

Octobre 2020

Les résultats de l'étude nationale de coûts 2018 en EHPAD confirment l'effet de la réforme du financement

L'année 2018 est la seconde 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 au niveau de dépendance et aux besoins en soins des résidents qu'ils accompagnent.

En effet, le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits cibles sur le soin et la dépendance, calculés à partir d'équations tarifaires tenant compte du Gir Moyen Pondéré (GMP), qui reflète le niveau de dépendance moyen des résidents et du Pathos Moyen Pondéré (PMP), qui reflète le niveau moyen des besoins en soins de ces derniers².

Cette réforme s'est également traduite 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 depuis alloués aux EHPAD, notamment pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité de l'accompagnement (formation des professionnels et actions de prévention à compter de 2019).

Si les résultats de l'ENC 2017 avaient permis de constater une augmentation importante des coûts entre 2016 et 2017 pouvant s'expliquer par l'impact favorable de ces mesures sur le budget des établissements, les résultats de l'ENC 2018 font ressortir une certaine stabilisation des coûts, aussi bien dans leur évolution que dans leur répartition par poste de dépense, comme cela est détaillé ci-dessous. Cette 4^e édition de l'étude confirme les tendances déjà observées les années précédentes et leur cohérence avec les principes du modèle d'allocation de ressources des EHPAD, en particulier la corrélation entre le montant de ressources allouées et le niveau d'accompagnement et de soins requis par les résidents. Ces derniers résultats appuient la robustesse de la méthodologie de l'étude et offrent une profondeur statistique susceptible d'outiller le secteur dans la conduite de travaux à venir sur l'évolution du modèle tarifaire des EHPAD.

Estimation du coût journalier moyen 2018 par groupe de résidents

78 établissements volontaires ont participé et fourni des informations relatives à 23 000 trimestres de prise en charge. Ces données ont été retraitées de façon à qualifier les coûts par groupe de résidents des 5 400 EHPAD constituant la population de référence³.

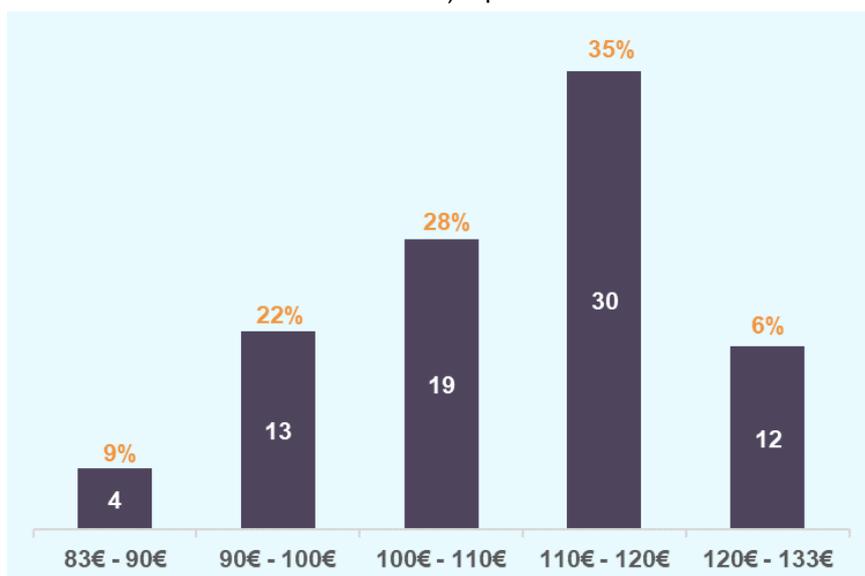
¹ Application de l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.

² Une phase de convergence vers ces forfaits-cible prévue initialement sur 7 ans, a été finalement réduite à 5 ans sur la section soins en raison de son impact favorable pour les établissements.

³ La population de référence est constituée des EHPAD ayant eu une coupe Pathos validée par l'agence régionale de santé (ARS) entre 2013 et 2018 (inclus).

Le coût moyen journalier en 2018 varie entre 83 € et 133 € selon les groupes de résidents.⁴

Pour 78 des 83 groupes existants, un coût moyen journalier (soins de ville inclus et hors charges financières et de structure immobilière) a pu être estimé⁵.



