Accès territoires

LES EHPAD ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

N°10 - DÉCEMBRE 2021

Après une première étude réalisée en 2018 et consacrée aux seuls EHPAD, piliers de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, cette nouvelle publication, réalisée en partenariat avec l'Odas, s'intéresse également au domicile, où vit la majorité des personnes âgées ainsi qu'à la notion d'accompagnement qu'il paraît urgent de favoriser : les aînés ont en effet davantage besoin d'aider que d'être aidés, comme le soutient l'Odas, pointant ainsi la nécessité de « changer de regard » sur le grand âge.

La première partie livre une analyse détaillée de la population des personnes âgées, des lieux de résidence, du poids de la dépendance et des dispositifs d'aides. La seconde traite plus spécifiquement des EHPAD, de leur actualité réglementaire, particulièrement riche dans le contexte de la crise sanitaire et de leur situation financière en 2019.

Une publication destinée à l'ensemble des acteurs du développement des territoires

En partenariat avec

ODAS

LA BANQUE POSTALE COLLECTIVITÉS LOCALES

EDITO



Didier Lesueur
Délégué général
de l'Odas



Serge Bayard
Président de
La Banque Postale
Collectivités Locales

De nombreuses personnes âgées ont potentiellement de la disponibilité et de l'expérience à valoriser. Une part d'entre elles s'engage d'ailleurs à titre bénévole et représente une force vive du vivre-ensemble. Les deux tiers des personnes de plus de 65 ans se déclarent prêts à contribuer à ce qui peut créer ou renforcer les liens entre les habitants[i] ; et pourtant, leur engagement bénévole diminue[ii], traduisant l'individualisme et le repli sur soi qui se développent quelles que soient les générations. Mais aussi, notre société a progressivement fait de la retraite une véritable barrière, contribuant à la mise à l'écart des plus âgés de nos concitoyens et à la diffusion d'une vision dévalorisante de la vieillesse.

L'Odas défend l'idée depuis trente ans : le cloisonnement entretenu entre les aînés et le reste de la société est non seulement nocif en tant que tel[iii], mais nous prive d'un atout considérable tant pour le développement des liens sociaux que pour le développement économique de notre pays. Autrement dit, la définition d'un rôle moteur des aînés dans leur territoire de vie servirait non seulement leur intérêt en favorisant le « bien vieillir », mais également celui de toute la société, comme facteur de développement durable et de cohésion sociale. Dans un pays où un tiers de la population aura demain plus de soixante ans, les enjeux sont considérables.

La prise de conscience de la nécessité de « changer de regard » sur la vieillesse progresse et un certain nombre d'évolutions ont été engagées ces dernières années. Notamment le recensement et l'analyse des initiatives de développement social par l'agence des pratiques et initiatives locales et par le laboratoire de l'autonomie[iv] ont permis de mesurer concrètement à quel point la mobilisation des aînés dans des dynamiques éducatives modifie considérablement et positivement leur état d'esprit, certains n'hésitant pas à parler de « bouclier contre la dépendance »[v].

L'engagement de toute la société dans ce changement de regard nécessite une volonté politique. Cet engagement dans une société réellement prévenante doit être pris en compte non seulement par les autorités nationales mais également par les acteurs locaux qui sont proches des personnes concernées ; le bloc communal et les départements ont en outre la capacité de prendre des décisions financières ; enfin, cette transformation devrait être valorisée par les médias. Une telle approche, qui s'inscrit pleinement dans la stratégie d'une banque citoyenne, permettrait de mettre en œuvre une logique de prévention très en amont des éventuelles diminutions de capacité liées à l'âge. Cela permettrait aussi d'inscrire l'aide à domicile ainsi que l'hébergement dans un environnement beaucoup plus porteur.

Nous espérons à travers cette publication, qui croise les regards de l'Odas et de La Banque Postale, apporter notre contribution aux débats actuels et à venir sur le grand âge, sans négliger une précieuse analyse de la situation financière des établissements publics spécialisés au moment où ils ont abordé la Covid-19.

Bonne lecture !

Retrouvez les notes de l'édito en page 20 de la publication

SOMMAIRE

PARTIE 1. Contexte et présentation du secteur.....3

A. Situation actuelle.....3
1. Panorama d'ensemble.....3
2. Le domicile.....4
3. Les EHPAD.....5

B. Les perspectives.....8
1. Les projections démographiques.....8
2. Les perspectives de logement.....9
3. Les pistes à accentuer.....10

PARTIE 2. Analyse de la situation financière des EHPAD.....11

A. L'actualité réglementaire des EHPAD analysée sous un angle financier.....11
Témoignage de Frédéric Valletoux, Président de la Fédération Hospitalière de France (FHF).....14
B. Analyse financière 2019 des EHPAD publics.....14
C. Analyse financière 2014/2019 des EHPAD publics autonomes.....17

PARTIE 1. Contexte et présentation du secteur

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'avancée en âge des « baby-boomers » d'après-guerre, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus devrait doubler d'ici 2050, passant de 6,4 millions en 2020 à 12,1 millions en 2050 (+ 89 %). D'autre part, le nombre de seniors (60 ans et plus) en perte d'autonomie passerait de 2,7 millions en 2020 à 4 millions (+ 48 %) en 2050, sachant que la perte d'autonomie touche essentiellement des personnes de plus de 75 ans[1]. Ainsi, à l'horizon 2050, selon ces hypothèses, l'augmentation des personnes âgées dépendantes serait presque deux fois plus faible en pourcentage que celle des personnes âgées de plus de 75 ans.

A. Situation actuelle : une offre de prise en charge des personnes âgées diversifiée mais de nombreux freins identifiés à son développement

1. Panorama d'ensemble

En 2020, 17,9 millions de personnes en France avaient 60 ans et plus. Dans leur grande majorité, elles résident à leur domicile[2] (96,5 %), y compris celles qui ont plus de 75 ans (92 %). Depuis le rapport Laroque en 1975, les politiques publiques ont défini le soutien à domicile comme une priorité. Pourtant, dans le même temps, le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'a cessé de se développer. En 2020, selon les données de la DREES[3] :

- les EHPAD totalisaient **612 000** places et les USLD (unités de soins de longue durée en hôpital) dont la finalité est proche de celle des EHPAD, **31 000** places ;
- les résidences-autonomie, non médicalisées (ex logements-foyers) totalisaient **120 000** places et les EHPA non médicalisées (établissements d'hébergement pour personnes âgées) **7 700** ;
- les formes d'accueil hors de son propre domicile (accueil familial, habitat inclusif, etc.) sont encore marginales et ne représentent que quelques milliers de places.

Les résidents des établissements dédiés aux personnes âgées sont majoritairement des personnes de plus de 75 ans en état de dépendance avancée.

La grille nationale AGGIR (autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie. Les degrés sont classés en 6 groupes iso-ressources (GIR). À chaque GIR correspond un besoin d'aide pour accomplir les gestes de la vie quotidienne : GIR 1-2 dépendants sévères ; GIR 3-4 dépendants ; GIR 5-6 quelques difficultés ou aucune.

1 Ces données France entière sont issues, pour l'aspect démographique, de projections réalisées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Les données sur la dépendance sont une estimation réalisée à partir des données déclaratives sur les limitations recueillies dans les enquêtes VQS 2014 (vie quotidienne et santé) et CARE-Ménages 2015 (capacités, aides et ressources) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

2 La résidence-autonomie est considérée ici comme un domicile.

3 Estimations 2020 de la DREES : enquête EHPA 2015 et panorama statistique « Jeunesse, sports, cohésion sociale » 2019.

Répartition des personnes de 60 ans et plus selon leur lieu de résidence et leur niveau de dépendance *(Milliers de personnes, France entière, 2020)*				
	GIR 1-2	**GIR 3-4**	**GIR 5-6**	**Total**
Domicile	360	1 370	15 420	17 150
EHPAD et USLD	350	230	50	630
Résidences autonomie		30	90	120
Total	710	1 630	15 560	17 900

Estimations 2020 faites à partir des données de population 2020 de l'INSEE et des données sur les lieux de résidence de l'enquête EHPA 2015 et recensement général de la population (RGP) 2017

Répartition des personnes de 60 ans et plus selon leur lieu de résidence et leur âge *(Milliers de personnes, France entière, 2020)*			
	60 à 74 ans	**75 ans et plus**	**Total**
Domicile	11 360	5 790	17 150
EHPAD et USLD	120	510	630
Résidences autonomie	20	100	120
Total	11 500	6 400	17 900

Estimations 2020 faites à partir des données de population 2020 de l'INSEE, des données GIR en établissement de l'enquête EHPA 2015 et des données GIR à domicile de l'enquête Care 2015

2. Le domicile

En 2020, la majorité des personnes âgées réside donc à domicile. Pour les moins autonomes, le soutien à domicile implique, au-delà des prestations favorisant le recours aux services à domicile, une approche globale du parcours de la personne et un environnement soutenant : accès aux soins de ville, services de proximité, logement et mobilité adaptés, dans une logique inclusive.

