

Janvier 2015

GESTION DU RISQUE AXE EFFICIENCE EN EHPAD

*Analyse statistique des remontées des ARS
dans les comptes administratifs 2012*

Sommaire

Contexte et objectif	5
1- Résumé.....	7
2- Méthode d'analyse	12
2.1- Recueil des données	12
2.1.1- Outils de recueil.....	12
2.1.2- Corrections apportées aux données de base.....	13
2.2 - Présentation des résultats.....	14
2.3 - Méthodes statistiques.....	15
2.3.1 - Méthode d'analyse des facteurs de variabilité	15
2.3.2 - Méthodes d'analyse statistique descriptive pour l'élaboration de quatre profils de classes	16
2.4 - Limites de l'étude.....	17
2.4.1 - Représentativité de l'échantillon	17
2.4.2 - Pas de retraitement des postes de la liste des produits et prestations et de radiologie pour le calcul des coûts complets d'assurance maladie.....	17
3- Résultats.....	19
3.1 - Présentation générale de l'échantillon	19
3.1.1 - Capacité et statut juridique.....	19
3.1.2 - Niveau de dépendance (GMP).....	20
3.1.3 - Niveau des soins médicaux et techniques (PMP).....	21
3.1.4 - Option tarifaire.....	21
3.1.5 - Activité mise en place pour la prise en charge des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer	23
3.1.6 - La convergence tarifaire.....	23
3.1.7 - L'habilitation des EHPAD à l'aide sociale.....	24
3.1.8 - La zone d'implantation des EHPAD	25
3.2 - Indicateur 1 : Taux d'utilisation de la dotation de soins	26
3.2.1 - Analyse nationale.....	26
3.2.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés	27
3.2.3 - Présentation départementale	27
3.3 - Indicateur 2 : Structure de la dépense financée par la dotation de soins	28
3.3.1 - Analyse nationale.....	28
3.3.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés	28
3.3.3 - Présentation départementale	29
3.4 - Indicateur 3 : Structure de la dépense de personnel par catégorie	29
3.4.1 - Analyse nationale.....	30
3.4.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés	31
3.4.3 - Présentation départementale	33
3.5 - Indicateur 4.1 : Coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée (périmètre global assurance maladie)	33
3.5.1 - Analyse nationale.....	34
3.5.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés	35
3.5.3 - Présentation départementale	37
3.6 - Indicateur 4.2 : Coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée (périmètre médico-social au sens strict).....	37

3.6.1 - Analyse nationale.....	38
3.6.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés.....	39
3.7 - Indicateur 5.1 : Coût complet des soins en EHPAD (périmètre global assurance maladie).....	41
3.7.1 - Analyse nationale.....	41
3.7.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés.....	41
3.7.3 - Présentation départementale.....	44
3.8 - Indicateur 5.2 : Coût complet des soins en EHPAD (périmètre médico-social au sens strict).....	45
3.8.1 - Analyse nationale.....	45
3.8.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés.....	46
3.9 - Indicateur 6 : Taux d'occupation.....	49
3.9.1 - Analyse nationale.....	49
3.9.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés.....	49
3.9.3 - Présentation départementale.....	50
3.10 - Indicateur 7 : Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD.....	51
3.10.1 - Analyse nationale.....	51
3.10.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés.....	51
3.10.3 - Présentation départementale.....	52
3.11 - Indicateur 8 : Taux d'encadrement médical et paramédical.....	53
3.11.1 - Analyse nationale.....	53
3.11.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés.....	54
3.11.3 - Présentation départementale.....	57
3.12 Indicateur 9 : Rémunération brute du personnel.....	62
3.12.1 - Analyse nationale.....	62
3.12.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés.....	63
3.12.3 - Présentation départementale.....	66
4 - Catégorisation d'EHPAD en quatre classes à partir des huit ratios d'efficience.....	70
4.1 - Les variables.....	70
4.1.1 - Les variables actives.....	70
4.1.2 - Les variables supplémentaires (ne participant pas activement à l'analyse).....	71
4.2 - Construction des cinq premiers axes.....	71
4.2.2 - Les cinq premiers axes principaux.....	71
4.3 - Élaboration des quatre classes d'EHPAD.....	74
4.3.1 - Choix du nombre de classes.....	75
4.3.2 - Les classes expliquées par les variables.....	75
4.4 - Quatre classes d'EHPAD.....	77
4.4.1- Représentation des classes sur les axes principaux 1 et 2.....	77
4.4.2 - Les classes déclinées par option tarifaire.....	78
4.4.3 - Les classes expliquées par la variable « taille ».....	78
4.4.4 - Description des quatre classes.....	80
Glossaire.....	81

Contexte et objectif

La gestion du risque (GDR) se définit, selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût (rapport IGAS sur la GDR – décembre 2010).

Depuis la loi HPST, la GDR est une mission propre aux agences régionales de santé (ARS) qui en assurent le pilotage, la mise en œuvre et l'évaluation au niveau régional, en lien avec les organismes d'assurance maladie et sur la base d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR). Cette politique est animée au niveau national par la Direction de la sécurité sociale (DSS).

Dans le domaine médico-social, les EHPAD, dont les périmètres tarifaires sont le plus strictement définis, sont naturellement les premiers concernés par une démarche permettant d'interroger à la fois la manière d'utiliser leurs dotations soins et la complémentarité de cet emploi avec les dépenses constatées sur l'enveloppe de ville pour les résidents des EHPAD.

Dans ce cadre, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est responsable de l'animation de cette politique de GDR qui porte sur l'efficacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce programme est validé par la DSS et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Dans le cadre de ce programme, huit indicateurs centrés sur l'efficacité ont été élaborés. Ils sont calculés à partir de données sur les soins de ville remboursés aux résidents à titre individuel issues des comptes administratifs (CA) de la section soin des EHPAD et de données issues de la CNAMTS (outil RESID EHPAD).

Après une année d'expérimentation en 2011, la GDR a connu une première phase de généralisation début 2012 (trois indicateurs sur les comptes administratifs – CA – 2010 dans un département par région), puis une seconde phase à la fin de l'année 2012 (quatre indicateurs dans les CA 2011 dans un département par région).

Fin 2013, en application de la circulaire n° DSS/MCGR/DGCS/CNSA/2013/357 du 15 novembre 2013, les ARS ont mis en œuvre une troisième phase de généralisation portant sur huit indicateurs dans les CA 2012 dans un département. **Le présent rapport porte sur ces données.** La principale évolution de cette nouvelle étape a résidé dans l'extension du champ d'analyse qui couvre désormais les dépenses de ville. L'analyse compte également deux nouveaux ratios sur les dépenses de personnel et l'encadrement.

Enfin, au-delà des huit indicateurs précités et compte tenu des données disponibles, des ratios complémentaires sur la rémunération brute du personnel en EHPAD ont pu être calculés.

Les indicateurs analysés dans le présent rapport se décomposent comme suit :

- Ratio 1 : le taux d'utilisation de la dotation de soins mesure le niveau de consommation de la dotation de soins allouée à l'établissement. Il permet d'apprécier le volume budgétaire consommé pour couvrir les dépenses de fonctionnement sur la section tarifaire « soins ».
- Ratio 2 : la structure de la dépense financée par la dotation de soins mesure la répartition de la dépense entre les charges en personnel, les médicaments et les dispositifs médicaux et le matériel médical. Il permet d'identifier le poids respectif de chaque poste de dépenses.
- (*Nouveauté GDR 2013*) Ratio 3 : la structure de la dépense de personnel par catégorie mesure la part de chaque catégorie de personnel dans la masse salariale financée sur la dotation de soins.
- (*Nouveauté GDR 2013*) Ratios 4 et 5 (déclinés en sous-indicateurs 4.1, 4.2, 5.1 et 5.2 pour prendre en compte les spécificités des EHPAD au tarif global – TG – et au tarif partiel – TP) : ces deux ratios mesurent le coût des soins de ville en EHPAD par place installée
- Ratio 6 : le taux d'occupation mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement. Il permet de mettre en lumière le niveau de fréquentation des places existantes et/ou de souligner la pression de la demande.

- (*Nouveauté GDR 2013*) Ratio 7 : le taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD mesure la fréquence d'hospitalisation des résidents au cours de leur séjour en EHPAD.
- (*Extension GDR 2013*) Ratio 8 : le taux d'encadrement médical et paramédical mesure le taux d'encadrement par catégorie de personnel (dont le temps de médecin coordonnateur).

Ce rapport présente les principaux constats et faits marquants issus de l'analyse des résultats de la troisième phase de généralisation.

1- Résumé

Ce document présente les résultats des huit ratios d'efficacité du programme de gestion du risque (GDR) en EHPAD, calculés sur un échantillon de 2 210 établissements. Un contrôle de la qualité de notre échantillon a permis de corriger des données manquantes ou « aberrantes ». Par ailleurs, les valeurs extrêmes ont été supprimées pour chaque ratio.

Les analyses sont celles de l'échantillon et n'ont pas été redressées pour tenir compte de la structure de l'offre en EHPAD en fonctionnement au 31 décembre 2012. Elles portent toutefois sur un échantillon de taille significative, représentant environ un tiers de l'offre de place en fonctionnement (avec toutefois une légère sur représentation du poids du tarif global : 29 % des EHPAD sont au TG contre 27 % dans le rapport *Les soins en EHPAD en 2012*). Certaines valeurs constatées dans l'échantillon sont très proches des valeurs constatées au niveau national (niveau de GMP...). D'autres sont légèrement différentes (PATHOS moyen pondéré – PMP de 181 dans l'échantillon contre 192 en moyenne nationale).

Les EHPAD présentent une forte homogénéité des indicateurs d'activité

Certains ratios comme le taux d'utilisation de la dotation de soins (moyenne = 99 %, médiane=100%), le taux d'occupation (moyenne = 95 %, médiane = 98 %) et le taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD (moyenne = 1,24 %, médiane = 1,12 %) ont une variabilité assez faible. Autrement dit, les EHPAD ont un résultat assez homogène pour ces trois variables (coefficient de variation inférieur à 10 % et écart interquartile inférieur à 10 %).

De plus, pour le taux d'occupation et le taux d'utilisation de la dotation de soins, peu de changements sont observés par rapport à l'année dernière et ces taux ne varient pas de façon significative selon les différentes variables explicatives retenues.

À l'inverse, le taux d'hospitalisation varie en fonction de la zone d'implantation, urbaine ou rurale, de la taille de l'EHPAD et de son option tarifaire.

L'utilisation de la dotation de soins présente une structure stable par rapport à l'année précédente

L'emploi de la dotation de soins est stable depuis 2011 : cette dotation est constituée à 90 % de charges en personnel, à 7 % de charges en fournitures et prestations médicales et paramédicales et à 3 % en matériel médical (y compris amortissement). Une variabilité importante, et logique, est constatée pour les EHPAD au tarif global avec une pharmacie à usage intérieur (PUI) : elle traduit la différence des périmètres tarifaires dans la structure des budgets de fonctionnement.

Les charges en personnel sont composées à 97 % de charges en personnel salarié, dont 58 % de charges en aides-soignantes (AS) et aides médico-psychologiques (AMP), 31 % en personnel infirmier, 6 % en personnel médical (médecin, pharmacien) et 2 % en personnel paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...). On observe une variabilité plus faible sur les charges en personnel infirmier.

Coût d'une place en EHPAD sur la section « soins »

La dépense de soins en EHPAD (tous soins de ville inclus) est estimée, en coût à la place, à 14 399 euros par an, dont 2 458 euros de soins de ville (soit 17 %).

Elle est plus élevée pour les EHPAD :

- au TG et dotés d'une PUI,
- disposant d'une unité Alzheimer spécialisée (pôle d'activités et de soins adaptés – PASA ou unité d'hébergement renforcé – UHR),
- implantés en zone urbaine,

- accueillant une plus grande part de résidents en perte d'autonomie,
- en convergence tarifaire.

Si l'on affine cette analyse en mesurant uniquement la dépense de soins en EHPAD qui intègre les soins de ville correspondant au seul périmètre cadré par le tarif global avec PUI, ce coût est ramené à 13 925 euros par an, dont 1 985 euros de soins de ville inclus dans le forfait TG avec PUI (soit 14 %).

Pour les EHPAD disposant d'une PUI, le surcoût des soins de ville (périmètre médico-social au sens strict) pour un établissement financé au TG est supérieur de 15 % à celui d'un EHPAD financé au TP, soins de ville inclus. Ce surcoût passe à 12 % en l'absence d'une PUI.

Cependant, **si l'on ramène ce coût complet à GIR moyen pondéré soins (GMPS) constant, ce surcoût reste égal à 12 % en présence d'une PUI mais passe à 3,5 % seulement sans PUI.**

La variabilité entre les EHPAD est plus marquée pour les soins de ville que pour la dotation de soins.

Pour les EHPAD au TG avec PUI, la plupart des dépenses de soins de villes sont logiquement négligeables sauf pour les postes de transport et les visites de spécialistes et de dentistes.

A contrario, la dépense de soins de villes est assez élevée pour les EHPAD au TP avec PUI. Elle est marquée par un poste de médicaments assez important malgré la présence d'une PUI.

Taux d'encadrement médical et paramédical : les EHPAD de notre échantillon totalise 23 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents financés sur la section « soins »

Le temps de présence du médecin coordonnateur est égal à 0,35 ETP sur l'ensemble du panel, mais avec une forte dispersion : 77 % de ces EHPAD sont en dessous du temps requis par les dispositions du décret de septembre 2011 (article D. 312-156 du Code de l'action sociale et des familles).

Le temps d'exercice du médecin coordonnateur augmente avec les facteurs suivants :

- la taille,
- l'option tarifaire TG qui tient compte pour partie de l'effet taille (la taille moyenne constatée d'une structure au TG s'établit à 119 places contre 77 au TP),
- le nombre de résidents en perte d'autonomie qui demandent une charge en soins médico-techniques importante.

Au-delà du seul temps d'exercice du médecin coordonnateur, il ressort **un niveau d'encadrement total de la section « soins » pour l'échantillon analysé de 23 ETP pour 100 places, dont 16 AS/AMP, 6 infirmiers, 0,6 personnel paramédical et 0,6 médecin.**

Ce ratio d'encadrement global (personnel médical, infirmier, AS/AMP et paramédical) est plus élevé dans les EHPAD :

- au TG,
- avec une patientèle en perte d'autonomie significative (GIR moyen pondéré – GMP > 700) et une charge importante en soins médico-techniques (PMP > 200).

Le ratio d'encadrement en AS/AMP augmente entre le TP et le TG (+16 %), mais dans une moindre proportion que le ratio d'encadrement infirmier (+27 %) et, surtout, que les ratios d'encadrement des professions médicales (+55 %) et paramédicales (+60 %).

Enfin, le taux d'encadrement des professions médicales et paramédicales augmente avec la présence d'un PASA ou d'un UHR.

Une première catégorisation des typologies d'EHPAD de notre panel

Ce rapport présente un premier essai de détermination d'une catégorisation d'EHPAD en quatre classes présentant des caractéristiques communes : cette première catégorisation résulte d'une analyse en composante principale (ACP) et d'une classification ascendante hiérarchique (CAH).

Elle est réalisée sur 1 554 EHPAD du panel et à partir de trente-deux variables (huit indicateurs GDR, le nombre de places installées, le GMP, le PMP et des sous ratios de l'indicateur sur les dépenses de soins de ville par poste).

Le principe général de cette démarche consiste à regrouper dans des classes homogènes les EHPAD qui se ressemblent le plus. Quatre classes sont ainsi identifiées.

Classe 1 : EHPAD de petite taille, au tarif partiel accueillant des résidents très dépendants, 23 % des établissements (360 EHPAD)

95 % de ces EHPAD sont au tarif partiel (92 % au tarif partiel sans PUI, 3 % au tarif partiel avec PUI). Ce sont des établissements qui peuvent accueillir en moyenne 75 résidents. Les résidents de ces structures sont très dépendants (GMP=708).

La dotation de soins de ce groupe est conforme à la moyenne nationale. Mais le niveau élevé de dépendance et de soins requis des résidents (PMP=192) entraîne des dépenses importantes de soins de ville par place installée ainsi qu'un taux d'hospitalisation plus élevé que la moyenne.

Classe 2 : EHPAD de petite taille, au tarif partiel accueillant des résidents moins dépendants, 54 % des établissements (832 EHPAD)

88 % de ces établissements sont au tarif partiel (83 % au tarif partiel sans PUI, 5 % au tarif partiel avec PUI). Les établissements de ce groupe peuvent accueillir 77 résidents en moyenne, qui sont bien moins dépendants que ceux appartenant au premier groupe (GMP=670).

La dotation de soins de ce groupe est inférieure à la moyenne. Les dépenses en soins de ville, que l'on pourrait penser importantes dans ce groupe du fait de la forte part d'établissements au tarif partiel, sont en fait proches de la moyenne grâce à un PMP faible (PMP=167).

Il en ressort un taux d'encadrement des résidents globalement plus faible que la moyenne.

Classe 3 : EHPAD de grande taille, au tarif global accueillant des résidents très dépendants, 14 % des établissements (218 EHPAD)

Il s'agit d'établissements de taille plus importante, qui peuvent accueillir en moyenne 101 résidents. Ces EHPAD sont à 68 % des établissements au tarif global (34 % au tarif global avec PUI et 34 % au tarif global sans PUI).

Du fait de leur tarification, ces EHPAD ont des dépenses en soins de ville réduites, mais une dotation de soins par place installée bien supérieure à la moyenne nationale.

Le taux d'hospitalisation est faible par rapport à la moyenne de l'échantillon.

Les dépenses de ces établissements sont constituées en priorité de dépenses de personnel et de personnel extérieur (le recours à ces derniers est important) pour encadrer au mieux les résidents qui sont plus dépendants que la moyenne (GMP = 742).

Classe 4 : EHPAD de grande capacité au tarif global, 9 % (144 EHPAD)

Ce groupe est majoritairement constitué d'établissements au tarif global (56 %), mais comprend tout de même une part non négligeable d'établissements au tarif partiel. Cette classe se caractérise par son périmètre constitué d'EHPAD de grande taille, pouvant accueillir en moyenne 114 résidents : cette caractéristique prime l'option tarifaire.

Ce groupe se différencie cependant du précédent par la dépendance de ses résidents, proche de la moyenne nationale.

Le nombre de salariés de ces structures apparaît globalement moindre et est compensé par un recours accru aux prestataires extérieurs (matériel médical, prestations et fournitures médicales et paramédicales) sans pour autant recourir aux soins de ville (dépenses en soins de ville très faibles).

Programme d'actions et de communication mis en place par les ARS

Ce programme GDR lié à l'efficience des EHPAD concerne plus particulièrement les enjeux de ressources humaines (dispenser des soins de qualité nécessite que les EHPAD possèdent un personnel soignant compétent et en nombre suffisant) et financiers (pour permettre des soins de qualité dans le cadre de la médicalisation, il est nécessaire d'apporter un financement approprié).

La démarche de GDR comprend l'identification des situations atypiques et des difficultés rencontrées par certains EHPAD, puis la mise en place d'actions et le suivi de leur efficacité.

Dans ce sens, la GDR sur l'efficience des EHPAD pilotée par les ARS se concrétise par un programme d'actions et par un dispositif de communication.

Programme d'actions

Dans le cadre d'une d'amélioration continue du programme GDR lié à l'efficience des EHPAD, les ARS ont identifié plusieurs actions d'amélioration régionales :

1. **Actions sur la régulation de l'offre des EHPAD** pour une meilleure répartition de l'offre sur le territoire et pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses (qualité et efficience en EHPAD) :
 - adaptation de l'offre (opérations de fongibilité du secteur sanitaire vers le secteur médico-social et suppression de lits d'EHPAD au profit de lits pour personnes en situation de handicap adultes) à l'aide du taux d'occupation qui, en dessous d'un certain seuil, peut révéler un manque d'attractivité dû à l'inadaptation des locaux, mais également orienter les subventions au titre du PAI ;
 - arbitrage financier régional multicritères permettant de choisir les EHPAD qui doivent recevoir un financement. Ainsi, certaines régions priorisent les EHPAD susceptibles d'être « pathossifiés » en s'appuyant notamment sur le taux d'encadrement des aides-soignants ;
 - appui sur les indicateurs de gestion du risque pour le passage éventuel au tarif global dans le cadre de l'enveloppe fixée en 2014 ;
 - poursuite de l'objectif de juste utilisation de la dotation de soins :
 - o pour le recrutement de professionnels de santé répondant le mieux aux besoins des résidents en comparant les taux d'encadrement et le bilan des coupes PATHOS (par exemple, ne pas engager d'infirmières alors que le besoin nécessite des aides-soignants ou inversement) ;
 - o pour limiter les dépenses de médicaments qui apparaissent atypiques, en lien avec les pharmaciens des ARS et l'accompagnement de l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) ;
 - o pour limiter les dépenses dues aux soins non opposables (exemple des prothèses dentaires) en travaillant avec les CPAM sur les dépenses totales et non sur les remboursements ;
 - o pour limiter les dépenses liées à des coûts d'hospitalisation et de transport élevés en ciblant les EHPAD qui ont des taux de recours atypiques (par exemple, dans le cadre de l'expérimentation PAERPA) ;

- tout en améliorant la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (par exemple, dans le cadre d'une préparation des doses à administrer – PDA – tant au sein d'une PUI qu'en officine).

2. **Fixation d'objectifs d'efficience et de qualité** à partir des indicateurs GDR dans les avenants financiers, la convention tripartite (CT) ou la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) des ESMS tels que :

- mettre en place un référentiel régional d'efficience et de qualité,
- mettre en place des commissions de coordination gériatrique,
- veiller à la compétence du personnel exerçant dans l'établissement,
- passer des contrats de coordination avec les médecins traitants et les masseurs kinésithérapeutes libéraux intervenant dans l'EHPAD,
- alerter sur le temps de médecin coordonnateur au moment des réunions de concertation tripartite RCT pour les EHPAD non conformes à la réglementation.

3. **Actions d'inspection et de contrôles** dans le cadre :

- validation du GIR et du PMP par le conseil général ;
- visites de conformité afin de vérifier si les engagements du gestionnaire prévus dans le cahier des charges de l'appel à projets sont tenus, que ce soit à l'ouverture de l'EHPAD ou lors de son extension ;
- contrôle des CA : chaque année, un inspecteur effectue systématiquement ce travail à l'ARS PACA et redresse toute anomalie (exemple : salaire de l'animatrice affecté dans le budget soins), et le service inspection-contrôle peut apporter un appui en terme d'analyse financière ;
- établissement d'un programme de travail des missions d'inspection et de contrôle des ARS.

Dispositif de communication des ARS sur la démarche GDR

- inscription des ratios GDR dans le rapport d'orientation budgétaire (ROB) ;
- en interne, présentation de la démarche à l'ensemble des délégations territoriales et aux services et équipes projets concernés ;
- en externe, présentation de la démarche et des actions mises en œuvre aux directeurs et aux médecins coordonnateurs des EHPAD, en Commission Médicale d'Etablissement (CME) et aux fédérations (par exemple, au comité expert régional) et sensibilisation à la nécessité de disposer de données fiables ;
- remise d'outils (mémos, arbres décisionnels, profils d'activité) et de supports de communication (affiches, plaquettes) aux EHPAD ayant participé à l'enquête pour leur donner une photographie de l'activité au vu des données collectées et pour les sensibiliser à la démarche et attirer ainsi leur attention sur la qualité et l'exhaustivité des données à remonter.

Il convient aussi de souligner les difficultés rappelées par les ARS pour remonter les cadres des comptes administratifs (CA) ou pour fiabiliser les données. Cela doit inciter à la prudence dans l'interprétation des résultats. La simplification des procédures de remontée de données entre ESMS et ARS figure parmi les objectifs fondamentaux poursuivis par la CNSA dans le cadre de l'urbanisation de ses systèmes d'information.

2- Méthode d'analyse

Cette seconde partie présente la méthodologie utilisée pour l'étude ; ses résultats sont présentés en partie 3 (page 19 et suivantes)

2.1- Recueil des données

2.1.1- Outils de recueil

Les outils de recueil sous format Excel permettent à la fois le recueil des données par établissement pour chaque région (ARS) et la restitution des résultats pour chacun des huit ratios.

Au 14 avril 2014, toutes les ARS ont transmis les données nécessaires au calcul des huit ratios demandés, certaines allant jusqu'à transmettre les données pour l'ensemble des EHPAD de leur région. Toutes les données agrégées, présentées dans ce document, sont issues de ces remontées, mais les huit ratios ont été recalculés.

Région	Nb d'EHPAD Source : HAPI	Nb d'EHPAD Source : GDR	Taux d'exhaustivité	Nb de dép. par région	Nb de dép. retenus
Franche-Comté	107	107	100%	4	4
Guyane	4	4	100%	1	1
Martinique	19	19	100%	1	1
Nord-Pas-de-Calais	309	309	100%	2	2
Océan Indien	15	15	100%	1	1
Picardie	170	170	100%	3	3
Bourgogne	270	265	98%	4	4
Haute-Normandie	141	129	91%	2	2
Limousin	117	96	82%	3	3
Guadeloupe	12	9	75%	1	1
Corse	26	13	50%	2	1
Alsace	167	63	38%	2	1
Poitou-Charentes	305	108	35%	4	1
Ile-de-France	646	210	33%	8	7
Bretagne	419	119	28%	4	1
Champagne-Ardenne	124	35	28%	4	1
Auvergne	226	63	28%	4	1
Lorraine	245	57	23%	4	1
Basse-Normandie	209	47	22%	3	1
Centre	264	59	22%	6	1
Pays de la Loire	533	88	17%	5	1
Aquitaine	456	55	12%	5	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	593	58	10%	6	1
Rhône-Alpes	669	57	9%	8	1
Languedoc-Roussillon	367	27	7%	5	1
Midi-Pyrénées	409	28	7%	8	1
France et DOM	6 822	2 210	32%	100	44

La base ARS agrégée de ces vingt-six masques de saisie est constituée d'un échantillon de 2 210 EHPAD, soit une taille statistique suffisante (représentant 32 % de la population totale des EHPAD) en augmentation de 15 % par rapport à l'année dernière (1 872 EHPAD).

2.1.2- Corrections apportées aux données de base

Complétude de l'échantillon

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

C'est pourquoi un contrôle de la qualité de la base a été organisé a posteriori, qui a permis de corriger les données manquantes ou « aberrantes » à l'aide d'une extraction de la base FINESS au 1^{er} janvier 2012 ou de la maquette tarifaire au 15 février 2013.

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

- Si le total des charges d'exploitation financées sur le forfait soins est nul alors l'EHPAD est exclu de l'échantillon pour les 8 ratios ;
- Si le total des dépenses de soins de ville du régime général est nul alors l'EHPAD est exclu des ratios 4 et 5 ;
- Si les données sont manquantes pour le calcul d'un indicateur après les corrections apportées (Tableau 2), l'EHPAD est exclu pour l'indicateur analysé.

Variable à corrigée	Type d'anomalie	Base de substitution ou formule de calcul
Habilitation aide sociale	Manquante	Maquette tarifaire ou FINESS
Option tarifaire avec et sans PUI	Manquante	Maquette tarifaire ou FINESS
Statut juridique	Manquante	Maquette tarifaire ou FINESS
Type d'unité urbain/rural	Non collectée	Fichier INSEE liste des unités urbaines 2010
Convergence tarifaire	Manquante ou Tarification GMPS="NON"	Maquette tarifaire ou FINESS Si tarification GMPS="NON" Alors convergence tarifaire="NON"
Unité Alzheimer Spécialisé (PASA/UHR)	Manquante	Maquette tarifaire ou FINESS
Tarification au GMPS	Manquante	Maquette tarifaire ou FINESS
PMP	Manquante	Maquette tarifaire
GMP	Manquante	Maquette tarifaire
GMPS	Recalculée	Si tarification GMPS="OU" Alors nb de points GMPS =PMP*2.59+GMP Sinon Si tarification GMPS="NON" and PMP in (0,vide) and GMP<>0 Alors nb de points GMPS=168*2.59+GMP Sinon Si tarification GMPS="NON" and PMP>0 and GMP<>0 Alors nb de points GMPS=PMP*2.59+GMP
Capacité en nombre de places installés (HP et Total)	Manquante	Maquette tarifaire ou FINESS
Nombre de journées théoriques	Recalculée	Nb de places installées * 365
Dotation soins hors reprises de résultats	Manquante	Maquette tarifaire Dotation Finale 31/12/N - Impact reprise Déficit + Impact reprise Excédent
Dépenses soins de ville		Base Assurance maladie (RESID EHPAD)
ETP médecin coordonateur	Manquante	Si ETP médecin coordonateur = (vide) et ETP médecin <> 0 Alors ETP médecin coordonateur= ETP médecin
Nombre de résidents	Manquante ou Atypique	Si Nb residents total in (0,vide) ou > 1 000 Alors residents total = Base Assurance Maladie (AM)
Nombre de journées d'hospitalisation	Manquante	Si Nb de journées d'hospitalisation in (0,vide) dans base AM Alors Nb de journées d'hospitalisation=Base ARS agréée

Correction des données « extrêmes »

Il est nécessaires de détecter les valeurs « extrêmes » avant l'analyse des résultats, car elles accroissent la variance¹ et détériorent donc la précision des estimations.

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

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

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

Nous avons repéré la présence d'EHPAD atypiques à l'aide d'une méthode graphique, le *Box plot* de Tukey². Elle a l'avantage d'être simple et facilement compréhensible. Cette méthode est basée sur l'écart interquartile (différence entre le troisième quartile³ Q3 et le premier quartile Q1) et distingue deux catégories de valeurs extrêmes déterminées par deux types de bornes⁴ (bornes inférieures et bornes supérieures).

2.2 - Présentation des résultats

Une démarche en deux temps :

1- Pour chaque indicateur sont proposées :

- une analyse descriptive nationale avec la moyenne⁵, la médiane⁶, le premier et le neuvième décile⁷, le coefficient de variation et l'étendue interquartile (Q3-Q1) ;
- une analyse de la variabilité des résultats en fonction de neuf facteurs associés ;
- une analyse par département avec la variabilité des résultats départementaux représentés par la cartographie.

2- Élaboration de profils de classes d'EHPAD du panel (4 classes) à des fins de comparaison des structures entre elles par des traitements de statistiques descriptives (analyse en composantes principales et classification ascendante hiérarchique).

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

² *Box Plot Tuckey* : il s'agit d'un graphique où sont représentés la médiane (trait horizontal), les 25e (Q1) et 75e percentiles (Q3), ainsi que les bornes à l'extérieur desquelles les données sont considérées comme des outliers. Q1 et Q3 sont matérialisés par la partie basse et haute de la boîte complétée par des « moustaches ». Les valeurs *outliers* (valeurs extrêmes) sont figurées par des cercles.

³ Les quartiles sont trois valeurs qui séparent la distribution en quatre parties comprenant le même nombre d'observations. Les quartiles se calculent de la même façon que la médiane. Le premier quartile sépare les 25 % inférieurs des données, le deuxième quartile est la médiane de la série et le troisième quartile sépare les 25 % supérieurs des données. La différence entre le troisième quartile et le premier quartile s'appelle écart interquartile. C'est une estimation de la dispersion : plus cet écart est faible, moins les observations sont dispersées.

⁴ Sont considérées comme « très extrêmes » (*severe outliers*), les valeurs extérieures à l'intervalle :
Borne inférieure = $Q1 - [3 * (Q3 - Q1)]$; Borne supérieure = $Q3 + [3 * (Q3 - Q1)]$.

⁵ Il s'agit d'un taux moyen et non d'une moyenne de taux : soit le rapport de deux caractères V (numérateur) = $n * X$ et n (dénominateur) avec X les modalités et n leur poids, le taux moyen est égal $[V \text{ Total} / N \text{ Total}]$ et il correspond à la moyenne pondérée $[\sum ni * Xi / \sum ni]$. La moyenne des taux est égale à $\sum Xi / N$.

⁶ Représente la valeur centrale qui sépare en deux parties égales notre échantillon.

⁷ Le premier décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent 10 % de la population et le neuvième décile est la valeur au-dessous de laquelle se situent 90 % de la population.

