

Juillet 2019

Les résultats de l'étude nationale de coûts 2017 en EHPAD mettent en lumière les effets de la réforme du financement

2017 est la première année d'application de la réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)¹ qui corrèle l'allocation des ressources aux établissements aux besoins en soins et au niveau de dépendance des résidents qu'ils accompagnent.

Jusqu'à lors, les ressources de la section soins étaient allouées au regard d'un forfait plafond issu d'une équation tarifaire prenant en compte l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins. Le forfait est désormais la règle et non plus un plafond. Pour la section dépendance, les ressources sont désormais fixées à partir d'une équation tarifaire tenant compte du niveau d'autonomie des résidents. Ces mesures sont mises en œuvre progressivement.

Cette réforme se traduit concrètement par une augmentation des financements alloués aux EHPAD. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent en EHPAD ont augmenté de 284 millions d'euros en 3 ans (51,1 millions d'euros dès 2017, 72,4 millions d'euros supplémentaires en 2018 et 160,4 millions d'euros en 2019). Ils sont principalement destinés à renforcer la présence de personnel soignant auprès des résidents.

Des financements complémentaires sont également alloués aux EHPAD, notamment pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité de l'accompagnement (formation des professionnels et à compter de 2019 pour des actions de prévention). Cela a représenté 125 millions d'euros en 3 ans (48,8 millions d'euros en 2017, 29 millions d'euros en 2018 et 47,6 millions d'euros en 2019).

Ainsi en 2017, les financements alloués aux EHPAD ont augmenté de près de 100 millions d'euros. L'étude nationale de coûts précise l'utilisation qu'en ont faite les EHPAD.

Estimation du coût journalier moyen 2017 par groupe de résidents

68 établissements volontaires ont participé et fourni des informations relatives à 20 000 trimestres de prise en charge. Ces données ont été retraitées de façon à qualifier les coûts par groupe de résidents des 4 600 EHPAD constituant la population de référence².

Le coût moyen journalier en 2017 varie entre 84 € et 133 € selon les groupes de résidents³

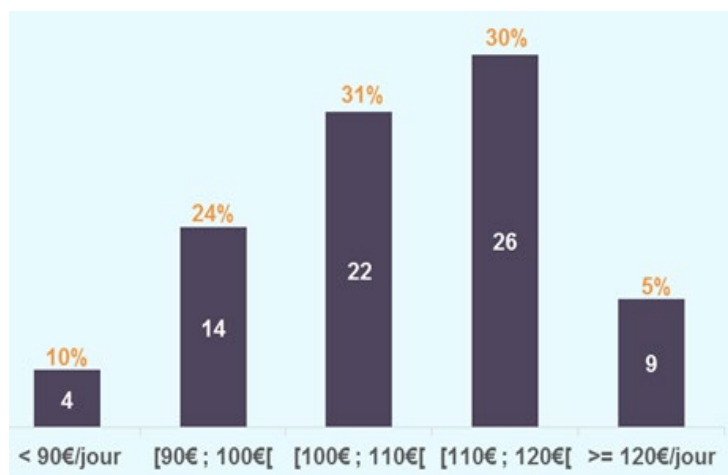
Pour 75 des 83 groupes existants, un coût moyen journalier (soins de ville inclus et hors charges financières et de structure immobilière) a pu être estimé⁴.

¹ Application de l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015

² La population de référence est constituée des EHPAD ayant eu une coupe validée par l'agence régionale de santé (ARS) entre 2013 et 2017 (inclus).

³ Il y a 83 groupes de résidents. Leur construction ainsi que la nature des principaux groupes sont détaillées en annexe de ce document.

⁴ Le coût d'un groupe peut être estimé seulement s'il y a au moins 30 observations dans ce groupe. Pour l'ENC 2017, 8 groupes n'ont pas de coût estimé : 01, 03, 05, 11, 13, 20, 67, 71 (leur libellé est détaillé en annexe).



Lecture : 26 groupes sur 75 ont un coût par journée de prise en charge compris entre 110 € et 120 €. Ils concentrent 30 % des résidents de la population de référence.

Dans ce graphique, **la fréquence** correspond au nombre de groupes tandis que **le pourcentage** correspond à la part de résidents dans la population de référence.

Le coût moyen de chaque groupe, résultant d'un processus d'estimation à partir d'un échantillon, s'inscrit dans un intervalle de confiance. La valeur du coût qui serait obtenue si tous les établissements de la population de référence étaient interrogés a 95 chances sur 100 d'appartenir à cet intervalle. Les informations détaillées sont publiées sur le site Internet de l'ATIH⁵ (résultats sous format Excel et application ScanSanté).

