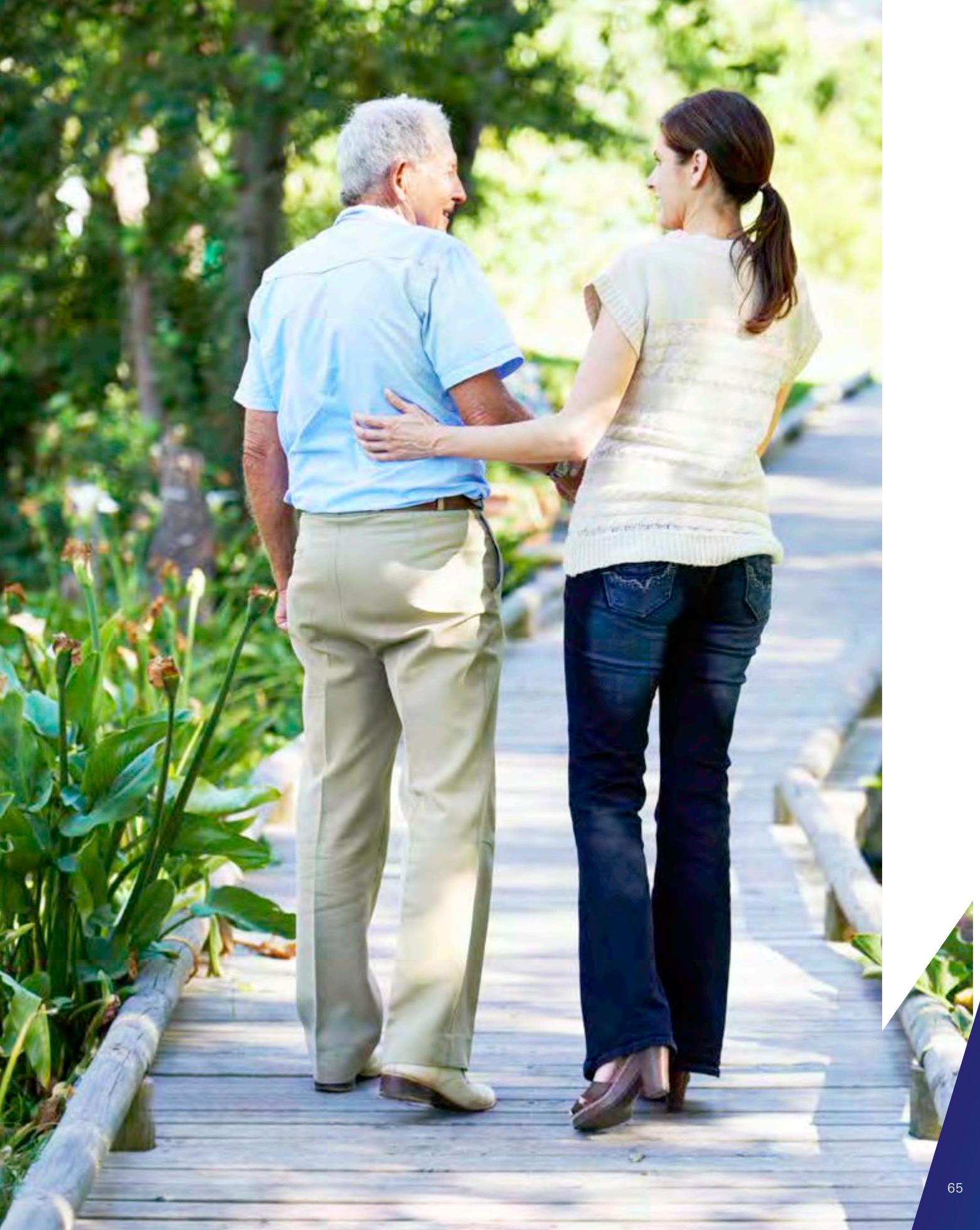
Les coûts moyens par typologie de poste sont présentés dans le tableau ci-dessous, les coûts médians sont représentés dans le graphique ci-après.