2.3 - Méthodes statistiques

2.3.1 - Méthode d'analyse des facteurs de variabilité

La variabilité des résultats des indicateurs a été analysée au regard de neuf variables qualitatives composées de différentes modalités (classes) jugées pertinentes pour éclairer les différences observées :

- L'habilitation à l'aide sociale (1. OUI, 2. NON, 3. PARTIELLEMENT) : prestation d'aide sociale financée et gérée par les conseils généraux visant à solvabiliser le coût du tarif d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes accueillies au sein d'un EHPAD ;
- La capacité en nombre de places installées (1. EHPAD < 45 places, 2. EHPAD entre 45 et 59 places, 3. EHPAD entre 60 et 99 places, 4. EHPAD entre 100 et 199 places et 5. EHPAD > 200 places) ;
- L'option tarifaire (1. TP SANS PUI, 2. TP AVEC PUI, 3. TG SANS PUI et 4. TG AVEC PUI) ;
- Le statut juridique du gestionnaire de l'EHPAD (privé commercial, privé à but non lucratif, public autonome, public hospitalier et public territorial) ;
- La zone d'implantation de l'EHPAD (1. URBAIN, 2. RURAL) ;
- La classe de GMP (1. moins de 600, 2. entre 600 et 700 et 3. 700 ou plus) : le GIR moyen pondéré mesure, en nombre de points, le niveau moyen de dépendance des résidents accueillis dans un EHPAD ;
- La classe de PMP (1. moins de 150, 2. entre 150 et 200 et 3. 200 ou plus) : le Pathos moyen pondéré mesure, en nombre de points, le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires aux résidents d'un EHPAD ;
- Convergence tarifaire (1. OUI, 2. NON) : la convergence tarifaire consiste à ramener les EHPAD dont le tarif de soins excède un plafond national prédéfini au niveau de ce dernier en instaurant une tarification à la ressource proche de la tarification à l'activité ;
- L'existence d'une unité Alzheimer spécialisée (PASA⁸/UHR⁹) (1. OUI, 2. NON).

La méthode utilisée consiste en une analyse de variance qui a pour objectif d'apprécier l'effet des variables qualitatives sur une variable quantitative¹⁰. Cependant, nous n'avons pas modélisé les interactions qui peuvent exister entre deux variables qualitatives (exemple : les EHPAD de plus de 200 places ont en majorité un statut public hospitalier ou les EHPAD au TG sont plus grands que ceux au TP).

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

⁸ PASA : pôle d'activités et de soins adaptés.

⁹ UHR : unité d'hébergement renforcée.

¹⁰ Dans un premier temps, nous avons réalisé des analyses bivariées en utilisant des tests de Khi2 (comparaison de proportions) ou des tests de Student (comparaison de moyennes) pour mesurer la force de l'association d'une variable qualitative sur les indicateurs. Ensuite, nous avons utilisé la procédure GLM pour réaliser des analyses de variance multidimensionnelle. Cette procédure permet de traiter des données déséquilibrées et de faire des comparaisons multiples (nous ne présentons pas dans le rapport les moyennes ajustées). Les variables ont été analysées pour chaque indicateur, mais les résultats ne sont présentés que lorsqu'une association est mise en évidence avec la variabilité observée. Une p-value inférieure à 0,05 indique qu'une différence statistiquement significative (S) existe et une p-value inférieure à 0,0001 indique qu'une différence très significative (TS) existe.

2.3.2 - Méthodes d'analyse statistique descriptive pour l'élaboration de quatre profils de classes

Afin de comparer les EHPAD du panel, l'étude s'est basée successivement sur deux méthodes d'analyse statistique descriptive :

L'analyse en composante principale

L'analyse en composante principale (ACP) est une méthode d'analyse multidimensionnelle d'un grand ensemble de données, dont le but est de présenter sous une forme graphique le maximum de l'information contenue dans un tableau trop complexe à interpréter.

Dans notre étude, l'ACP s'effectue sur un tableau à 1 554 lignes représentant les EHPAD du panel et 32 colonnes (soit 32 dimensions) représentant les variables quantitatives actives retenues et issues de la GDR.

L'ACP va permettre de trouver des espaces plus petits grâce aux corrélations existantes entre ces variables dans lesquels il sera possible d'observer au mieux les EHPAD tout en conservant le maximum d'informations (c'est-à-dire déterminer la seule information utile et nécessaire). Les espaces retenus sont à deux dimensions.

Ce processus est classique. Il est utilisé pour la photographie : on passe d'un espace à trois dimensions (celui où l'on vit) à un espace à deux dimensions (la photo). Cependant, selon l'angle sous lequel le sujet est pris, la photographie n'apporte pas la même information.

La classification ascendante hiérarchique (CAH)

Cette méthode de partitionnement a pour finalité d'assurer que les EHPAD d'une même classe sont les plus homogènes possible entre eux et que les classes sont les plus hétérogènes possible entre elles¹¹.

Les deux analyses ont été réalisées à partir des macros SAS de l'INSEE, et le programme centre et réduit automatiquement les variables¹².

¹¹ Le principe consiste à effectuer une CAH sur les premiers axes d'une ACP : cela permet de différencier et de classer les individus selon les variables qui structurent le plus le jeu de données.

Il est parfois difficile de définir des distances entre individus et groupes d'individus. Les coordonnées sur les axes principaux d'une ACP des individus (EHPAD) permettent de remédier à cette difficulté.

La lecture de l'arbre (dendrogramme) permet de déterminer le nombre optimal de classes.

La méthode utilisée ici est la méthode de WARD. Elle a pour objectif de fusionner les classes les plus proches du point de vue de la perte d'inertie engendrée par leur fusion. Les classes ainsi formées seront telles que les inerties intraclasse seront minimales (il faut que les structures soient les plus semblables possible), tandis que l'inertie interclasses sera maximale (les structures appartenant à des groupes différents doivent être les plus distinctes possible). Les groupes obtenus seront donc très homogènes, mais très différents les uns des autres.

¹² Les données centrées (moins la moyenne de l'échantillon) et réduites (divisées par l'écart type de l'échantillon) sont employées lorsque les tableaux sont constitués de variables de différentes natures ou caractérisées par des unités différentes (euros, pourcentages...). Cette transformation donne la même importance aux différentes variables dans le calcul des distances entre individus et dans la détermination des axes principaux.

2.4 - Limites de l'étude

2.4.1 - Représentativité de l'échantillon

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

Dans notre cas, l'échantillon est constitué de manière non aléatoire : chaque ARS a choisi de remonter les résultats des EHPAD d'un ou de plusieurs départements. **Ainsi, les analyses réalisées dans ce rapport ne sont donc pas une photographie de la réalité c'est-à-dire de la population totale.**

Le panel analysé de 2 210 EHPAD correspond au tiers de l'offre nationale des EHPAD.

Dans ce rapport, nous ne cherchons pas à produire à partir de notre échantillon des résultats « extrapolables » à la population totale, mais à restituer aux ARS un résultat national et départemental proche des seuls EHPAD faisant partie du panel analysé. C'est pourquoi nous n'avons pas effectué dans ce rapport de redressement du panel étudié par rapport à l'activité ou à l'offre réelle des EHPAD.

Enfin, la manière dont est conçu l'échantillon et les faibles effectifs constatés dans certains départements ne permettent pas d'effectuer un redressement par région. C'est pourquoi nous présentons dans ce rapport des cartes par département et non par région, car ces dernières seraient faussées du fait du choix d'un échantillon non représentatif de la population régionale.

2.4.2 - Pas de retraitement des postes de la liste des produits et prestations et de radiologie pour le calcul des coûts complets d'assurance maladie

Les coûts complets liés aux soins pris en charge par l'assurance maladie sont couverts par la dotation de soins et par les dépenses de soins de ville. Le périmètre des charges que couvre la dotation de soins est déterminé par l'option tarifaire choisie par l'EHPAD à la signature de la convention tripartite.

Ainsi un EHPAD au tarif partiel (TP) reçoit une dotation de soins destinée à couvrir les rémunérations des médecins coordonnateurs, du personnel infirmier, de 70 % des aides-soignants et du petit matériel listé dans l'arrêté du 30 mai 2008.

L'alternative est l'option du tarif global (TG) qui permet l'allocation d'une dotation de soins plus importante pour prendre en charge des frais supplémentaires tels que

- les médecins généralistes,
- les auxiliaires médicaux,
- des examens de biologie,
- des examens de radiologie conventionnelle
- et des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie.

Par ailleurs, les médicaments sont pris en charge par la dotation de soins si l'EHPAD dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

Les analyses et les conclusions exposées dans ce rapport se fondent sur les données de soins de ville transmises par l'assurance maladie avant le 1^{er} juin 2014¹³.

¹³ En effet, un deuxième fichier a été transmis par la CNAMTS après cette date permettant le retraitement des postes de LPP (les prestations LPP sans code affiné sont considérées comme hors liste) et de radiologie (création de quatre catégories pour tenir compte des différences entre les listes de l'ATIH et de la CNAMTS sur la radiologie conventionnelle) dans les coûts générés par les soins de ville.

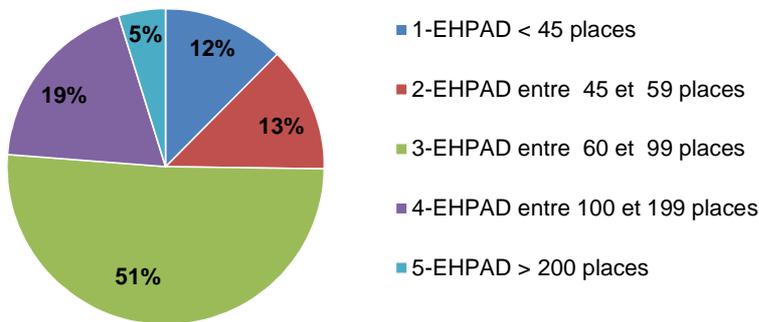
3- Résultats

3.1 - Présentation générale de l'échantillon

3.1.1 - Capacité et statut juridique

Les 2 210 EHPAD constituant l'échantillon représentent une capacité d'accueil en hébergement permanent de 189 633 places.

Répartition des EHPAD par classe de capacité (places installées)



Les EHPAD du panel ont une capacité moyenne de 89 places installées et une médiane de 80 places installées.

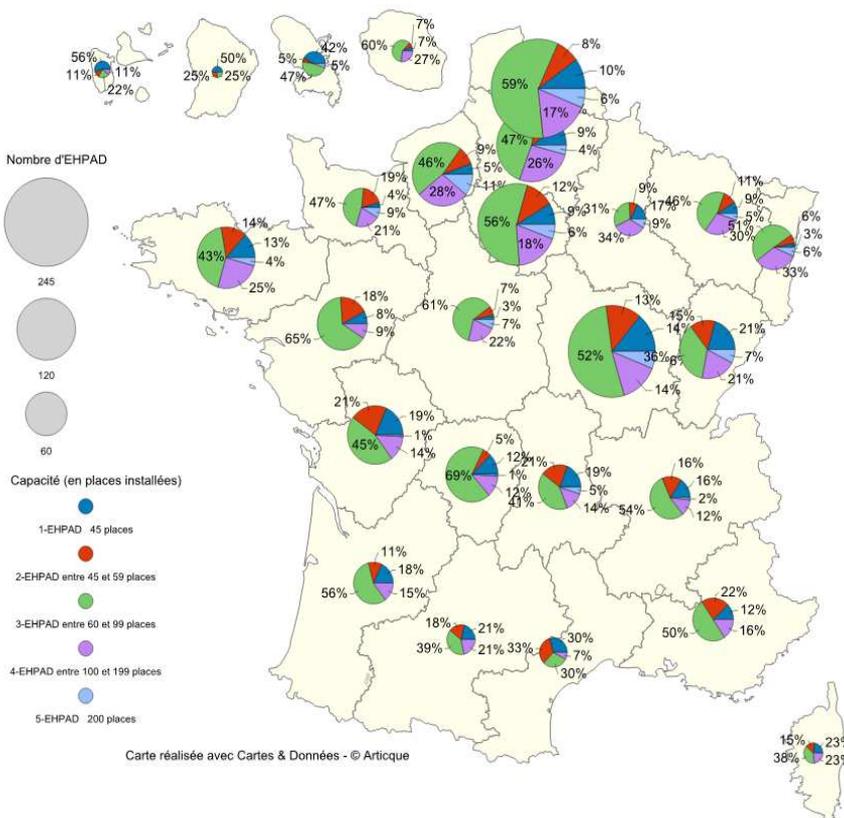
10 % de ces EHPAD ont une capacité inférieure à 40 et 10 % ont une capacité supérieure à 146.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre panel est de 38 places installées. **Ainsi, 50 % de l'échantillon dispose d'une capacité comprise entre 59 et 97 places installées. À titre de comparaison, au niveau de la population totale de référence¹⁴, 50 % des EHPAD ont une capacité qui se situe entre 60 et 99 places.**

Sur 6 768 EHPAD tarifés¹⁵, les cinq régions qui concentrent le plus d'EHPAD sont l'Île-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Pays de la Loire et Aquitaine.

Dans l'échantillon, les régions totalisant le plus d'EHPAD sont le Nord-Pas-de-Calais (309 EHPAD – 100 % d'exhaustivité), la Bourgogne (265 EHPAD – 98 %), l'Île-de-France (210 EHPAD – 33 %) et la Picardie (170 EHPAD – 100 %). L'échantillon n'est donc pas représentatif au niveau des régions.

La Haute-Normandie, la Champagne-Ardenne et la Basse-Normandie ont un pourcentage d'EHPAD de plus de 200 places, supérieur à la moyenne nationale.



¹⁴ Donnée issue du rapport Les soins en EHPAD en 2012 : Le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS – octobre 2013.

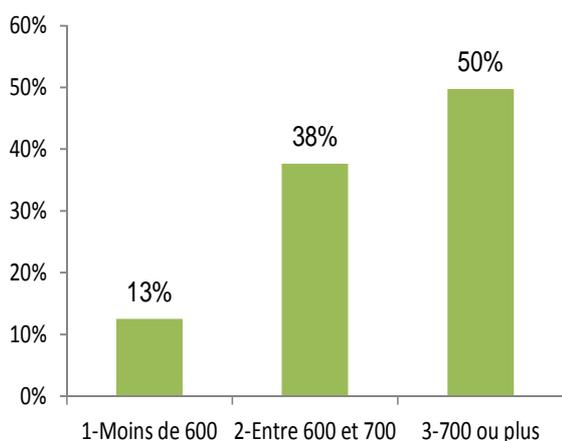
¹⁵ HAPI : outil de tarification des établissements et services médico-sociaux.

Le statut juridique du gestionnaire le plus représenté en nombre d'EHPAD dans notre panel est le secteur public avec 46 % des EHPAD, suivi du secteur privé à but non lucratif (32 %) et du secteur privé commercial (22 %). À titre de comparaison, au niveau de la population totale, le secteur public atteint 43 % d'EHPAD, suivi du secteur privé à but non lucratif (31 %) et du secteur privé commercial (26 %).

		Privé commercial	Privé à but non lucratif	Public autonome	Public hospitalier	Public territorial	Nb et % EHPAD Panel GdR	Population totale au 31/12/2012
Places installées	Capacité moyenne	74	76	87	146	74	89	83
	Capacité Médiane	78	73	80	130	65	80	75
Classe de capacité (places installées)								
1-EHPAD < 45 places	Nb d'EHPAD	72	106	29	32	35	274	1815 (27%)
	% d'EHPAD	3%	5%	1%	1%	2%	12%	
2-EHPAD entre 45 et 59 places	Nb d'EHPAD	59	95	74	23	32	283	3 647 (54%)
	% d'EHPAD	3%	4%	3%	1%	1%	12%	
3-EHPAD entre 60 et 99 places	Nb d'EHPAD	306	396	280	69	76	1 127	1306 (19%)
	% d'EHPAD	14%	18%	13%	3%	3%	51%	
4-EHPAD entre 100 et 199 places	Nb d'EHPAD	55	103	85	154	22	419	106 (4%)
	% d'EHPAD	2%	5%	4%	7%	1%	19%	
5-EHPAD > 200 places	Nb d'EHPAD	1	9	17	76	3	106	6 768 (100%)
	% d'EHPAD	0%	0%	1%	3%	0%	4%	
Nombre d'EHPAD (base échantillon GdR)		493	709	485	354	168	2 209	6 768
% d'EHPAD (base échantillon GdR)		22%	32%	22%	16%	8%	100%	100%
Nombre d'EHPAD au 31/12/2012, population totale		1 748	2 091	1 139	1 021	769	6 768	
% d'EHPAD au 31/12/2012, population totale		26%	31%	17%	15%	11%	100%	

Les EHPAD ayant une capacité supérieure à 100 places se concentrent dans le secteur public et surtout dans le public hospitalier. À l'inverse, les EHPAD ayant des capacités plus petites se concentrent dans le secteur privé commercial ou dans le privé à but non lucratif.

3.1.2 - Niveau de dépendance (GMP)



Le GMP est le niveau moyen de dépendance des résidents accueillis au sein d'un EHPAD. Il est déterminé à partir d'une grille nationale, dite AGGIR, qui définit six groupes iso ressources de niveaux de dépendance.

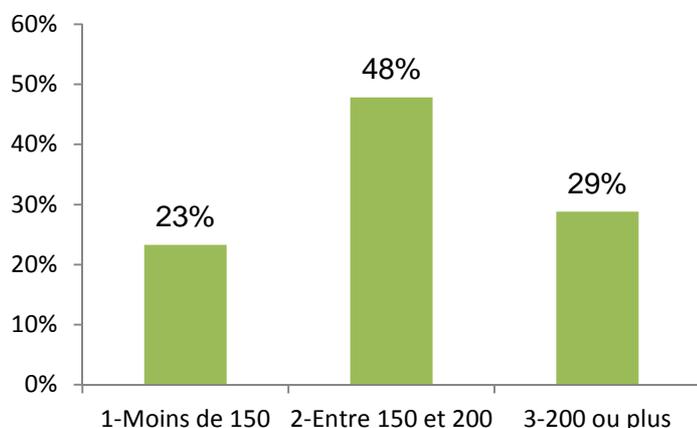
Le GMP moyen de notre échantillon est de 693. À titre de comparaison, le GMP moyen de la population de référence en 2012 était de 694¹⁶.

Le GMP est inférieur à 583 points pour 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 791 points pour 10 % d'entre eux également. 50 % des structures du panel ont un GMP supérieur à 700 points.

¹⁶ Donnée issue du rapport Les soins en EHPAD en 2012 : Le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS – octobre 2013.

3.1.3 - Niveau des soins médicaux et techniques (PMP)

Le PMP détermine le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires. Il est établi à partir de l'analyse transversale des besoins en soins requis, appelée « coupe PATHOS », qui donne lieu à une cotation en points.



Le PMP moyen de l'échantillon est de 181 points. À titre de comparaison, le PMP moyen de la population de référence en 2012 était de 192¹⁷.

Le PMP est inférieur à 128 points pour 10 % des EHPAD du panel et supérieur à 243 points pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 54 points. Ainsi, la moitié des EHPAD de notre panel ont un PMP compris entre 152 et 206 points.

3.1.4 - Option tarifaire

Les dépenses incluses dans le forfait soins sont financées sous la forme d'une dotation globale de financement versée à l'EHPAD. La nature des prestations de soins prises en compte dans la dotation varie en fonction :

- de l'option tarifaire choisie par l'EHPAD, c'est-à-dire le tarif partiel (TP) ou le tarif global (TG),
- de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

L'option tarifaire la plus répandue est le tarif partiel sans PUI, avec 66 % des EHPAD de notre échantillon. A contrario, 5 % des EHPAD ont opté pour le tarif partiel avec PUI. Les EHPAD en tarif global sont pour leur part plus équilibrés dans leur répartition « avec ou sans PUI ».

Toutefois, la part la plus importante parmi les EHPAD en tarif global reste celle des structures avec PUI (17 % contre 12 % sans PUI), qui disposent ainsi d'un plateau technique complet (prestations paramédicales, dispensation des médicaments...).

En comparaison, au 31 décembre 2012, les EHPAD en France entière et DOM se répartissaient comme suit : 71 % au TP sans PUI, 3 % au TP avec PUI, 12 % au TG sans PUI et 15 % au TG avec PUI.

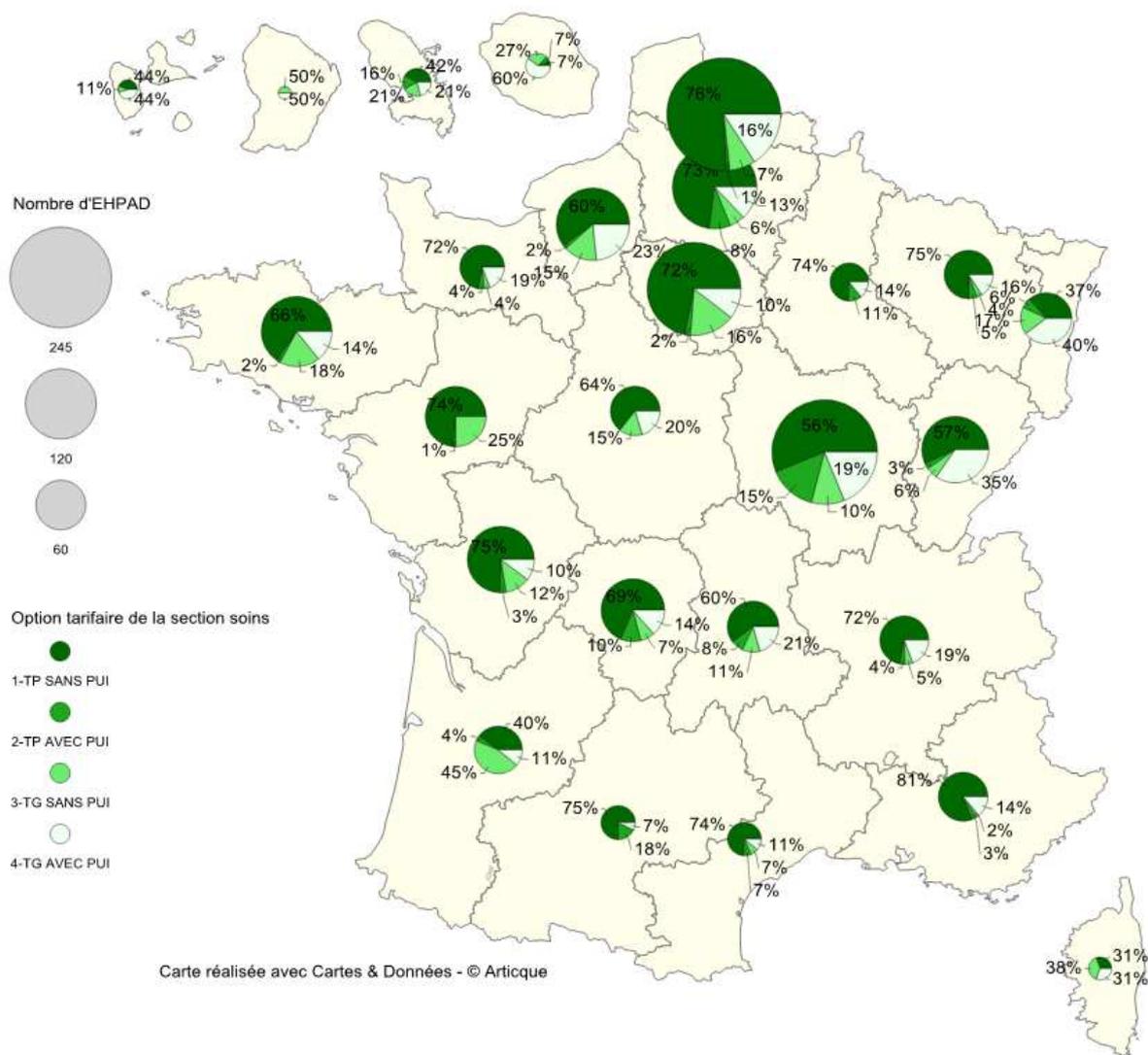
La taille des structures du panel ayant choisi l'option TG avec PUI est plus importante.

On constate pour les EHPAD privés non lucratifs et privés commerciaux une part nettement plus importante de tarif partiel sans PUI (respectivement 78 % et 82 %). Concernant les EHPAD publics du panel, on constate un rééquilibrage entre le tarif partiel sans PUI (50 %) et le tarif global avec PUI (31 %).

Cette situation s'explique notamment par une part importante des EHPAD publics gérés par des centres hospitaliers disposant naturellement d'un plateau technique plus important.

¹⁷ Donnée issue du rapport Les soins en EHPAD en 2012 : Le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS – octobre 2013.

		Option tarifaire avec et sans PUI					
		1-TP SANS PUI	2-TP AVEC PUI	TP (1+2)	3-TG SANS PUI	4-TG AVEC PUI	TG (3+4)
Nombre d'EHPAD du panel		1 455	116	1 571	260	377	637
% d'EHPAD du panel		66%	5%	71%	12%	17%	29%
Au 31/12/2012, Population totale		71%	3%	74%	12%	15%	27%
Nombre de places installées	Capacité moyenne	74	112	77	83	144	119
	Capacité Médiane	74	88	75	78	123	93
Nombre de résidents	Nombre moyen	83	128	87	91	154	128
	Nombre médian	80	110	80	82	138	106
PMP Moyen		178	188	178	179	199	191
GMP Moyen		684	679	683	704	724	716
GMPS moyen		1 144	1 166	1 145	1 248	1 240	1 243



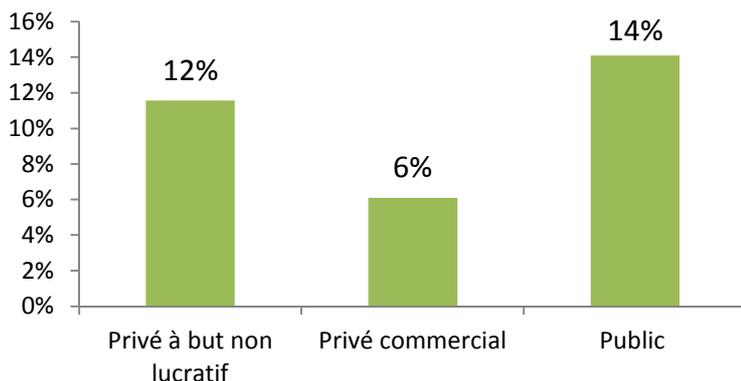
Il existe dans notre panel une disparité régionale de l'option tarifaire. Ainsi, les régions Corse, Alsace, Aquitaine, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Aquitaine et Haute-Normandie ont une part d'EHPAD au tarif partiel sans PUI moins importante que la moyenne globale.

3.1.5 - Activité mise en place pour la prise en charge des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 a permis la création, pour les patients souffrant de troubles psycho-comportementaux et en fonction du niveau de ces troubles, de deux types d'unités spécifiques :

- des unités d'hébergement renforcées (UHR), à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités, pour les résidents (12 à 14 personnes) ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant les personnes nuit et jour ;
- des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) qui proposent aux résidents (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques pendant la journée au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et qui bénéficie d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.

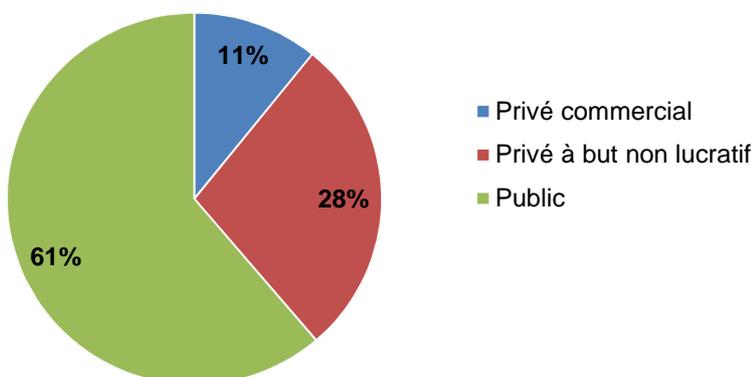
217 EHPAD du panel disposent d'une unité spécialisée (soit 12 %).



Parmi les 12 % des EHPAD privés non lucratifs et les 6 % des EHPAD privés commerciaux ayant ce type d'activité, la répartition est de 9 % d'UHR et de 91 % de PASA.

Parmi les 14 % des EHPAD publics ayant ce type d'activité, la répartition est de 17 % d'UHR et de 83 % de PASA.

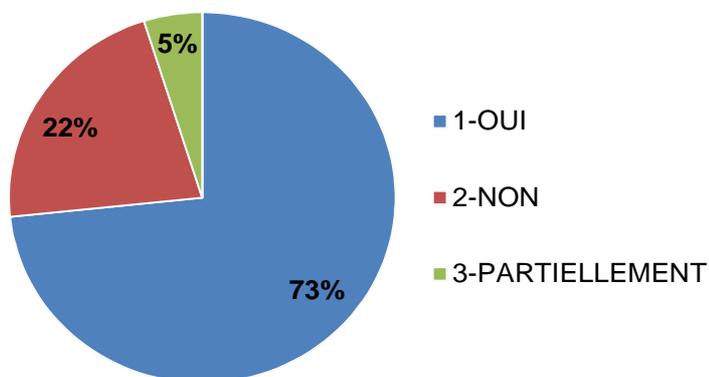
3.1.6 - La convergence tarifaire



11 % des EHPAD du panel sont soumis à la convergence tarifaire, c'est-à-dire qu'ils ont un tarif de soins qui excède le plafond national prédéfini.

Parmi les EHPAD soumis à la convergence tarifaire, 61 % sont des EHPAD publics.

3.1.7 - L'habilitation des EHPAD à l'aide sociale

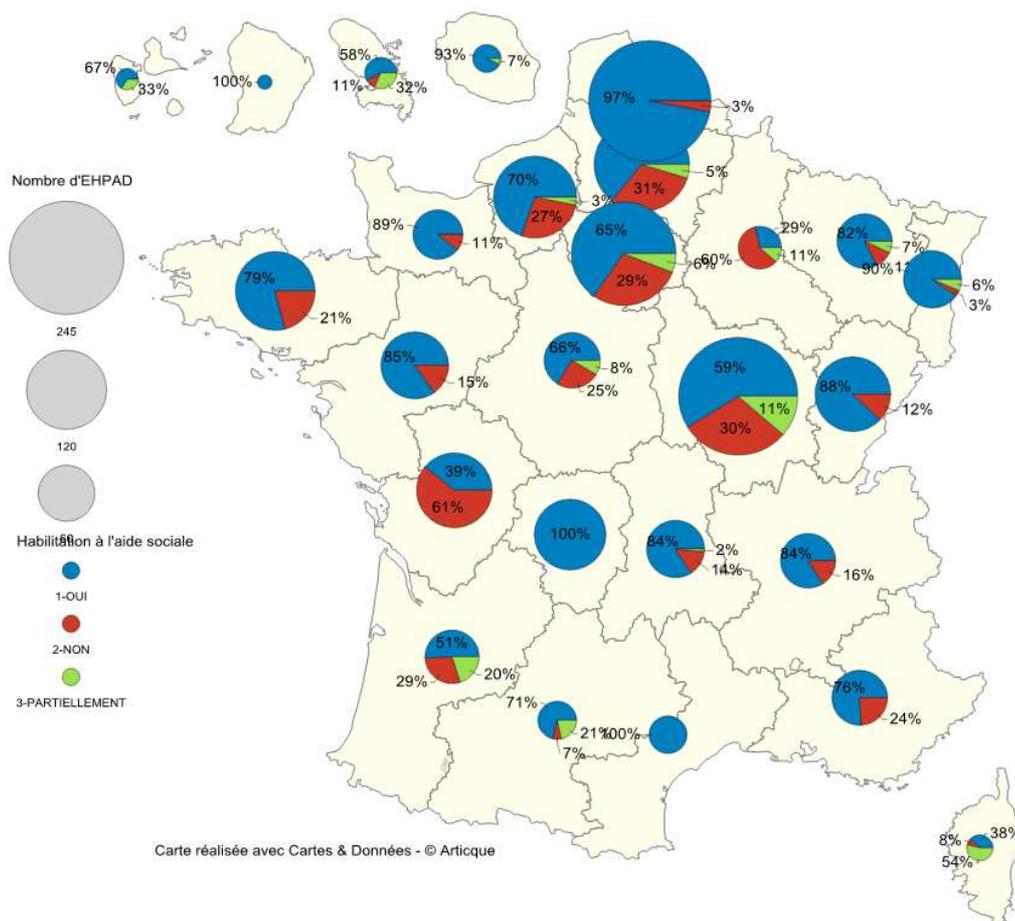


L'habilitation d'un EHPAD à l'aide sociale consiste pour ces EHPAD à pouvoir recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, c'est-à-dire des personnes dont les ressources sont limitées et dont la prise en charge de la prestation d'hébergement est assurée en tout ou partie par le conseil général.