Le soutien à domicile a été facilité par la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en 2002. Cette prestation universelle, attribuée aux personnes âgées évaluées en GIR 1 à 4, est servie à domicile (3,7 milliards d'euros en 2020) et en établissement (2,5 milliards d'euros en 2020[4]). Après les premières années de montée en charge, la dépense s'est stabilisée jusqu'en 2015, année où elle a repris sa croissance à raison de 2 à 3 % par an. Cette évolution s'explique certes par la croissance du nombre de bénéficiaires, mais aussi par les revalorisations introduites en 2015 dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)[5]. L'APA est financée par les départements, avec une contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui couvre, en 2020, 37 % de la dépense. En sus de l'APA, les personnes qui engagent des dépenses au titre des services à la personne peuvent bénéficier, selon leur situation, d'avantages fiscaux (déduction ou crédit d'impôt).

L'APA à domicile est destinée au financement d'aides à la personne et d'aides techniques. Elle est essentiellement utilisée pour le financement des aides à la personne. En 2020, 750 000 personnes en ont bénéficié en France métropolitaine. Le montant de l'APA est conditionné au plan d'aide de référence, aux ressources de la personne, au statut des intervenants à domicile, à la politique de tarification du département. Il varie donc en fonction du bénéficiaire, de l'intervenant et du département[6]. Il en

4 Ces données ainsi que celles associées à l'année 2020 dans les paragraphes qui suivent sont issues de la lettre de l'Odas « *Dépenses sociales et médico-sociales des départements : Un cycle inquiétant s'ouvre en 2020* », publiée en octobre 2021. Il s'agit d'estimations réalisées à l'échelle de la France métropolitaine.

5 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement.

6 Rapport de l'Odas, « *Service des allocations de soutien à l'autonomie. Où en est-on ?* », 2015.

résulte pour le bénéficiaire un reste à charge[7], dont le montant peut conduire à une utilisation partielle du plan d'aide. Par ailleurs, même parmi les GIR 1 et 2, l'APA n'est demandée que par une partie des personnes dépendantes. Le niveau de ce non-recours s'explique pour partie par un manque d'informations.

Le soutien aux personnes dépendantes est réalisé en grande majorité par des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui sont soit prestataires (82 % des dépenses d'APA) soit mandataires (4 %). Minoritairement, les personnes ont recours au gré à gré[8] (14 % des dépenses). Le financement des SAAD est assuré principalement par l'APA à domicile, ainsi que par la participation des bénéficiaires (y compris ceux ne bénéficiant pas de l'APA).

Toutefois, le modèle économique du soutien à domicile qui repose sur des financements publics de plus en plus contraints et sur la solvabilité des bénéficiaires est fragile. De plus, la qualité du soutien à domicile est aussi dépendante de l'investissement de 11 millions de proches aidants. Bien que priorisé par les politiques publiques et plébiscité par les personnes elles-mêmes, le choix du soutien à domicile est ainsi confronté à de nombreuses limites :

Pour la personne : multiples changements d'aidants professionnels ; horaires insatisfaisants ; restes à charge parfois trop importants ; développement du lien social peu pris en compte (conversation, café, promenade, etc.).

Pour le personnel : salaires faibles et temps partiel ; horaires trop ciblés (les seniors et salariés ont des demandes divergentes) ; stress pour respecter les durées d'intervention et personnel insuffisant ; disponibilité pour entretenir la relation humaine peu prise en compte.

Pour les gestionnaires : baisse des demandes si augmentation tarifaire trop importante ; absentéisme du personnel ; difficultés croissantes d'embauche, en raison de la faible attractivité des métiers de l'aide.

Pour le département et l'agence régionale de santé (ARS) : augmentation des coûts dans un contexte budgétaire contraint.

L'instauration d'un tarif horaire plancher de 22 euros pour les services prestataires est l'une des mesures phares portées par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2022. Elle pourrait permettre de lever certains freins au soutien à domicile en améliorant l'attractivité des métiers de l'aide à domicile. Encore faut-il que la pérennité de son financement soit précisée pour éviter que cette mesure ne vienne pas accentuer d'autres freins, notamment vis-à-vis des départements. Surtout, l'adaptation de la société au vieillissement, promue par la loi de 2015, est loin d'être effective : la répartition géographique des professionnels de santé, l'inadaptation des logements, les problèmes de mobilité, constituent d'autres limites plus sociétales au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

3. Les EHPAD

L'entrée en EHPAD relève le plus souvent d'un choix contraint, conséquence de l'aggravation de la dépendance, notamment dans le cas des maladies neurodégénératives ou nécessitant des gestes techniques complexes, de l'épuisement des proches aidants (famille, voisins…), de l'isolement social de la personne âgée.

3.1. Les nombreux freins

L'image des EHPAD n'a pas été améliorée par la crise sanitaire. Si la réalité des structures d'hébergement des personnes dépendantes a considérablement progressé depuis une cinquantaine d'années, les EHPAD sont cependant majoritairement devenus des lieux de fin de vie, avec un poids de plus en plus important du sanitaire, en matière de normes et d'environnement. Bien que l'EHPAD apporte une certaine sécurité aux personnes âgées et à leur famille, il reste peu ouvert sur le monde extérieur et ne favorise pas le maintien du lien social ou la citoyenneté des résidents. D'autres freins à l'entrée en EHPAD peuvent être identifiés :

---

7 En moyenne par mois en 2017, le reste à charge s'élève, à 12 euros pour les personnes dont le revenu est proche du minimum vieillesse (800 euros). À contrario, au-delà de 2 200 euros de revenu, le reste à charge moyen s'élève à 243 euros. Données DREES, *L'aide et l'action sociale en France,* édition 2020.

8 En tant que prestataire, le SAAD est l'employeur de l'intervenant à domicile tandis qu'en cas de SAAD mandataire, le bénéficiaire est l'employeur de l'intervenant. En gré à gré, il n'y a pas d'intermédiaire entre le bénéficiaire et l'intervenant.

Pour la personne: l'aspect financier (le coût de l'hébergement en établissement est élevé et les résidents hésitent à recourir à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), soumise à obligation alimentaire et récupérable sur succession).

Pour le personnel: salaires faibles et effectifs insuffisants ; disponibilité pour entretenir la relation humaine peu prise en compte.

Pour les gestionnaires: lourdeur de gestion (comptabilité avec 3 budgets, hébergement, dépendance, soins) ; absentéisme du personnel ; difficultés croissantes d'embauche en raison de la faible attractivité des métiers de l'aide ; risque d'une baisse des demandes suite à la pandémie.

Pour le département et l'ARS: lourdeur des procédures, relatives notamment à la tarification tripartite (voir infra).

3.2. L'offre d'hébergement des personnes âgées dépendantes

L'accueil médicalisé des personnes âgées dépendantes comporte les EHPAD et, dans certains hôpitaux, des unités de soins de longue durée (USLD). En 2010-2011, la moitié d'entre elles ont été transformées en EHPAD tandis que les autres se sont recentrées sur un suivi médical renforcé[9].

Depuis 2011, les espaces de vie spécifiquement destinés à accueillir des résidents atteints de troubles du comportement se sont fortement développés[10]. 47 % des EHPAD déclarent disposer d'une unité spécifique pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. 20 % des EHPAD disposent d'un « pôle d'accueil et de soins adaptés » (PASA) pour l'accueil dans la journée de ces personnes (14 au maximum) auxquelles sont proposées des activités sociales et thérapeutiques et 3 % ont mis en place des « unités d'hébergement renforcé » (UHR) pour en moyenne 12 à 14 personnes ayant des troubles sévères du comportement. Les PASA et les UHR bénéficient d'un financement spécifique de l'assurance maladie.