Coût moyen par poste en K€	Direction administration	Services généraux	Animation sociale	Ash	Amp-AS	Psychologue	Ide	Autres auxiliaires médicaux	Pharmacien	Médecins
<b>PNL</b>	65	35	32	34	37	46	55	38	56	107
<b>Public</b>	49	36	32	34	37	30	52	31	58	71



Le tableau suivant présente les coûts moyens et médians par poste sur le PNL en Île-de-France et hors Île-de-France :

En K€	IDF		Hors IDF	
	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne
<b>PNL</b>				
<b>Direction, Administration</b>	62	68	59	64
<b>Services généraux</b>	36	36	36	35
<b>Animation, Service social</b>	33	33	32	32
<b>ASH</b>	33	36	32	33
<b>Aide soignante, AMP</b>	40	42	37	36
<b>Psychologue</b>	53	54	45	45
<b>Infirmière</b>	61	62	54	55
<b>Autres auxiliaires médicaux</b>	50	48	38	37
<b>Pharmacien, préparateur en pharmacie</b>	63	63	30	55
<b>Médecin</b>	126	130	110	104





# V. Tarifs appliqués par les EHPAD

« Il n'est pas possible de sortir une personne âgée d'une maison de retraite parce qu'elle ne peut plus payer ou à l'inverse de maintenir un âgé seul à domicile pour de simples raisons financières »<sup>1</sup> : cette affirmation pose la question du montant à la charge du résident en établissement, de son évolution et des moyens à mettre en œuvre pour le limiter et le rendre accessible. L'accessibilité des EHPAD peut être envisagée selon deux orientations : la 1<sup>ère</sup> consistant à solvabiliser la demande, la 2<sup>ème</sup> consistant à agir sur la constitution du coût d'hébergement et des modalités de financement des EHPAD.

Parmi les pistes pour diminuer le montant à la charge du résident, il a été évoqué la diminution des coûts impactants le tarif hébergement, comme le coût du foncier des maisons de retraite ou encore la mutualisation entre plusieurs établissements, ou la mise en place de CPOM. La solvabilisation pourrait aussi passer par une réflexion sur les aides publiques, l'objectif étant de « revoir leur distribution pour les rendre plus efficaces ».

<sup>1</sup> Michèle Delaunay - ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie - début janvier 2014

## I) Tarification de la dépendance<sup>2</sup>

Dans chaque établissement, il existe trois tarifs dépendance, correspondant respectivement aux GIR 1 et 2, aux GIR 3 et 4 et aux GIR 5 et 6 (le classement dans ces deux derniers GIR n'ouvrant pas droit à l'Aide Personnalisée d'Autonomie - APA).

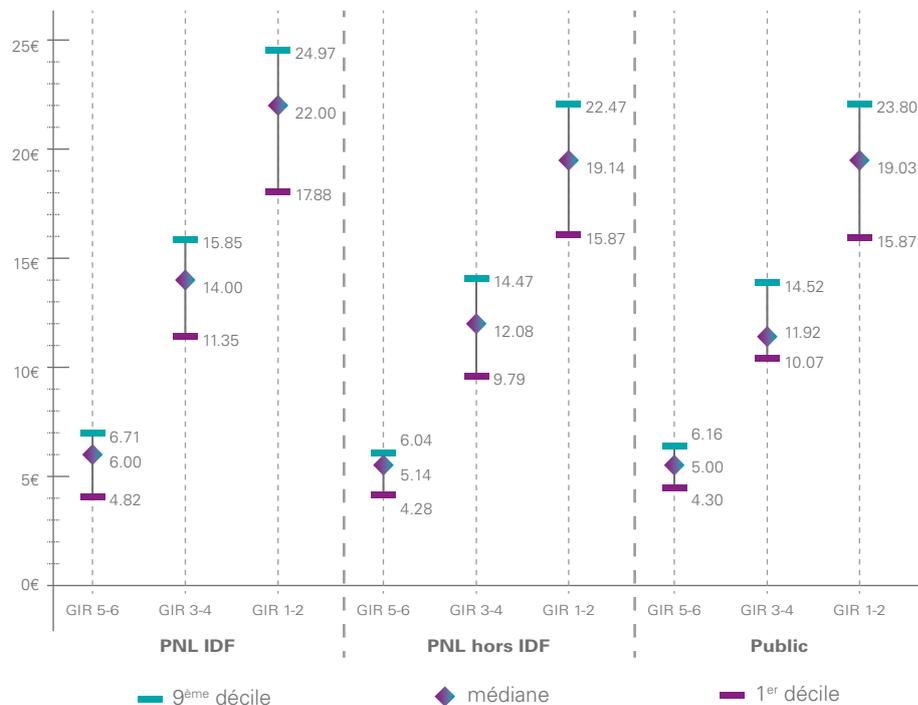
La dotation APA couvre les tarifs des GIR 1 à 4 diminués du ticket modérateur (GIR 5 et 6). Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six. Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille Aggir (Autonomie gérontologie-groupe iso-ressources) qui permet de pondérer différentes variables (par exemple : la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication). Le GIR 6 correspond aux personnes les plus autonomes et le GIR 1 aux personnes les plus dépendantes.