78 % des EHPAD de notre échantillon sont totalement ou partiellement habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

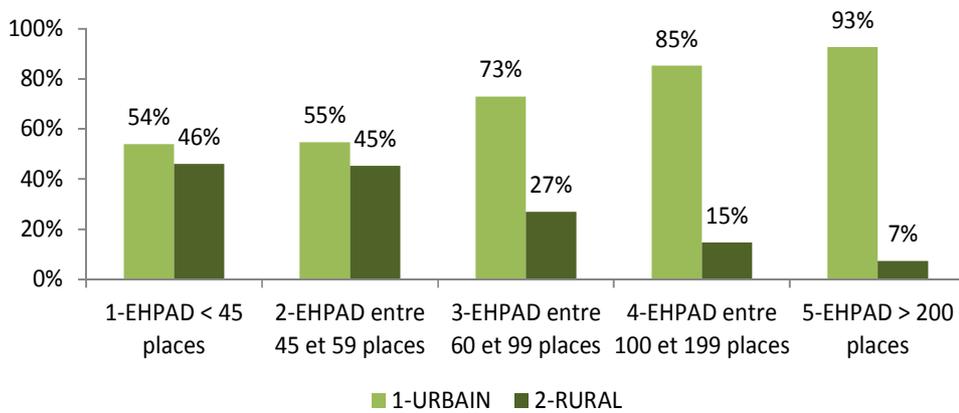
Seuls 33 % des EHPAD privés commerciaux sont totalement ou partiellement habilités à l'aide sociale.

A contrario, la quasi-totalité des EHPAD privés non lucratifs et publics est totalement ou partiellement habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (respectivement 88 % et 92 %).



Il existe dans notre panel une forte disparité régionale de l'habilitation des EHPAD à l'aide sociale. Ainsi, les EHPAD des régions Poitou-Charentes (39 %) et Champagne-Ardenne (40 %) sont peu souvent habilités à l'aide sociale (partiellement et totalement) par rapport à la moyenne globale. *A contrario*, les EHPAD des régions Océan Indien, Guyane, Limousin et Alsace sont totalement habilités à l'aide sociale.

3.1.8 - La zone d'implantation des EHPAD



71 % des EHPAD sont implantés en zone urbaine.

Les EHPAD de grande taille se trouvent généralement en zone urbaine.

À l'inverse, les EHPAD de petite taille sont concentrés en zone rurale.

Il existe une forte disparité régionale.

3.2 - Indicateur 1 : Taux d'utilisation de la dotation de soins

Cet indicateur permet de mesurer le niveau de consommation de la dotation de soins allouée à l'EHPAD. Il permet d'apprécier le volume budgétaire consommé pour couvrir les dépenses de fonctionnement sur la section tarifaire soins. Un ratio supérieur à 100 % entraîne un déficit d'exploitation alors qu'un ratio inférieur à 100 % entraîne un excédent d'exploitation.

3.2.1 - Analyse nationale

Les EHPAD pour lesquels la dotation globale n'était pas renseignée ont été exclus du panel (soit 155 établissements sur les 2 210 du panel).

66 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le taux global d'utilisation sur les 1 989 EHPAD restants est de 99 %, et la médiane de 100 %. Elle était de 98 % dans les CA de 2011. Ce constat traduit une meilleure utilisation de la dotation de soins au fil du temps.

La valeur minimale est égale à 65 % et la valeur maximale est de 132 %.

Le taux d'utilisation est inférieur à 87 % pour 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 111 % pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 10 %, et le coefficient de variation est égal à 10 %. Il existe donc une variabilité des résultats de cet indicateur, mais elle n'est pas très importante.

Ainsi, la moitié de l'échantillon dispose d'un taux d'utilisation compris entre 94 % et 104 %.

Capacité en nombre de places installés	1-Taux d'utilisation < 90%		2-Taux d'utilisation compris en 90% et 110%		3-Taux d'utilisation > 110%	
	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD
1-EHPAD < 45 places	37	15%	152	63%	52	22%
2-EHPAD entre 45 et 59 places	35	13%	197	74%	35	13%
3-EHPAD entre 60 et 99 places	145	14%	792	76%	112	11%
4-EHPAD entre 100 et 199 places	53	15%	276	77%	30	8%
5-EHPAD > 200 places	8	11%	55	75%	10	14%
Total EHPAD	278	14%	1 472	74%	239	12%

14 % des EHPAD ont un taux d'utilisation de la dotation de soins inférieur à 90 % (contre 12 % dans les CA de 2011 et 26 % dans les CA de 2010). Les situations de sous-utilisation semblent en légère augmentation par rapport au CA de 2011, mais en diminution par rapport au CA de 2010.

12 % des EHPAD ont un taux supérieur à 110 % (contre 8 % dans les CA de 2011 et 7 % dans les CA de 2010). Les situations de surutilisation (déficit d'exploitation) continuent à légèrement augmenter.

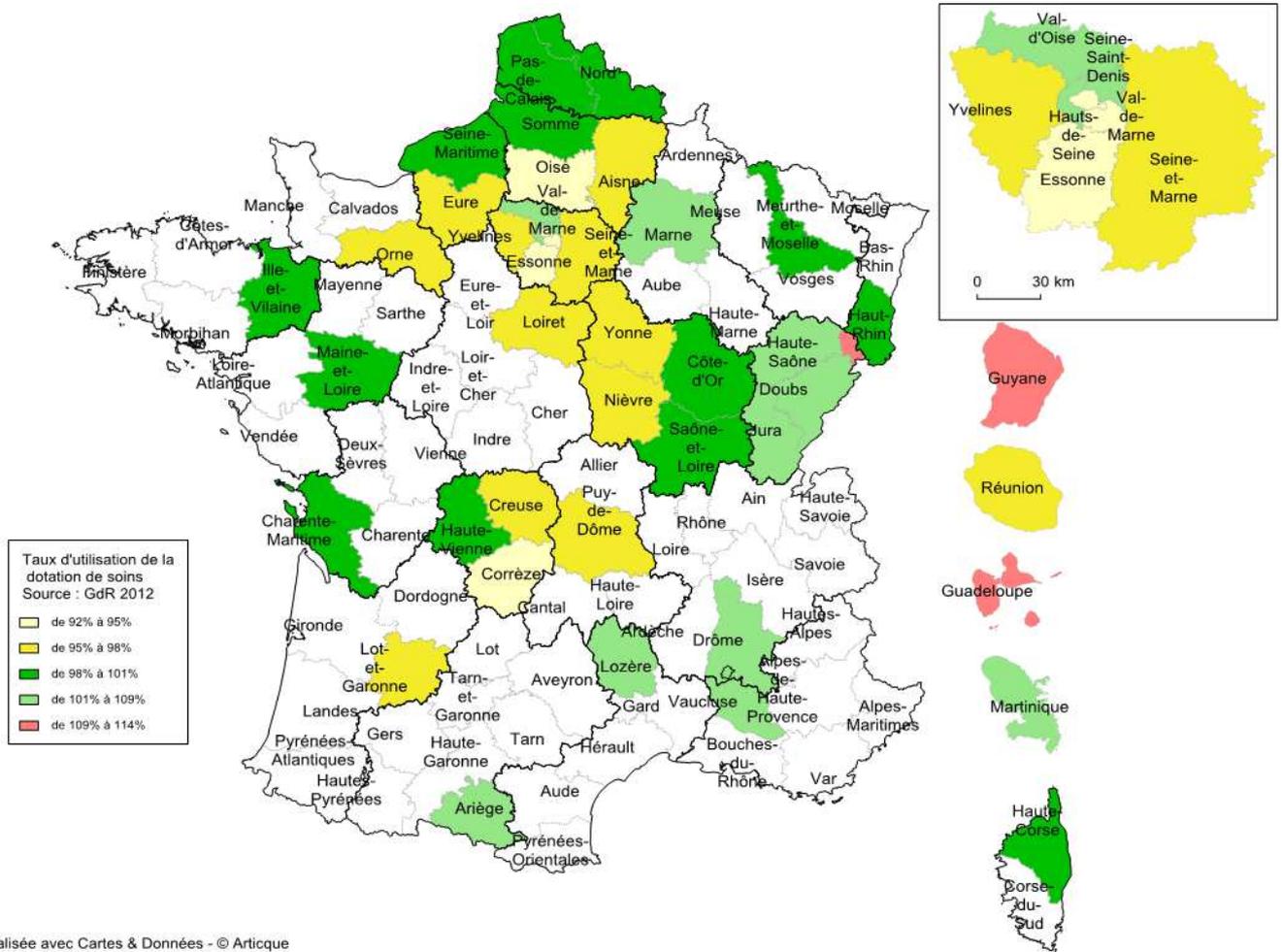
Les situations de surutilisation (taux d'utilisation supérieur à 110 %) sont plus nombreuses dans les petits établissements (moins de 45 places) que dans les grands.

L'hypothèse souvent avancée est que des économies d'échelles peuvent être obtenues par l'atteinte d'une taille critique (80 places), ce qui permettrait de redéployer des moyens vers les dépenses de personnel et entraînerait ainsi des recrutements plus importants dans les grands EHPAD. Cette taille critique n'a cependant pu être démontrée dans notre échantillon, ce qui s'explique notamment par le fait que notre étude « exclut » les sections dépendance et hébergement.

3.2.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Aucun des neuf facteurs associés n'a permis de mettre en évidence des effets significatifs de la variabilité observée de l'indicateur (taux d'utilisation moyen).

3.2.3 - Présentation départementale



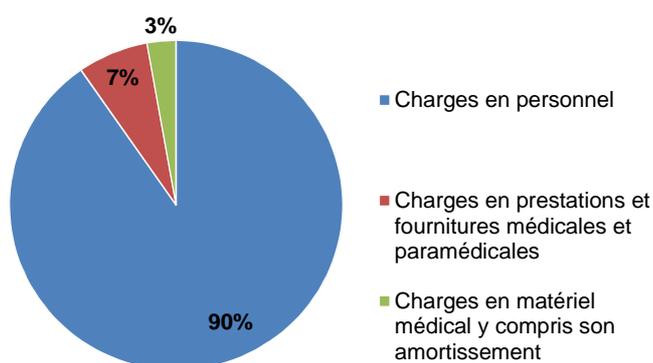
3.3 - Indicateur 2 : Structure de la dépense financée par la dotation de soins

Cet indicateur mesure la répartition de la dépense entre les charges de personnel, de prestations et de fournitures médicales et paramédicales et de matériel médical, y compris son amortissement. Il a pour objectif de mesurer la structure des dépenses financées sur la dotation de soins.

3.3.1 - Analyse nationale

Les EHPAD pour lesquels les données nécessaires n'étaient pas renseignées ont été exclus du panel (soit 154 établissements sur les 2 210 du panel).

44 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.



Part dans les charges de soins :	en personnel	en prestations et fournitures médicales et paramédicales	en matériel médical y compris son amortissement
Minimum	72%	0%	0%
1er décile	85%	2%	0%
Médiane	92%	6%	2%
9ème décile	96%	11%	6%
Maximum	100%	25%	25%

La répartition de la dépense est la même que dans les CA de 2011, c'est-à-dire 90 % en charges de personnel, 7 % en prestations et fournitures médicales et paramédicales et 3 % en matériel médical et amortissement du matériel médical. L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 5 % seulement pour la part des dépenses de personnel, soulignant le caractère structurel des constats précités.

Ainsi, la moitié de l'échantillon a une part de dépenses en charges de personnel comprise entre 89 % et 94 % du total des charges.

Enfin, le coefficient de variation est seulement de 5 % sur la part des dépenses en charges de personnel (faible variabilité). Les deux autres types de charges ont une distribution beaucoup plus dispersée.

3.2.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Option tarifaire avec et sans PUI	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	Part des charges en personnel	Part des charges en prestations et fournitures médicales et paramédicales	Part des charges en matériel médical y compris son amortissement
1-TP SANS PUI	1 401	70%	92% (TS)	6% (TS)	3% (NS)
2-TP AVEC PUI	102	5%	90% (TS)	7% (TS)	2% (NS)
Total EHPAD TP	1 503	75%	92% (TS)	6% (TS)	3% (NS)
3-TG SANS PUI	241	12%	91% (TS)	7% (TS)	2% (NS)
4-TG AVEC PUI	267	13%	88% (Réf.)	9% (Réf.)	3% (Réf.)
Total EHPAD RG	508	25%	89% (Réf.)	8% (Réf.)	3% (Réf.)

Différence « non significative » indiquée par NS.

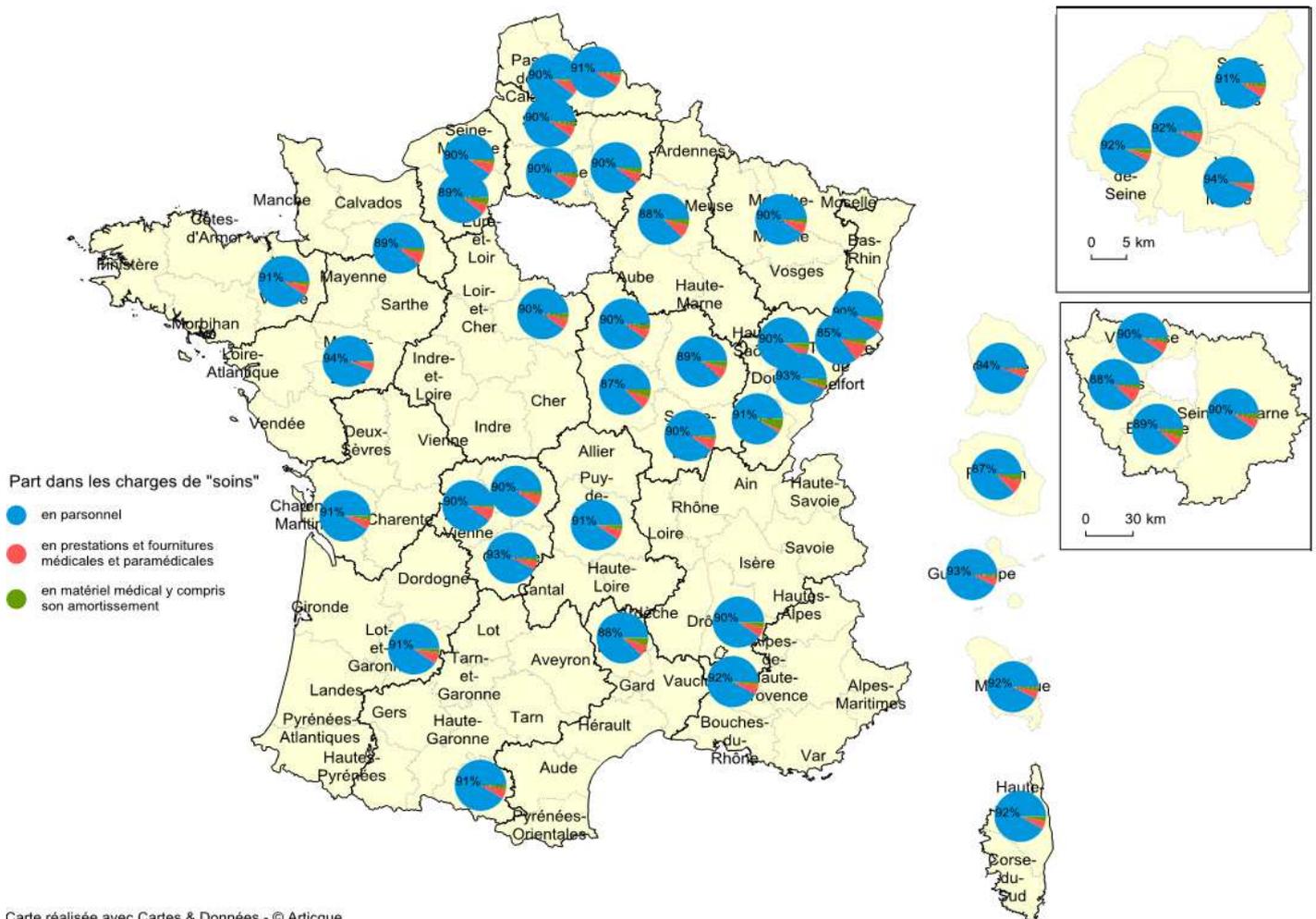
La structure de la dépense financée par la dotation de soins est significativement liée à l'option tarifaire choisie par l'EHPAD.

Ainsi, on constate un effet significatif et positif sur la part des charges de personnel lorsque les EHPAD du panel sont au tarif partiel sans PUI (92 %) et avec PUI (90 %) en comparaison avec les EHPAD au tarif global avec PUI (88 %).

A *contrario*, on constate un effet significatif et négatif sur la part des charges de prestations et de fournitures médicales et paramédicales lorsque les EHPAD du panel sont au tarif partiel sans PUI (6 %) et avec PUI (7 %) en comparaison avec les EHPAD au tarif global avec PUI (9 %). Cet impact négatif sur la part des charges de prestations et de fournitures médicales et paramédicales est dû à la comptabilisation de charges supplémentaires de médicaments et de soins de villes.

Les autres facteurs associés n'ont pas de pouvoir explicatif sur la structure de la dépense financée par la dotation de soins.

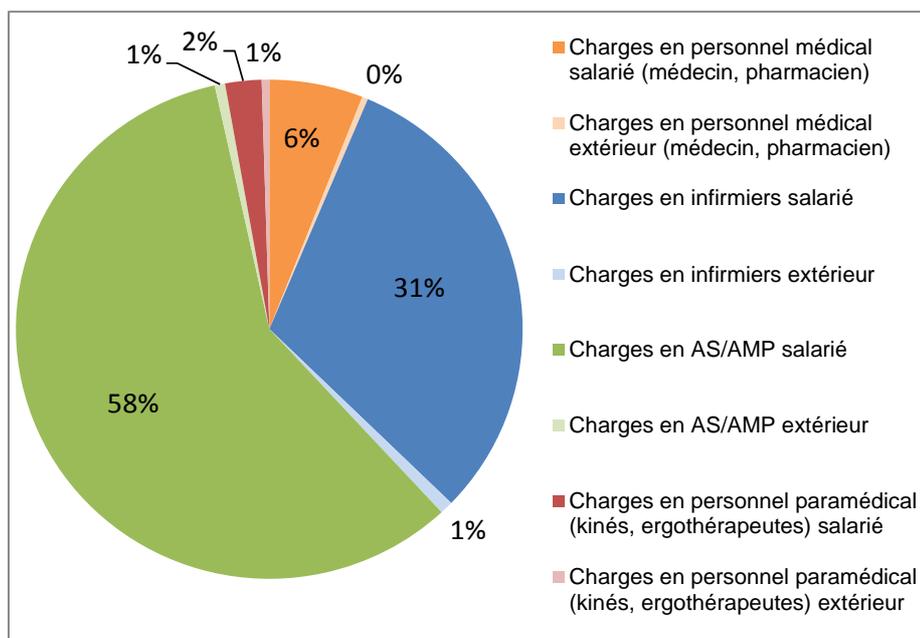
3.3.3 - Présentation départementale



3.4 - Indicateur 3 : Structure de la dépense de personnel par catégorie

L'indicateur mesure la répartition en pourcentage des dépenses de chaque catégorie de personnel dans la masse salariale financée sur le forfait soins (salarier ou libéral conventionné). Il vise à objectiver la part de chaque catégorie de personnel dans les dépenses de personnel financées sur le forfait de soins.

3.4.1 - Analyse nationale



Les EHPAD pour lesquels les données nécessaires n'étaient pas renseignées ont été exclus du panel (soit 254 établissements sur les 2 210 du panel).

36 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le coefficient de variation est important pour la majorité des catégories de personnel sauf pour la dépense de personnel infirmier salarié (30 %) et pour la dépense de personnel aide-soignant et aide médico-psychologique (AS/AMP) salarié (20 %). La distribution est moins dispersée pour ces deux catégories.

La répartition de la dépense de personnel par catégorie se décompose en moyenne comme suit :

- 58,4 % en personnel aide-soignant et aide médico-psychologique (AS/AMP) salarié ;
- 30,9 % en personnel infirmier salarié ;
- 6 % en personnel médical (médecin, pharmacien...) salarié ;
- 2,3 % en personnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute) salarié ;
- 0,9 % en personnel infirmier extérieur ;
- 0,7 % en personnel AS/AMP extérieur ;
- 0,5 % en personnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute) extérieur ;
- 0,4 % en personnel médical (médecin, pharmacien...) extérieur.

Part des dépenses par catégorie de personnel dans la masse salariale financée sur le forfait soins	personnel médical salarié (médecin, pharmacien)	personnel médical extérieur (médecin, pharmacien)	infirmiers salarié	infirmiers extérieur	AS/AMP salarié	AS/AMP extérieur	personnel paramédical (kinés, ergothérapeutes) salarié	personnel paramédical (kinés, ergothérapeutes) extérieur
Minimum	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1er décile	1.1%	0.0%	22.4%	0.0%	47.6%	0.0%	0.0%	0.0%
Médiane	4.9%	0.0%	30.8%	0.0%	59.7%	0.0%	0.0%	0.0%
9ème décile	9.3%	0.1%	40.0%	3.1%	69.6%	2.1%	5.6%	1.0%
Maximum	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	58.7%	68.5%	19.3%

3.4.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Les éléments ci-après dressent une première description de la situation constatée au regard de certaines caractéristiques spécifiques des EHPAD.

Facteurs associés significatifs sur la variable structure de la dépense de personnel par catégorie	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	Charges en personnel médical (médecin, pharmacien)				Charges en infirmiers			
			Salarié		Extérieur		Salarié		Extérieur	
<u>Habilitation aide sociale</u>										
1-OUI	1 377	72%	5,8%	(S)	0,4%	(NS)	31,0%	(NS)	1,1%	(NS)
2-NON	421	22%	6,0%	(NS)	0,5%	(NS)	31,0%	(NS)	1,4%	(NS)
3-PARTIELLEMENT	94	5%	6,8%	Réf	0,4%	Réf	31,6%	Réf	0,7%	Réf
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>										
1-TP SANS PUI	1 358	71%	5,1%	(TS)	0,3%	(TS)	31,1%	(NS)	1,2%	(NS)
2-TP AVEC PUI	91	5%	6,5%	(TS)	0,5%	(NS)	31,8%	(NS)	1,1%	(NS)
3-TG SANS PUI	234	12%	5,6%	(TS)	1,4%	(NS)	30,4%	(NS)	1,2%	(S)
4-TG AVEC PUI	236	12%	10,9%	Réf	0,5%	Réf	30,6%	Réf	0,4%	Réf
<u>Type d'unité urbain/rural</u>										
1-URBAIN	1 299	68%	6,4%	(S)	0,6%	(NS)	30,8%	(NS)	1,1%	(NS)
2-RURAL	546	28%	4,5%	Réf	0,2%	Réf	31,4%	Réf	1,2%	Réf
<u>Classe de PMP</u>										
1-Moins de 150	435	23%	5,5%	(S)	0,4%	(NS)	30,4%	(NS)	0,9%	(NS)
2-Entre 150 et 200	920	48%	5,8%	(S)	0,4%	(NS)	30,7%	(NS)	1,3%	(NS)
3-200 ou plus	561	29%	6,4%	Réf	0,5%	Réf	31,9%	Réf	0,9%	Réf
<u>Convergence tarifaire</u>										
1-OUI	192	10%	6,5%	(NS)	0,6%	(S)	29,8%	(NS)	0,8%	(NS)
2-NON	1 716	89%	5,9%	Réf	0,4%	Réf	31,2%	Réf	1,2%	Réf
<u>Unité Alzheimer Spécialisé (PASA/UHR)</u>										
1-OUI	205	11%	7,5%	(NS)	0,3%	(NS)	30,1%	(NS)	0,7%	(NS)
2-NON	1 715	89%	5,7%	Réf	0,5%	Réf	31,1%	Réf	1,2%	Réf

On observe que l'habilitation à l'aide sociale, l'option tarifaire, le lieu d'implantation et le niveau du PMP d'un EHPAD ont une influence significative sur les charges de personnel médical salarié.

Nous constatons ainsi une diminution de la part des charges de personnel salarié médical lorsque l'EHPAD :

- est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (habilitation totale, 5,8 %, *versus* habilitation partielle, 6,8 %) ;
- est au tarif partiel sans PUI (5,1 %) *versus* au tarif global avec PUI (10,9 %) ;
- est implanté dans une zone rurale (4,5 %) *versus* en zone urbaine (6,4 %) ;
- a un besoin moyen plus faible de soins médicaux et techniques – PMP (moins de 150 points = 5,5 % et entre 150 et 200 points = 5,8 % *versus* 200 ou plus = 6,4 %).

Nous constatons une diminution de la part des charges de personnel médical non salarié (intérim, CDD...) dans la masse salariale lorsque l'EHPAD est au tarif partiel sans PUI (0,3 % *versus* 0,5 %) et une augmentation lorsque l'EHPAD est en convergence tarifaire (0,6 % *versus* 0,4 %).

La variabilité de la part des charges de personnel infirmier salarié est faible et aucun des facteurs associés n'a permis de mettre en évidence des effets significatifs.

Seule l'option « tarif global sans PUI » a un effet significatif et positif (1,2 % *versus* 0,4 %) sur la répartition des charges de personnel infirmier extérieur (intérim, CDD...).

personnel par catégorie	Salarié		Extérieur		Salarié		Extérieur	
<u>Habilitation aide sociale</u>								
1-OUI	58,6%	(NS)	0,7%	(NS)	1,9%	(NS)	0,4%	(NS)
2-NON	58,1%	(NS)	0,9%	(NS)	1,6%	(NS)	0,6%	(NS)
3-PARTIELLEMENT	56,8%	Réf	0,7%	Réf	2,1%	Réf	0,9%	Réf
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>								
1-TP SANS PUI	59,6%	(TS)	0,8%	(NS)	1,5%	(TS)	0,3%	(S)
2-TP AVEC PUI	56,2%	(S)	1,2%	(S)	2,0%	(S)	0,6%	(NS)
3-TG SANS PUI	57,1%	(S)	0,7%	(NS)	2,3%	(S)	1,3%	(NS)
4-TG AVEC PUI	53,4%	Réf	0,4%	Réf	3,2%	Réf	0,6%	Réf
<u>Type d'unité urbain/rural</u>								
1-URBAIN	57,9%	(S)	0,8%	(S)	2,0%	(NS)	0,4%	(NS)
2-RURAL	60,0%	Réf	0,6%	Réf	1,5%	Réf	0,5%	Réf
<u>Classe de PMP</u>								
1-Moins de 150	60,3%	(S)	0,6%	(NS)	1,4%	(NS)	0,4%	(NS)
2-Entre 150 et 200	58,6%	(S)	0,8%	(NS)	1,8%	(NS)	0,5%	(NS)
3-200 ou plus	56,6%	Réf	0,7%	Réf	2,4%	Réf	0,5%	Réf
<u>Convergence tarifaire</u>								
1-OUI	58,6%	(NS)	0,7%	(NS)	2,3%	(S)	0,5%	(NS)
2-NON	58,3%	Réf	0,7%	Réf	1,8%	Réf	0,5%	Réf
<u>Unité Alzheimer Spécialisé (PASA/UHR)</u>								
1-OUI	56,7%	(NS)	0,4%	(NS)	3,9%	(TS)	0,4%	(NS)
2-NON	58,6%	Réf	0,8%	Réf	1,6%	Réf	0,5%	Réf

Nous observons que des facteurs associés comme l'option tarifaire, le lieu d'implantation et le PMP d'un EHPAD ont une influence significative sur les charges de personnel aide-soignant et aide médico-psychologique (AS/AMP) salarié.

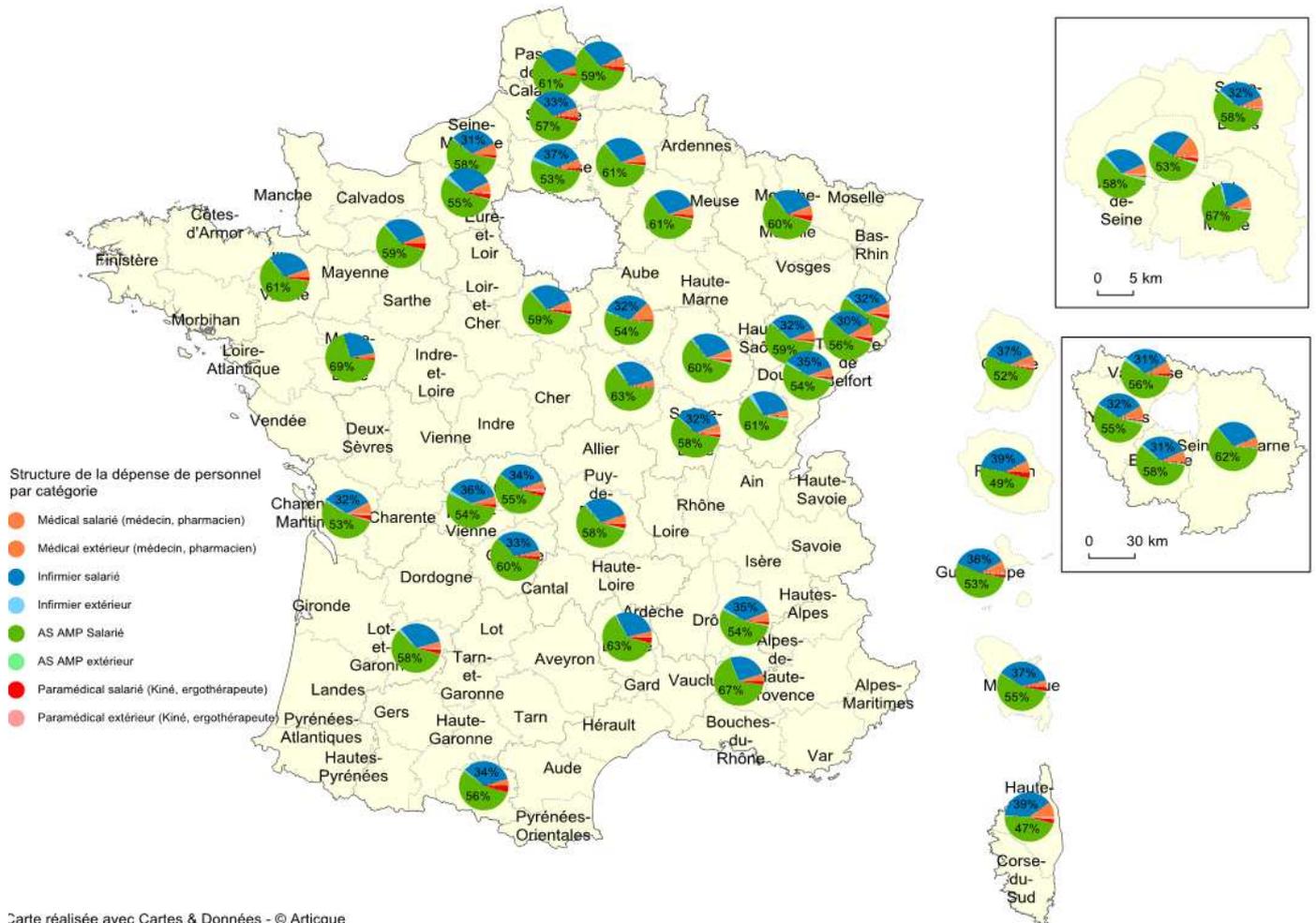
Nous constatons ainsi une augmentation de la part des charges de personnel salarié AS/AMP lorsque l'EHPAD :

- est au tarif partiel sans PUI (59,6 %), au tarif global sans PUI (57,1 %) et au tarif partiel avec PUI (56,2 %) *versus* au tarif global avec PUI (53,4 %) ;
- est implanté dans une zone rurale (60 %) *versus* en zone urbaine (57,9 %) ;
- a un besoin moyen plus faible de soins médicaux et techniques – PMP (moins de 150 points = 60,3 % et entre 150 et 200 points = 58,6 % *versus* 200 ou plus = 56,6 %).

Nous constatons une augmentation de la part des charges de personnel salarié AS/AMP extérieur (intérim, CDD...) dans la masse salariale lorsque l'EHPAD est au tarif partiel avec PUI (1,2 % *versus* 0,4 % TG avec PUI) et lorsque l'EHPAD est implanté dans une zone urbaine (0,8 % *versus* 0,6 %).

Les facteurs associés comme l'option tarifaire, la convergence tarifaire et l'existence d'une unité Alzheimer (PASA/UHR) ont logiquement une influence significative sur les charges de personnel paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes). Ainsi, on constate une augmentation de la part des charges de personnel salarié paramédical lorsque l'EHPAD est au tarif global avec PUI, en convergence tarifaire (2,3 % *versus* 1,8 %) et dispose d'un PASA ou d'une UHR (3,9 % *versus* 1,6 %).