L'APA, versée en EHPAD et en USLD, concernait environ 500 000 personnes en 2020, pour un coût de 2,5 milliards d'euros. Son montant moyen par bénéficiaire a augmenté de 2003 à 2010 pour se stabiliser à 300 euros par mois. Le reste à charge moyen est de 100 euros.

3.3. Tarification

Les EHPAD et USLD sont soumis à un système de tarification tripartite très complexe.

Les soins sont payés forfaitairement par l'assurance maladie, à partir d'un tarif moyen pondéré (TMP) qui donne la moyenne du coût en soin des pensionnaires.

L'hébergement est payé principalement par les usagers, et subsidiairement par le département au titre de l'ASH : 93 % des EHPAD publics, 91 % des EHPAD privés à but non lucratif et 4 % des EHPAD privés à but lucratif sont habilités à recevoir des bénéficiaires de cette aide. Cette habilitation est totale ou partielle mais les places autorisées sont toutefois loin d'être toutes utilisées.

Enfin, **la dépendance** est financée par l'APA en établissement, versée par le département. En principe, chaque pensionnaire est supposé recevoir l'APA, en fonction de son niveau de dépendance et de ses ressources, et payer ensuite l'établissement. Or, le fonctionnement de ce dernier repose sur la mutualisation de l'activité. Il en résulte que l'APA en établissement est de plus en plus versée sous forme de dotation à chaque établissement et ne peut plus être considérée comme une allocation individuelle puisque, dans l'immense majorité des cas (sauf dans une partie des EHPAD privés lucratifs et quand l'EHPAD ne se situe pas dans le département où la personne avait sa résidence), le montant de l'APA est calculé sur la base d'un GIR moyen pondéré (GMP) estimé une fois par an.

La négociation entre l'assurance maladie et le département part en réalité d'un partage des coûts des personnels et des matériels entre les deux financeurs, sur une règle fixée nationalement. En effet, la distinction entre soins et dépendance est largement artificielle et il s'agit seulement de négocier une participation du département au fonctionnement de l'EHPAD.

---

9 Rapport Jeandel-Guérin « USLD et EHPAD. 25 recomman-dations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie », juin 2021.

10 DREES « L'aide et l'action sociale en France », édition 2020 citant l'enquête EHPA 2015.

3.4. Réforme de la contractualisation et de la tarification des EHPAD

Depuis 2017, les gestionnaires d'EHPAD sont obligés de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec leurs deux autorités de tutelle (département et ARS). Pour tous les établissements, la signature d'un premier CPOM doit intervenir au plus tard en 2024. Par ailleurs, un nouveau cadre de présentation budgétaire est mis en place : l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Les CPOM sont signés pour cinq ans, avec des procédures de réajustement quand le nombre ou le niveau de dépendance des résidents évoluent.

Cette réforme organise une allocation de ressources objectivée, par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance, en fonction de l'état de dépendance des résidents (GMP) et de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré). Des dotations complémentaires de l'assurance maladie et des départements sont mises en place pour accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents.

Cette réforme prévoit également une convergence vers les tarifs soin plafonds, au bénéfice de 85 % des EHPAD, avec un financement supplémentaire de l'assurance maladie sur la période 2017-2023. Ceci permettra de renforcer les équipes soignantes des EHPAD et d'améliorer la qualité des soins au bénéfice des résidents.

La signature d'un CPOM et l'adoption de l'EPRD donnent les moyens aux gestionnaires des structures de construire des projets d'évolution de leurs établissements dans la durée, à l'issue d'un dialogue plus stratégique qu'auparavant. Sa généralisation accompagne les nécessaires mutations de l'offre. Elle permet aux gestionnaires de conclure un contrat unique pour l'ensemble de leurs établissements auprès des autorités de tarification compétente. Ainsi, la signature d'un CPOM unique devrait permettre le développement d'EHPAD « référents » soutenant une offre diversifiée et favorisant une logique de parcours entre le domicile et l'établissement.

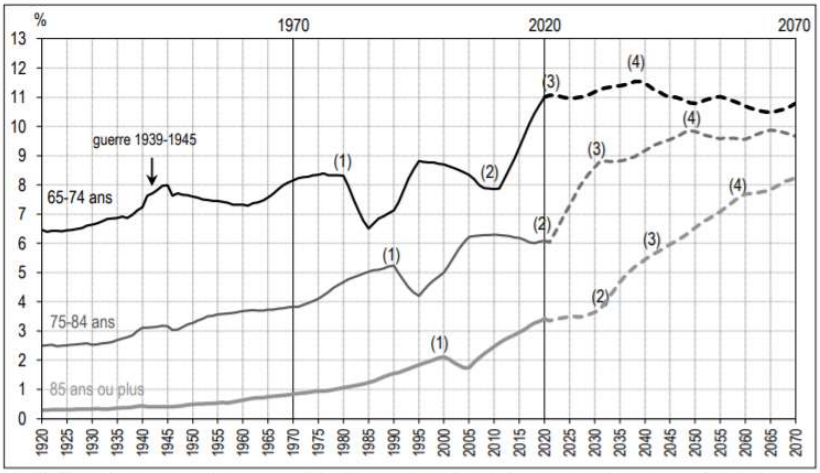
Enfin, une évolution de la réglementation relative à l'APA en établissement permettrait de simplifier les modalités de sa gestion. Actuellement, les départements doivent en principe tenir compte des ressources de chaque personne dépendante hébergée, ce qui nécessite d'une part, que cette dernière fasse explicitement une demande d'APA et d'autre part, que le département continue à instruire des dossiers individuels. L'APA en établissement étant de plus en plus versée sous forme de dotation (cf. supra), l'évolution de la réglementation pourrait supprimer le caractère individuel de cette aide et asseoir le calcul du forfait dépendance à partir du GMP. Il s'agirait ainsi de s'aligner sur la procédure plus simple suivie pour le calcul du forfait soins.

B. Les perspectives : pour répondre à des besoins en forte croissance sur les décennies à venir, des places supplémentaires seront nécessaires mais pas suffisantes, des pistes de réflexion devront également être développées

1. Les projections démographiques

En matière démographique, l'INSEE, dans le modèle Omphale, réalise des prévisions allant actuellement jusqu'en 2070[12]. C'est son scénario intermédiaire qui a été retenu ici. Il prévoit pour la mortalité une amélioration annuelle de l'espérance de vie comparable à la période récente au moment où les projections ont été réalisées, en parallèle d'un taux de fécondité et d'un nombre de migrations globalement stables par rapport à cette même période.

Proportion des personnes âgées par groupe d'âge et année[11]



Note : (1) début de l'arrivée des générations creuses 1915-1919 ; (2) début de l'arrivée des générations du baby-boom ; (3) fin de l'arrivée des générations du baby-boom ; (4) sortie des générations du baby-boom.
Lecture : en 2020, la France compte 11 % de personnes âgées de 65 à 74 ans.
Sources et champ : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil de 1920 à 2020 ; Insee, scénario central des projections de population à partir de 2021. France métropolitaine jusqu'en 1990, France hors Mayotte de 1991 à 2013, France à partir de 2014.

Le graphique qui précède illustre le glissement de l'impact du baby-boom sur la structure des âges, à mesure que les personnes concernées vieillissent. Pour les trois catégories d'âge étudiées, la principale rupture de tendance sur la période 1920-2070 est indiquée par les points (2), soit l'arrivée dans la tranche d'âge considérée des générations plus nombreuses du baby-boom. **Ainsi, en 2040, un Français sur quatre aurait 65 ans et plus, contre un sur six en 2010**. Le tableau ci-dessous résume les effectifs de seniors considérés.