Les tarifs moyens par catégorie de GIR sont les suivants :

PNL	Tarif GIR 5-6	Tarif GIR 3-4	Tarif GIR 1-2
<b>IDF</b>	5,78€	13,60€	21,42€
<b>Hors IDF</b>	5,25€	12,26€	19,33€

Public	Tarif GIR 5-6	Tarif GIR 3-4	Tarif GIR 1-2
<b>Hors IDF</b>	5,22€	12,03€	19,38€

Le graphique ci-dessous présente les médianes et déciles par catégorie de GIR et d'établissements.



## II) Tarification des soins<sup>3</sup>

La dotation soins recouvre les prestations médicales et paramédicales liées à la prise en charge du résident, en fonction de l'option tarifaire choisie par l'établissement. Il est réglé directement par l'assurance maladie à l'établissement.

Le tarif journalier lié aux soins est calculé en rapportant les produits de la tarification soin à la capacité installée :

	PNL*	Public**
<b>Moyenne</b>	31,21€	31,92€
<b>Médiane</b>	29,17€	31,74€

\* Taux de réponse : 91 %

\*\* Taux de réponse : 86 %

## III) Montant à la charge du résident<sup>4</sup>

Le montant à la charge du résident correspond au tarif hébergement auquel s'ajoute le forfait dépendance des GIR 5 et 6.

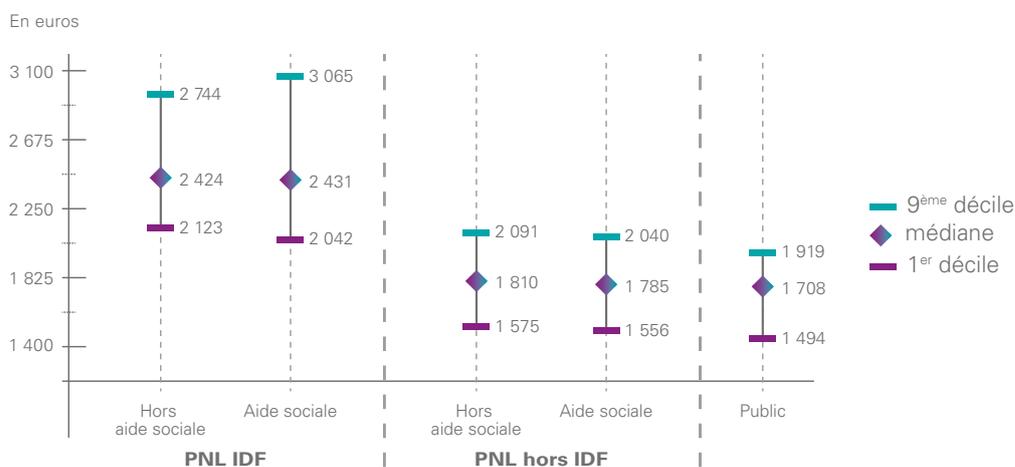
- **Montant à la charge du résident, selon le lieu et l'habilitation ou non à l'aide sociale**

Pour les établissements PNL :

- Les tarifs des places non habilitées à l'aide sociale sont, en moyenne, de 2 460€ en Île-de-France par mois et de 1 833€ hors Île-de-France.
- Dans un établissement habilité à l'aide sociale, un résident ou le Conseil Général paie en moyenne 2 418€ en Île-de-France par mois et 1 804€ hors Île-de-France.