L'analyse des coûts journaliers par activité explique les variations de coûts entre groupes de résidents

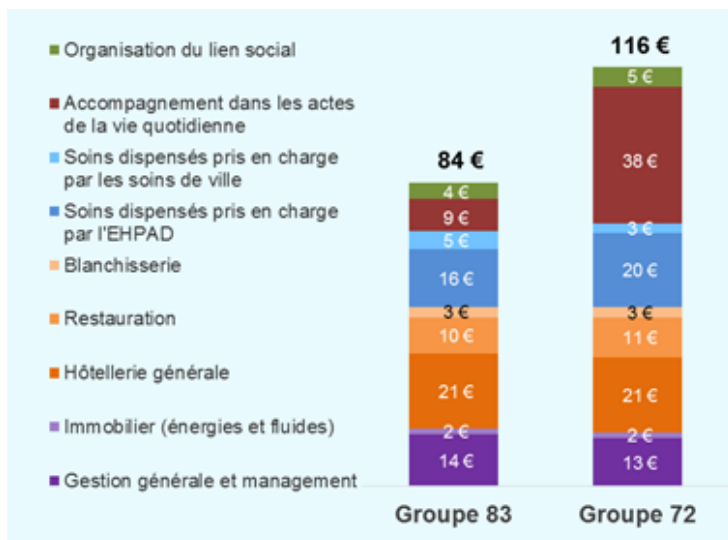
Pour chaque groupe de résidents, le coût journalier peut être analysé selon les différentes activités principales (soins dispensés, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, organisation du lien social) et auxiliaires (restauration, blanchisserie, hôtellerie générale, immobilier [énergies et fluides], gestion générale et management).

À titre d'illustration, cette décomposition est fournie pour les 2 groupes suivants :

- Groupe 83⁶ : composé de résidents dont l'état de santé est stable et pour lesquels la toilette et les activités nécessitent une aide
- Groupe 72 : composé de résidents dont l'état de santé est stable et pour lesquels une présence continue est nécessaire

⁵ <https://www.scansante.fr/applications/enc-ehpad>

⁶ Les libellés médicaux des groupes sont disponibles en annexe.



Lecture : les activités d'hôtellerie générale, de restauration et de blanchisserie ont un coût similaire pour les 2 groupes. L'activité d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne a un coût plus élevé lorsque le groupe rassemble des résidents plus dépendants (38€ pour le groupe 72 contre 9€ pour le 83). Le coût de l'activité de soins (pris en charge par l'EHPAD et de soins de ville) est plus élevé pour le groupe 72 (23€ contre 21€ pour le groupe 83).

Des coûts logiquement en hausse par rapport à l'exercice 2016

Alors que la tendance était stable entre 2015 et 2016, les coûts 2017 sont logiquement en hausse par rapport à 2016 (en moyenne de 4,4 %), compte tenu de l'allocation de moyens supplémentaires. **Le poste des personnels soignants est celui qui contribue le plus à cette augmentation et particulièrement le poste des infirmiers et des AS-AMP-ASG⁷.** Le second poste qui participe le plus à l'augmentation est celui du personnel non médical et non soignant, en particulier le poste des agents de service et dans une moindre mesure les personnels de l'administration.

Les résultats de cette ENC 2017 permettent de mesurer les premiers effets de la réforme tarifaire des EHPAD sur leurs coûts, à savoir un renforcement global des dépenses de personnel soignant et de personnel non soignant participant à l'accompagnement quotidien des résidents. Ce constat confirme la réalisation d'un des principaux objectifs de la réforme tarifaire.

⁷ Aide soignant – aide médico-psychologique – assistant de soins en gérontologie

ANNEXE

Population de référence et échantillon

La population de référence de l'ENC EHPAD 2017 contient l'ensemble des résidents des 4 600 EHPAD ayant réalisé une coupe Pathos entre 2013 et 2017 inclus.

Un échantillon de 68 établissements volontaires a participé à l'ENC 2017. Ils ont bénéficié d'un accompagnement individuel, d'une formation collective et d'une compensation d'au maximum 30 000 €. Avec cette étude, chaque EHPAD disposera des coûts par journée de prise en charge et du groupe de chaque résident accueilli qu'il pourra comparer aux coûts moyens par groupe de résidents de la population de référence.

Périmètre du coût calculé

Le coût calculé est un **coût complet par journée de prise en charge. Il prend en compte le coût supporté par l'ensemble des financeurs : les résidents et leur famille, les conseils départementaux et l'Assurance maladie (CNAM)**⁸.