Évolution de la population des seniors d'au moins 60 ans

Millions de personnes ***France entière***	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**
Total « seniors »	17,9	20.8	22,9	24,0
60 à 74 ans	11,5	12,2	12,3	11,9
75 ans et plus	6,4	8,6	10,6	12,1
GIR5-6 autonome	15,2	17,7	19,2	20,0
GIR3-4 dépendant modéré	1,94	2,35	2,81	3,09
GIR1-2 dépendant sévère	0,72	0,77	0,89	0,91

Ces prévisions démographiques ont été réalisées avant la survenue de la crise sanitaire. La Covid-19, bien qu'elle ait engendré une surmortalité, devrait avoir un impact peu significatif sur ces projections, d'une part à cause du recul d'autres causes de décès, d'autre part à cause de la comorbidité. Selon l'INED[13] : « Les décès par Covid-19 ont frappé en partie des personnes fragiles souffrant d'autres maladies. Une fraction d'entre elles seraient de toute façon décédées en 2020, même en l'absence d'épidémie de Covid-19. » Les décès dus à la Covid-19 en 2020 ont touché un peu moins de 50 000 personnes âgées de 75 ans et plus alors que les projections démographiques prévoient une augmentation entre 2015 et 2050 de 6 millions de cette tranche d'âge.

11 Ce graphique est issu de l'article « Le vieillissement de la population française est-il inéluctable ? », Nathalie Blanpain, dans « Economie et statistique » n° 520-521, décembre 2020, INSEE

12 Ces prévisions ont été réalisées avant la crise sanitaire.

13 « Populations et Sociétés », Institut National d'Études Démographiques, numéro 587, mars 2021.

2. Les perspectives de logement

Afin de projeter les lieux de vie des personnes âgées dépendantes, le modèle « Lieux de vie et autonomie » (LIVIA) [14] propose trois scénarios. Ce sont les résultats des projections à l'échéance 2040, soit la période à partir de laquelle les personnes âgées d'au moins 75 ans ne seront plus issues de la génération du baby-boom, qui sont commentés.

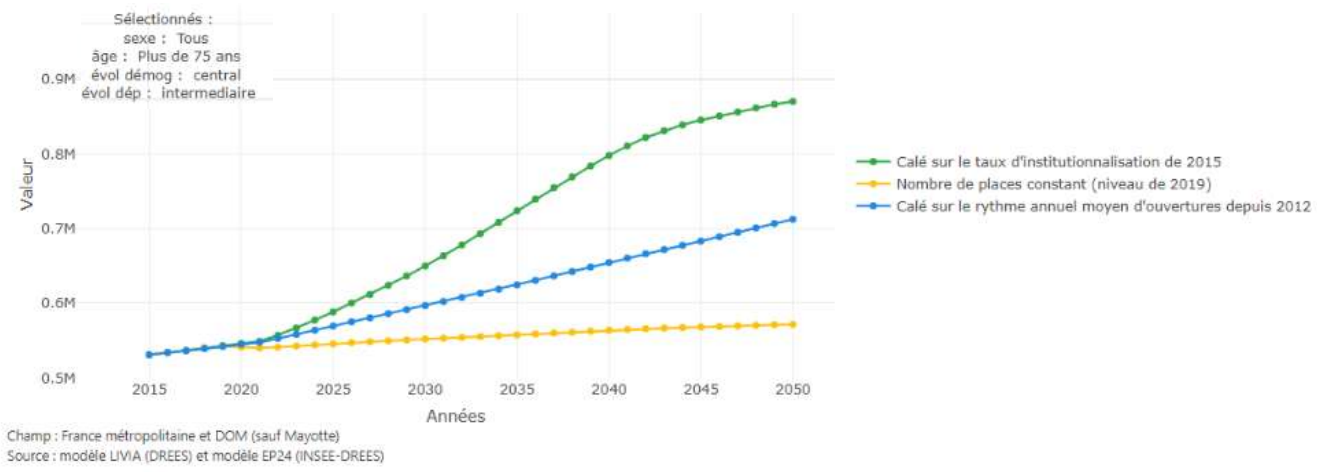
En matière de dépendance, la DREES met à disposition sur son site internet le modèle LIVIA qui mesure la perte d'autonomie sur la base des GIR. Cette mesure est différente selon que les personnes sont ou non hébergées :

- Pour les personnes en institution, LIVIA retient le GIR attribué au résident par les équipes de l'établissement, renseigné dans l'enquête EHPA de 2015 de la DREES ;
- Pour les personnes à domicile, LIVIA utilise une mesure obtenue par estimation, le « GIR estimé ». Il s'agit d'une « définition large » du GIR, qui considère que les personnes âgées sont en incapacité dès lors qu'elles déclarent « quelques » difficultés (par opposition à une définition restreinte qui considérerait qu'il y a incapacité uniquement si les seniors déclarent « beaucoup de » difficultés). Cette estimation conduit à des effectifs en perte d'autonomie nettement plus élevés que ceux des bénéficiaires actuels de l'APA à domicile.

LIVIA retient trois niveaux d'autonomie : senior en situation de dépendance sévère (GIR 1 ou 2), senior en situation de dépendance modérée (GIR 3 ou 4), senior autonome pour les autres situations (GIR 5-6).

Cette méthodologie de mesure de la perte d'autonomie fait ensuite l'objet de projections selon différents scénarios, dont le scénario intermédiaire est présenté dans cette publication. Il pose pour hypothèse que la part des années en dépendance modérée dans l'espérance de vie à 60 ans reste constante : les gains d'espérance de vie correspondent ainsi, pour une partie, à de la vie pleinement autonome et, pour une autre, à des années en dépendance modérée, au prorata de la part observée au moment où ont été effectuées les projections. Par ailleurs, étant donné que la dépendance sévère est très liée à la fin de vie, le nombre d'années passées en situation de dépendance sévère est supposé être constant quels que soient les gains en espérance de vie.

Nombre de seniors en EHPAD et assimilés selon l'évolution du nombre de places en EHPAD



- **Scénario 1** : augmentation de 50 % du nombre actuel de places en EHPAD à l'horizon 2040

Hypothèse principale : le taux d'institutionnalisation resterait identique à son niveau de 2015, à niveau de dépendance, sexe et tranche d'âge donnés.

Résultats : important besoin d'ouverture de places en EHPAD avec 800 000 personnes âgées d'au moins 75 ans en institution en 2040 contre 530 000 en 2015[15] (+ 270 000).

14 https://drees.shinyapps.io/projection-pa/

15 Dans le modèle LIVIA, les données projetées sont comparées à 2015 car il s'agit de l'année de début des projections.

- **Scénario 2** : explosion de l'offre intermédiaire entre domicile et EHPAD

Hypothèse principale : nombre constant de 611 000 résidents en EHPAD.

Résultats : développement de l'offre intermédiaire. 375 000 personnes âgées d'au moins 75 ans en 2040 contre 80 000 en 2015, dans les résidences-autonomie (+ 295 000). Les EHPAD continueraient à admettre des GIR 1 et 2 mais plus de personnes autonomes après 2030.

- **Scénario 3 mixte** : à la fois création de places en EHPAD et en offre intermédiaire.

Hypothèse principale : prolongement de la croissance annuelle de 4 300 places d'hébergement permanent en EHPAD (moyenne observée de 2012 à 2018 selon la DREES).

Résultats : 655 000 personnes âgées d'au moins 75 ans en 2040 en EHPAD (+ 125 000) et 285 000 en résidences autonomie (+ 205 000).

Dans chacun des trois scénarios, il ne faut pas perdre de vue que la grande majorité des personnes âgées d'au moins 75 ans, même dépendantes, restent à leur domicile. En effet, le nombre de personnes évaluées en GIR 1 et 2 est de 710 000 en 2020 mais seulement 350 000 d'entre elles occupaient les 643 000 places d'EHPAD et d'USLD.

Il en résulte qu'il convient, quel que soit l'effort public décidé en matière d'établissements, de considérer en priorité le soutien à domicile. Mais les politiques sociales portent essentiellement sur les actes professionnels, tant à domicile qu'en hébergement ; elles reposent sur une prégnance de la technicité et négligent l'environnement humain nécessaire à toute personne. Il s'agit davantage d'aide ou de prise en charge que d'accompagnement.

3. Les pistes à accentuer

Depuis quelques années, les réflexions sur la transformation de l'offre et les modes de financement s'inscrivent dans une logique de parcours de la personne âgée. Il doit permettre, selon l'évolution des besoins de la personne âgée, de son autonomie, de son environnement, de graduer les réponses : soutien au domicile ou dans un domicile adapté et accompagné, hébergement temporaire, nouveaux types d'établissements.

L'offre de répit s'est développée depuis une dizaine d'années. Elle comptait en 2015 12 200 places d'hébergement temporaire et 15 550 places d'accueil de jour, en EHPAD ou en centre d'accueil de jour.