Pour les établissements Publics :

- Le montant à la charge du résident est en moyenne de 1 694€.



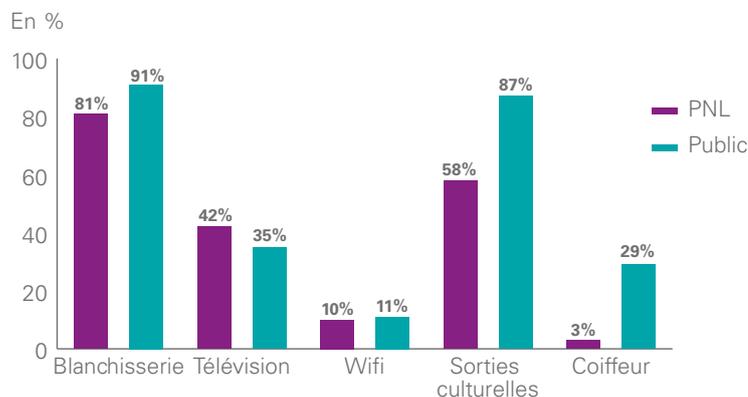
3 Données non redressées

4 Taux de réponse : 98 % pour les EHPAD PNL et 93 % pour les EHPAD Publics

- **Services compris dans le tarif hébergement<sup>5</sup>**

Le montant restant à la charge du résident n'inclut pas tous les types de services auxquels les résidents peuvent recourir.

Le graphique ci-dessous montre les services habituellement proposés par les EHPAD et les taux de répondants indiquant que ces services sont compris dans le tarif de « base » de l'hébergement et non facturés en supplément.



<sup>5</sup> Taux de réponse : 85 %

## *Avis d'expert*

L'un des aspects frappants de ces données est la stagnation, voire la diminution dans certains cas, des montants à charge par rapport à 2011. C'est la résultante de plusieurs facteurs convergents : la politique de rigueur imposée aux établissements par de nombreux Conseils Généraux, malgré la hausse sensible des charges de gestion courante, et le fait que ces montants ont aujourd'hui atteint des plafonds souvent insurmontables pour les personnes âgées et leur famille. Preuve supplémentaire s'il en est que le système de tarification actuel a un impérieux besoin de réforme structurelle.

Outre l'indispensable amélioration de la solvabilisation des personnes âgées sur le montant à charge, cette réforme se devra aussi d'être structurante pour l'avenir du secteur. Cela passe par de nouveaux modes de management et de gouvernance des établissements, basés sur la qualité de l'accompagnement et la performance. Mais aussi par la reconnaissance et la valorisation de la performance actuelle des gestionnaires.

Aujourd'hui, le remarquable rapport qualité/coût des établissements est masqué par cette problématique majeure du montant à charge.

C'est ce nouveau souffle de modernisation de l'hébergement des personnes âgées qui est attendu dans le cadre de la Loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement.

Didier Sapy, Directeur Général de la Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées (FNAQPA)







## VI. Situation financière des établissements

Les équilibres financiers sont globalement respectés mais les perspectives financières, liées notamment à la capacité des EHPAD à pouvoir contracter de nouveaux emprunts pour financer des investissements qui pourraient s'avérer nécessaires au regard des nouvelles législations et des besoins croissants des résidents, restent contraintes.

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).

Les règles de financement ont permis de maîtriser les besoins en fonds de roulement (BFR), voire de constater des excédents de financement d'exploitation et en conséquence les fonds propres d'exploitation (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 endettées.

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

Tout déséquilibre au niveau de l'exploitation pourrait se traduire par un déséquilibre financier s'il n'est pas financé.

## I) Disponibilité du fonds de roulement<sup>1</sup>

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

Le fonds de roulement net global des EHPAD PNL couvre en moyenne 72 jours d'activité pour les EHPAD PNL contre 114 jours pour les EHPAD Publics.

Alors que le besoin en fonds de roulement (BFR) pèse globalement peu sur la trésorerie des établissements, le fonds de roulement apparaît suffisant dans les deux catégories d'établissement pour éviter les tensions de trésorerie.