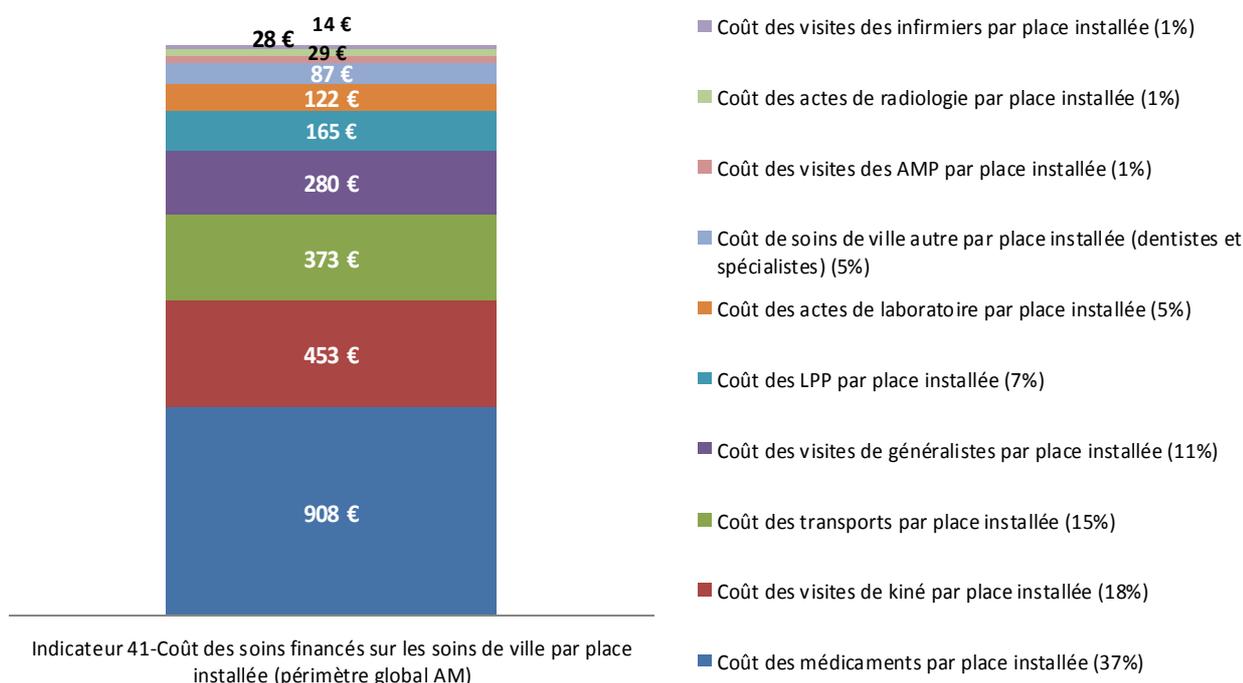
3.4.3 - Présentation départementale



3.5 - Indicateur 4.1 : Coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée (périmètre global assurance maladie)

L'indicateur mesure le coût des soins de ville consommés par les résidents d'EHPAD par poste de dépenses de soins et par place installée. Il a pour objectif de **calibrer le coût complet des soins de ville de la population en EHPAD et d'identifier des profils de consommation de soins**. Ce premier indicateur 4.1. permet de considérer l'intégralité des soins de ville consommés ; seul un indicateur resserré sur les soins de ville compris dans le périmètre du tarif global permet une comparaison du coût respectif du tarif global et du tarif partiel à périmètre égal. C'est l'objet de l'indicateur 4.2.

Le calcul de cet indicateur se fait par extrapolation à l'ensemble des résidents à partir du nombre de résidents du régime général.



3.5.1 - Analyse nationale

Les EHPAD pour lesquels le total des dépenses de soins de ville du régime général n'était pas renseigné ont été exclus de l'indicateur 4.1 (soit 404 établissements sur les 2 210 du panel).

18 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le coût global des soins financés sur l'enveloppe de soins de ville par place installée pour les 1 788 EHPAD restants est de 2 458 euros, et la médiane est de 2 648 euros. La valeur minimale est égale à 52 euros, et la valeur maximale à 7 477 euros.

Le coût moyen des soins financés sur l'enveloppe de soins de ville est inférieur à 788 euros pour 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 4 333 euros pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 1 634 euros. Enfin, le coefficient de variation est de 48 %. La variabilité inter-EHPAD existe sur cet indicateur.

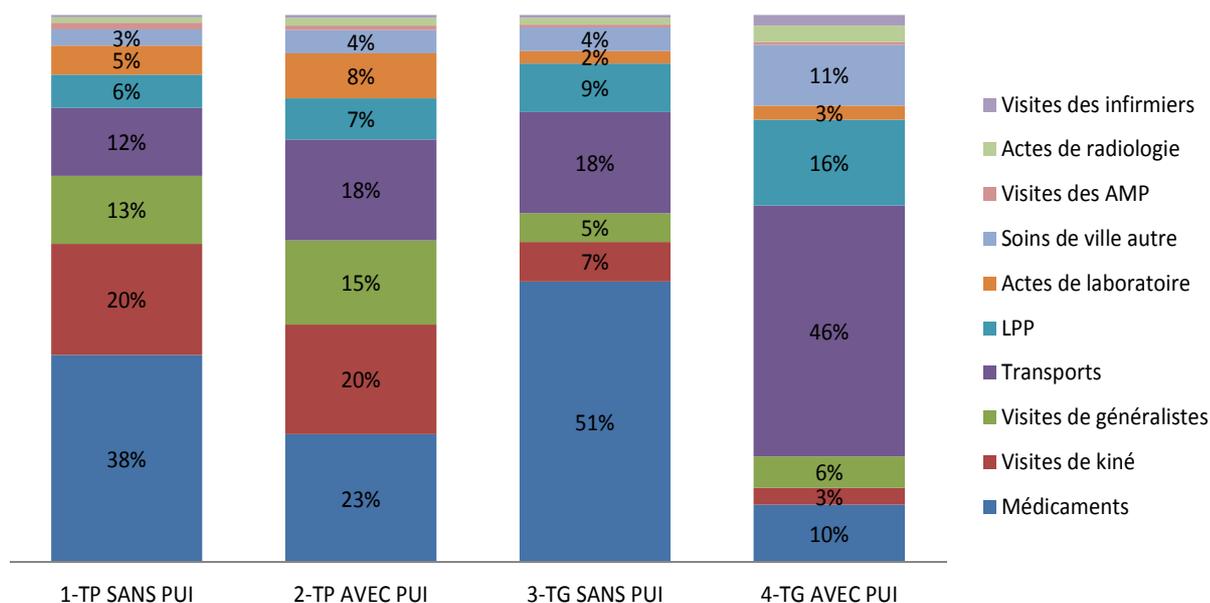
Ainsi, le coût moyen des soins financés sur l'enveloppe de soins de ville est compris entre 1 886 euros et 3 520 euros pour la moitié de l'échantillon.

3.5.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Facteurs associés significatifs sur le coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place installée	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	CV
<i>Capacité en nombre de places installées</i>							
1-EHPAD < 45 places	192	11%	3 049€ (S)	2 959€	154 €	7 477€	42%
2-EHPAD entre 45 et 59 places	254	14%	2 739€ (S)	2 679€	159 €	6 479€	40%
3-EHPAD entre 60 et 99 places	970	54%	2 893€ (S)	2 815€	158 €	7 320€	41%
4-EHPAD entre 100 et 199 places	318	18%	2 065€ (NS)	1 971€	52 €	7 189€	67%
5-EHPAD > 200 places	54	3%	894€ (ref.)	521 €	62 €	4 362€	109%
<i>Option tarifaire avec et sans PUI</i>							
1-TP SANS PUI	1 277	71%	3 167€ (TS)	3 021€	158 €	7 477€	33%
2-TP AVEC PUI	84	5%	2 044€ (TS)	1 884€	585 €	4 421€	46%
Total EHPAD TP	1361	76%	3 098€ (TS)	2 966€	158 €	7 477€	3%
3-TG SANS PUI	231	13%	1 938€ (TS)	1 902€	209 €	5 942€	48%
4-TG AVEC PUI	196	11%	658€ (Réf.)	537 €	52 €	4 059€	73%
Total EHPAD TG	427	24%	1 350€ (Réf.)	1 069€	52 €	5 942€	7%
<i>Type d'unité urbain/rural</i>							
1-URBAIN	1 220	68%	2 711€ (S)	2 721€	52 €	7 477€	52%
2-RURAL	535	30%	2 625€ (Réf.)	2 542€	251 €	6 590€	37%

On observe que le coût des soins financés sur l'enveloppe de soins de ville par place installée est plus élevé pour les EHPAD :

- de petite taille (EHPAD < 45 places = 3 094 euros *versus* EHPAD > 200 places = 894 euros) ;
- au tarif partiel (TP = 3 098 euros *versus* TG = 1 350 euros) et sans PUI (TP sans PUI = 3 167 euros *versus* TP avec PUI = 2 044 euros) ;
- implantés en zone urbaine (2 711 euros *versus* 2 625 euros).



Moyenne inter-EHPAD	Option tarifaire avec et sans PUI			
	1-TP SANS PUI	2-TP AVEC PUI	3-TG SANS PUI	4-TG AVEC PUI
Indicateur 41-Coût global des soins financés sur les soins de ville par place installée (périmètre global AM)	3 167 €	2 044 €	1 938 €	658 €
Coût global des visites des infirmiers par place installée	15 €	11 €	11 €	13 €
Coût global des médicaments par place installée	1 199 €	478 €	993 €	69 €
Coût global des LPP par place installée	193 €	153 €	171 €	103 €
Coût global des visites de généralistes par place installée	396 €	315 €	102 €	38 €
Coût global des visites de kiné par place installée	642 €	408 €	140 €	20 €
Coût global des visites des AMP par place installée	40 €	17 €	10 €	3 €
Coût global des actes de laboratoire par place installée	167 €	169 €	45 €	17 €
Coût global des actes de radiologie par place installée	30 €	29 €	23 €	20 €
Coût global des transports par place installée	393 €	377 €	358 €	301 €
Coût global de soins de ville autre par place installée	93 €	86 €	84 €	73 €

Soins de ville inclus ou non dans le forfait selon l'option tarifaire

Ces résultats font apparaître que, dans les EHPAD au TP sans PUI, le coût des médicaments financés par les soins de ville est supérieur de 17 % à celui des EHPAD au TG. Nous observons également que **la dépense de médicaments financés par les soins de ville par place installée est élevée dans les EHPAD au TP avec PUI (478 euros) alors qu'elle est négligeable dans les EHPAD au TG avec PUI (69 euros).**

Deux hypothèses non exclusives peuvent expliquer ces résultats :

- la PUI peut être sous financée par la dotation de soins dans les EHPAD au TP avec PUI (gestion financière) ;
- la PUI dans les EHPAD au TG peut optimiser la capacité de l'EHPAD à permettre un accompagnement non médicamenteux (renforcement de l'efficience, mais aussi de la qualité).

Concernant les dépenses remboursables des dispositifs médicaux (LPP) par place installée, nous constatons une moindre dépense quand une PUI est installée : en présence d'une PUI, cette dépense est réduite d'un tiers au sein des EHPAD au TG et de 21 % au sein des EHPAD au TP. La dépense remboursable sur la LPP est ainsi réduite de près de 50 % entre les EHPAD au TP sans PUI et les EHPAD au TG avec PUI.

Les dépenses de kinésithérapeutes par place installée représentent 20 % des dépenses de soins de ville dans le cadre du tarif partiel et seulement 7 % et 3 % dans le cadre du tarif global sans et avec PUI.

Enfin, les autres postes de dépenses (médecins généralistes et autres auxiliaires médicaux, biologie, radiologie) sont négligeables dans le cadre du TG (conforme à la logique induite par le périmètre de la dotation de soins).

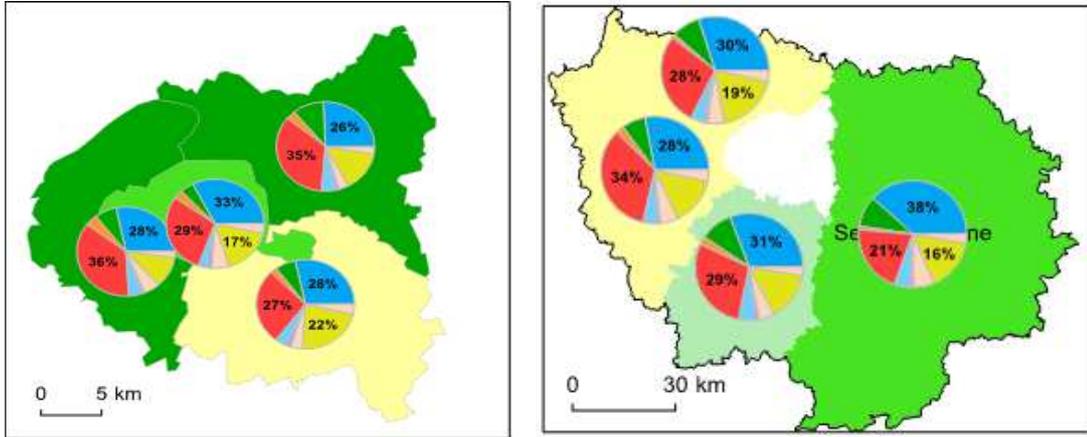
Soins de ville en sus du forfait quelle que soit l'option tarifaire (transport et autre)

Concernant les dépenses remboursables de transport sanitaire par place installée, qui est toujours exclu du forfait soins quelle que soit l'option tarifaire, nous observons :

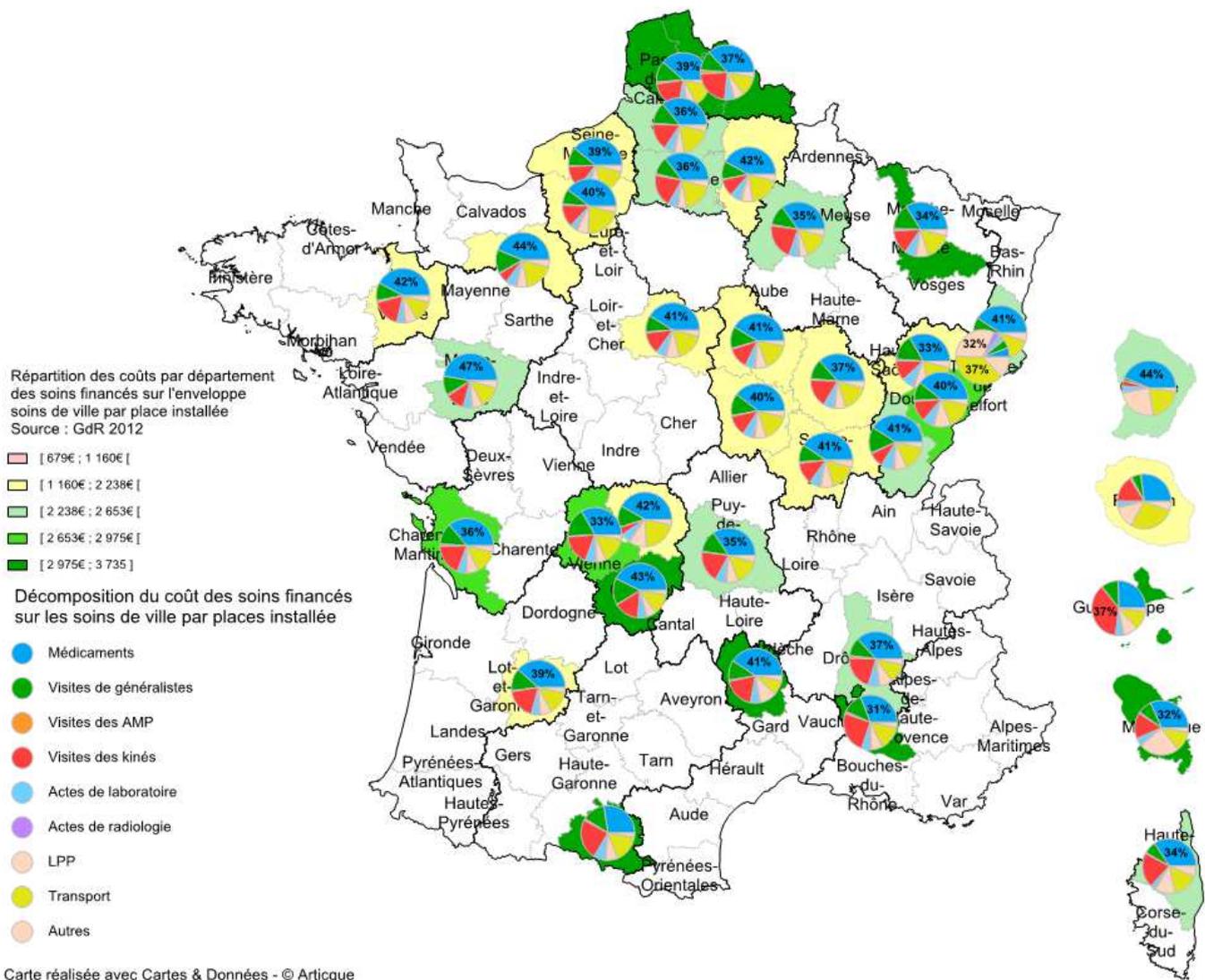
- en cas de TG, une diminution de près de 10 % de ces dépenses par rapport à leur niveau en TP ;
- en présence d'une PUI, une diminution de 15 % de ce poste en cas de TG et de 5 % seulement en cas de TP.

3.5.3 - Présentation départementale

Île-de-France



France hors Île-de-France



3.6 - Indicateur 4.2 : Coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée (périmètre médico-social au sens strict)

L'indicateur calcule pour les EHPAD au tarif partiel et global sans PUI les dépenses supplémentaires financées sur les soins de ville pour estimer le surcoût dans la limite du périmètre cadré par le tarif global avec PUI.

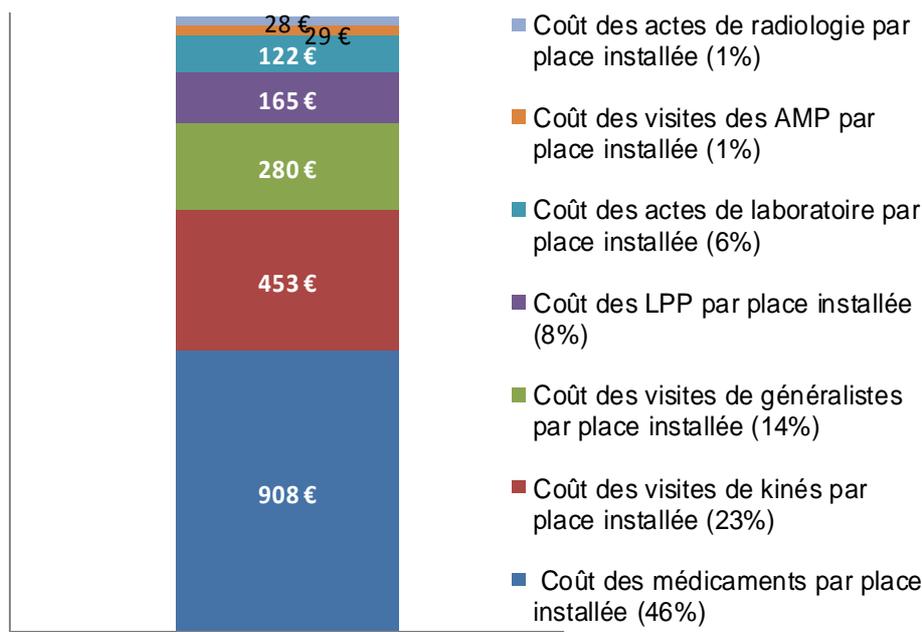
Il a pour objectif de calibrer le surcoût du passage au tarif global et de comparer le recours aux soins de ville des EHPAD au tarif partiel. Le calcul de cet indicateur se fait par extrapolation à l'ensemble des résidents à partir du nombre de résidents du régime général.

Par construction, les soins de ville en sus du forfait, quelle que soit l'option tarifaire (coût des transports, coût des spécialistes et coût des dentistes), ne sont pas pris en compte pour cet indicateur.

Cette méthodologie a été utilisée tant dans le second rapport IGAS¹⁸ sur le financement des soins dispensés dans les EHPAD au TG que dans l'enquête des coûts¹⁹ en EHPAD réalisée par l'ATIH en 2013.

3.6.1 - Analyse nationale

Postes inclus dans le forfait EHPAD TG avec PUI



Indicateur 42-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. Périmètre EHPAD TG avec PUI

Les EHPAD pour lesquels le total des dépenses de soins de ville du régime général n'était pas renseigné ont été exclus de l'indicateur 4.2 (soit 404 établissements sur les 2 210 du panel).

18 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le coût global des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville (périmètre médico-social) par place installée s'élève à 1 985 euros pour les 1 788 EHPAD restants, et la médiane est à 2 195 euros. La valeur minimale égale 12 euros et la valeur maximale, 6 517 euros.

Le coût global des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville (périmètre médico-social) par place installée est inférieur à 277 euros pour 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 3 691 euros pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 1 466 euros. Enfin, le coefficient de variation est de 54 %. La variabilité inter-EHPAD existe sur cet indicateur.

Ainsi, le coût global est compris entre 1 501 euros et 2 967 euros pour la moitié de l'échantillon.

¹⁸ IGAS. Financement des soins dispensés dans les EHPAD. Mission complémentaire d'évaluation du TG de soins – octobre 2013.

¹⁹ ATIH. Les coûts des prises en charge en EHPAD en 2012 – juillet 2014.

À titre de comparaison, dans l'enquête des coûts en EHPAD réalisée par l'ATIH²⁰, le coût des soins de ville est égal à 2 007 euros par place installée au lieu de 1 985 euros dans notre panel et se décompose comme suit :

- 987 euros (49 %) pour le poste des médicaments au lieu de 908 euros (46 %) dans notre panel ;
- 437 euros (22 %) pour les soins de kinésithérapeutes au lieu de 453 euros (23 %) ;
- 261 euros (13 %) pour les visites de généralistes au lieu de 280 euros (14 %) ;
- 322 euros (16 %) pour les autres postes au lieu de 344 euros (17 %).

La décomposition de notre panel donne des résultats assez proches. Les différences s'expliquent par :

- le non-redressement de notre panel de 2 210 EHPAD, dans lequel les EHPAD au TG avec PUI sont plus nombreux que dans la population totale de référence, et les EHPAD au TP sans PUI sont, en proportion, moins nombreux que dans la population totale.
- le non-retraitement des postes de LPP et de radiologie.

3.6.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Facteurs associés significatifs sur le coûts des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. (périmètre EHPAD TG avec PUI)	Nombre d'EHPAD et % d'EHPAD		GMPS moyen	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	CV
<u>Capacité en nombre de places installées</u>								
1-EHPAD < 45 places	192	11%	1 271	2 572€ (S)	2 452€	65 €	6 425€	45%
2-EHPAD entre 45 et 59 places	254	14%	1 146	2 287€ (S)	2 214€	20 €	5 943€	43%
3-EHPAD entre 60 et 99 places	970	54%	1 148	2 392€ (S)	2 330€	58 €	6 517€	45%
4-EHPAD entre 100 et 199 places	318	18%	1 176	1 603€ (NS)	1 527€	31 €	5 936€	81%
5-EHPAD > 200 places	54	3%	1 218	540 € (Réf.)	171 €	12 €	3 697€	160%
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>								
1-TP SANS PUI	1 277	71%	1 146	2 667€ (TS)	2 530€	66 €	6 517€	36%
2-TP AVEC PUI	84	5%	1 171	1 571€ (TS)	1 295€	214 €	3 871€	54%
Total EHPAD TP	1 361	76%	1 147	2 599€ (TS)	2 477€	66 €	6 57€	38%
3-TG SANS PUI	231	13%	1 256	1 485€ (TS)	1 451€	64 €	5 742€	56%
4-TG AVEC PUI	196	11%	1 210	271 € (Réf.)	158 €	12 €	2 908€	136%
Total EHPAD TG	427	24%	1 235	928 € (Réf.)	533 €	12 €	5 742€	97%
<u>Type d'unité urbain/rural</u>								
1-URBAIN	1 220	68%	1 175	2 235€ (TS)	2 279€	12 €	6 517€	58%
2-RURAL	535	30%	1 147	2 108€ (Réf.)	2 061€	58 €	5 628€	42%

Nous observons que le coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville (périmètre médico-social) par place installée est plus élevé pour les EHPAD :

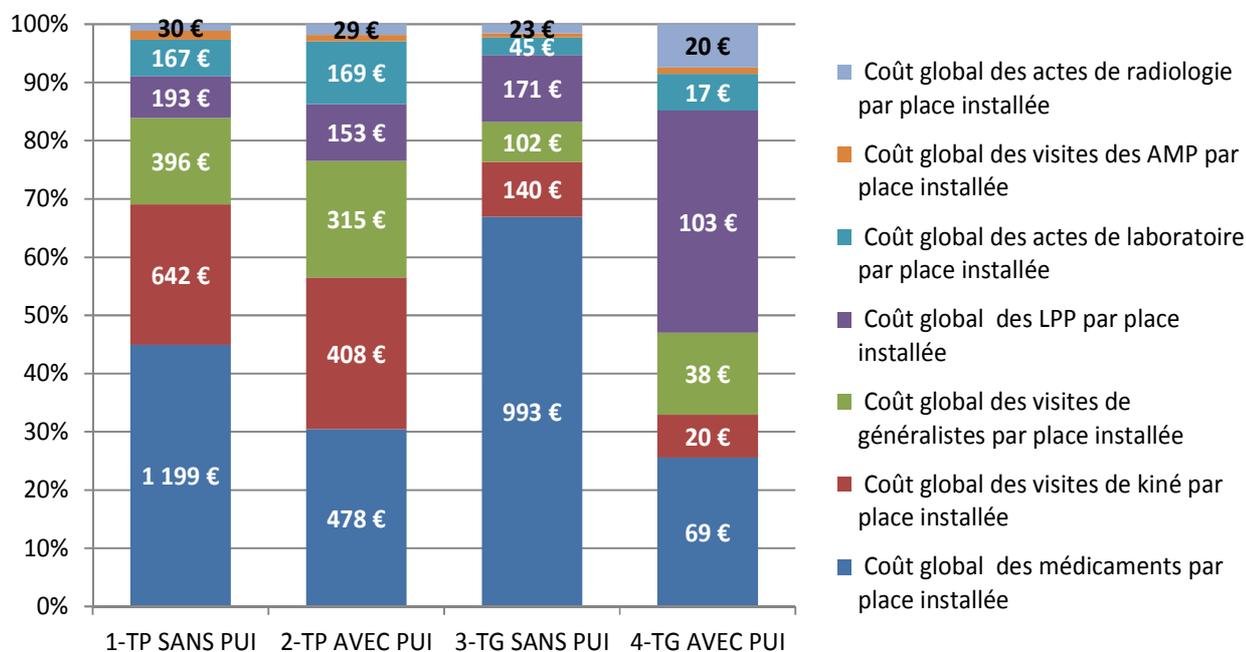
- de petite taille (EHPAD < 45 places = 2 572 euros versus EHPAD > 200 places = 540 euros) ;

²⁰ ATIH. Les coûts des prises en charge en EHPAD en 2012 – juillet 2014. (lien : <http://www.atih.sante.fr/resultats-de-l-enquete-de-couts-ehpad-2012>)

GDR - Analyse des remontées des ARS dans les CA 2012

- au tarif partiel (TP = 2 599 euros *versus* TG = 928 euros) et sans PUI (TP sans PUI = 2 667 euros *versus* TP avec PUI = 1 571 euros) ;
- implantés en zone urbaine (2 235 euros *versus* 2 108 euros).

La moyenne par option tarifaire se décompose comme suit :



3.7 - Indicateur 5.1 : Coût complet des soins en EHPAD (périmètre global assurance maladie)

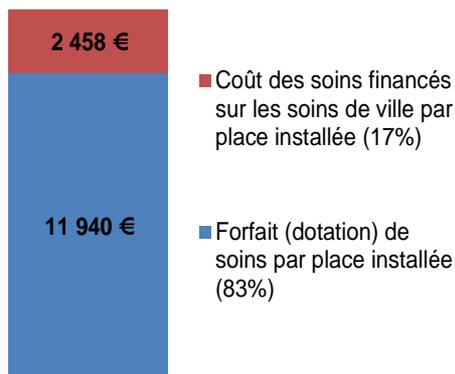
L'indicateur mesure la dépense de soins en EHPAD en intégrant la dépense totale de soins de ville. Il a pour objectif d'analyser les profils de consommation de soins de ville des personnes âgées qui résident en EHPAD.

N. B. Comme pour l'indicateur 4 relatif aux dépenses de soins de ville, l'indicateur 5 se décompose en deux sous-indicateurs complémentaires :

- le 5.1 intègre l'ensemble des dépenses de soins de ville ;
- le 5.2 n'intègre pas l'ensemble des dépenses de soins de ville, mais seulement celles intégrées dans le périmètre du tarif global.

3.7.1 - Analyse nationale

Coût complet des soins en EHPAD par place installée



Les EHPAD pour lesquels le total des dépenses de soins de ville du régime général n'était pas renseigné ont été exclus de l'indicateur 5.1 (soit 404 établissements sur les 2 210 du panel).

18 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le coût complet des soins en EHPAD par place installée pour les 1 788 EHPAD restants s'élève à 14 399 euros, et la médiane est à 13 962 euros. Ainsi, 17 % des coûts complets des soins sont des soins de ville financés par l'assurance maladie.

La valeur minimale égale 4 028 euros et la valeur maximale, 25 623 euros.

Le coût complet des soins par place installée est inférieur à 11 158 euros pour 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 17 702 euros pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 3 231 euros. Enfin, le coefficient de variation est de 20 %. La variabilité inter-EHPAD est moins importante sur cet indicateur.

Ainsi, la moitié de l'échantillon présente un coût complet des soins par place installée compris entre 12 542 euros et 15 773 euros.

3.7.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

On observe (voir le premier tableau p. 38) que le coût complet des soins en EHPAD par place installée est plus élevé pour les EHPAD :

- au tarif global (TP = 13 786 euros *versus* TG = 15 898 euros) et avec PUI (TG sans PUI = 15 506 euros *versus* TG avec PUI = 16 361 euros) ;
- implantés en zone urbaine (14 418 euros *versus* 13 668 euros) ;
- accueillant une plus grande part de personnes âgées dépendantes (GMP de moins de 600 points = 11 982 euros, GMP entre 600 et 700 points = 13 599 euros *versus* GMP de 700 ou plus = 15 415 euros) ;
- en convergence tarifaire (OUI = 16 344 euros *versus* NON = 14 065 euros) ;
- disposant d'un PASA ou d'une UHR (OUI = 15 659 euros *versus* NON = 14 119 euros).