En matière d'habitat, les résidences autonomie et les maisons de retraite non médicalisées ont pendant longtemps été la seule alternative proposée aux personnes encore autonomes (jusqu'au GIR 4) qui ne souhaitent plus ou ne peuvent plus rester dans leur habitation. En 2019, elles totalisaient 127 000 places. Les scénarios 2 et 3 de LIVIA évoquent un triplement ou un quadruplement de ces places en 25 ans, soit selon un intervalle compris entre 8 000 et 12 000 places supplémentaires par an. Le modèle des résidences autonomie nécessite néanmoins d'être repensé pour mieux correspondre aux attentes des personnes concernées.

Plus récemment, la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN), puis le rapport confié par le Premier Ministre à Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, ont accéléré le développement de l'habitat dit « inclusif » ou « API », pour Accompagné, Partagé et Inséré dans la vie locale. Il s'agit d'un logement de droit commun, disposant d'espaces privatifs (chambres, studios) et d'espaces partagés, animé par un « projet de vie sociale et partagée ». Sa mise en œuvre s'appuie sur des professionnels qui contribuent à réguler les relations entre les habitants, à favoriser leur lien social et à les inscrire dans la vie locale[16]. Cette fonction était initialement financée par un forfait habitat inclusif. À partir du 1er janvier 2021, la prestation d'aide à la vie partagée s'y substitue progressivement. Elle est gérée par les départements avec le soutien financier de la CNSA. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'APA peuvent envisager sa mutualisation sous certaines conditions.

D'autres dispositifs restent encore restreints. C'est le cas de l'accueil familial qui permet à un particulier, dans le cadre d'une autorisation accordée par le département et assortie de contraintes, d'accueillir d'une à trois personnes dans son logement. En 2018, une enquête de l'Odas estimait à 6 300 le nombre de personnes âgées ayant recours à ce dispositif, même s'il est vraisemblable que d'autres accueils sont réalisés en gré à gré. Par ailleurs, certaines personnes âgées disposant d'un grand logement peuvent proposer à une personne, souvent un

16 Le Lab'AU de l'Odas a expertisé une vingtaine de ces habitats. Voir www.odas.labau.org

étudiant, d'assurer quelques heures de présence ou des menus services contre un hébergement gratuit ou à loyer réduit. Ces dispositifs qui peuvent favoriser les liens intergénérationnels n'excluent pas la mise en œuvre des différentes aides, notamment humaines, au titre du soutien à domicile.

L'offre en EHPAD cherche également à évoluer. Si les anciens *Cantou* ont maintenant disparu, certains PASA et UHR s'en inspirent. Il s'agissait de lieux d'hébergement non médicalisés de personnes très désorientées. Une dizaine de personnes formaient une « maison », animée par une « maîtresse de maison » et l'activité collective était centrée sur les repas. Les obligations normatives et les coûts ont fait disparaître les rares structures de ce type. Plus récemment, le village Alzheimer de Saint-Paul-lès-Dax expérimente un mode d'hébergement qui s'inspire de ces petites unités de vie, où professionnels et bénévoles interviennent. Par ailleurs, des expérimentations ont été conduites ces dernières années pour décloisonner les interventions entre l'EHPAD et le domicile. C'est notamment le cas du dispositif Ehpad@dom, porté par La Croix Rouge Française à Sartrouville, où des professionnels de l'EHPAD *Stéphanie* interviennent à domicile, en appui et en complémentarité aux services à domicile, et où des activités au sein de l'EHPAD sont proposées aux personnes suivies à domicile. Le PLFSS 2022 a, d'autre part, programmé des crédits afin de déployer ce type d'innovation et permettre l'évolution vers des EHPAD « plateforme », pensés comme une ressource pour l'ensemble des professionnels du secteur de l'autonomie sur leur territoire.

Pour répondre à la demande des aînés de rester le plus longtemps possible chez eux, il est donc nécessaire de développer de manière très importante les formules alternatives. Néanmoins, le déploiement à plus grande échelle de ces pistes ne suffira pas si une nouvelle logique n'est pas développée au sein de la société pour appréhender différemment l'avancée en âge. Ces solutions ne sont soutenables que si l'environnement le permet.

PARTIE 2. Analyse de la situation financière des EHPAD

Au travers de l'actualité réglementaire du secteur, de premiers impacts financiers pour les années 2020 et 2021 sont évoqués. Les données de la direction générale des finances publiques (DGFiP) disponibles sont présentées par la suite dans le cadre d'une analyse de la situation financière, d'une part, de l'ensemble des EHPAD publics pour 2019, d'autre part, des EHPAD publics autonomes sur la période 2014/2019.

A. L'actualité réglementaire des EHPAD analysée sous un angle financier

Même si la loi attendue sur l'autonomie ne sera pas débattue à court terme, **l'actualité réglementaire des EHPAD est riche**, ce qui s'explique en partie du fait de la Covid-19. Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, qui doit être votée quelques semaines après la publication de cet Accès Territoires, portera plusieurs mesures associées à la branche autonomie récemment créée, visant notamment à renforcer l'accompagnement à domicile et le développement des EHPAD « plateforme ». De nombreux rapports traitant du soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie, abordant à ce titre les EHPAD, ont également été publiés ces derniers mois.

<u>Des mesures visant à limiter les impacts financiers de la Covid-19</u>

À l'instar de celles relatives au secteur hospitalier, des mesures ont été mises en place (première instruction ministérielle en date de juin 2020, diverses prolongations depuis) pour limiter au maximum l'impact de la Covid-19 sur l'organisation quotidienne des EHPAD. Ces mesures ont notamment pris la forme de compensations financières au titre des **charges exceptionnelles liées à la gestion de la crise sanitaire** et aux surcoûts liés :

- au renfort de personnel,
- à un absentéisme supplémentaire par rapport à 2019 du fait de congés maladie ou pour garde d'enfants,
- aux autres charges d'exploitation induites par la Covid-19 (achats de masques, produits de nettoyage…).

Ces compensations financières concernent également des pertes de recettes résultant d'une diminution de l'activité des EHPAD. Celles relatives à l'hébergement couvrent les journées de vacance constatées pendant la crise sanitaire par rapport au taux d'occupation moyen de l'établissement constaté sur les trois dernières années.

Si ces mesures sont de nature à amortir globalement l'impact financier de la Covid-19 sur le secteur des EHPAD, certains établissements pourraient tout de même rencontrer des difficultés financières. Par exemple, côté recettes à la charge des résidents, la couverture des journées de vacance constatées pendant la crise sanitaire s'appuie sur un plafond médian départemental (ce plafond était initialement national, à hauteur de 65,74 €, mais une déclinaison départementale a été intégrée courant 2020) et une décote de 10 % est appliquée au résultat. Les difficultés pour certains établissements pourraient également être devant eux s'ils ne parvenaient pas après la crise sanitaire à augmenter leur taux d'occupation, indicateur sur lequel repose fortement le modèle économique actuel des EHPAD. Par ailleurs, les deux premières instructions de campagne budgétaire 2021, en date des 8 juin et 16 novembre, actent certes la prolongation de ces mesures mais en la limitant pour l'instant au premier trimestre 2021. Et ce sont donc les prochaines instructions qui détermineront si ces mesures s'appliquent également à d'autres trimestres de l'année.