## II) Capacité d'autofinancement<sup>2</sup>

La capacité d'autofinancement nette correspond à l'ensemble des ressources financières « encaissables » générées par l'activité de l'établissement diminuée des remboursements d'emprunt (soit CAF brute - remboursements d'emprunts). Elle est ainsi représentative des marges de manœuvre d'endettement et d'investissement.

Parmi les établissements ayant une CAF brute positive, une proportion plus importante d'établissements dans le secteur public n'a pas une CAF suffisante pour couvrir ses remboursements d'emprunts et présente ainsi une CAF nette négative.

92 % des établissements PNL répondants ont une CAF brute positive, ils ne sont que 77 % à avoir une CAF nette positive ; cela signifie que 15 % des établissements dégagent une capacité financière insuffisante pour couvrir leur remboursement d'emprunt de l'année.

PNL	CAF brute	CAF nette
<b>Positive</b>	91,61 %	77,39 %
<b>Négative</b>	8,39 %	22,61 %

Public	CAF brute	CAF nette
<b>Positive</b>	97,73 %	68,18 %
<b>Négative</b>	2,27 %	31,82 %

Pour les établissements qui génèrent une CAF nette positive, elle couvre en moyenne 5 % du montant des investissements de l'année pour les EHPAD PNL.

<sup>1</sup> Taux de réponse : 35 % pour les EHPAD PNL et 59 % pour les EHPAD Publics

<sup>2</sup> Taux de réponse : 90 % pour la CAF des EHPAD PNL, 80 % pour la CAF des EHPAD Publics

### III) Besoin en fonds de roulement et excédent de financement d'exploitation<sup>3</sup>

Pour rappel, la trésorerie d'exploitation d'un EHPAD dépend :

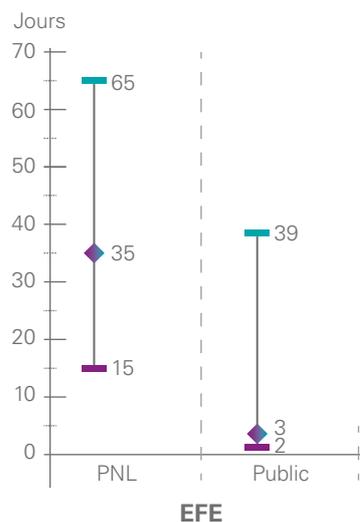
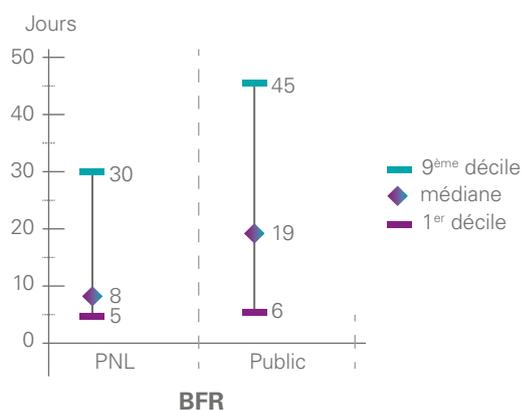
- des modalités de facturation aux résidents (terme échu ou à échoir)
- des délais de paiement des fournisseurs

La gestion des établissements est qualifiée de saine lorsque les fonds propres d'exploitation (FRE) couvrent les besoins de trésorerie d'exploitation.

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 et résultant de ses procédures en matière de facturation de recouvrement et de paiement.

Les BFR négatifs correspondent à des Excédents de Financement d'Exploitation (EFE), ils favorisent le maintien d'une trésorerie positive.

#### Nombre de jours de BFR ou d'EFE



Le BFR est plus marqué dans les EHPAD Publics que dans les EHPAD PNL. Lorsqu'il est constaté, l'EFE est plus important dans les EHPAD PNL.

<sup>3</sup> Taux de réponse : 38 %



## IV) Durée résiduelle de la dette<sup>4</sup> et Indépendance financière

La durée résiduelle de la dette est l'un des indicateurs de vétusté des établissements et par là même un révélateur des perspectives de restructuration.