GDR - Analyse des remontées des ARS dans les CA 2012

Facteurs associés significatifs sur le coût complet soins en EHPAD par place installée : périmètre global AM	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	GMPS moyen	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	CV
Habilitation aide sociale								
1-OUI	1290	72%	1 170	14 393€ (NS)	14 080€	4 408€	25 623€	19%
2-NON	393	22%	1 152	13 846€ (S)	13 628€	7 737€	25 469€	19%
3-PARTIELLEMENT	86	5%	1 208	14 550€ (Réf.)	14 409€	4 028€	22 233€	23%
Option tarifaire avec et sans PUI								
1-TP SANS PUI	1 277	71%	1 146	13 768€ (TS)	13 547€	4 028€	25 506€	18%
2-TP AVEC PUI	84	5%	1 171	14 069€ (TS)	13 517€	10 039€	25 461€	19%
Total EHPAD TP	1 361	76%	1 147	13 786€ (S)	13 547€	4 028€	25 506€	18%
3-TG SANS PUI	231	13%	1 256	15 506€ (TS)	15 493€	5 329€	25 602€	20%
4-TG AVEC PUI	196	11%	1 210	16 361€ (S)	15 929€	8 348€	25 623€	19%
Total EHPAD TG	427	24%	1 235	15 898€ (Réf.)	15 697€	5 329€	25 623€	19%
Type d'unité urbain/rural								
1-URBAIN	1 220	68%	1 175	14 418€ (TS)	14 162€	4 028€	25 623€	20%
2-RURAL	535	30%	1 147	13 668€ (Réf.)	13 449€	5 329€	24 803€	17%
Classe de GMP								
1-Moins de 600	220	12%	962	11 982€ (TS)	11 805€	5 568€	23 395€	19%
2-Entre 600 et 700	691	39%	1 106	13 599€ (TS)	13 418€	4 028€	24 486€	16%
3-700 ou plus	876	49%	1 246	15 415€ (Réf.)	15 097€	4 408€	25 623€	18%
Convergence tarifaire								
1-OUI	171	10%	1 176	16 344€ (TS)	15 879€	4 408€	25 602€	22%
2-NON	1 615	90%	1 167	14 065€ (Réf.)	13 826€	4 028€	25 623€	19%
(PASA/UHR)								
1-OUI	199	11%	1 193	15 659€ (TS)	15 134€	10 015€	25 602€	18%
2-NON	1 589	89%	1 165	14 119€ (Réf.)	13 828€	4 028€	25 623€	20%

Périmètre global AM	Option tarifaire avec et sans PUI				Ecart TG-TP		
	1-TP SANS PUI	2-TP AVEC PUI	3-TG SANS PUI	4-TG AVEC PUI	(sans PUI)	(avec PUI)	TG avec PUI - TG sans PUI
Nombre d'EHPAD	1277	84	231	196			
% d'EHPAD	71,42	4,7	12,92	10,96			
Coût complet des soins en EHPAD par pl, inst.	13 768 €	14 069 €	15 506 €	16 361 €	1 738 €	2 292 €	-855 €
- Dont forfait (dotation) de soins par place installée	10 600 €	12 025 €	13 568 €	15 703 €	2 968 €	3 678 €	2 138 €
Coût des soins financés sur les soins de ville par pl, inst.	3 167 €	2 044 €	1 938 €	658 €	-1 229 €	-1 386 €	-1 280 €
- Dont coût des visites des infirmiers par pl, inst.	15 €	11 €	11 €	13 €	-4 €	2 €	2 €
- Dont coût des médicaments par place installée	1 199 €	478 €	993 €	69 €	-206 €	-409 €	-924 €
- Dont coût des LPP par pl, inst.	193 €	153 €	171 €	103 €	-22 €	-50 €	-68 €
- Dont coût des visites de généralistes par pl, inst.	396 €	315 €	102 €	38 €	-294 €	-277 €	-64 €
- Dont coût des visites de kiné par pl, inst.	642 €	408 €	140 €	20 €	-502 €	-388 €	-120 €
- Dont coût des visites des AMP par pl, inst.	40 €	17 €	10 €	3 €	-30 €	-14 €	-7 €
- Dont coût des actes de laboratoire par pl, inst.	167 €	169 €	45 €	17 €	-122 €	-152 €	-28 €
- Dont coût des actes de radiologie par pl, inst.	30 €	29 €	23 €	20 €	-7 €	-9 €	-3 €
- Dont coût des transports par pl, inst.	393 €	377 €	358 €	301 €	-35 €	-76 €	-57 €
- Dont coût de soins de ville autre par pl, inst. (Dentiste et spécialiste)	93 €	86 €	84 €	73 €	-9 €	-13 €	-11 €

On constate pour l'ensemble des soins remboursables par l'assurance maladie par place installée de notre panel (soins infirmiers, médicaments, généraliste, kinésithérapeute et autres auxiliaires de santé, LPP, laboratoire, radiologie, spécialiste, dentaire et transport) :

- un **coût du TG supérieur au TP même si le coût pour l'enveloppe de soins de ville diminue logiquement lorsque l'EHPAD est au TG** ;
- une diminution significative des dépenses de soins de ville en présence d'une PUI (soit une économie de 1 229 euros dans le cadre du TP et de 1 386 euros dans le cadre du TG et un écart de 11,3 % entre ces deux options).

Sur l'ensemble du coût complet par place installée, nous constatons que le TG s'accompagne d'un surcoût de 1 738 euros (soit 11 %) sans PUI et de 2 292 euros avec une PUI (soit 14 %).

Ce surcoût dans le cadre du TG n'est donc pas complètement compensé par la moindre dépense de soins de ville remboursables par l'assurance maladie. Cela tient au **ratio d'encadrement supérieur** constaté dans le TG (voir p. 49 et 50).

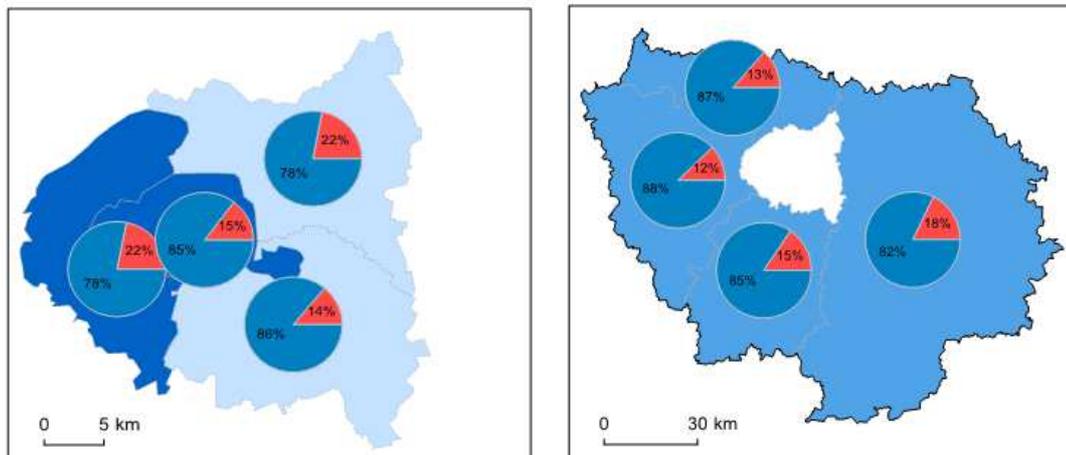
Il faut également rappeler que **les EHPAD au TG accueillent des résidents dont la dépendance et les besoins de soins sont significativement supérieurs aux EHPAD au TP** (voir p. 46 : GMPS = 1 210 points pour le TG avec PUI et GMPS = 1 146 pour le TP sans PUI).

Enfin, le raisonnement est fait **hors hospitalisation** alors même qu'il est démontré *infra* que les EHPAD au TG de l'échantillon se caractérisent par un taux d'hospitalisation plus faible. Le calcul n'inclut donc pas les coûts des hospitalisations.

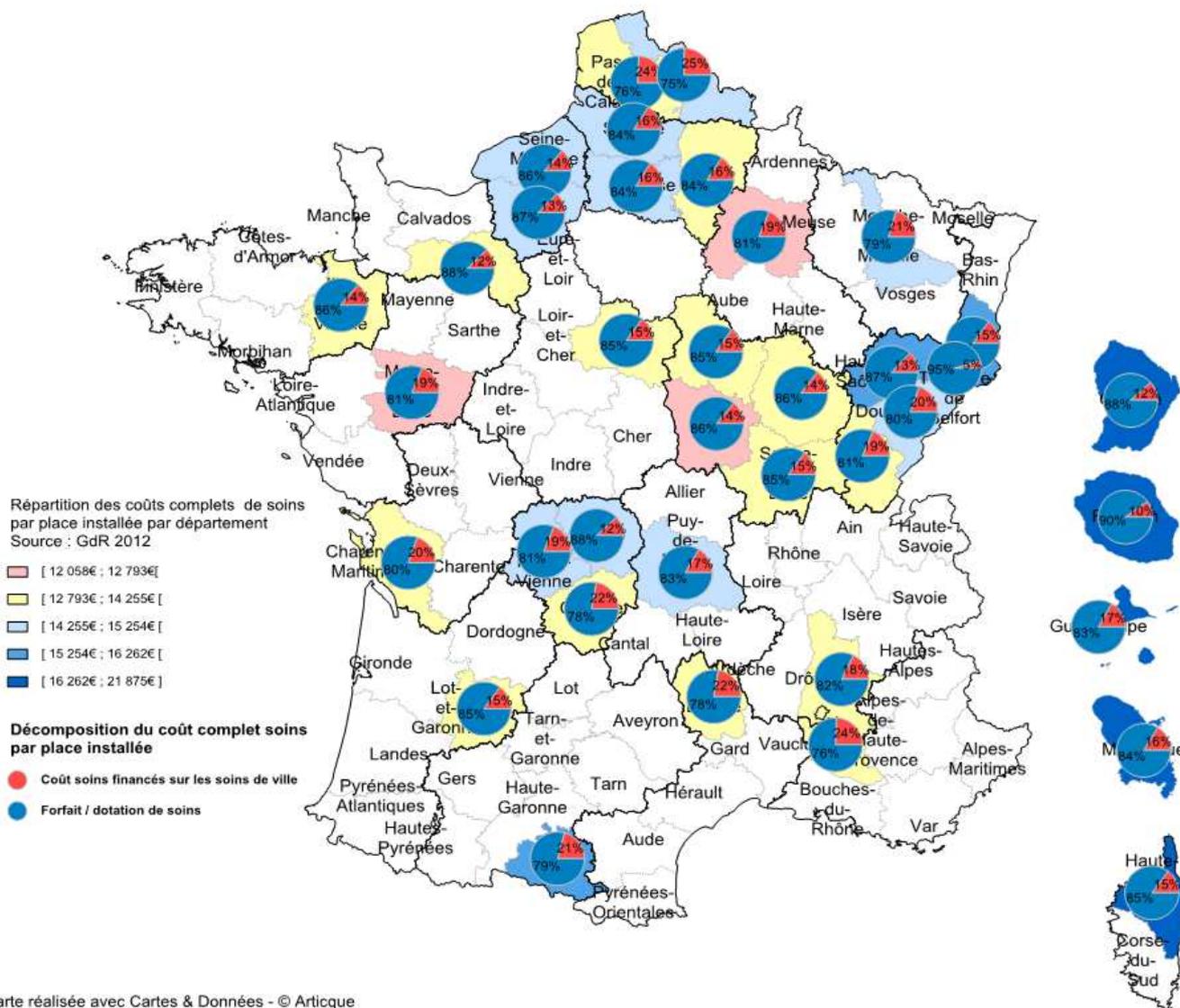
Considérant ces réserves, le coût de l'enveloppe de ville est significativement minoré lorsque l'EHPAD est au TG.

3.7.3 - Présentation départementale

Île-de-France



France hors Île-de-France

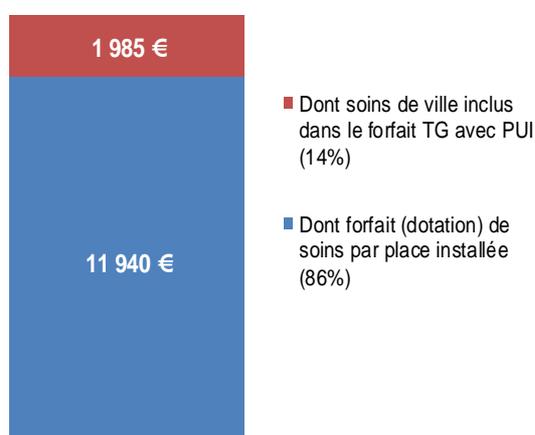


3.8 - Indicateur 5.2 : Coût complet des soins en EHPAD (périmètre médico-social au sens strict)

L'indicateur mesure la dépense de soins en EHPAD dans sa globalité en intégrant les soins de ville *dans la limite du périmètre cadré par le tarif global avec PUI*. Ainsi, sont pris en compte les remboursements de soins de ville inclus dans l'indicateur 4.2 : Coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée (périmètre médico-social au sens strict).

3.8.1 - Analyse nationale

Coût complet soins en EHPAD par place installée
Périmètre EHPAD TG avec PUI



Les EHPAD pour lesquels le total des dépenses de soins de ville du régime général n'était pas renseigné ont été exclus de l'indicateur 5.2 (soit 404 établissements sur les 2 210 du panel).

18 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le coût complet des soins en EHPAD par place installée (périmètre médico-social au sens strict) pour les 1 788 EHPAD restants s'élève à 13 925 euros, et la médiane est à 13 499 euros. Ainsi, 14 % des coûts complets des soins sont des soins de ville financés par l'assurance maladie.

La valeur minimale égale 3 477 euros et la valeur maximale, 25 287 euros. Le coût complet des soins par place installée est inférieur à 10 727 euros pour 10 % des EHPAD de l'échantillon supérieur à 17 231 euros pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 3 463 euros. Enfin, le coefficient de variation est de 20 %. La variabilité inter-EHPAD est moins importante sur cet indicateur.

Ainsi, le coût complet des soins par place installée est compris entre 12 062 euros et 15 245 euros pour la moitié de l'échantillon.

À titre de comparaison, ces éléments peuvent être rapprochés de l'enquête des coûts en EHPAD réalisée par l'ATIH,²¹ qui évoque un coût de l'activité « soins dispensés » pour une place d'hébergement permanent en EHPAD égal à 11 846 euros, dont 17 % pour les dépenses de soins de ville.

La différence s'explique par :

- la différence de méthodologie : dans l'enquête de coûts, les dépenses affectées à l'activité « soins dispensés » ne sont pas contraintes par le périmètre réglementaire du forfait soins ;
- le non-redressement de notre panel de 2 210 EHPAD, dans lequel les EHPAD au TG avec PUI sont plus nombreux que dans la population totale de référence, et les EHPAD au TP sans PUI sont, en proportion, moins nombreux que dans la population totale.
- le non-retraitement des postes de LPP et de radiologie.

²¹ ATIH. Les coûts des prises en charge en EHPAD en 2012 – juillet 2014. (lien : <http://www.atih.sante.fr/resultats-de-l-enquete-de-couts-ehpad-2012>)

3.8.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Facteurs associés significatifs sur le coût complet soins en EHPAD par place inst. : périmètre EHPAD TG avec PUI	Nbre et % d'EHPAD		GMPS moyen	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	CV
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>								
1-TP SANS PUI	1 277	71%	1 146	13 267€ (TS)	13 027€	3 477€	25 187€	19%
2-TP AVEC PUI	84	5%	1 171	13 595€ (TS)	12 995€	9 758€	25 216€	20%
3-TG SANS PUI	231	13%	1 256	15 053€ (S)	15 071€	4 536€	24 703€	20%
4-TG AVEC PUI	196	11%	1 210	15 974€ (Réf.)	15 583€	8 194€	25 287€	19%
<u>Type d'unité urbain/rural</u>								
1-URBAIN	1 220	68%	1 175	13 943€ (TS)	13 642€	3 477€	25 287€	20%
2-RURAL	535	30%	1 147	13 182€ (Réf.)	12 948€	4 428€	24 238€	17%
<u>Classe de GMP</u>								
1-Moins de 600	220	12%	962	11 524€ (TS)	11 386€	5 383€	22 244€	19%
2-Entre 600 et 700	691	39%	1 106	13 122€ (TS)	12 920€	3 602€	23 937€	17%
3-700 ou plus	876	49%	1 246	14 926€ (Réf.)	14 599€	3 477€	25 287€	19%
<u>Convergence tarifaire</u>								
1-OUI	171	10%	1 176	15 898€ (TS)	15 286€	3 477€	25 216€	22%
2-NON	1 615	90%	1 167	13 580€ (Réf.)	13 340€	3 602€	25 287€	19%
<u>Unité Alzheimer Spécialisé (PASA/UHR)</u>								
1-OUI	199	11%	1 193	15 165€ (TS)	14 667€	9 542€	24 703€	18%
2-NON	1 589	89%	1 165	13 640€ (Réf.)	13 342€	3 477€	25 287€	20%

On observe que le coût complet des soins en EHPAD par place installée, en intégrant les soins de ville dans la limite du périmètre cadré par le TG avec PUI, est plus élevé pour les EHPAD :

- au tarif global (TP = 13 287 euros *versus* TG = 15 467 euros) ;
- implantés en zone urbaine (urbain = 13 943 euros *versus* rural = 13 182 euros) ;
- accueillant une plus grande part de personnes âgées en perte d'autonomie ;
- en convergence tarifaire (OUI = 15 898 euros *versus* NON = 13 580 euros) ;
- disposant d'un PASA ou d'une UHR (OUI = 15 165 euros *versus* NON = 13 640 euros).

Périmètre médico-social au sens strict	Option tarifaire avec et sans PUI			
	1-TP SANS PUI	2-TP AVEC PUI	3-TG SANS PUI	4-TG AVEC PUI
GMPS Moyen (Panel de 1 788 EHPAD = 1 168 points)	1 146	1 171	1 256	1 210
Nombre d'EHPAD	1 277	84	231	196
% d'EHPAD	71%	5%	13%	11%
Coût complet des soins en EHPAD par place inst. (Indicateur 5.2)	13 267 €	13 595 €	15 053 €	15 974 €
- Dont forfait (dotation) de soins par place installée	10 600 €	12 025 €	13 568 €	15 703 €
Coût des soins de ville inclus dans le forfait TG avec PUI en € (Indicateur 4.2)	2 667 €	1 571 €	1 485 €	271 €
Part des soins de ville inclus dans le forfait TG avec PUI en € (Indicateur 4.2) par rapport au coût complet des soins (Indi 5.2)	20%	12%	10%	2%
Rapport coût complet (Indi. 5.2) / Nbre de points GMPS Moyen	11,6 €	11,6 €	12,0 €	13,2 €
Coût complet moyen des soins par place inst. à GMPS constant (1 168 points)	13 522 €	13 560 €	13 998 €	15 420 €

Le coût complet des soins à la place met en avant :

- hors présence d'une PUI, un écart de coût entre TG et TP qui s'établit à 1 786 euros, soit 12 % ;
- en présence d'une PUI, un écart de coût entre TG et TP qui s'établit à 2 379 euros, soit 15 %.
- entre les EHPAD au TG avec PUI et les EHPAD au TP sans PUI, un écart de coût qui s'établit à 2 707 euros, soit 17 %.

Pour affiner une analyse en coût à la place qui neutralise la différence des charges de soins des EHPAD – dont nous avons montré qu'elles peuvent être significatives –, il importe de ramener les coûts aux profils des résidents pris en charge dans les structures. Le calcul en coût complet rapporté au GMPS dans chaque catégorie tarifaire met ainsi en avant :

- hors présence d'une PUI, un écart de coût entre TG et TP qui s'établit à 476 euros, soit 3,5 % ;
- en présence d'une PUI, un écart de coût entre TG et TP qui s'établit à 1 860 euros, soit 12 %.

En conclusion, si l'on ramène ce coût complet à GMPS constant, le différentiel de coût entre TG et TP diminue légèrement avec une PUI (12 % au lieu des 15 % constatés en coût à la place), mais fortement sans PUI (3,5 % seulement au lieu des 12 % constatés en coût à la place).

Option tarifaire	Point plafond convergence 2012 (A)	Dotation de soins		Ecart 2012	
		Point constaté sur coût complet des soins (Indicateur 5.2) (C)	Point constaté sur dotation de soins (B)	(C - A) / C	(B - A) / B
Tarif global avec PUI	13,10 €	13,20 €	13,00 €	0,8%	-0,8%
Tarif global sans PUI	12,44 €	12,00 €	10,80 €	-3,7%	-15,2%
Tarif partiel avec PUI	10,32 €	11,60 €	10,30 €	11,0%	-0,2%
Tarif partiel sans PUI	9,75 €	11,60 €	9,20 €	15,9%	-6,0%

Convergence sur la seule dotation de soins

L'analyse de la dotation de soins rapportée au nombre de points GMPS de notre échantillon fait ressortir pour l'ensemble des structures des valeurs de points GMPS constatés inférieures aux valeurs de points nationales. Ces situations ne distinguent pas les EHPAD en convergence tarifaire des autres EHPAD.

Convergence fondée sur un coût élargi combinant dotations de soins et soins de ville

L'analyse du coût complet (indicateur 5.2) rapporté au nombre de points GMPS de notre échantillon au regard des valeurs plafond de 2012 fixées par arrêté ministériel montre, pour trois options tarifaires (TP avec ou sans PUI ; TG avec PUI), que les valeurs de points GMPS constatés sont supérieures aux valeurs de points nationales. Pour le TG sans PUI, le coût complet reste inférieur au tarif plafond de référence même en intégrant les soins de ville.

3.9 - Indicateur 6 : Taux d'occupation

L'indicateur mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement. Cet indicateur marque une stabilité des constats de l'année précédente et souligne l'activité importante des EHPAD du panel ainsi que le caractère homogène de cette activité.

3.9.1 - Analyse nationale

Les EHPAD pour lesquels le nombre de journées réalisées et/ou théoriques n'était pas renseigné ont été exclus du panel (soit 205 établissements sur les 2 210 du panel).

111 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le taux d'occupation global des 1 894 EHPAD restants est de 95 %, et la médiane de 98 %. La valeur minimale égale 76 %, et la valeur maximale, 118 %.

Le taux d'occupation est inférieur à 89 % pour 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 101 % pour 10 % d'entre eux également

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 5 %.

Ainsi, la moitié de l'échantillon dispose d'un taux d'occupation compris entre 95 % et 100 %.

Enfin, le coefficient de variation est de seulement 6 %. La variabilité inter-EHPAD est peu importante.

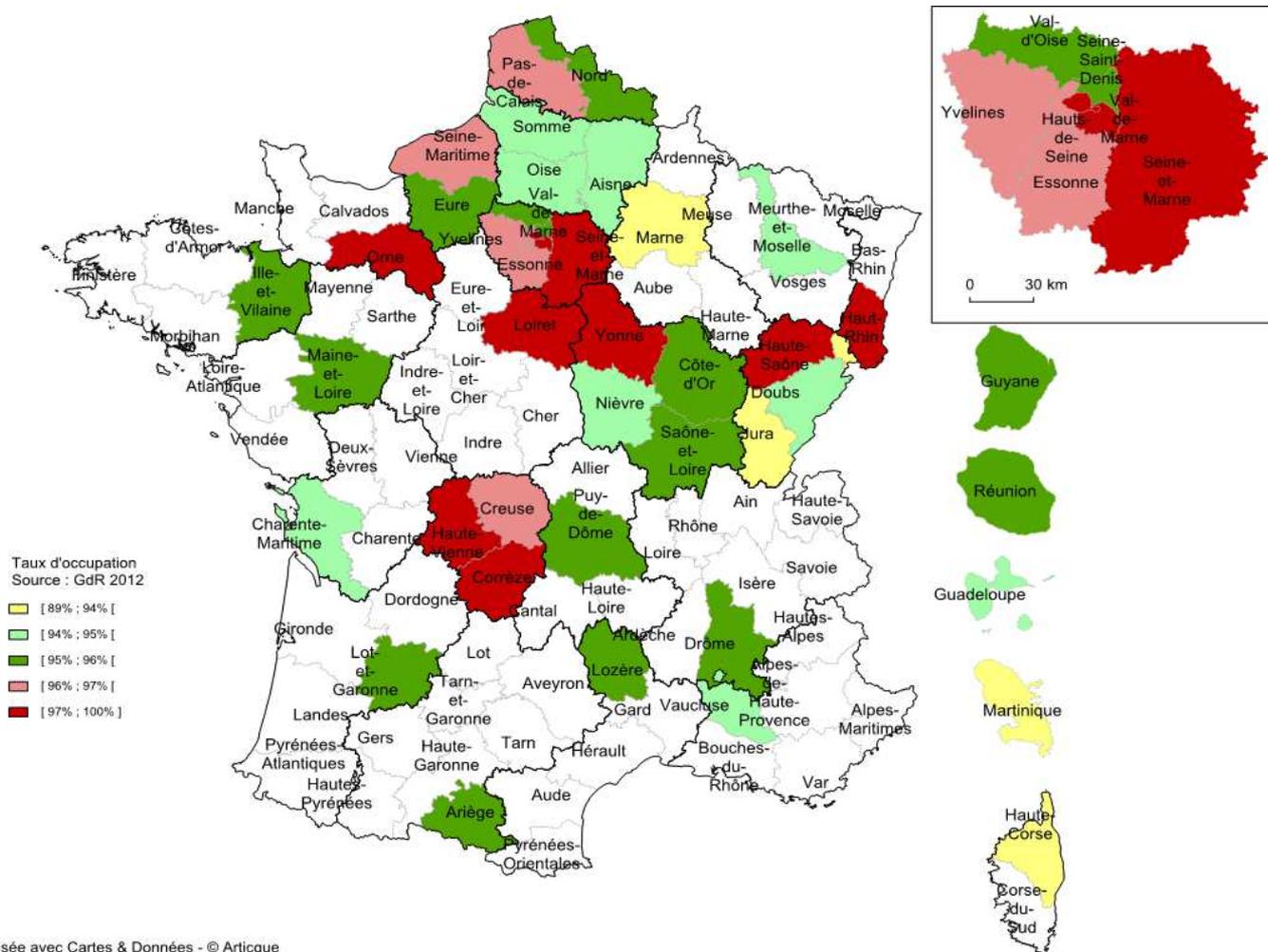
	1-Taux d'occupation < 90%		2-Taux d'occupation compris en 90% et 110%		3-Taux d'occupation > 110%	
	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD
Capacité en nombre de places installés						
1-EHPAD < 45 places	20	9%	205	90%	3	1%
2-EHPAD entre 45 et 59 places	29	11%	223	88%	2	1%
3-EHPAD entre 60 et 99 places	115	11%	881	88%	6	1%
4-EHPAD entre 100 et 199 places	43	12%	300	87%	2	1%
5-EHPAD > 200 places	7	11%	58	89%	.	.
Total EHPAD	214	12%	1 667	91%	13	1%

3.9.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Le taux d'occupation est assez homogène. Il ne varie pas de façon significative selon les différents facteurs associés à l'exception des EHPAD ayant un statut juridique « public autonome ».

	Nombre d'EHPAD	% d'EHPAD	GMPS moyen	Moyenne inter EHPAD (Degré de signification P)	Médiane	Minimum	Maximum	CV
Statut juridique								
Privé commercial	437	23%	1 177	94% (NS)	96%	76%	112%	7%
Privé à but non lucratif	654	35%	1 139	97% (NS)	99%	76%	117%	5%
Public autonome	449	24%	1 165	98% (p<0,05 ; S)	99%	78%	118%	4%
Public hospitalier	207	11%	1 226	96% (NS)	97%	78%	113%	5%
Public territorial	147	8%	1 287	96% (Réf.)	98%	77%	114%	5%

3.9.3 - Présentation départementale



3.10 - Indicateur 7 : Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD

L'indicateur mesure la fréquence d'hospitalisation (court séjour ou soins de suite et de réadaptation – SSR) des résidents au cours de leur séjour en EHPAD. Cet indicateur, qui rapporte le nombre de jours d'hospitalisation à l'activité totale de l'EHPAD, a pour objectif d'évaluer l'intervention d'autres structures en cas de dégradation de l'état de santé du résident.

3.10.1 - Analyse nationale

Les EHPAD pour lesquels le nombre de journées réalisées et/ou d'hospitalisation n'était pas renseigné ont été exclus du panel (soit 329 établissements sur les 2 210 du panel).

18 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le taux d'hospitalisation global pour les 1 863 EHPAD restants est de 1,24 %, et la médiane de 1,12 %. La valeur minimale égale 0,04 %, et la valeur maximale, 4,01 %.

Le taux d'hospitalisation est inférieur à 0,6 % pour 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 2,11 % pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon égale 0,78 %. Enfin, le coefficient de variation est de seulement 6 %. La variabilité inter-EHPAD est faible sur cet indicateur.

Ainsi, la moitié de l'échantillon dispose d'un taux d'hospitalisation compris entre 0,86 % et 1,64 %.

3.10.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

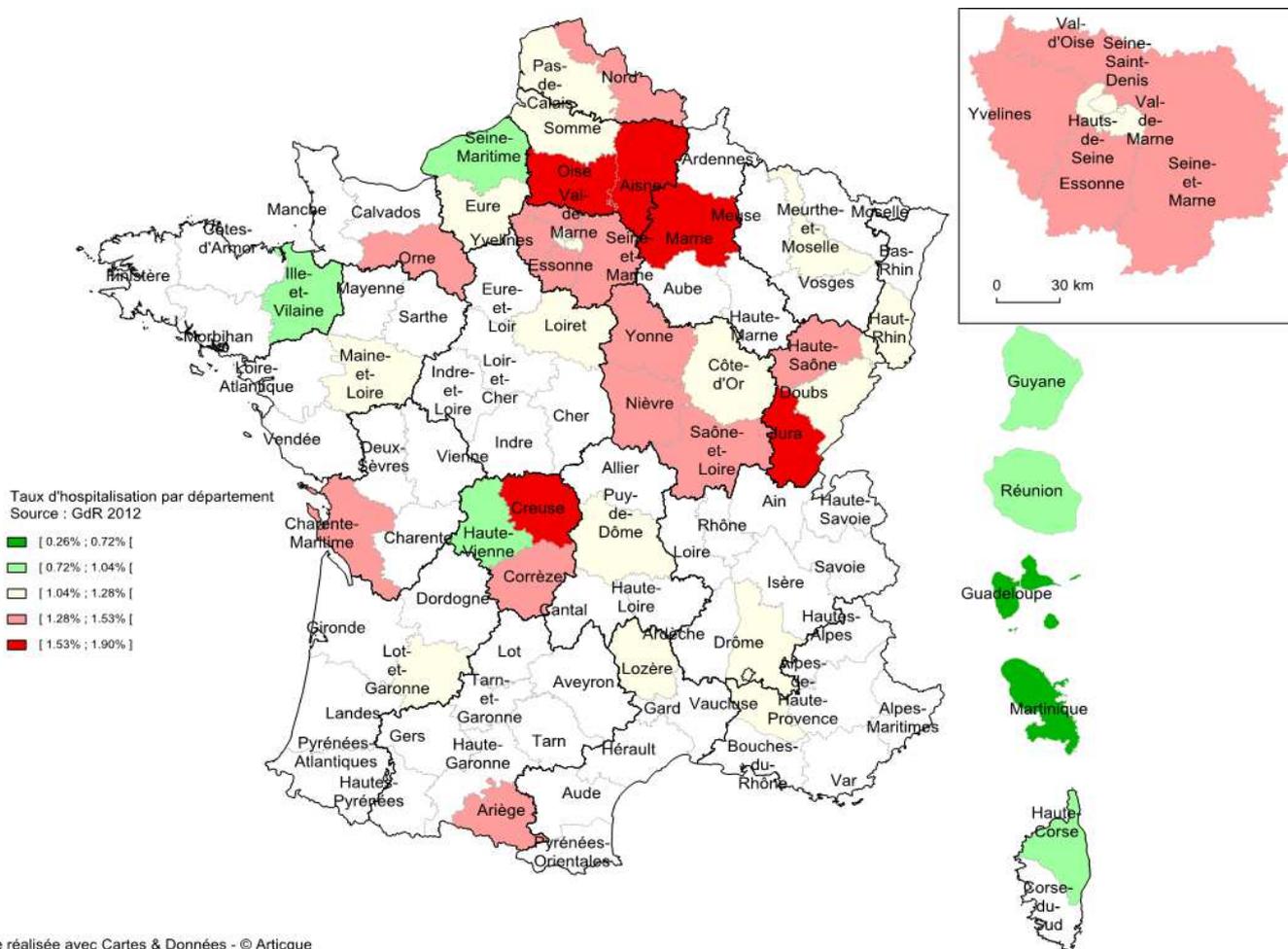
Le taux d'hospitalisation est significativement lié à la zone d'implantation de l'EHPAD. Ainsi, nous constatons un taux d'hospitalisation plus faible lorsque l'EHPAD est implanté en zone urbaine (1,28 % *versus* zone rurale = 1,36 %).

On observe également un taux d'hospitalisation significativement plus élevé pour les EHPAD ayant une capacité comprise en 60 et 99 places installées (1,35 % *versus* EHPAD > 200 places = 0,89 %) et au TP sans PUI (1,37 % au lieu de 1,01 % au TG avec PUI). **Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, le taux d'hospitalisation des résidents est significativement inférieur dans un EHPAD au tarif global (qu'il dispose ou non d'une PUI).**

	Nombre d'EHPAD et %		GMPS moyen	Indicateur 7-Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD				
				Moyenne inter EHPAD	Médiane	Minimum	Maximum	CV
<i>Option tarifaire avec et sans PUI</i>								
1-TP SANS PUI	1 329	71%	1 149	1,37%	1,26%	0,06%	4,01%	45%
2-TP AVEC PUI	87	5%	1 180	1,30%	1,17%	0,15%	4,00%	52%
3-TG SANS PUI	238	13%	1 255	1,14%	1,08%	0,04%	3,78%	50%
4-TG AVEC PUI	209	11%	1 242	1,01%	0,91%	0,04%	3,21%	62%

Les autres facteurs associés n'ont pas de pouvoir explicatif sur le taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD.

3.10.3 - Présentation départementale



3.11 - Indicateur 8 : Taux d'encadrement médical et paramédical

L'indicateur mesure l'encadrement en personnel médical et paramédical. Il se définit comme le nombre d'emplois médicaux et paramédicaux en équivalent temps plein par rapport au nombre de places installées. Il a pour objectif d'identifier la bonne affectation des moyens.

3.11.1 - Analyse nationale

Temps de présence du médecin coordonnateur

Les EHPAD pour lesquels la donnée n'était pas renseignée ont été exclus du panel (soit 179 établissements sur les 2 210 du panel). 69 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le temps de présence du médecin coordonnateur dans les 1 962 EHPAD restants égale 0,35 ETP, et la médiane est 0,31. La valeur minimale égale 0, et la valeur maximale, 2.

Le temps de présence du médecin coordonnateur égale 0 dans 10 % des EHPAD de l'échantillon et est supérieur à 0,60 ETP dans 10 % d'entre eux également.