Les revalorisations salariales des métiers des secteurs sanitaire et médico-social, engagement du Ségur de la santé

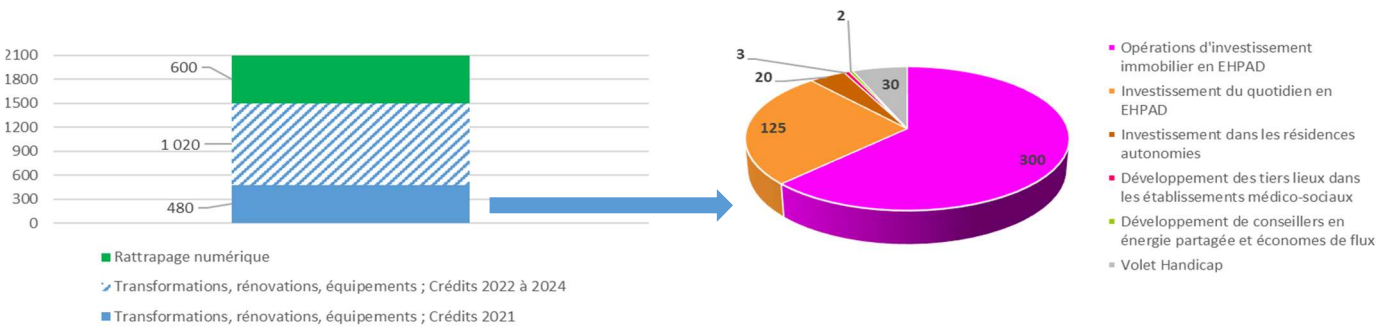
Le Ségur de la santé de juillet 2020 prévoit des revalorisations salariales pour le personnel des EHPAD et des hôpitaux : une hausse « socle » de 183 euros de salaire net mensuel a été annoncée. Ces revalorisations prennent la forme d'un complément de traitement indiciaire (CTI). Dans l'attente du cadrage définitif de ce CTI dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, des mesures ont été mises en place dans le cadre du PLFSS 2021 ainsi que dans la première circulaire budgétaire médico-sociale pour 2021.

Le financement de ces mesures n'est pas sans susciter quelques craintes, comme en témoigne le communiqué publié courant juillet 2021 par plusieurs fédérations représentatives des EHPAD pour mettre en avant que les montants alloués pour le moment ne couvraient que partiellement les revalorisations prévues dans le cadre du Ségur de la santé, posant des soucis financiers à certains établissements. À la suite de ce communiqué, le ministère des Solidarités et de la Santé a annoncé le versement « d'un reliquat d'enveloppe qui permettra de couvrir l'essentiel des situations ».

Les aides à l'investissement en lien avec le plan *France Relance*

Le Ségur de la santé comprenait d'autres engagements, dont 125 millions d'euros d'aides au titre des investissements courants du secteur médico-social. Ces aides ont été intégrées et complétées dans **le plan *France Relance*** de septembre 2020. Sur les 100 milliards d'euros de ce plan, 2,1 milliards d'euros sont directement dédiés au secteur médico-social sur la période 2021/2024, avec 1,5 milliard d'euros pour les « transformations, rénovations et équipements » du médico-social (dont 0,48 milliard d'euros de crédits pour 2021) et 0,6 milliard d'euros au titre du « rattrapage numérique ».

Volet « médico-social » du plan France Relance (en millions d'euros)



Une instruction de la CNSA aux agences régionales de santé (ARS), publiée en mai dernier, fournit la répartition de l'enveloppe 2021 relative aux « transformations, rénovations et équipements ». Cette enveloppe 2021, très orientée sur le volet « personnes âgées » avec 450 millions d'euros contre 30 millions d'euros pour le volet « handicap », comprend dans une approche financière deux éléments principaux :

- 300 millions d'euros au titre des opérations d'investissement immobilier d'EHPAD,
- 125 millions d'euros au titre de « l'investissement du quotidien » en EHPAD (reprenant ainsi l'engagement du Ségur de la santé évoqué plus haut).

Sur les 300 millions d'euros au titre des opérations d'investissement immobilier, la CNSA cible plusieurs priorités :

- la modernisation des EHPAD habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale, pour viser notamment la généralisation des chambres individuelles avec salle de douche et sanitaires privatifs,
- la création de places habilitées à l'aide sociale,
- la transformation de lits d'hôpitaux en places d'hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie,
- le respect des normes énergétiques et environnementales en vigueur ainsi qu'un objectif de réduction des consommations énergétiques.

Les 125 millions d'euros au titre de « l'investissement du quotidien » concernent les EHPAD habilités à l'aide sociale pour au moins 50 % de leur capacité. Sont ciblés dans l'instruction « le financement des besoins en équipements et petits matériels, ou de petites opérations de travaux qui impactent le quotidien des besoins d'accompagnement des personnes ». Quelques exemples : l'installation de capteurs de détection de chute, celle de rails lève-malades, l'acquisition de chariots motorisés, l'isolation de la toiture et des murs ou encore la suppression des chaudières à fioul.

Une nouvelle instruction, datée de fin septembre 2021, complète celle de mai en précisant les montants des enveloppes 2022 à 2024 et en apportant quelques évolutions sur leurs critères de répartition. Les opérations d'investissement immobilier en EHPAD, majoritaires en 2021, le demeurent sur la durée du plan mais elles sont déclinées selon deux zones géographiques : une « enveloppe consacrée à la transformation du modèle des EHPAD existants dans les régions métropolitaines hors Corse » (990 millions d'euros) et une « au développement de nouvelles solutions d'accompagnement des personnes âgées et à l'amélioration de l'offre existante » pour la Corse et les Outre-mer (75 millions d'euros). Cette instruction de septembre 2021 précise qu'une enveloppe équivalente à 2021 (125 millions d'euros) ciblera en 2022 l'investissement du quotidien. Enfin, « une autre enveloppe de 155 millions d'euros est dédiée à la création de nouveaux logements en "habitat intermédiaire" (en particulier les résidences autonomie et habitats inclusifs) et à la rénovation de l'offre existante en résidences autonomie. »

<u>L'autonomie : création de la cinquième branche de la sécurité sociale dont plusieurs rameaux restent à faire pousser</u>

En août 2020, **la cinquième branche** de la sécurité sociale, relative à **l'autonomie**, a été officiellement créée et confiée à la CNSA. Elle vient compléter les quatre branches existantes : maladie ; famille ; accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) ; retraite.

La création de la branche autonomie pourrait à l'avenir avoir des impacts structurants sur le secteur des EHPAD. Cependant, ni la nature de ces impacts ni le calendrier associé ne peuvent être caractérisés à l'heure actuelle. Typiquement, les modalités de financement des dépenses associées à la branche Autonomie, sujet évidemment central, ne sont pour le moment pas finalisées.

TÉMOIGNAGE



Frédéric Valletoux
Président de la FHF

Représentant les intérêts des hôpitaux et des EHPAD publics, qu'ils soient autonomes ou rattachés à un établissement public de santé, la Fédération Hospitalière de France ne peut que saluer cette nouvelle étude de La Banque Postale sur la situation financière des EHPAD publics. Cette étude vient prolonger et compléter celle déjà publiée en janvier 2018 sur les EHPAD publics autonomes avec un périmètre élargi qui intègre la situation des EHPAD rattachés à des établissements publics de santé.

L'étude met en lumière des ratios d'exploitation différenciés selon ces catégories d'EHPAD publics et semble objectiver une légère amélioration de la situation financière des EHPAD publics autonomes sur la période 2014 - 2019, qui apparait globalement satisfaisante en gestion courante, mais aussi une baisse globale des dépenses d'investissement sur la même période.

La situation telle qu'elle apparaissait en 2019 a été depuis largement remise en question par la crise sanitaire et ses impacts financiers considérables pour les EHPAD.

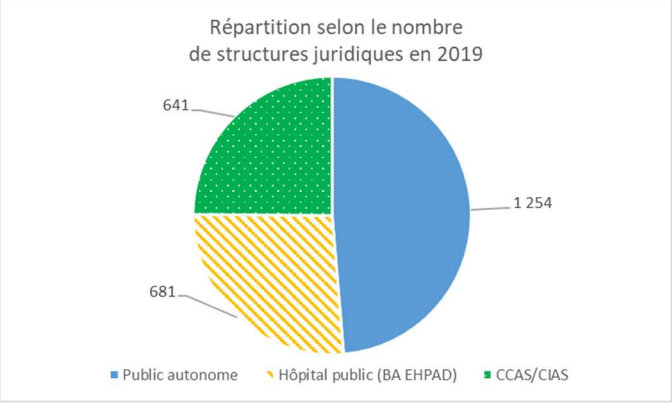
À cet égard, il faut saluer l'action des pouvoirs publics pour compenser, au moins dans un premier temps, les impacts financiers de la crise (compensation des surcoûts et des pertes de recettes) et pour soutenir la relance avec le plan d'investissement du Ségur de la santé.

Cet accompagnement financier était indispensable à la survie des établissements les plus impactés par la crise, mais devra être poursuivi dans le temps, pour éviter que la situation financière de certains d'entre eux ne soit durablement impactée et qu'une partie de l'offre médico-sociale publique ne soit fragilisée. Alors que les EHPAD continuent de subir les effets de la crise, avec une dégradation des taux d'occupation et donc un impact sur les recettes d'hébergement, il est nécessaire que les pouvoirs publics prolongent les dispositifs de compensation financière dans le temps et au-delà du 31 mars 2021 pour les établissements les plus fragilisés.