Pour être représentatif de la population de référence, le coût estimé pour chaque groupe de résidents a fait l'objet d'un processus de redressement. Ce processus s'appuie sur les caractéristiques des établissements et des résidents de la population de référence (données AGGIR, Pathos, âge...). Il ne peut être conduit que sur des groupes ayant au moins 30 observations. 75 groupes parmi les 83 de la typologie remplissent cette condition en 2017.

Les charges financières et les charges de structure immobilière sont exclues du coût estimé, car elles sont très dépendantes de l'échantillon et ne peuvent être redressées.

Groupes de résidents

Pour les besoins de l'étude nationale de coûts en EHPAD⁹, une typologie a été élaborée « à dire d'experts ». Elle permet de classer les résidents selon leur état de santé et leur degré d'autonomie.

Elle est composée de 83 groupes. Un groupe réunit des résidents « homogènes en termes d'autonomie et d'état de santé », c'est-à-dire des résidents dont les besoins de prise en charge sont proches compte tenu de leur état de santé et de leur degré d'autonomie.

Les groupes ont été constitués à partir du croisement entre la combinaison des profils de soins PATHOS et le rang AGGIR des résidents. La grille AGGIR permet d'évaluer le niveau d'autonomie de la personne et l'outil PATHOS son état de santé. Lorsque le nombre de résidents pour une combinaison de profils de soins donnée était trop faible (inférieur à 50 résidents), les rangs AGGIR ont été soit regroupés, soit non pris en compte.

La typologie a été établie par un groupe de travail composé de médecins coordonnateurs désignés par les fédérations d'EHPAD et animé par les médecins de la CNSA et de l'ATIH.

⁸ Le coût intègre les dépenses de soins de ville en montants « base de remboursement », pour les dépenses de médicaments, médecins généralistes, auxiliaires médicaux, produits et prestations (LPP), actes de biologie, actes d'imagerie ne nécessitant pas l'utilisation d'équipements matériels lourds (donc hors hospitalisations et transports). Ces données ont été mises à disposition par la CNAM.

⁹ L'étude nationale de coûts en EHPAD a pour objectif de fournir le coût moyen d'une journée de prise en charge en EHPAD par groupe de résidents hébergés.

La restitution de l'ENC EHPAD 2015 s'est appuyée sur une première version de la « typologie des résidents ». Pour l'ENC 2016 et 2017, les 83 groupes sont inchangés.

Libellés médicaux des groupes de résidents utilisés dans le document

Groupe 83 : Résidents de GIR 5 ou 6, ayant un état pathologique avec un profil de soins S1 (surveillance épisodique programmée) et/ou S0 (aucun soin médical ou technique).

Groupe 72 : Résidents de GIR 1, ayant un état pathologique avec un profil de soins S1 (surveillance épisodique programmée) et/ou S0 (aucun soin médical ou technique).

Groupe 01 : Ensemble des résidents (de GIR 1 à 6) ayant un profil de soins M1 (soins terminaux psychothérapeutiques et/ou techniques lourds) et CH (soins locaux complexes et longs).

Groupe 03 : Ensemble des résidents (de GIR 1 à 6) ayant un profil de soins M2 (soins terminaux d'accompagnement) et CH (soins locaux complexes et longs).

Groupe 05 : Résidents, de GIR 2 à 6, ayant un profil de soins M2 (soins terminaux d'accompagnement) (autre que M2 et CH)

Groupe 11 : Résidents de GIR 5 ou 6, ayant un profil de soins T1 seul (pronostic vital en jeu dans l'immédiat) ou T2 seul (équilibre thérapeutique et surveillance rapprochée), ou T1 et T2.

Groupe 13 : Ensemble des résidents (de GIR 1 à 6) ayant un profil de soins T1 et DG (pronostic vital en jeu dans l'immédiat et Investigations pour une pathologie froide non encore diagnostiquée) ou T2 et DG (équilibre thérapeutique et surveillance rapprochée et investigations pour une pathologie froide non encore diagnostiquée).

Groupe 20 : Ensemble des résidents (de GIR 1 à 6) ayant un profil de soins T1 (pronostic vital en jeu dans l'immédiat) associé à R2 et CH (rééducation et réadaptation fonctionnelle d'entretien ou allégée et soins locaux complexes et longs) ou T2 (équilibre thérapeutique et surveillance rapprochée) associé à R2 et CH.

Groupe 67 : Résidents, de GIR 1, ayant un profil de CH seul (soins locaux complexes et longs).

Groupe 71 : Ensemble des résidents (de GIR 1 à 6) ayant un profil de soins CH (soins locaux complexes et longs) et/ou R1 (rééducation et réadaptation fonctionnelle intensive individuelle) et/ou DG (investigations pour une pathologie froide non encore diagnostiquée).