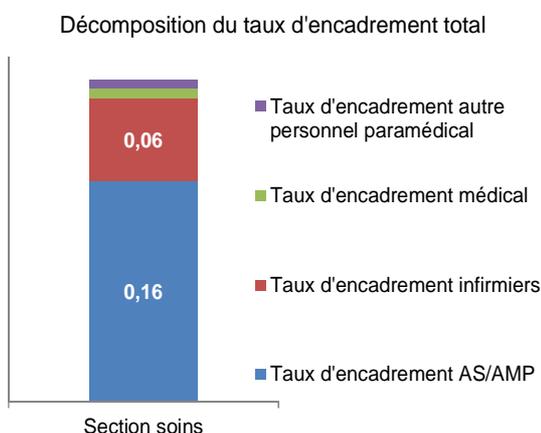
La moitié de l'échantillon dispose d'un temps de présence du médecin coordonnateur compris entre 0,20 et 0,49 ETP.

Enfin, le coefficient de variation est de 81 %.

77 % des EHPAD du panel sont en dessous du temps requis par les dispositions du décret de septembre 2011 (article D. 312-156 du Code de l'action sociale et des familles) contre 82 % dans les CA de 2011.

Capacité en nombre de places installés	Nombre d'EHPAD retenus	Temps d'exercice minimum fixé par le décret	Temps moyen global (échantillon)	EHPAD au-dessous du temps fixé par le décret	
				Nombre	%
1-EHPAD < 45 places	245	0,25	0,16	191	78%
2-EHPAD entre 45 et 59 places	266	0,4	0,25	222	83%
3-EHPAD entre 60 et 99 places	1052	0,5	0,34	838	80%
4-EHPAD entre 100 et 199 places	346	0,6	0,54	225	65%
5-EHPAD > 200 places	53	0,8	0,72	27	51%

Taux d'encadrement des soins



Les EHPAD pour lesquels la donnée n'était pas renseignée ont été exclus du panel (soit 206 établissements sur les 2 210 du panel).

14 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le taux d'encadrement global est de 0,23 ETP sur un panel de 1 990 EHPAD, et la médiane est 0,22. La valeur minimale égale 0, et la valeur maximale, 0,46.

Le taux d'encadrement global est inférieur à 0,16 dans 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 0,31 dans 10 % d'entre eux également.

La moitié de l'échantillon dispose d'un taux d'encadrement global compris entre 0,19 et 0,26.

Enfin, le coefficient de variation est de 27 %.

Taux d'encadrement	Section soins						Toutes sections
	Médical	Dont médecin coordonnateur	Infirmier	AS/AMP	Autre personnel paramédical	Total	AS/AMP
1 ^{er} Décile	0,002	0,000	0,04	0,11	0,000	0,16	0,15
Médiane	0,005	0,005	0,06	0,15	0,000	0,22	0,22
Moyenne	0,006	0,005	0,06	0,16	0,006	0,23	0,21
9 ^{ème} Décile	0,010	0,008	0,08	0,21	0,015	0,31	0,30
CV	123%	72%	36%	29%	166%	27%	35%

Nous observons des taux d'encadrement inter-EHPAD sur la section soins plus dispersés pour les catégories personnel médical et autre personnel paramédical. Il existe une forte variabilité sur ces deux catégories de personnel.

Nous constatons une variabilité des résultats non négligeable pour les catégories infirmier et AS/AMP.

3.11.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Temps de présence du médecin coordonnateur

Facteurs associés significatifs sur le temps de présence du médecin coordonnateur	Nombre d'EHPAD et %		Moyenne		Médiane	CV
<u>Capacité en nbre de places installées</u>						
1-EHPAD < 45 places	245	12%	0,16	TS	0,20	76%
2-EHPAD entre 45 et 59 places	266	14%	0,25	TS	0,25	73%
3-EHPAD entre 60 et 99 places	1052	54%	0,34	TS	0,40	59%
4-EHPAD entre 100 et 199 places	346	18%	0,54	TS	0,50	73%
5-EHPAD > 200 places	53	3%	0,72	Réf.	0,75	89%
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>						
1-TP SANS PUI	1397	71%	0,31	TS	0,30	65%
2-TP AVEC PUI	101	5%	0,44	TS	0,40	85%
Total EHPAD TP	1498	76%	0,30	TS	0,30	69%
3-TG SANS PUI	239	12%	0,39	TS	0,40	81%
4-TG AVEC PUI	224	11%	0,55	Réf.	0,50	92%
Total EHPAD TG	463	24%	0,50	Réf.	0,40	91%
<u>Classe de GMP</u>						
1-Moins de 600	251	13%	0,27	S	0,23	89%
2-Entre 600 et 700	748	38%	0,34	S	0,3	82%
3-700 ou plus	985	50%	0,38	Réf.	0,37	78%
<u>Classe de PMP</u>						
1-Moins de 150	453	23%	0,30	TS	0,3	72%
2-Entre 150 et 200	959	48%	0,33	TS	0,3	80%
3-200 ou plus	574	29%	0,43	Réf.	0,4	82%

Les EHPAD au TG du panel disposent d'un temps de présence du médecin coordonnateur plus important que les EHPAD au TP (TG = 0,5 ETP versus TP = 0,3 ETP) et avec une PUI.

Même si la conformité des temps de présence listés par l'article D. 312-156 du CASF représente une difficulté pour la plupart des EHPAD, ce temps est plus élevé pour les EHPAD de grande taille.

Le temps d'exercice du médecin coordonnateur est plus élevé dans les EHPAD disposant d'un grand nombre de résidents en perte d'autonomie, ce qui nécessite une charge en soins médico-techniques importante.

Taux d'encadrement des soins

Facteurs associés significatifs sur : - le taux d'encadrement Total - Section soins - le Taux d'encadrement AS/AMP - Toutes sections	Nombre d'EHPAD et %		Section soins		Toutes sections	
			Taux d'encadrement total		Taux d'encadrement AS/AMP	
			Moyenne		Moyenne	
<u>Capacité en nombre de places installés</u>						
1-EHPAD < 45 places	245	12%	0,23	NS	0,22	NS
2-EHPAD entre 45 et 59 places	266	13%	0,23	NS	0,21	S
3-EHPAD entre 60 et 99 places	1053	53%	0,22	NS	0,21	S
4-EHPAD entre 100 et 199 places	355	18%	0,24	NS	0,22	S
5-EHPAD > 200 places	71	4%	0,28	Réf.	0,25	Réf.
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>						
1-TP SANS PUI	1398	70%	0,22	TS	0,20	S
2-TP AVEC PUI	103	5%	0,23	TS	0,21	NS
3-TG SANS PUI	240	12%	0,24	S	0,24	NS
4-TG AVEC PUI	248	12%	0,28	Réf.	0,24	Réf.
<u>Statut juridique</u>						
Privé commercial	478	24%	0,23	NS	0,22	NS
Privé à but non lucratif	669	34%	0,21	TS	0,20	NS
Public autonome	458	23%	0,23	NS	0,22	NS
Public hospitalier	222	11%	0,27	NS	0,23	NS
Public territorial	163	8%	0,23	Réf.	0,22	Réf.
<u>Classe de GMP</u>						
1-Moins de 600	251	13%	0,18	TS	0,17	TS
2-Entre 600 et 700	748	38%	0,22	TS	0,21	S
3-700 ou plus	985	50%	0,25	Réf.	0,23	Réf.
<u>Classe de PMP</u>						
1-Moins de 150	453	23%	0,21	TS	0,20	TS
2-Entre 150 et 200	959	48%	0,22	TS	0,20	TS
3-200 ou plus	574	29%	0,25	Réf.	0,24	Réf.
<u>Convergence tarifaire</u>						
1-OUI	204	10%	0,27	TS	0,25	TS
2-NON	1774	89%	0,22	Réf.	0,21	Réf.
<u>Unité Alzheimer Spécialisé (PASA/UHR)</u>						
1-OUI	212	11%	0,25	TS	0,23	NS
2-NON	1778	89%	0,23	Réf.	0,21	Réf.

Plusieurs facteurs influent sur le ratio d'encadrement total de la section soins tels que l'option tarifaire, le niveau de dépendance des résidents (GMP), le niveau de prestations fourni par l'EHPAD pour la prise en charge des soins médicaux apportés aux personnes dépendantes (PMP), la présence d'un PASA ou d'une UHR pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et l'éventualité d'un processus de convergence.

L'analyse montre que le ratio en personnel de soins dans les EHPAD au TG avec PUI est proche de 28 ETP pour 100 places alors qu'il se situe à 22 ETP pour 100 places dans les EHPAD au TP sans PUI. Ce meilleur taux d'encadrement dans les EHPAD au tarif global doit être pris en compte quand il s'agit de comparer les coûts respectifs des deux options tarifaires.

Le ratio d'encadrement « soins » est également plus important pour les EHPAD disposant d'un grand nombre de résidents en perte d'autonomie, qui réclament des soins médico-techniques importants, et d'une unité Alzheimer spécialisée (PASA ou UHR).

Enfin, les EHPAD en convergence ont un ratio en personnel de soins plus élevé.

Il est à noter que les EHPAD privés à but non lucratif possèdent le ratio en personnel de soins le moins élevé.

GDR - Analyse des remontées des ARS dans les CA 2012

Facteurs associés significatifs sur le taux d'encadrement par catégorie de personnel	Nombre d'EHPAD et %		Taux d'encadrement soins									
			Médical		Dont médecin coordonateur		Infirmier		AS/AMP		autre personnel paramédical	
			Moyenne		Moyenne		Moyenne		Moyenne		Moyenne	
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>												
1-TP SANS PUI	1 398	70%	0,005	TS	0,004	TS	0,055	TS	0,15	S	0,004	TS
2-TP AVEC PUI	103	5%	0,007	TS	0,004	TS	0,061	TS	0,15	S	0,005	NS
3-TG SANS PUI	240	12%	0,007	TS	0,005	TS	0,061	TS	0,17	NS	0,007	NS
4-TG AVEC PUI	248	12%	0,011	Réf.	0,006	Réf.	0,076	Réf.	0,18	Réf.	0,010	Réf.
<u>Statut juridique</u>												
Privé commercial	478	24%	0,005	NS	0,006	NS	0,056	NS	0,16	NS	0,005	NS
Privé à but non lucratif	669	34%	0,006	NS	0,004	NS	0,054	TS	0,15	S	0,005	NS
Public autonome	458	23%	0,006	NS	0,004	NS	0,060	NS	0,16	NS	0,005	NS
Public hospitalier	222	11%	0,009	NS	0,004	NS	0,072	NS	0,18	S	0,009	NS
Public territorial	163	8%	0,006	Réf.	0,004	Réf.	0,060	Réf.	0,16	Réf.	0,005	Réf.
<u>Type d'unité urbain/rural</u>												
1-URBAIN	1 340	67%	0,006	NS	0,005	S	0,058	NS	0,16	NS	0,006	S
2-RURAL	571	29%	0,005	Réf.	0,004	Réf.	0,056	Réf.	0,15	Réf.	0,004	Réf.
<u>Classe de GMP</u>												
1-Moins de 600	251	13%	0,006	NS	0,004	S	0,047	TS	0,12	TS	0,003	S
2-Entre 600 et 700	748	38%	0,005	NS	0,004	S	0,055	TS	0,15	TS	0,005	S
3-700 ou plus	985	50%	0,007	Réf.	0,005	Réf.	0,064	Réf.	0,17	Réf.	0,006	Réf.
<u>Classe de PMP</u>												
1-Moins de 150	453	23%	0,005	S	0,004	TS	0,054	TS	0,15	TS	0,004	TS
2-Entre 150 et 200	959	48%	0,006	NS	0,004	TS	0,056	TS	0,15	S	0,005	S
3-200 ou plus	574	29%	0,007	Réf.	0,005	Réf.	0,067	Réf.	0,17	Réf.	0,008	Réf.
<u>Convergence tarifaire</u>												
1-OUI	204	10%	0,008	NS	0,005	NS	0,070	TS	0,18	TS	0,008	S
2-NON	1 774	89%	0,006	Réf.	0,005	Réf.	0,057	Réf.	0,15	Réf.	0,005	Réf.
<u>Unité Alzheimer Spécialisé (PASA UHR)</u>												
1-OUI	212	11%	0,008	S	0,005	NS	0,063	NS	0,17	S	0,010	TS
2-NON	1 778	89%	0,006	Réf.	0,005	Réf.	0,058	Réf.	0,16	Réf.	0,005	Réf.

Nous observons que les ratios en personnel médical, infirmier, AS/AMP et autre personnel paramédical (kinésithérapeutes...) sont plus élevés dans les EHPAD :

- au TG plutôt qu'au TP ;
- avec une patientèle en perte d'autonomie (GMP) et une charge importante en soins médico-techniques (PMP).

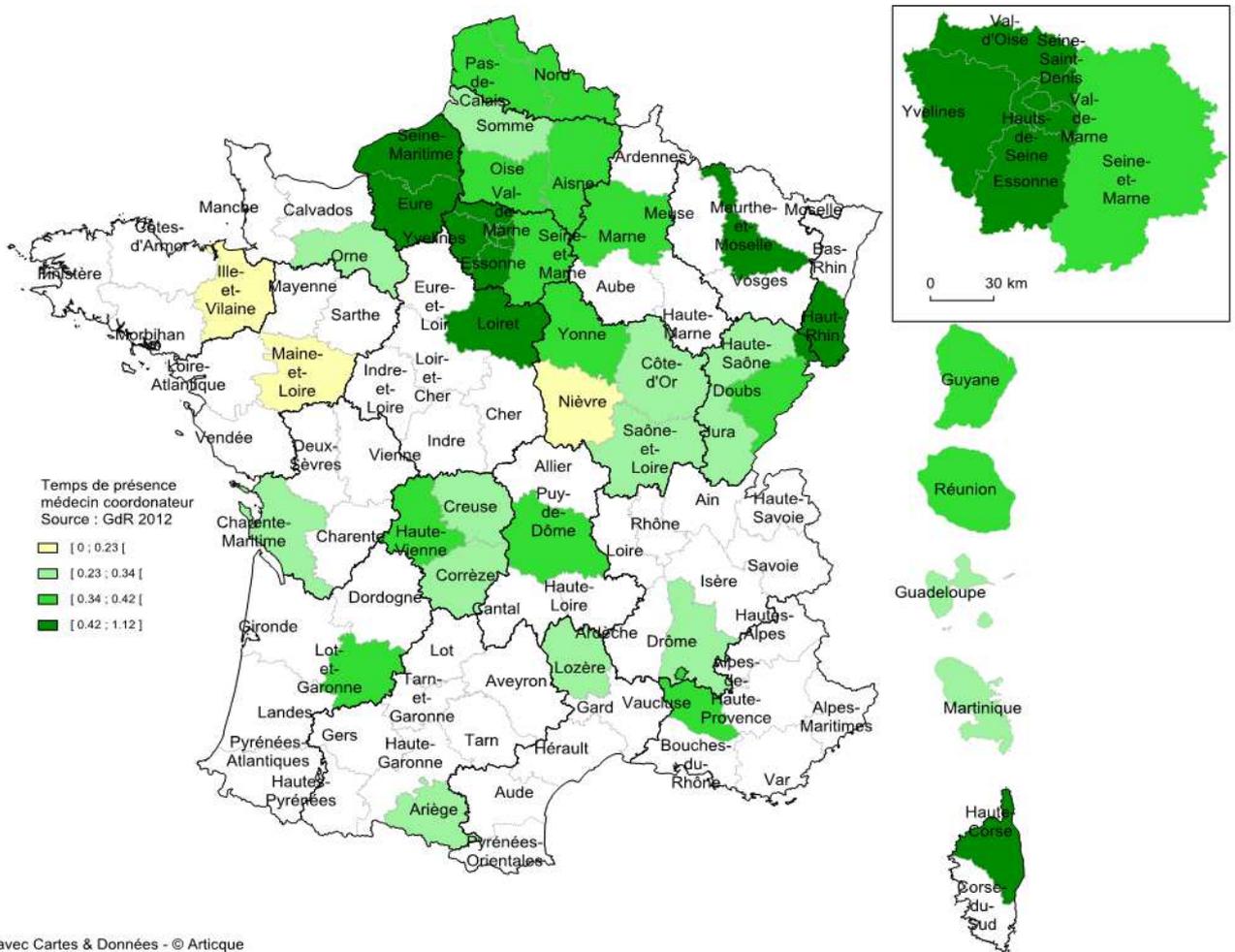
Le ratio en personnel infirmier est plus faible dans les EHPAD privés à but non lucratif et sans convergence tarifaire.

Enfin, le taux d'encadrement du personnel médical et paramédical est plus élevé lorsque l'EHPAD dispose d'un PASA ou d'une UHR.

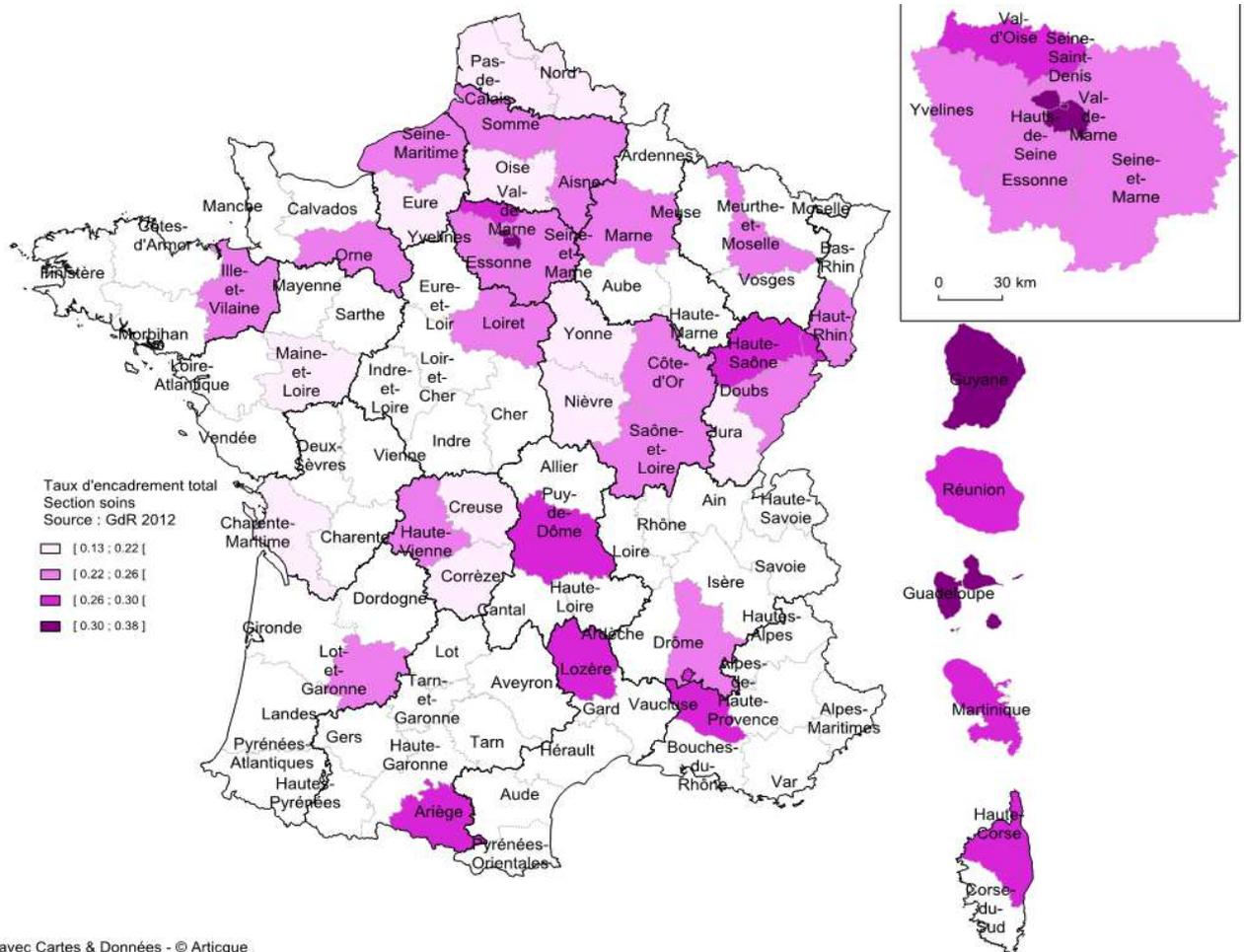
Le ratio d'encadrement en AS/AMP augmente entre le TP et le TG (+ 16 %), mais dans une moindre proportion que le ratio d'encadrement infirmier (+ 27 %) et, surtout, que ceux des professions médicales (+ 55 %) et paramédicales (+ 60 %).

3.11.3 - Présentation départementale

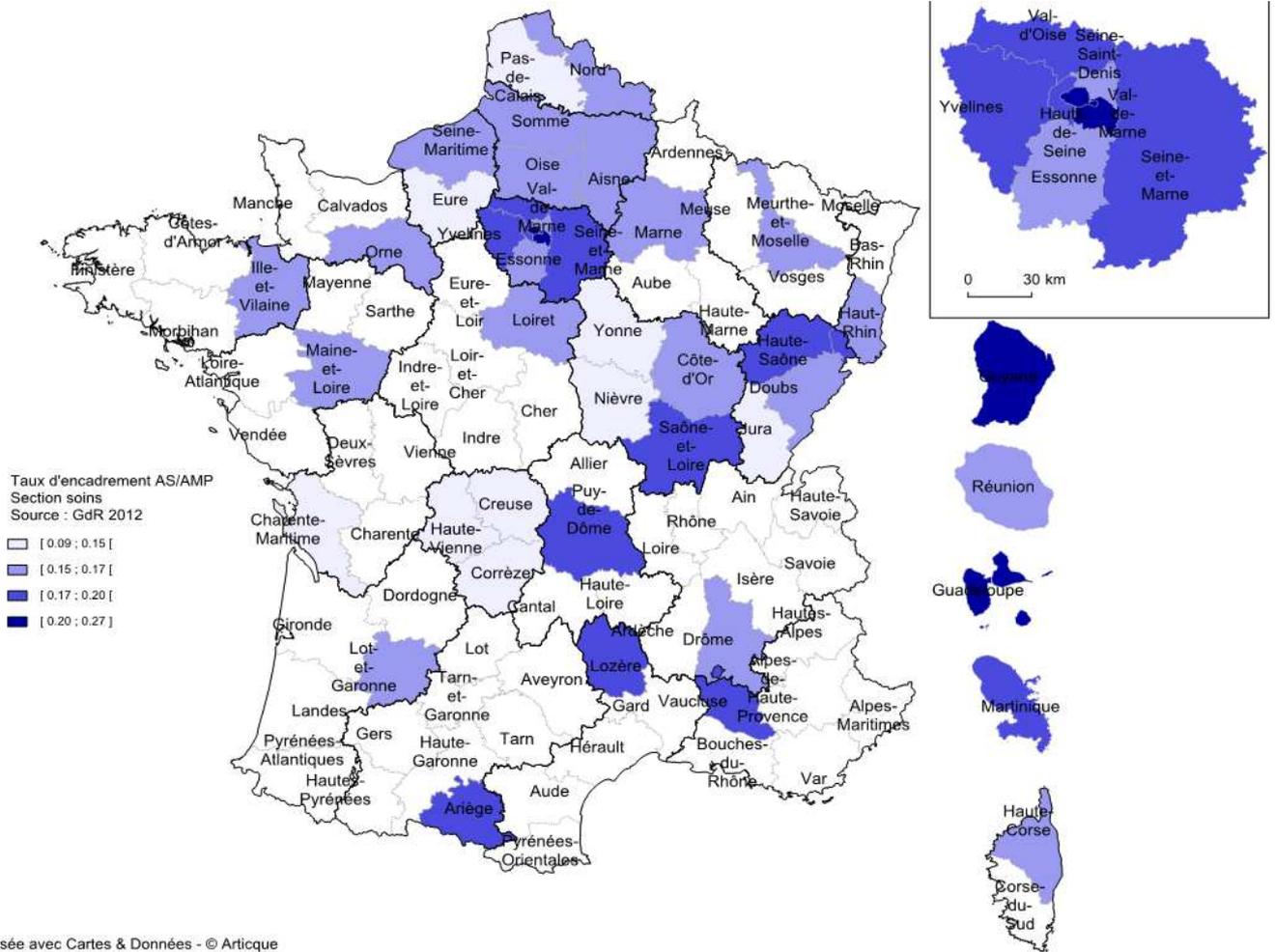
Temps de présence du médecin coordonnateur



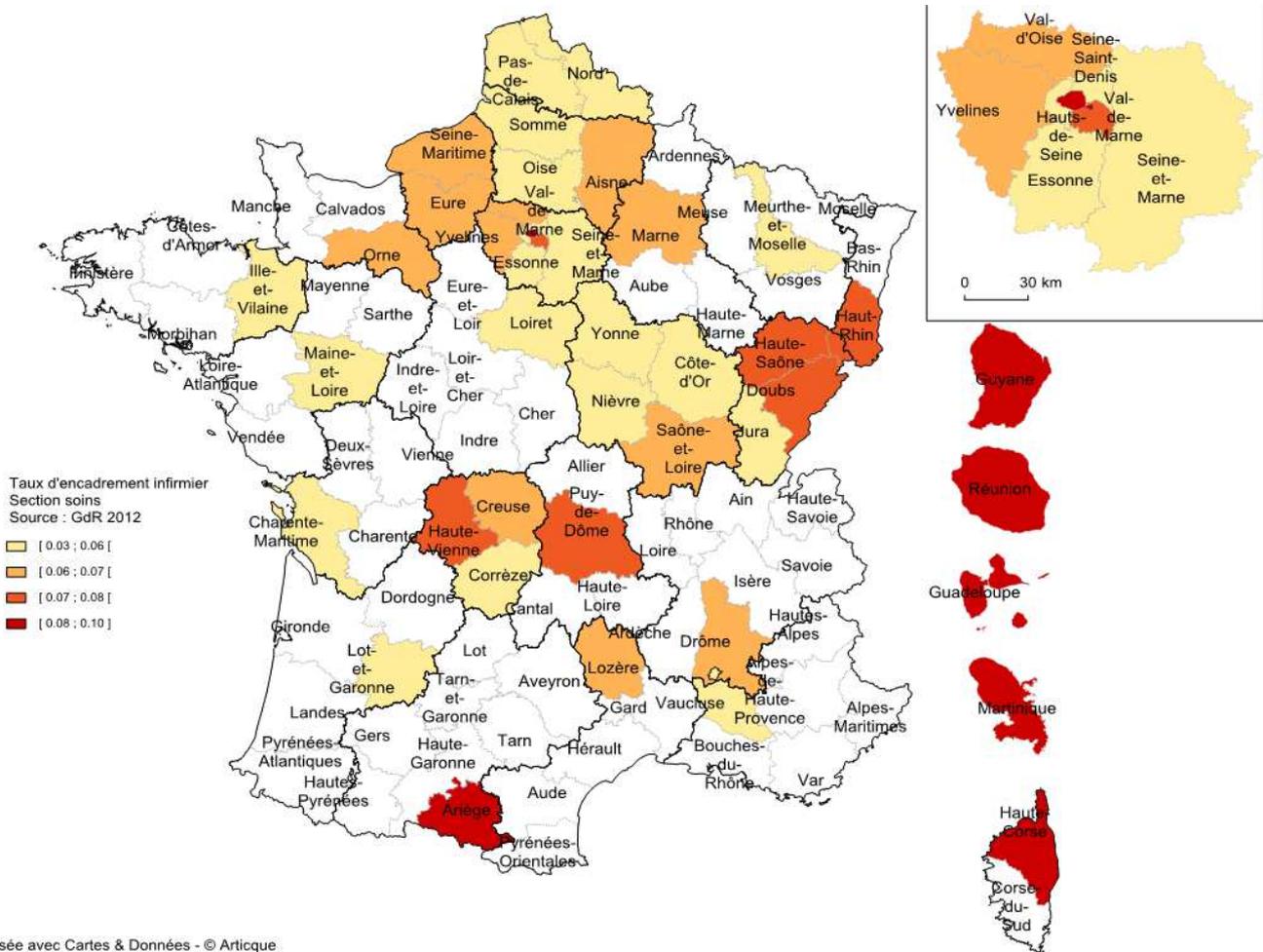
Taux d'encadrement soins



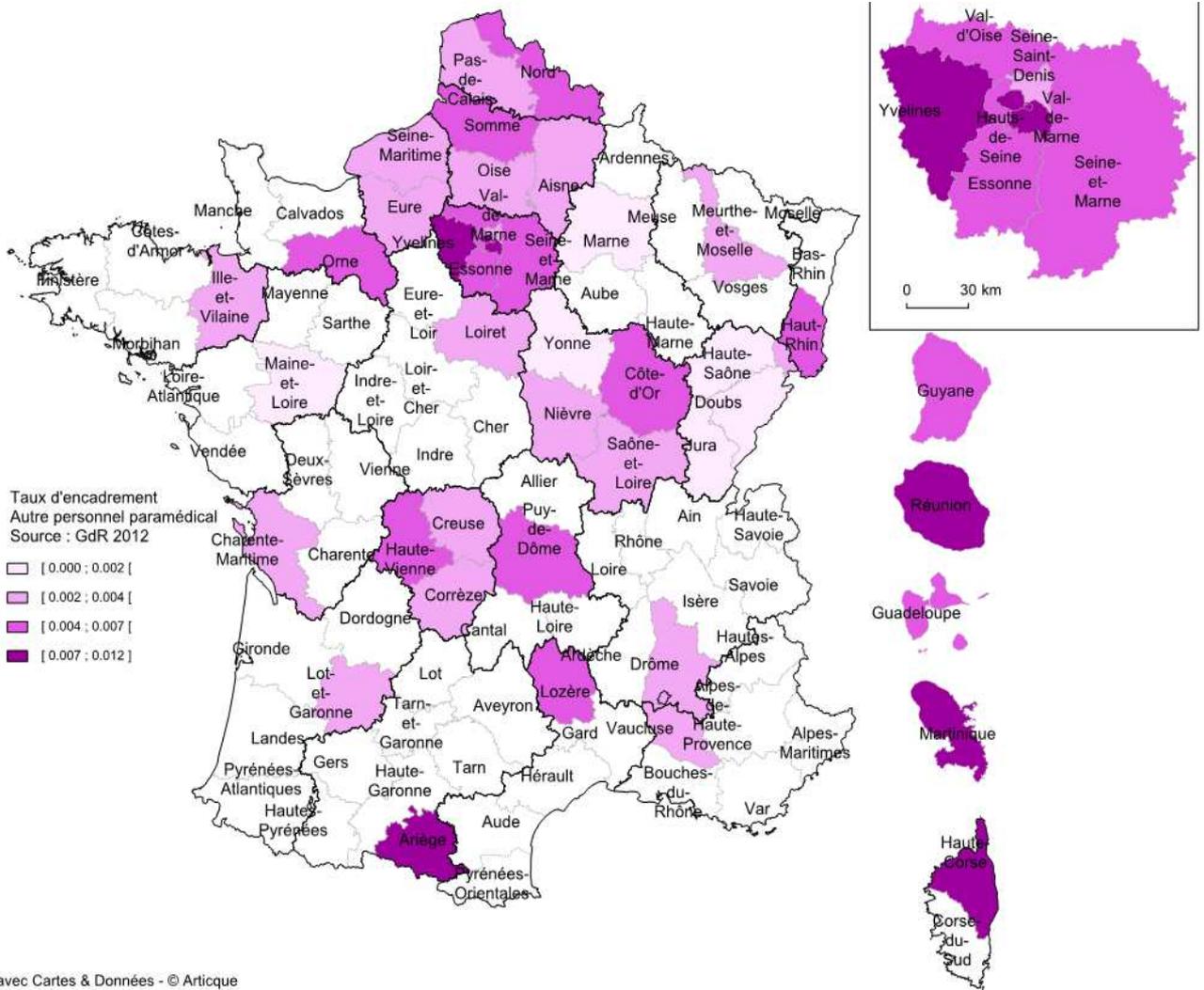
Taux d'encadrement AS/AMP



Taux d'encadrement infirmier



Taux d'encadrement autre personnel paramédical



3.12 Indicateur 9 : Rémunération brute du personnel

La rémunération brute du personnel est un nouvel indicateur. Il se calcule en rapportant la rémunération (salaires + cotisations sociales et fiscales) par catégorie de personnel au nombre d'ETP total (par catégorie de personnel).

Il convient de rappeler que les cotisations sociales et fiscales ne sont pas identiques entre le secteur public et le secteur privé (commercial et non lucratif), ce qui peut entraîner des distorsions dans la comparaison.