Pour les EHPAD, qui ont été en première ligne de l'épidémie de Covid, ce serait une double peine de sortir affaiblis financièrement de cette crise et de voir ainsi leur capacité d'autofinancement durablement affectée. Il faut au contraire donner à ces établissements les moyens de se moderniser et de se transformer pour répondre aux besoins actuels et au défi démographique.

B. Analyse financière 2019 des EHPAD publics : des ratios d'exploitation plus faibles dans les EHPAD rattachés à un hôpital public

L'activité d'EHPAD est présente en 2019 au sein de près de 2 600 structures juridiques publiques, dont **environ la moitié sont des EHPAD publics autonomes** et un quart respectivement des hôpitaux publics et des centres (inter)communaux d'action sociale (CCAS-CIAS). Il arrive que plusieurs EHPAD, considérés cette fois en tant qu'établissements et non activité, soient rattachés à une seule structure juridique.

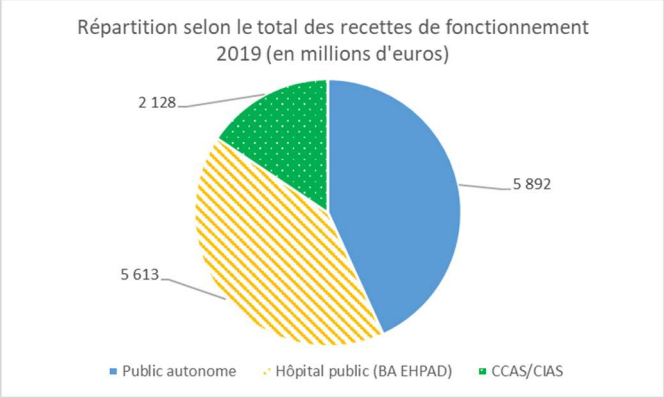


Si les EHPAD publics autonomes sont pour ainsi dire mono-activité, ce n'est pas le cas des deux autres catégories dont l'activité EHPAD n'est qu'une activité parmi d'autres.

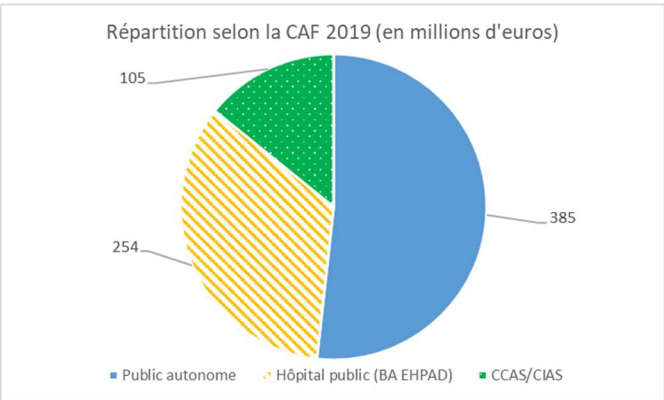
Dans les hôpitaux publics, loin d'être leur activité essentielle, elle est complémentaire à leur activité sanitaire aussi appelée soins hospitaliers. Les dernières données publiées par la DREES sur le sujet[17], qui datent de 2015 mais n'ont pas dû trop évoluer depuis, indiquent que les EHPAD hôpitaux publics détiennent près de 130 000 places en hébergement. Selon la DREES[18], les hôpitaux publics comprennent près de 285 000 lits et places en soins hospitaliers en 2019. On peut en déduire que les EHPAD hôpitaux publics concentrent environ 30 % des capacités des hôpitaux publics. Il convient cependant de souligner que ces notions de capacités sont difficilement comparables entre activités. Ainsi, les EHPAD hôpitaux publics, qui se présentent toujours sous la forme de budgets annexes (BA), concentrent en 2019 environ 6,5 % des recettes et dépenses de fonctionnement des hôpitaux publics.

Concernant les CCAS-CIAS, une publication récente de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locale (OFGL)[19] illustre **l'importance de l'offre aux personnes âgées** pour ces structures. Sur leur budget principal, 25 % des dépenses en 2019 correspondent à des services en faveur des personnes âgées. Il est également précisé que « la majeure partie des budgets annexes des CCAS-CIAS est destinée au secteur des personnes âgées » avec « une nette prédominance des EHPAD » puisque ces derniers concentrent 30 % des dépenses réelles de fonctionnement des CCAS-CIAS tous budgets confondus et 54 % de leur dette. Ainsi, proposer l'analyse des EHPAD rattachés aux CCAS-CIAS revient à étudier l'activité principale des centres (inter)communaux d'action sociale en termes d'enjeux financiers.

Outre que plusieurs EHPAD peuvent être rattachés à une seule structure juridique, ces établissements sont de taille différente. Les EHPAD hôpitaux publics sont de taille plus importante que les deux autres catégories, avec 110 places en moyenne contre environ 90 pour l'ensemble des EHPAD publics selon l'étude de la DREES précédemment citée. Ainsi, lorsqu'on observe **la répartition dans le secteur des EHPAD publics** non plus en termes de nombre de structures juridiques mais **de total des recettes de fonctionnement**, le poids des EHPAD hôpitaux publics augmente logiquement, à un peu plus de 40 %, soit un pourcentage proche de celui des EHPAD publics autonomes. Le poids des CCAS-CIAS est beaucoup plus faible (environ 15 %) puisqu'il s'agit des EHPAD publics dont le nombre moyen de places est le moins élevé.



La répartition selon le montant de **la capacité d'autofinancement (CAF)** est également proposée parce qu'il s'agit d'un solde d'exploitation essentiel qui traduit, lorsqu'il est positif, le surplus de recettes de fonctionnement dégagé par un établissement sur ses opérations réelles, permettant à la fois de rembourser la dette et de participer au financement des investissements réalisés. Ce graphique illustre prioritairement la meilleure performance d'exploitation en 2019 des EHPAD publics autonomes par rapport aux deux autres catégories puisqu'ils concentrent 52 % de la CAF contre 43 % de leurs recettes. Ce constat se vérifiait déjà en 2017 et 2018 selon une étude de la CNSA[20].



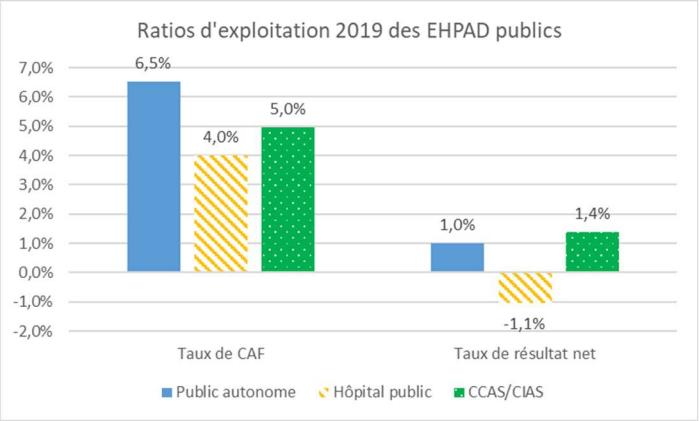
17 « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre - Résultats de l'enquête EHPA 2015 » dans Les dossiers de la DREES n°20, septembre 2017

18 « Les établissements de santé, édition 2021 », juillet 2021

19 « Cap sur les enjeux financiers portés par les CCAS et CIAS », octobre 2020

20 « Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 », mai 2020

Plus précisément, **le taux de CAF**[21] des EHPAD publics autonomes s'établit à 6,5 % en 2019, supérieur de 1,5 point aux EHPAD CCAS-CIAS et de 2,5 points aux EHPAD hôpitaux publics. Ces derniers présentent par ailleurs un déficit correspondant à 1,1 % de leurs recettes alors que les deux autres catégories d'EHPAD publics sont excédentaires en 2019 dans un intervalle compris entre 1,0 et 1,4 %.



À partir des comptes, la comparaison de ces trois catégories d'EHPAD publics est possible uniquement sur l'exploitation car les inscriptions comptables liées aux investissements et au bilan des EHPAD hôpitaux publics sont faites sur le budget principal des hôpitaux et non sur le budget annexe EHPAD.