Ces durées sont aussi liées à la politique d'emprunt du gestionnaire de l'établissement, des durées autorisées par les autorités de tarification et de contrôle dans le cadre des Programmes Pluriannuels d'Investissement.

	PNL	Public
<b>Durée dette</b>	7 ans	10 ans

### • Indépendance financière<sup>5</sup>

Ce ratio est obtenu en rapportant le montant des fonds propres à celui des dettes de l'EHPAD. En moyenne, les EHPAD répondants présentent une indépendance financière (ratio supérieur à 1) et ainsi une capacité à emprunter.

	PNL	Public
<b>Indépendance financière</b>	1,89	3,25

<sup>4</sup> Taux de réponse : 69 %

<sup>5</sup> Taux de réponse : 74 %

## Avis d'expert

La Fédération Hospitalière de France a mené en partenariat avec l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) une étude visant à dresser un panorama dynamique de 2005 à 2011 de la situation financière et budgétaire de 1 200 EHPAD Publics autonomes, qui représentent 18,5 % en moyenne de l'équipement en place pour 1 000 résidents.

Le coût à la place médian est de 35 439€, avec des masses budgétaires sur les 3 groupes en hausse sur la période, pour une répartition d'environ 14,8 % pour les charges du groupe 1, 69,1 % pour celles du groupe 2 et 16,1 % du groupe 3. On peut noter un poids croissant des charges du groupe 3 lié aux surcoûts d'investissement élevés et une part moindre des dépenses de personnel.

Globalement sur cet échantillon, l'étude démontre de bons équilibres financiers avec des fonds de roulement qui couvrent largement le besoin en fonds de roulement, en moyenne 110 jours, mais un niveau de trésorerie élevé. Le critère de la taille est sensible mais pas déterminant. Les aides allouées, notamment via les crédits non reconductibles (CNR) contribuent nettement à renforcer la situation budgétaire. Ainsi, 21 % des EHPAD de l'échantillon présentent une structure financière qu'on pourrait qualifier d'idéale, 72 % présentent une situation d'équilibre normale et 6 % sont dans une situation fragile avec un fonds de roulement et une trésorerie négatifs.

Il est intéressant de noter l'accroissement notable des dépenses d'investissements centrées sur les constructions avec 68 % d'augmentation sur la période 2005-2011. Pour autant le taux de vétusté moyen atteint 39,7 % en 2011.

Si l'on positionne ces établissements au regard de quelques indicateurs, on peut conclure à une performance budgétaire et financière des EHPAD Publics satisfaisante : 67 % ont un taux d'endettement inférieur à 50 %, 53 % ont une réserve de compensation de 2 à 3 % des charges, 73 % ont un taux de CAF supérieur à 5 %.



Géographique

Présentation GMP

PMP Échantillon

Répartition Statut

Niveau Convention

EHPAD Fiscalité

Activités Capacité

Établissements

Juridique

Mises en place

Tripartite CPO

Profil des résiden

# Lexique

<b>AMP :</b>	Aide Médico-Psychologique
<b>AS :</b>	Aide-Soignante
<b>ASH :</b>	Agent de Service Hospitalier
<b>BFR :</b>	Besoin en Fonds de Roulement
<b>CAF :</b>	Capacité d'AutoFinancement
<b>CPOM :</b>	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
<b>DPE :</b>	Diagnostic Performance Énergétique
<b>EFE :</b>	Excédent de Financement d'Exploitation
<b>ETP :</b>	Équivalent Temps Plein
<b>FRNG :</b>	Fonds de Roulement Net Global
<b>GIR :</b>	Groupe Iso Ressources Les Groupes Iso-Ressources permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de six.
<b>GMP :</b>	Gir Moyen Pondéré
<b>HAD :</b>	Hospitalisation À Domicile
<b>MAIA :</b>	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
<b>MDPH :</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>PASA :</b>	Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
<b>PMP :</b>	Pathos Moyen Pondéré
<b>PNL :</b>	Privé Non Lucratif
<b>PUI :</b>	Pharmacie à Usage Intérieur
<b>SSIAD :</b>	Services de Soins Infirmiers À Domicile
<b>UHR :</b>	Unité d'Hébergement Renforcée

# KPMG en un regard

Premier groupe français d'audit, de conseil et d'expertise comptable.