3.12.1 - Analyse nationale

Rémunération annuelle brute du personnel médical salarié

Les EHPAD pour lesquels la donnée n'était pas renseignée ont été exclus du panel (soit 437 établissements sur les 2 210 du panel). 31 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le salaire annuel brut du personnel médical salarié pour les 1 742 EHPAD restants est de 88 586 euros et la médiane de 98 475 euros. La valeur minimale égale 2 444 euros, et la valeur maximale, 264 912 euros.

Le salaire annuel brut du personnel médical salarié est inférieur à 48 950 euros dans 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 140 819 euros dans 10 % d'entre eux également.

Le salaire annuel brut du personnel médical salarié est compris entre 73 026 euros et 120 181 euros dans la moitié de l'échantillon.

Enfin, le coefficient de variation est de 39 %. La variabilité inter-EHPAD existe sur cet indicateur.

Rémunération annuelle brute du personnel infirmier salarié

Les EHPAD pour lesquels la donnée n'était pas renseignée ont été exclus du panel (soit 304 établissements sur les 2 210 du panel). 38 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le salaire annuel brut du personnel infirmier salarié pour les 1 868 EHPAD restants est de 52 783 euros et la médiane de 53 116 euros. La valeur minimale égale 13 171 euros, et la valeur maximale, 93 859 euros.

Le salaire annuel brut du personnel infirmier salarié est inférieur à 41 772 euros dans 10 % des EHPAD de l'échantillon et est supérieur à 64 925 euros dans 10 % d'entre eux également.

Le salaire annuel brut du personnel infirmier salarié est compris entre 47 683 euros et 59 192 euros dans la moitié de l'échantillon.

Enfin, le coefficient de variation est de 20 %.

Rémunération annuelle brute du personnel AS/AMP salarié

Les EHPAD pour lesquels la donnée n'était pas renseignée ont été exclus du panel (soit 302 établissements sur les 2 210 du panel). 43 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le salaire annuel brut du personnel AS/AMP salarié pour les 1 865 EHPAD restants est de 37 679 euros et la médiane de 37 237 euros. La valeur minimale égale 15 897 euros, et la valeur maximale, 58 664 euros.

Le salaire annuel brut du personnel AS/AMP salarié est inférieur à 30 520 euros dans 10 % des EHPAD de l'échantillon et est supérieur à 58 664 euros dans 10 % d'entre eux également.

Le salaire annuel brut du personnel AS/AMP est compris entre 34 009 euros et 40 691 euros dans la moitié de l'échantillon.

Enfin, le coefficient de variation égale 16 %.

Rémunération annuelle brute du personnel paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) salarié

Les EHPAD pour lesquels la donnée n'était pas renseignée ont été exclus du panel (soit 1 421 établissements sur les 2 210 du panel). 42 EHPAD ayant des valeurs « extrêmes » ont été écartés de l'analyse de cet indicateur.

Le salaire annuel brut du personnel paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) salarié dans les 747 EHPAD restants est de 39 948 euros, et la médiane, de 41 033 euros. La valeur minimale égale 2 755 euros, et la valeur maximale, 107 694 euros.

Le salaire annuel brut du personnel paramédical est inférieur à 18 108 euros dans 10 % des EHPAD de l'échantillon et supérieur à 107 694 dans 10 % d'entre eux également.

Le salaire annuel brut du personnel paramédical est compris entre 32 000 euros et 49 915 euros dans la moitié de l'échantillon.

Enfin, le coefficient de variation égale 42 %. La variabilité inter-EHPAD existe sur cet indicateur et est plus marquée que pour les autres catégories de personnel.

3.12.2 - Analyse de la variabilité des résultats en fonction des facteurs associés

Rémunération brute annuelle du personnel médical salarié

Facteurs associés significatifs sur le salaire annuel brut du personnel médical salarié	Nombre d'EHPAD et % d'EHPAD		Moyenne		Médiane	CV
<i>Statut juridique</i>						
Privé commercial	439	25%	111 449€	(TS)	111 193€	29%
Privé à but non lucratif	585	34%	108 169€	(TS)	107 700€	34%
Public autonome	383	22%	79 683€	(NS)	77 803€	44%
Public hospitalier	198	11%	83 711€	(NS)	80 570€	46%
Public territorial	137	8%	80 946€	(Réf.)	80 251€	42%
<i>Type d'unité urbain/rural</i>						
1-URBAIN	1 200	69%	101 354€	(TS)	101 634€	36%
2-RURAL	471	27%	88 162€	(Réf.)	88 154€	42%
<i>Classe de GMP</i>						
1-Moins de 600	210	12%	90 959€	(TS)	95 585€	39%
2-Entre 600 et 700	647	37%	92 614€	(TS)	93 766€	40%
3-700 ou plus	881	51%	103 289€	(Réf.)	102 445€	37%

La rémunération du personnel médical est plus élevée dans les EHPAD du panel :

- privés commerciaux et privés à but non lucratif ;
- implantés en zone urbaine ;
- ayant des résidents en forte perte d'autonomie.

Rémunération annuelle brute du personnel infirmier salarié

Facteurs associés significatifs sur le salaire annuel brut du personnel infirmier salarié	Nombre d'EHPAD et % d'EHPAD		Moyenne	Médiane	CV
<u>Capacité en nombre de places installées</u>					
1-EHPAD < 45 places	225	12%	52 915€ (S)	52 887€	22%
2-EHPAD entre 45 et 59 places	250	13%	52 987€ (S)	52 618€	22%
3-EHPAD entre 60 et 99 places	1 004	54%	53 953€ (S)	53 681€	19%
4-EHPAD entre 100 et 199 places	325	17%	53 590€ (S)	52 923€	19%
5-EHPAD > 200 places	64	3%	50 408€ (Réf.)	50 858€	17%
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>					
1-TP SANS PUI	1 332	71%	53 113€ (S)	52 918€	20%
2-TP AVEC PUI	91	5%	52 290€	50 752€	19%
Total EHPAD TP	1 423	100%	53 061€ (S)	52 866€	20%
3-TG SANS PUI	226	12%	55 968€	55 746€	20%
4-TG AVEC PUI	218	12%	53 905€	52 656€	19%
Total EHPAD TG	444	100%	54 955€ (Réf.)	54 108€	20%
<u>Statut juridique</u>					
Privé commercial	460	25%	54 165€ (TS)	54 186€	17%
Privé à but non lucratif	641	34%	55 963€ (TS)	55 762€	19%
Public autonome	426	23%	53 004€ (TS)	52 049€	20%
Public hospitalier	189	10%	51 223€	50 577€	20%
Public territorial	152	8%	45 493€ (Réf.)	44 708€	21%
<u>Type d'unité urbain/rural</u>					
1-URBAIN	1 260	67%	53 937€ (S)	53 784€	18%
2-RURAL	535	29%	52 375€ (Réf.)	52 007€	22%
<u>Classe de GMP</u>					
1-Moins de 600	226	12%	52 889€ (S)	52 069€	22%
2-Entre 600 et 700	701	38%	52 799€ (S)	52 437€	20%
3-700 ou plus	937	50%	54 222€ (Réf.)	53 849€	19%

La rémunération des IDE est plus faible pour les EHPAD du panel :

- de grande capacité (> 200 places installées) ;
- au TP ;
- publics (surtout publics territoriaux).

Rémunération annuelle brute du personnel AS/AMP salarié

Facteurs associés significatifs sur le salaire annuel brut du personnel AS/AMP salarié	Nombre d'EHPAD et % d'EHPAD		Moyenne		Médiane	CV
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>						
1-TP SANS PUI	1 327	71%	36 946€	(S)	36 614€	16%
2-TP AVEC PUI	90	5%	37 332€	(S)	37 495€	19%
Total EHPAD TP	1 417	100%	36 971€	(S)	36 704€	16%
3-TG SANS PUI	229	12%	38 338€	NS	37 784€	15%
4-TG AVEC PUI	218	12%	40 213€	(Réf.)	38 925€	14%
Total EHPAD TG	447	100%	39 252€	(Réf.)	38 427€	15%
<u>Statut juridique</u>						
Privé commercial	459	25%	34 770€	(S)	34 831€	15%
Privé à but non lucratif	642	34%	38 182€	(S)	38 084€	16%
Public autonome	423	23%	39 125€	(S)	38 977€	15%
Public hospitalier	189	10%	39 307€	NS	38 200€	15%
Public territorial	152	8%	36 268€	(Réf.)	35 475€	17%
<u>Convergence tarifaire</u>						
1-OUI	188	10%	39 307€	(S)	38 974€	17%
2-NON	1 665	89%	37 311€	(Réf.)	37 019€	16%

La rémunération du personnel AS/AMP est plus faible dans les EHPAD du panel :

- ayant choisis le TP sans PUI ;
- privés commerciaux ;
- sans convergence tarifaire.

Rémunération annuelle brute du personnel paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) salarié

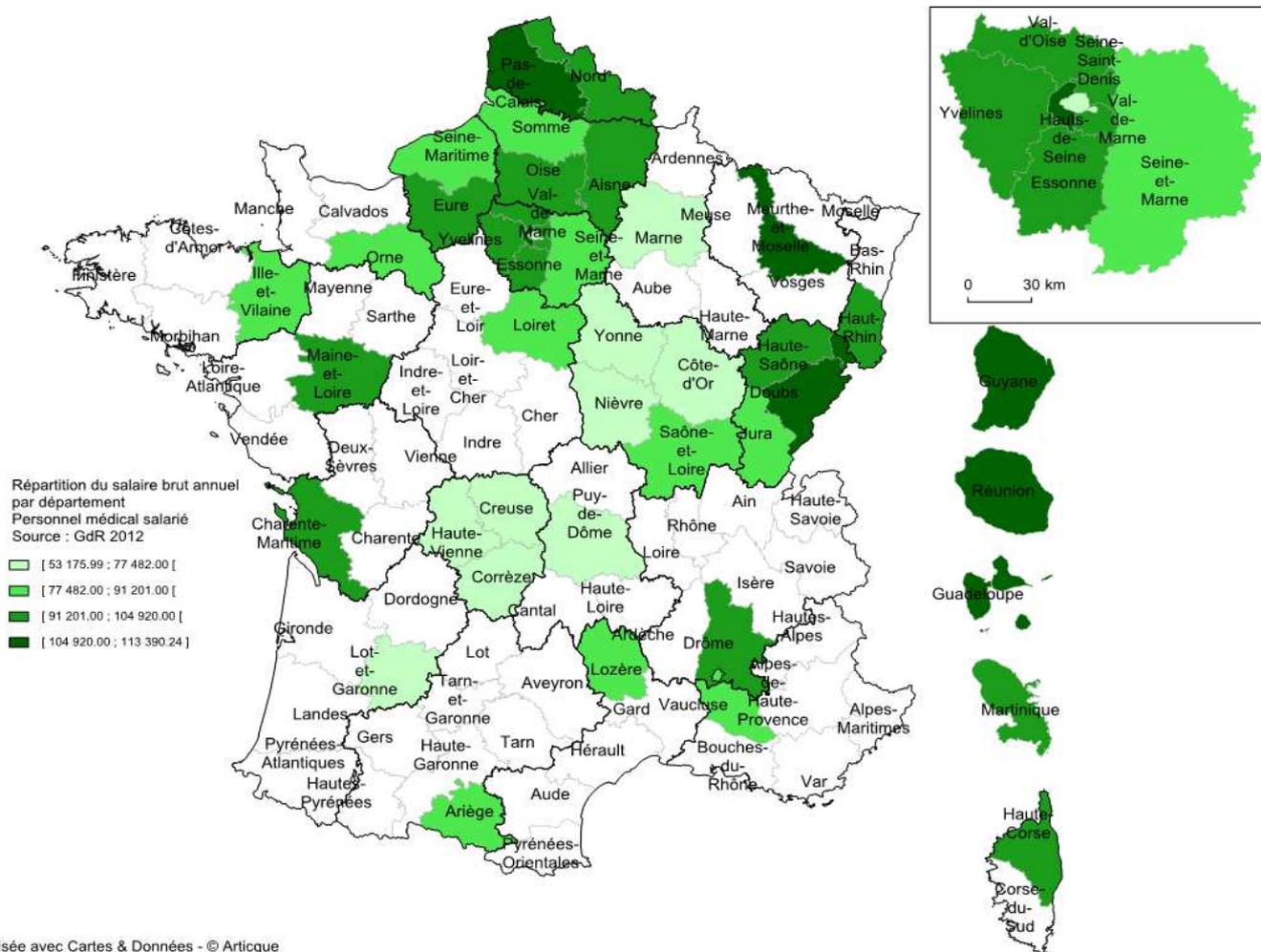
Facteurs associés significatifs sur le salaire annuel brut du personnel paramédical (kinés, ergothérapeutes,...) salarié	Nombre d'EHPAD et % d'EHPAD		Moyenne		Médiane	CV
<u>Option tarifaire avec et sans PUI</u>						
1-TP SANS PUI	435	58%	39 462€	(S)	39 462€	45%
2-TP AVEC PUI	42	6%	40 321€	NS	39 997€	38%
Total EHPAD TP	477	100%	39 538€	(S)	39 532€	44%
3-TG SANS PUI	114	15%	42 275€	NS	41 879€	44%
4-TG AVEC PUI	156	21%	45 818€	Réf.	45 018€	34%
Total EHPAD TG	270	100%	44 322€	(Réf.)	43 357€	38%
<u>Statut juridique</u>						
Privé commercial	175	23%	42 653€	(TS)	41 124€	32%
Privé à but non lucratif	241	32%	41 971€	(TS)	43 665€	41%
Public autonome	168	22%	40 135€	(S)	36 757€	52%
Public hospitalier	119	16%	43 145€	(TS)	42 384€	37%
Public territorial	44	6%	31 139€	(Réf.)	29 498€	61%

La rémunération du personnel paramédical est plus faible dans les EHPAD du panel :

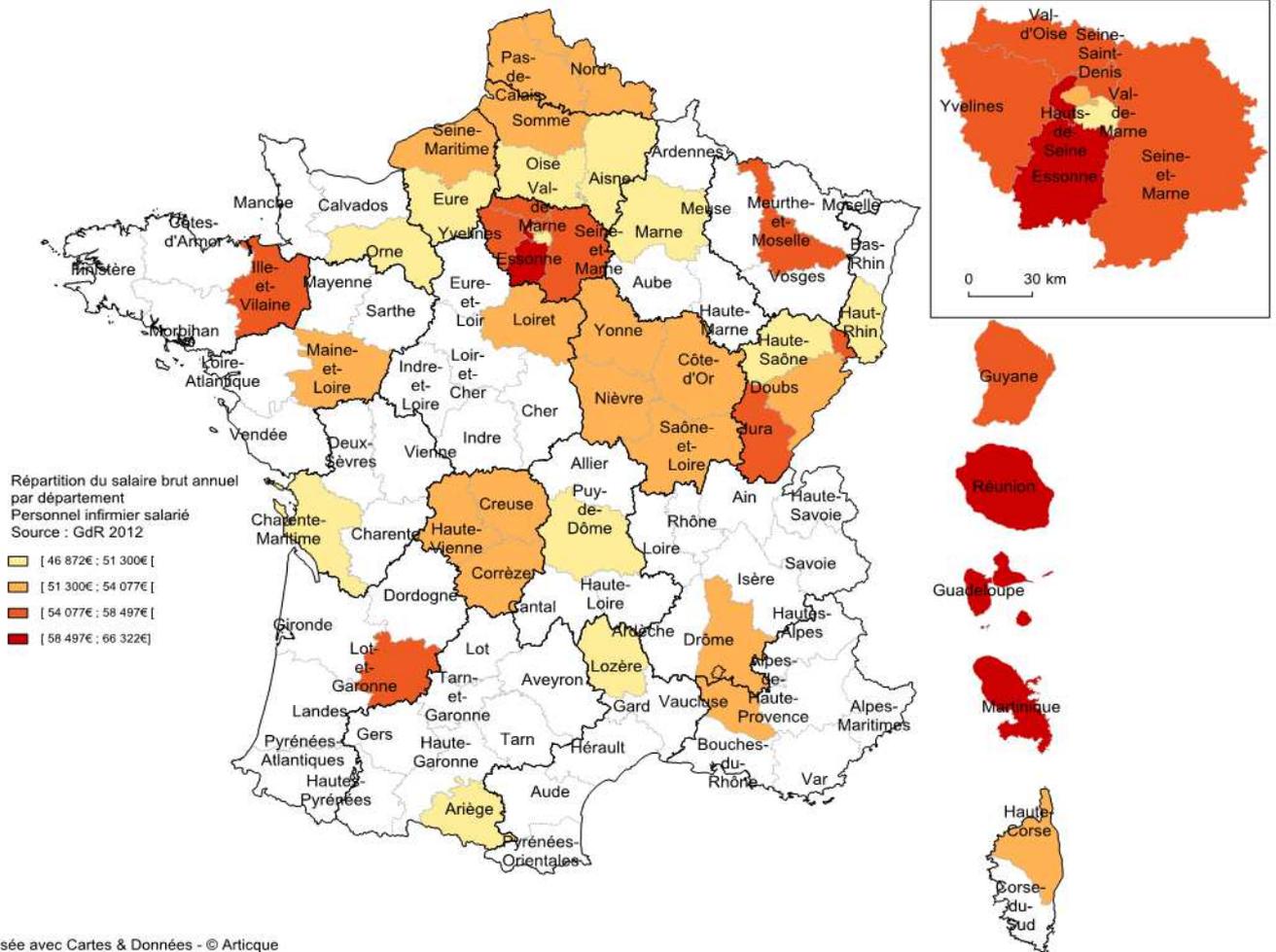
- ayant choisi le TP sans PUI ;
- publics (surtout publics territoriaux).

3.12.3 - Présentation départementale

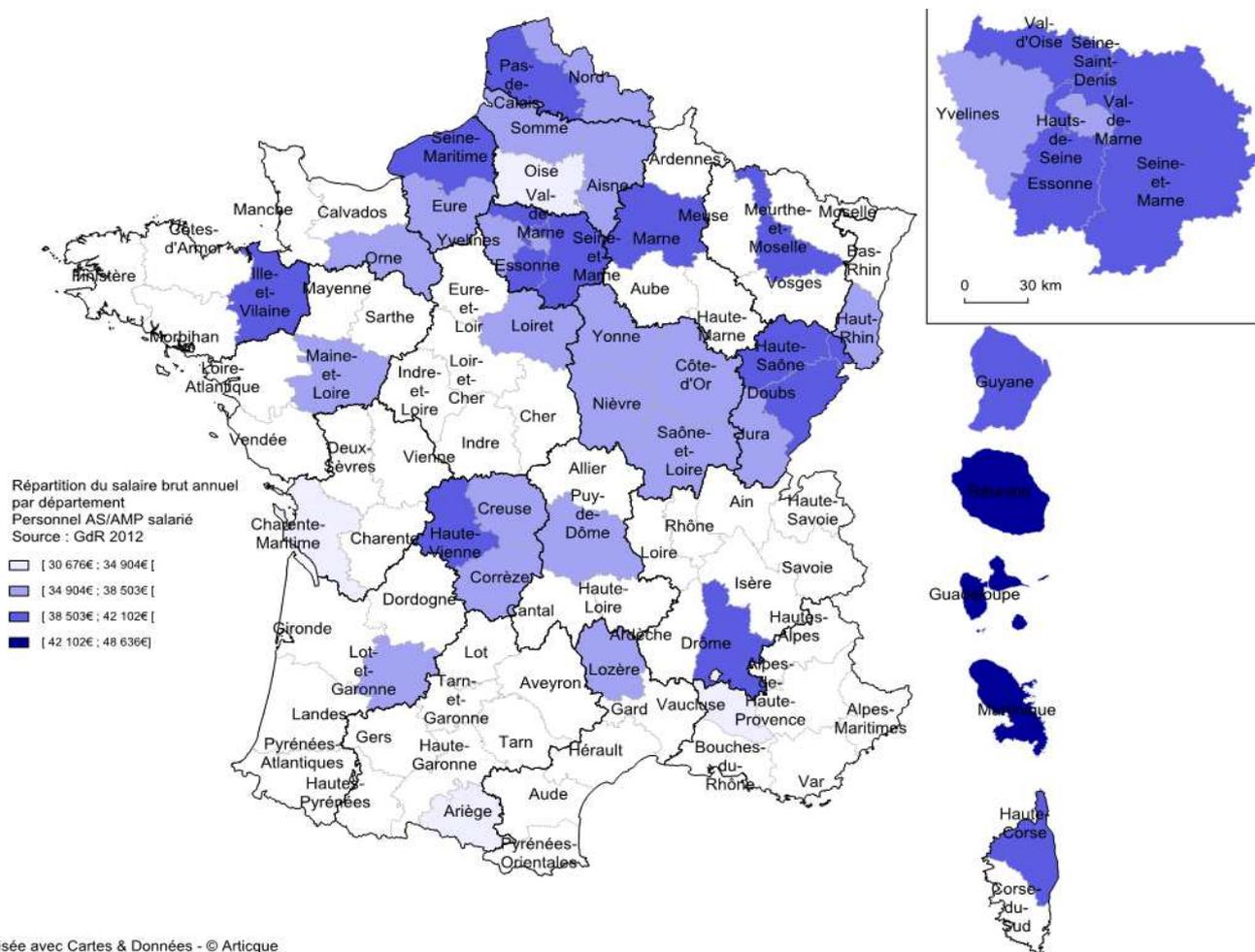
Salaire brut annuel du personnel médical salarié



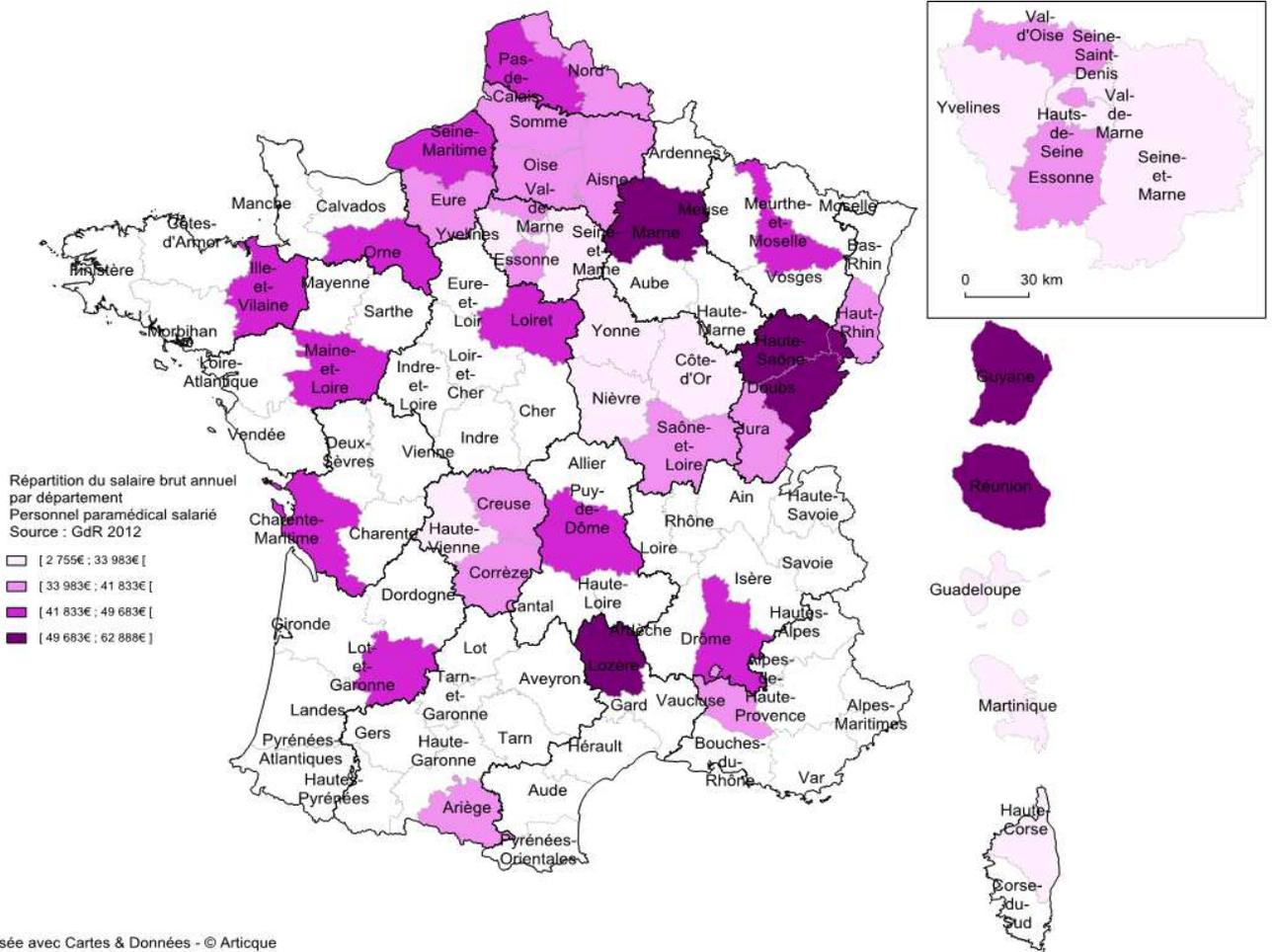
Salaire brut annuel du personnel infirmier salarié



Salaire brut annuel du personnel AS/AMP salarié



Salaire brut annuel du personnel paramédical salarié



4 - Catégorisation d'EHPAD en quatre classes à partir des huit ratios d'efficience

Le nombre d'EHPAD étudiés pour la typologie est de 1 554 EHPAD issus de notre panel. Il s'agit des EHPAD pour lesquels l'ensemble des variables a pu être calculé.

Afin de comparer les EHPAD du panel, l'analyse s'est basée successivement sur deux méthodes d'analyse statistique descriptive.

Tout d'abord, l'analyse en composante principale (ACP), pour concentrer l'information et identifier les seules variables utiles et nécessaires pour la compréhension des différences entre les établissements. Cette méthode permet de représenter les EHPAD sur un minimum d'axes tout en conservant le maximum d'information.

Ensuite, la classification ascendante hiérarchique (CAH), pour regrouper les EHPAD en un nombre restreint de classes homogènes. Cette méthode a pour finalité de garantir l'homogénéité des EHPAD d'une même classe et l'hétérogénéité des classes.

Ces travaux statistiques ont pour objectif de caractériser les EHPAD en groupes homogènes (cette homogénéité ne reposant que sur l'angle d'analyse « assurance maladie »).

4.1 - Les variables

4.1.1 - Les variables actives

Certaines variables sont de façon logique très corrélées entre elles et influencent donc doublement la construction des axes principaux. Dans ce cas, il vaut mieux ne conserver qu'une des deux variables pour l'analyse.

Par conséquent, les variables suivantes ont été retirées de l'analyse :

- taux d'encadrement total ;
- taux d'encadrement AS/AMP toutes sections confondues ;
- coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée ;
- coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée (périmètre médico-social au sens strict) ;
- coût complet des soins en EHPAD ;
- coût complet des soins en EHPAD (périmètre médico-social au sens strict).

Trente-deux variables actives ont été retenues pour l'ACP et la CAH :

- le pathos moyen pondéré (PMP) ;
- le GIR moyen pondéré (GMP) ;
- le nombre de places installées ;
- les trois variables représentant la structure de la dépense financée par la dotation de soins de chaque établissement (de personnel, de prestations et fournitures et de matériel médical). Elles sont exprimées en pourcentage ;
- les huit variables mesurant la part de dépense de chaque catégorie de personnel (médecins, pharmaciens, infirmiers, AS/AMP, autres), en distinguant à chaque fois le personnel salarié du personnel extérieur, sur la masse salariale totale financée par le forfait soins ;

- les dix variables sur le coût des soins financés sur l'enveloppe des soins de ville par place installée, et ce pour dix catégories de dépenses (médicaments, médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, laboratoires...);
- une variable qui reprend la dotation de soins allouée à l'EHPAD ;
- le taux d'occupation se mesure par le nombre de journées réalisées sur le nombre de journées théoriques pour un établissement ;
- le taux d'hospitalisation se mesure par le nombre de jours d'hospitalisation sur le nombre de journées réalisées ;
- cinq variables correspondant aux taux d'encadrement des résidents par type de personnel.

4.1.2 - Les variables supplémentaires (ne participant pas activement à l'analyse)

Deux variables ont été intégrées dans les analyses en tant que variables supplémentaires :

- le taux d'utilisation, qui mesure le niveau de consommation de la dotation de soins allouée à l'établissement. On traite cet indicateur en tant que variable supplémentaire, car il varie peu d'un établissement à l'autre, et aucun facteur associé n'a d'influence sur lui.
- le taux d'encadrement AS/AMP tout secteur (soins et dépendance).

4.2 - Construction des cinq premiers axes

L'ACP permet de transformer les variables liées entre elles en de nouvelles variables non corrélées, appelées axes principaux. Le nombre de variables est ainsi réduit tout en conservant un maximum d'informations sur les EHPAD. Il est alors plus facile d'étudier les liens existants entre les variables grâce à leurs coordonnées sur les premiers axes principaux.

4.2.2 - Les cinq premiers axes principaux

Cinq axes suffisent pour expliquer 45 % de l'information issue des trente-deux variables actives incluses dans l'ACP (un écart important d'information est constaté après le cinquième axe).

Les quatrième et cinquième axes principaux sont cependant plus difficiles à interpréter.

Le premier axe principal explique 17 % de l'information (variance)

Cet axe met en évidence une opposition entre :

- les variables dépenses de généralistes, kinésithérapeutes, médicaments, radiologie, laboratoires et spécialistes, financés sur l'enveloppe de soins de ville par place installée, qui ont des coordonnées positives sur l'axe ;
- les variables dotation de soins par place installée, taux d'encadrement infirmiers et nombre total de places, qui ont des coordonnées négatives sur cet axe.

L'axe 1 s'interprète donc de la manière suivante :

Partie supérieure de l'axe 1 : *En comparaison de la moyenne,*

EHPAD du panel ayant une faible capacité installée, des dépenses plus importantes de soins de ville en généralistes, kinésithérapeutes, spécialistes, médicaments, laboratoires et radiologie, une dotation de soins et un taux d'encadrement en personnel infirmier plus faibles.

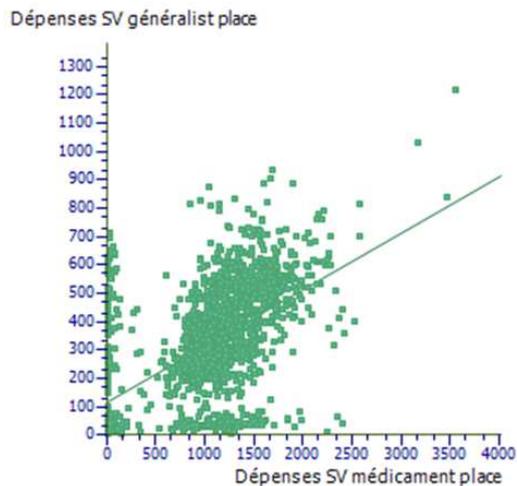
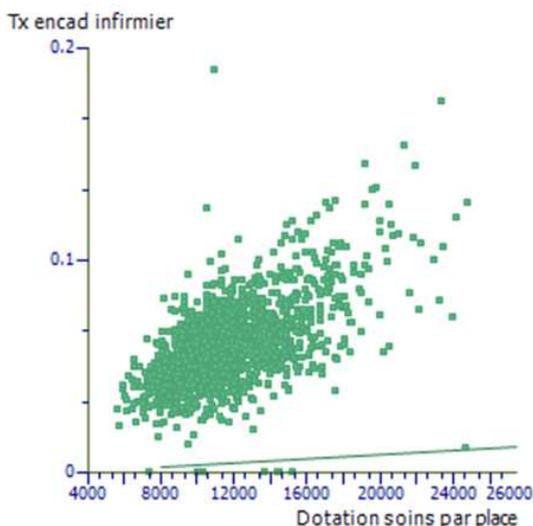
Partie inférieure de l'axe 1 : *En comparaison de la moyenne,*

EHPAD du panel ayant une grande capacité installée, des dépenses peu élevées de soins de ville en généralistes, kinésithérapeutes, spécialistes, médicaments, laboratoires et radiologie, une dotation de soins et un taux d'encadrement infirmier plus élevés.