Lecture : 30 groupes sur 78 ont un coût par journée de prise en charge compris entre 110 € et 120 €. Ils concentrent 35 % 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'ATIH⁶ (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 :

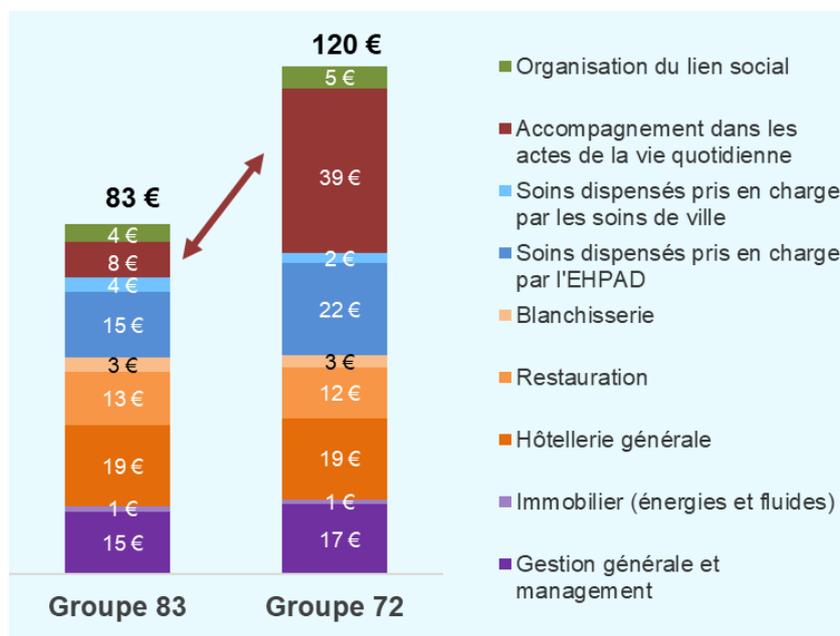
- Groupe 83⁷ : composé de résidents dont l'état de santé est stable et pour lesquels la toilette et les activités nécessitent une aide
- Groupe 72 : composé de résidents dont l'état de santé est stable et pour lesquels une présence continue est nécessaire.

⁴ Il y a 83 groupes de résidents. Leur construction ainsi que la nature des principaux groupes sont détaillées en annexe de ce document.

⁵ Le coût d'un groupe peut être estimé seulement s'il y a au moins 30 observations dans ce groupe. Pour l'ENC 2018, 5 groupes n'ont pas de coût estimé : 01, 03, 13, 66, 71 (leur libellé est détaillé en annexe).

⁶ <https://www.scansante.fr/applications/enc-ehpad>

⁷ 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 (39€ pour le groupe 72 contre 8€ 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 (24€ contre 19€ pour le groupe 83).

Des coûts en légère hausse par rapport à l'exercice 2017

Après une hausse des coûts en 2017 par rapport à ceux de 2016 (4,4% en moyenne due à l'allocation de moyens supplémentaires), les coûts en 2018 augmentent de façon beaucoup plus atténuée (1,3% en moyenne).

Le coût des personnels soignants (et particulièrement le poste des infirmiers et des AS-AMP-ASG⁸) se maintient en 2018 par rapport à 2017. Pour rappel, ce poste de coût avait le plus augmenté entre 2016 et 2017.

Les résultats de cette ENC 2018 confirment les effets de la réforme tarifaire des EHPAD qui vise à renforcer l'accompagnement des résidents âgés.

⁸ Aide soignant – aide médico-psychologique – assistant de soins en gérontologie

ANNEXE

Population de référence et échantillon

La population de référence de l'ENC EHPAD 2018 contient l'ensemble des résidents des 5 400 EHPAD ayant réalisé une coupe Pathos entre 2013 et 2018 inclus.

Un échantillon de 78 établissements volontaires a participé à l'ENC 2018. 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)⁹.

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. 78 groupes parmi les 83 de la typologie remplissent cette condition en 2018.

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 EHPAD¹⁰, une typologie a été élaborée « à dire d'experts » afin 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.

La restitution de l'ENC EHPAD 2015 s'est appuyée sur une première version de la « typologie des résidents ». Pour l'ENC 2016, 2017 et 2018, les 83 groupes sont inchangés.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

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 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 66 : Ensemble des résidents (de GIR 1 à 6) ayant un profil de soins R2 (rééducation et réadaptation fonctionnelle d'entretien ou allégée) autre que seul ou associé à R2 et CH (rééducation et réadaptation fonctionnelle d'entretien ou allégée) ou à R2 et DG (rééducation et réadaptation fonctionnelle d'entretien ou allégée et investigations pour une pathologie froide non encore diagnostiquée).

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).