## Chiffres clés

### KPMG en France

- > **220** implantations
- > **8 300** salariés
- > Chiffre d'affaires : **894** millions d'euros

### KPMG en France compte plus de 70 000 clients parmi lesquels :

- > **200** sociétés cotées ou entités d'intérêt public
- > **Près de 30 %** des PME de plus de 50 salariés
- > **6 000** références dans les collectivités publiques
- > **6 300** associations et acteurs de l'Économie Sociale et Solidaire
- > **47 000** artisans, commerçants, TPE et professions libérales

### Notre réseau

Les 450 collaborateurs de KPMG du réseau Économie Sociale et Solidaire, Santé et du Secteur public local, sont des professionnels du conseil et de l'audit intervenant pour des structures portant sur des activités telles que :

- > l'accompagnement social de la personne,
- > l'éducation, la formation et la recherche,
- > l'habitat social,
- > le sanitaire,
- > l'action publique...

## Nos métiers, nos marchés

KPMG accompagne les sociétés cotées et groupes internationaux dans le cadre de missions d'Audit, de Conseil financier (Acquisitions - Cessions, Introduction en bourse...) et de Conseil en management.

Le cabinet intervient auprès des PME, ETI, groupes familiaux, TPE, artisans, commerçants et professions libérales pour les accompagner à chaque étape de leur développement : expertise comptable, certification des comptes, aide à la création, évaluation, gestion sociale, transmission, conseil patrimonial, juridique et fiscal...

KPMG apporte également son expertise aux acteurs de l'Économie Sociale et Solidaire, au Secteur public, à l'État et aux collectivités territoriales sur des sujets aussi variés que l'information financière, la gouvernance, l'évaluation, le pilotage, le contrôle interne ou externe...

## Les publications de KPMG sur le secteur du social et médico-social



Étude secteur social et médico-social : « Regards croisés, enjeux et perspectives. »  
2014



Étude KPMG International « An Uncertain Age » avec la Lien Foundation  
2013



Actes de la conférence « Évaluer son impact social : comment répondre à ce nouveau défi ? »  
2011



Étude « La Valeur Ajoutée économique et sociale des Entreprises adaptées »  
2011

# Remerciements

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

Christine Bucalo, Emmanuelle Aubert, Mohamed Elyamani, Laurent Pradère, Antoine Maurice, Myriam Toullec ont contribué à la réalisation de ces travaux.

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, Fédération d'Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

**Amandine Descamps** – Conseillère technique à Union Nationale des Centres Communaux ou intercommunaux d'action sociale (UNCCAS)

**Anabelle Billy** – Manager, Responsable programme à l'Agence Nationale de l'Appui à la Performance (ANAP) « Gestion patrimoniale des ES/ESMS »

**Catherine Réa** – Conseiller médical de la Fédération d'Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

**Claudy Jarry** – Président de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et Services pour Personnes Âgées (FNADEPA)

**Daniel Frizot** – Associé KPMG

**Didier Sapy** – Directeur Général de la Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées (FNAQPA)

**Édith Christophe** – Directrice du secteur médico-social – ARS Champagne-Ardenne

**Élodie Hemery** – Adjointe en charge du secteur médico-social à la Fédération Hospitalière de France (FHF)

**Florence Arnaiz-Maumé** – Déléguée Générale, Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées (SYNERPA)

**Françoise Toursière** – Présidente de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et Services pour Personnes Âgées (FNADEPA)