Graphiques de corrélation des variables à forte contribution de l'axe 1 :

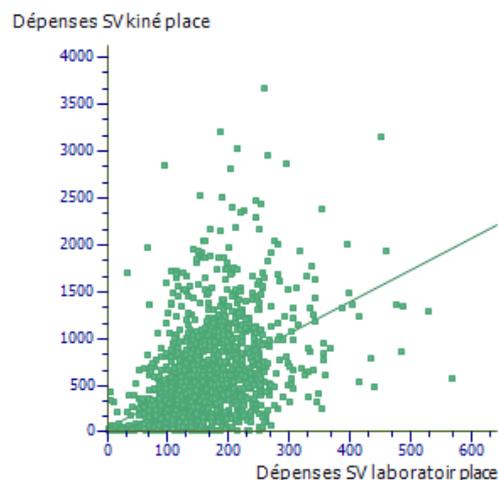
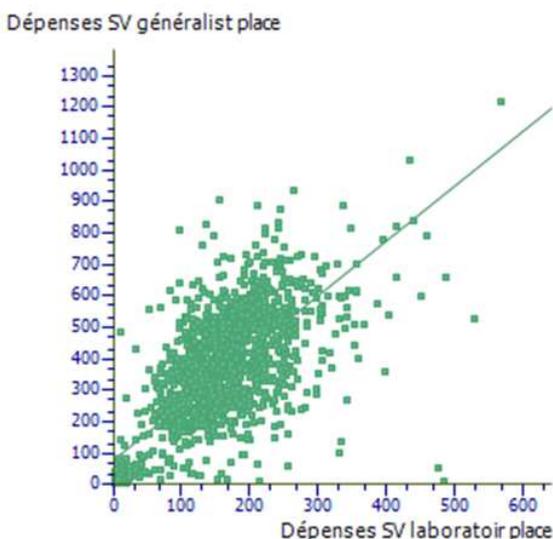
Corrélation = 0,61 (la relation est significative)

Corrélation = 0,56 (la relation est significative)



Corrélation = 0,76 (la relation est très significative)

Corrélation = 0,56 (la relation est significative)



Le deuxième axe principal explique 11 % de l'information

Il représente l'effet de substitution entre :

- la part des dépenses en personnel aide-soignant (AS) et aide médico-psychologique (AMP) (en coordonnées négatives sur l'axe)
- et le taux d'encadrement des infirmiers, des médecins coordinateurs ou encore du personnel paramédical (en coordonnées positives sur l'axe), qui est également associé à la dépendance des résidents (GMP) et au niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires (PMP). Il convient de noter que les dépenses de soins de ville de radiologie et de transport augmentent avec la dépendance des résidents.

L'axe 2 s'interprète donc de la manière suivante :

Partie gauche de l'axe 2 : *En comparaison de la moyenne,*

EHPAD avec des résidents moins dépendants (GMP) et nécessitant moins de soins médicaux et techniques (PMP).

Le recrutement de personnel infirmier et, surtout, de personnel paramédical et médical (médecin coordonnateur) est plus faible. La part des AS/AMP dans la masse salariale financée sur le forfait soins est plus importante (augmentation relative due à la baisse de la part de personnel médical et paramédical dans les salaires).

Les dépenses de soins de ville, de transport et de radiologie sont plus faibles.

Partie droite de l'axe 2 : *En comparaison de la moyenne,*

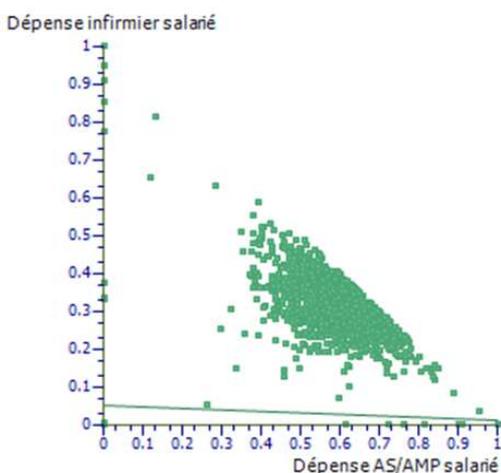
EHPAD avec des résidents plus dépendants (GMP) et nécessitant plus de soins médicaux et techniques (PMP).

Le recrutement de personnel infirmier et surtout paramédical et médical (médecin coordonnateur) est plus élevé. La part des AS/AMP dans la masse salariale financée sur le forfait soins est plus faible (baisse relative due à l'augmentation de la part de personnel médical et paramédical dans les salaires).

Les dépenses de soins de ville, de transport et de radiologie sont plus élevées.

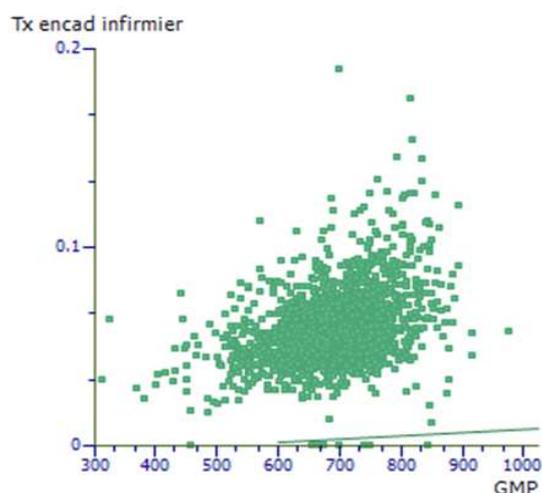
Graphiques de corrélation des variables à forte contribution de l'axe 2 :

Corrélation = -0,49

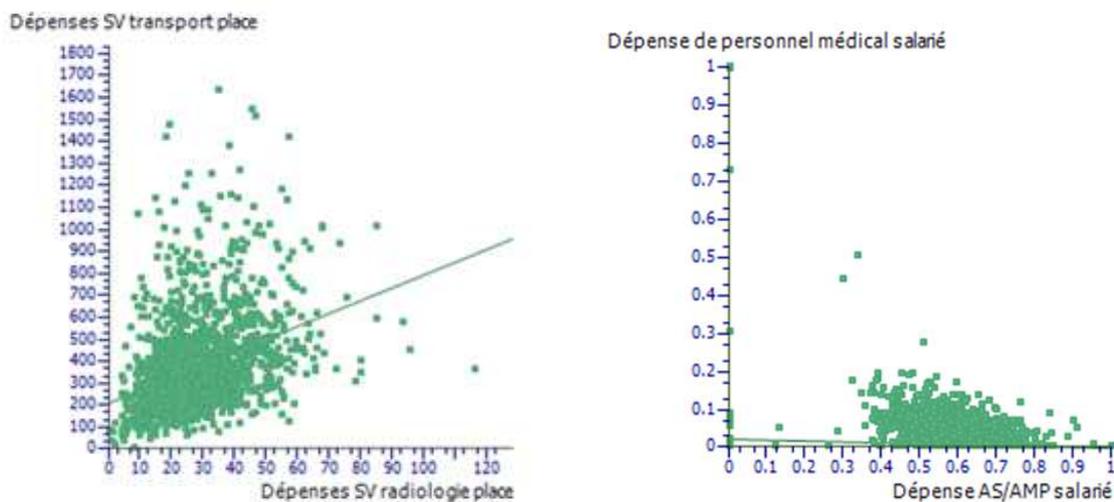


Corrélation = 0,36

Corrélation = 0,37



Corrélation = -0,45



Le troisième axe principal explique 7 % de l'information

Il représente l'effet de substitution dans la structure de la dépense financée par la dotation de soins entre :

- d'un côté de l'axe, les dépenses de personnel (en coordonnées positives sur l'axe), qui sont également associées à la dépendance des résidents (GMP) de l'autre, les prestations et les fournitures médicales et paramédicales et le matériel médical (en coordonnées négatives sur l'axe).

Autrement dit, lorsqu'un EHPAD a des résidents plus dépendants (GMP élevé), ses dépenses de personnel sont élevées et une part importante de son budget est consacrée au recrutement ; dès lors, ses dépenses de matériel, de prestations et de fournitures sont logiquement réduites.

Le quatrième axe principal explique 5 % de l'information

Cet axe met en évidence une opposition entre :

- d'un côté de l'axe, une part élevée de charges de personnel (en coordonnées positives sur l'axe), associée à d'importantes charges en personnel infirmier salarié et en personnel AS/AMP, infirmier et paramédical extérieur (intérim, CDD...).
- et de l'autre, une part de prestations et de fournitures médicales et paramédicales plus importante, associée à des charges en personnel AS/AMP salarié élevées.

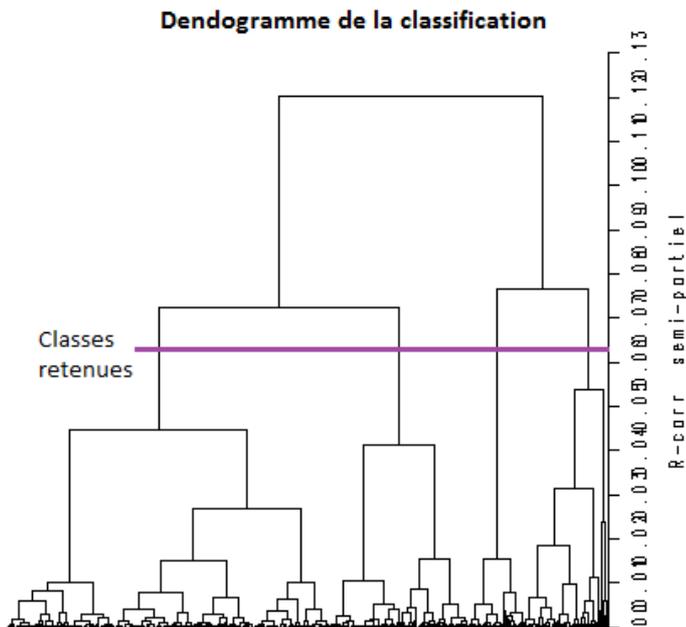
Le cinquième axe principal explique 5 % de l'information

Ce dernier axe oppose les indicateurs relatifs au personnel soignant infirmier à ceux relatifs au personnel paramédical et aux médecins et pharmaciens salariés.

4.3 - Élaboration des quatre classes d'EHPAD

La CAH permet de classifier les données selon un nombre de classes que l'on détermine, tout en assurant une homogénéité des EHPAD au sein de chaque classe et une hétérogénéité entre chaque classe. La méthode d'agrégation que l'on utilise est la méthode de WARD.

4.3.1 - Choix du nombre de classes



À partir de certains critères de décision, on choisit le nombre de classes que l'on retient.

Une des aides au choix de ce nombre est l'étude du dendrogramme (diagramme utilisé pour illustrer l'arrangement de groupes générés par un regroupement hiérarchique).

On remarque sur celui-ci un saut d'indice de niveau entre les nœuds 4 et 5 et entre les nœuds 6 et 7.

Cela signifie qu'en passant entre ces différents nœuds, on perd en homogénéité des EHPAD au sein des classes.

Il ressort de cette analyse que la caractérisation des EHPAD par classe ne nécessite qu'une partition en quatre ou six classes.

Nous avons pris le parti de retenir une partition en quatre classes.

Le premier nœud du dendrogramme (partie haute du diagramme) sépare les 1 554 EHPAD en deux groupes selon le nombre de places installées, la dotation de soins, les dépenses de soins de ville et le taux d'encadrement infirmier.

Par rapport à notre partition en quatre classes :

- les deux premières classes sont essentiellement composées de petits EHPAD ayant des dotations de soins inférieures à la moyenne et des dépenses de soins de ville plus élevées.
- les deux dernières classes sont constituées de grands EHPAD ayant des dotations de soins supérieures à la moyenne et des dépenses de soins de ville faibles.

Ensuite, chacun des deux groupes se différencie par le GMP et le taux d'encadrement en personnel :

- **la première classe est celle des petits établissements avec un fort GMP et un taux d'encadrement proche de la moyenne de l'échantillon ;**
- **la seconde classe est celle des petits établissements avec un faible GMP et un taux d'encadrement plus faible, toutes catégories confondues ;**
- **la troisième classe est celle des grands établissements avec un fort GMP, un taux d'encadrement en personnel élevé, toutes catégories confondues, une part importante de personnel médical et paramédical salarié et extérieur (intérim, CDD...) dans la masse salariale, qui se substitue à celle du personnel AS/AMP ;**
- **la dernière classe est celle des grands établissements avec un GMP proche de la moyenne de l'échantillon.**

4.3.2 - Les classes expliquées par les variables

Dans le but de mieux expliquer chaque classe, on compare les moyennes pour chaque variable et pour chaque classe par rapport à la moyenne de la population complète.

En rouge figurent les moyennes significativement au-dessus de la moyenne globale et en bleu, celles qui se trouvent en dessous.

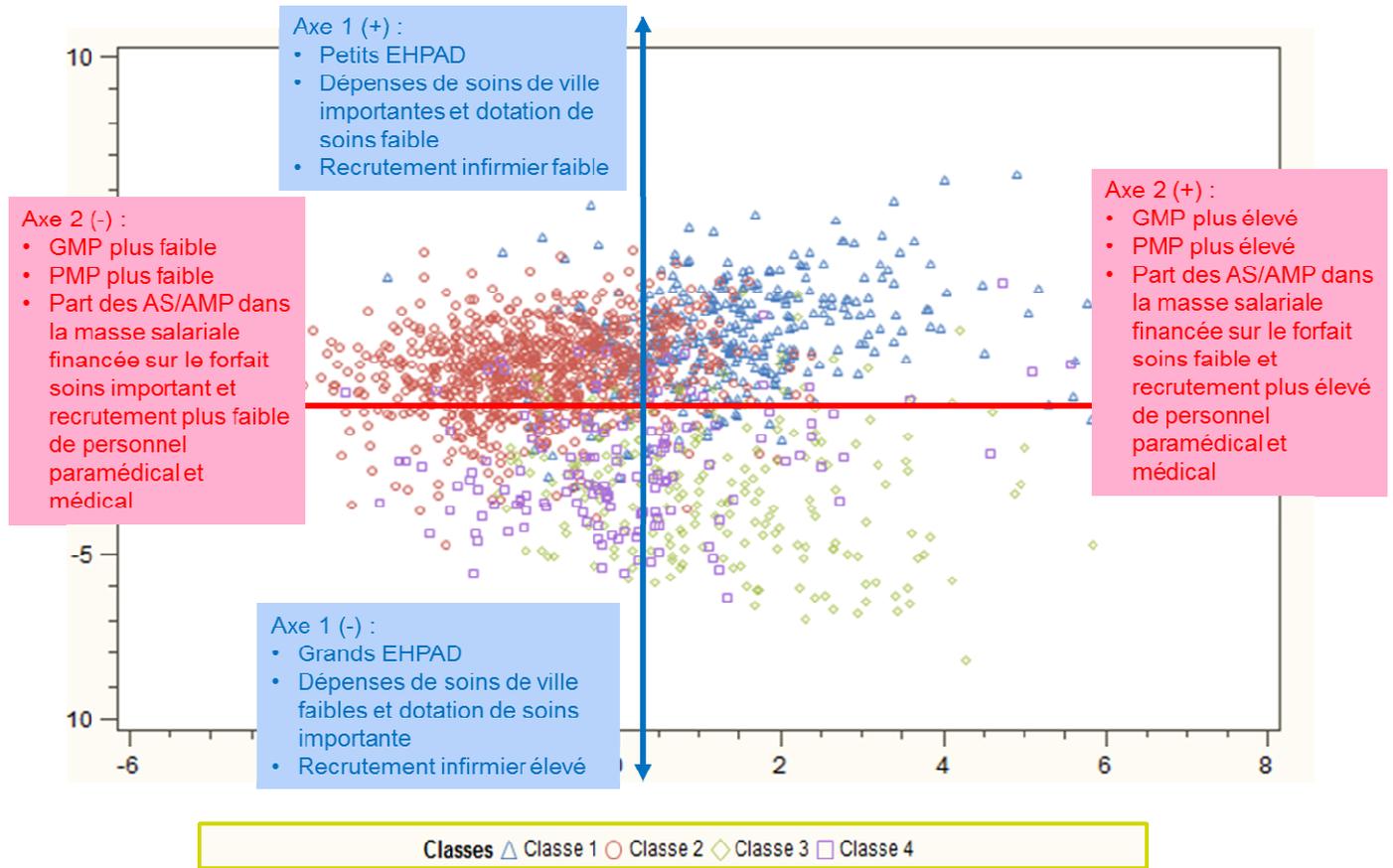
GDR - Analyse des remontées des ARS dans les CA 2012

Indicateurs GdR "Efficience"	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Echantillon	
	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Ecart-type
Pathos moyen pondéré	192	167	208	187	181	46
GIR moyen pondéré	708	670	743	695	691	81
Nombre de places total	75	77	101	114	83	45
Indicateur 1-Taux d'utilisation de la dotation Soins (variable supplémentaire)	100%	99%	100%	100%	100%	10%
Indicateur 2-Structure de la dépense financée par la dotation Soins : Personnel	92,6%	92,2%	91,5%	82,7%	91,3%	4,5%
Indicateur 2-Structure de la dépense financée par la dotation Soins : Prestations et fournitures médicales et paramédicales	5,1%	5,3%	6,3%	12,2%	6,0%	3,8%
Indicateur 2-Structure de la dépense financée par la dotation Soins : Matériel médical y compris son amortissement	2,3%	2,6%	2,2%	5,0%	2,7%	3,2%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel médical salarié (médecin, pharmacien)	5,2%	4,4%	9,7%	6,1%	5,5%	6,7%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel médical extérieur (médecin, pharmacien)	0,1%	0,2%	1,1%	0,4%	0,3%	1,7%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel infirmier salarié	31,46%	30,69%	32,71%	30,88%	31,17%	8,43%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel infirmier extérieur	0,75%	0,95%	2,59%	0,74%	1,12%	4,48%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel AS/AMP salarié	59,19%	61,99%	46,5%	58,15%	58,81%	10,80%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel AS/AMP extérieur	0,62%	0,70%	1,37%	0,40%	0,75%	2,70%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel paramédical (kinés, ergothérapeutes,...) salarié	2,38%	0,82%	4,42%	2,51%	1,84%	3,90%
Indicateur 3-Structure de la dépense de personnel paramédical (kinés, ergothérapeutes,...) extérieur	0,13%	0,28%	1,56%	0,58%	0,45%	1,71%
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en médicaments	1 422 €	1 095 €	644 €	291 €	1033 €	559 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en LPP	251 €	166 €	156 €	122 €	180 €	131 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en médecins généralistes	465 €	333 €	120 €	187 €	320 €	200 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en kinésithérapeutes	886 €	454 €	162 €	381 €	506 €	524 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en infirmiers	17 €	12 €	14 €	11 €	14 €	33 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. En AS/AMP	61 €	22 €	14 €	38 €	31 €	67 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en radiologie	39 €	26 €	21 €	25 €	28 €	13 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en laboratoire	210 €	137 €	59 €	77 €	137 €	87 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. en transport	494 €	340 €	339 €	349 €	377 €	217 €
Indicateur 41-Coût des soins financés sur l'enveloppe soins de ville par place inst. autres	114 €	83 €	76 €	81 €	89 €	45 €
Indicateur 51-Dotation de soin par place installée	11 376 €	10 270 €	15 420 €	13 794 €	11 575 €	2 857 €
Indicateur 6-Taux d'occupation	97%	96%	97%	97%	97%	5%
Indicateur 7-Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD	1,48%	1,29%	1,01%	1,25%	1,29%	0,61%
Indicateur 8-Taux d'encadrement médical	0,006	0,004	0,010	0,008	0,006	0,008
Indicateur 8 - Taux d'encadrement médecin coordonnateur	0,005	0,004	0,007	0,005	0,005	0,003
Indicateur 8-Taux d'encadrement infirmiers	0,060	0,052	0,080	0,064	0,059	0,019
Indicateur 8-Taux d'encadrement AS/AMP section soins	0,166	0,148	0,187	0,166	0,159	0,040
Indicateur 8-Taux d'encadrement AS/AMP toutes sections (variable supplémentaire)	0,219	0,203	0,250	0,225	0,215	0,069
Indicateur 8-Taux d'encadrement autre personnel paramédical	0,007	0,002	0,013	0,007	0,005	0,009

4.4 - Quatre classes d'EHPAD

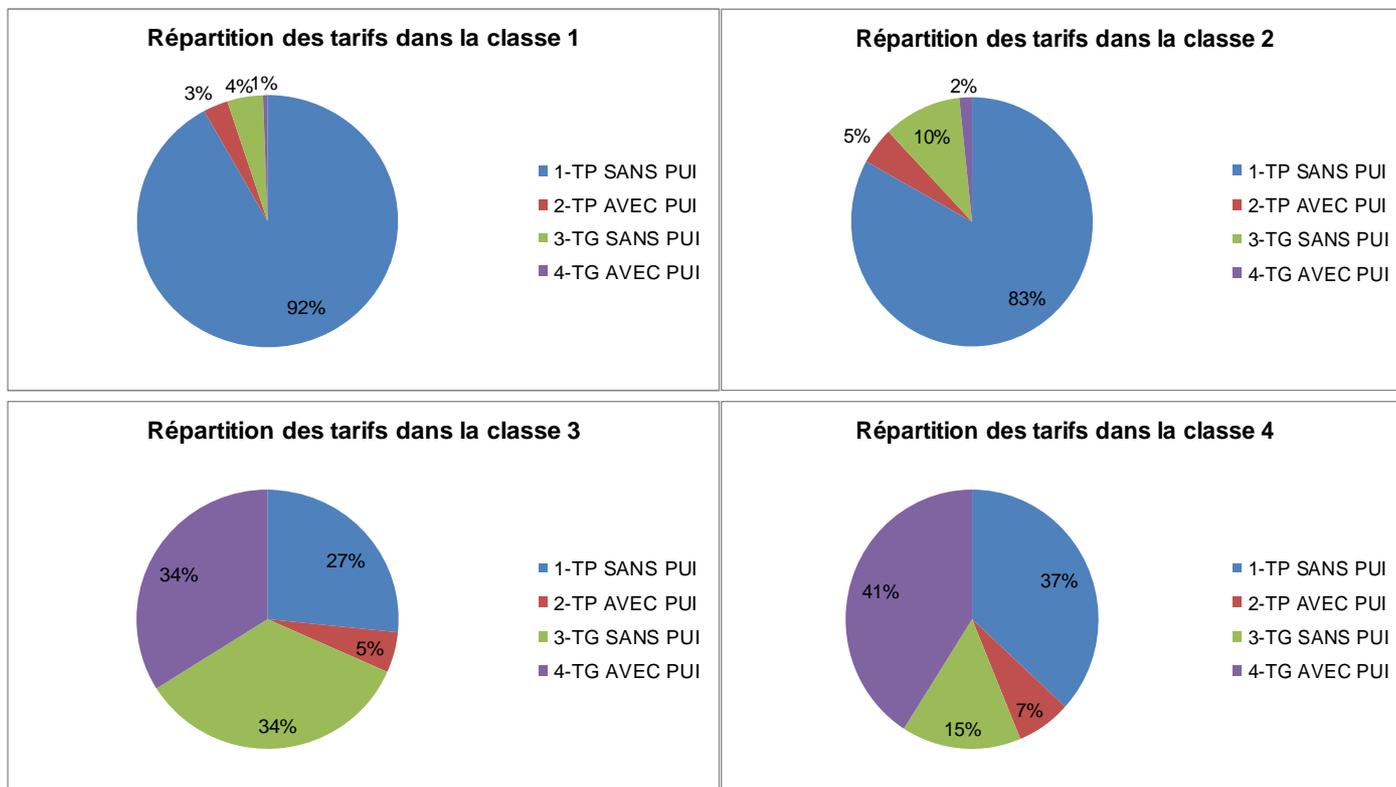
4.4.1- Représentation des classes sur les axes principaux 1 et 2

Il est possible de représenter les 1 554 établissements sur lesquels l'étude a porté sur le plan constitué par l'axe 1 (en ordonnée) et l'axe 2 (en abscisse), qui totalise 28 % de l'information.



4.4.2 - Les classes décllinées par option tarifaire

L'analyse en composantes principales ne traitant que des variables quantitatives, il est intéressant de chercher à savoir si certaines variables qualitatives sont indirectement déterminantes dans la construction des quatre classes.



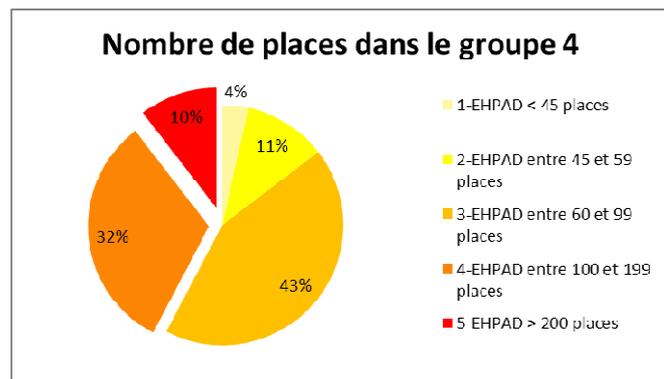
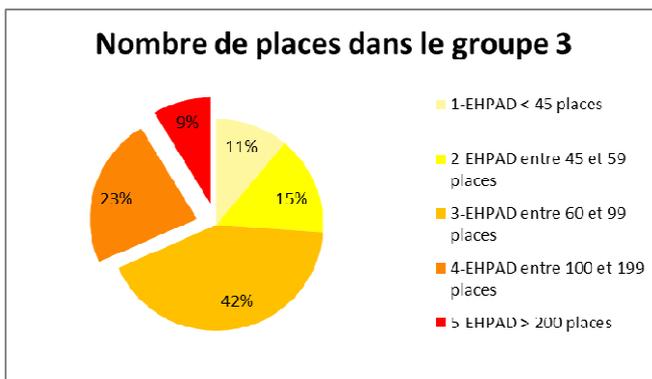
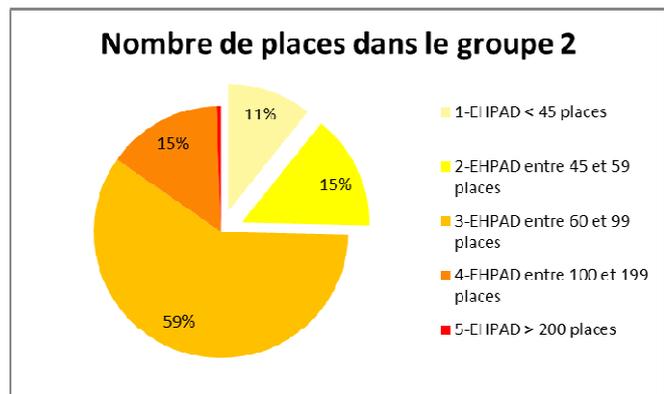
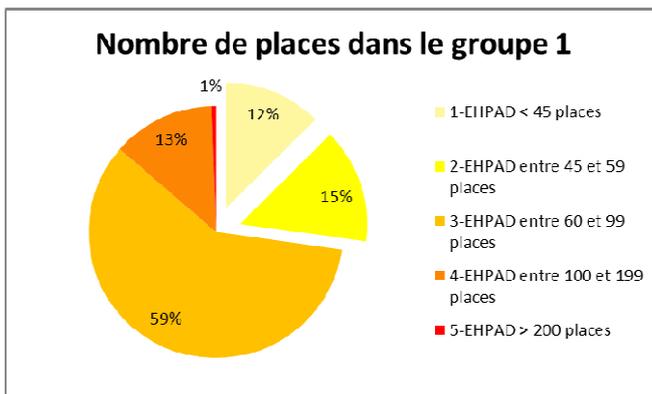
Caractérisation des classes par la variable tarifaire :

- La première classe (petits établissements/GMP élevé) est presque exclusivement constituée d'établissements au tarif partiel (95 %).
- La deuxième classe (petits établissements/GMP faible) est également majoritairement constituée d'établissements au tarif partiel (88 %).
- Les deux dernières classes semblent moins affectées par la variable de tarification, mais les établissements au tarif global y sont néanmoins prédominants : 68 % d'établissements au tarif global dans la troisième classe et 56 % dans la quatrième classe.

4.4.3 - Les classes expliquées par la variable « taille »

La moyenne n'est pas toujours efficace pour situer un établissement dans une classe.

On détaille la répartition du nombre de places des EHPAD dans chaque classe pour pouvoir situer un établissement dans un groupe à partir de ce nombre de places et des autres variables caractérisant les classes.



Caractérisation des classes par le nombre de places :

- En général, les deux premières classes correspondent bien à des établissements avec un petit nombre de places installées et les deux dernières à des établissements avec un grand nombre de places installées.

- Il existe cependant quelques établissements atypiques, qui se situent par exemple dans les classes 1 et 2, mais qui disposent d'un nombre de places important ou des établissements des classes 2 et 3, qui ont un petit nombre de places installées. Ces établissements atypiques restent cependant peu nombreux.

4.4.4 - Description des quatre classes

Classe 1 : EHPAD de petite taille au tarif partiel et accueillant des résidents très dépendants, 23 % des établissements (360 EHPAD)

95 % de ces établissements sont au tarif partiel (92 % au tarif partiel sans PUI, 3 % au tarif partiel avec PUI). Ces établissements peuvent accueillir en moyenne 75 résidents quand un établissement en accueille en moyenne 83. Les résidents de ces EHPAD sont très dépendants, comme le montre le GMP de ce groupe, au-dessus de la moyenne de 16 points.

La dotation de soins de ce groupe est conforme à la moyenne nationale, mais le niveau élevé de dépendance et de soins requis par les résidents (PMP=192) entraîne des dépenses importantes de soins de ville par place installée et un taux d'hospitalisation élevé par rapport à la moyenne de l'échantillon.

Classe 3 : EHPAD de grande taille au tarif global et accueillant des résidents très dépendants, 14 % des établissements (218 EHPAD)

Il s'agit d'établissements de grande taille, qui peuvent accueillir en moyenne 101 résidents. 68 % de ces EHPAD sont des établissements au tarif global (34 % au tarif global avec PUI et 34 % au tarif global sans PUI).

Du fait de leur tarification, ces EHPAD ont des dépenses de soins de ville réduites, mais une dotation de soins par place installée bien supérieure à la moyenne, égale à 15 420 euros (11 575 euros pour la moyenne). Le taux d'hospitalisation est faible par rapport à la moyenne de l'échantillon.

Les dépenses de ces établissements sont en priorité consacrées au personnel (recrutement supérieur à la moyenne toutes catégories confondues) pour encadrer au mieux les résidents qui sont bien plus dépendants que la moyenne, avec un GMP proche de 743, soit 51 points au-dessus de cette moyenne. Dans cette classe, la part du personnel médical et paramédical salarié et extérieur (intérim, CDD...) dans la masse salariale est très importante et se substitue à celle du personnel AS/AMP. Le taux d'hospitalisation de ces EHPAD est plus faible que la moyenne nationale.

Classe 2 : EHPAD de petite taille au tarif partiel et accueillant des résidents moins dépendants, 54 % des établissements (832 EHPAD)

88 % de ces établissements sont au tarif partiel (83 % au tarif partiel sans PUI, 5 % au tarif partiel avec PUI). Les établissements de ce groupe peuvent accueillir en moyenne 77 résidents bien moins dépendants que ceux appartenant au premier groupe avec un GMP inférieur de 22 points à la moyenne.

La dotation de soins de ce groupe est inférieure à la moyenne.

Les dépenses de soins de ville que l'on pourrait penser importantes dans ce groupe du fait de la forte part d'établissements au tarif partiel sont en fait proches de la moyenne grâce à un GMP faible.

Enfin, le taux d'encadrement des résidents est plus faible que la moyenne.

Classe 4 : EHPAD de grande capacité au tarif global, 9 % (144 EHPAD)

Ce groupe est majoritairement constitué d'établissements au tarif global (56 %), mais comprend cependant une part non négligeable d'établissements au tarif partiel. Tout comme le groupe précédent, ces établissements ont une capacité importante et peuvent accueillir en moyenne 114 résidents.

Ce groupe se différencie cependant du précédent par la dépendance de ses résidents, proche de la moyenne (GMP à 3 points seulement au-dessus de la moyenne).

Les établissements de ce groupe substituent par conséquent des dépenses de matériel médical, de prestations et de fournitures médicales et paramédicales à une partie de leurs dépenses de personnel.

Du fait de leur faible GMP et de leur tarification, les dépenses de soins de ville de ces EHPAD sont très faibles.

Glossaire

- ACP** : Analyse en composante principale
- ARS** : Agence régionale de santé
- AS/AMP** : Aide-soignant(e)/Aide médico-psychologique
- ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- CA** : Compte administratif
- CAH** : Classification ascendante hiérarchique
- CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CNAMTS** : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- DSS** : Direction de la sécurité sociale
- EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ETP** : Équivalent temps plein
- LPP** : Liste des produits et prestations
- GMP** : GIR moyen pondéré
- GMPS** : GIR moyen pondéré soins
- GDR** : Gestion du risque
- IGAS** : Inspection générale des affaires sociales
- PASA** : Pôle d'activité et de soins adaptés
- PMP** : PATHOS moyen pondéré
- PUI** : Pharmacie à usage intérieur
- TG** : Tarif global
- TP** : Tarif partiel
- UHR** : Unité d'hébergement renforcé