**Guénaëlle Haumesser** – Directrice de Générations Mutualistes

**Hélène Gisserot** – Présidente d'honneur de la FEHAP, Présidente de l'association Notre-Dame de Bon Secours

**Jean-Pascal Piermé** – Directeur Général – Fondation Bagatelle, Talence

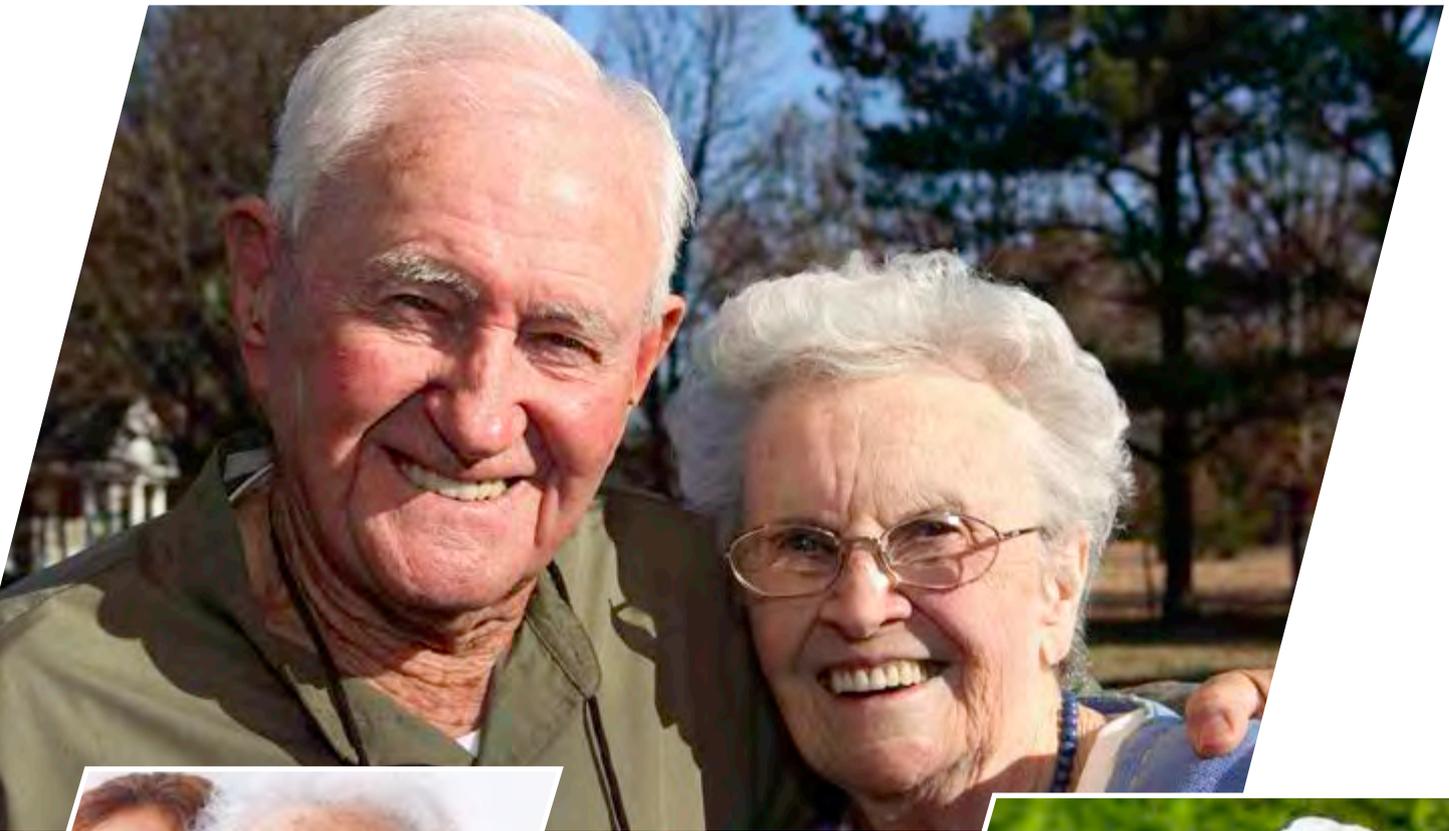
**Patricia Ferey** – Directrice de l'EHPAD d'Argelès Gazost

**Pierre-Yves Lenen** – Responsable du Pôle Allocation Budgétaire – Direction ESMS à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

**Sophie Montjotin** – Directrice, Direction des Établissements pour personnes âgées – Département du Rhône

Nous sommes particulièrement reconnaissants aux 324 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**

## **Contact**

**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.

© 2014 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 - Crédits photos : Shutterstock, iStock - Avril 2014. Code : 1644 Référence : Étude EHPAD