Une comparaison schématique de l'encours de dette peut tout de même être esquissée au travers de l'estimation de la dette des EHPAD hôpitaux publics réalisée par l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un rapport sur la dette des établissements publics de santé (EPS)[22]. Il est précisé dans ce rapport que le « retraitement de la dette EHPAD/USLD diminuerait l'encours de dette des EPS d'environ 10 % », soit environ 3 milliards d'euros puisque l'encours de dette des hôpitaux publics à fin 2019 s'établit à 30,2 milliards d'euros. Il s'agit d'un montant légèrement inférieur à l'encours de dette à fin 2019 des EHPAD publics autonomes qui s'établit à 3,2 milliards d'euros. Celui des EHPAD CCAS-CIAS est en valeur absolue logiquement beaucoup plus faible, avec 0,8 milliard d'euros.

Ces données ne peuvent cependant pas faire l'objet d'une comparaison directe car l'estimation faite dans le rapport de l'IGF et de l'IGAS comprend à la fois les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD). Même si les USLD sont beaucoup moins nombreuses que les EHPAD et donc leur poids dans les comptes hospitaliers publics plus modéré, il n'est pas possible de déterminer sur la base de ce rapport la dette réellement rattachée aux EHPAD hôpitaux publics.

Pour autant, il est pertinent de préciser que, des 3 catégories étudiées, ce sont les EHPAD publics autonomes qui enregistrent le poids de la dette le plus important si on l'exprime en fonction des recettes de fonctionnement, avec un taux d'endettement de 55 % en 2019. Et ce sont les EHPAD CCAS-CIAS qui enregistrent le poids de la dette le plus faible si on l'exprime en fonction de la CAF, avec un délai de désendettement de 7 ans et 8 mois en 2019. Sur ce ratio, il paraît cependant fort probable que les EHPAD hôpitaux publics enregistrent le niveau le moins favorable en lien avec des performances d'exploitation moindres que les deux autres catégories.

21 Rapport entre la CAF et le total des recettes de fonctionnement

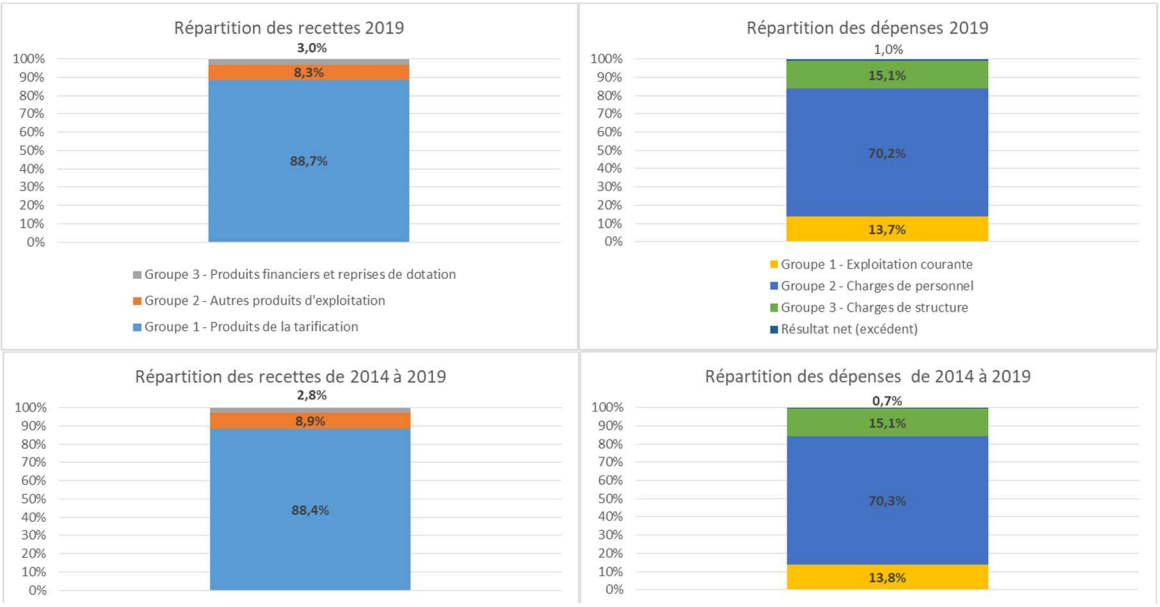
22 « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise », avril 2020

C. Analyse financière 2014/2019 des EHPAD publics autonomes : une situation globalement satisfaisante et en légère amélioration sur la période

En lien essentiellement avec quelques regroupements entre établissements, les EHPAD publics autonomes analysés à partir des données DGFiP sont en diminution sur la période 2014/2019, passant de 1 315 à 1 254, soit - 5 %.

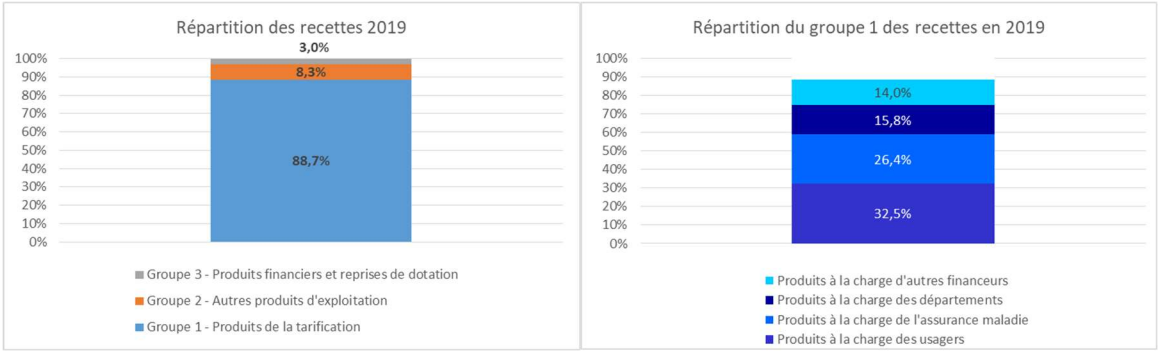
En M€ (hormis le nombre d'EHPAD)	2014	2015	2016	2017	2018	**2019**	Taux de croissance entre 2018 et 2019	Taux de croissance annuel moyen entre 2014 et 2019
Nombre d'EHPAD publics autonomes	1 315	1 314	1 299	1 286	1 277	**1 254**	-1,8%	-0,9%
Total des recettes (groupes 1 à 3)	5 348	5 526	5 579	5 766	5 851	**5 892**	0,7%	2,0%
dont recettes de groupe 1 Produits de la tarification	*4 718*	*4 875*	*4 928*	*5 100*	*5 160*	***5 226***	*1,3%*	*2,1%*
Total des dépenses (groupes 1 à 3)	5 315	5 497	5 526	5 735	5 805	**5 833**	0,5%	1,9%
dont dépenses de groupe 2 Charges de personnel	*3 750*	*3 898*	*3 921*	*4 082*	*4 086*	***4 136***	*1,2%*	*2,0%*
Résultat net	33	28	53	31	46	**59**	28,0%	12,1%
CAF	317	328	365	356	370	**385**	4,0%	3,9%
CAF nette	148	132	174	150	157	**167**	6,7%	2,5%
Investissements	629	597	469	458	451	**418**	-7,2%	-7,9%
Subventions d'investissement	92	92	74	79	71	**81**	13,2%	-2,5%
Produits de cessions	30	10	15	12	67	**17**	-74,1%	-10,6%
Emprunts nouveaux	364	349	222	262	240	**239**	-0,6%	-8,1%
Variation du fonds de roulement	110	102	107	117	131	**122**	-7,4%	2,1%
Encours de dette	2 897	3 095	3 084	3 186	3 203	**3 233**	0,9%	2,2%
Trésorerie	1 257	1 321	1 348	1 438	1 449	**1 521**	5,0%	3,9%

Les recettes de fonctionnement des EHPAD publics autonomes sont légèrement inférieures à 5,9 milliards d'euros en 2019 et **leurs dépenses de fonctionnement** quelque peu supérieures à 5,8 milliards d'euros, permettant à ce secteur de dégager un excédent (différence entre les recettes et dépenses de fonctionnement) de 59 M€, soit le montant le plus élevé de la période même si les variations annuelles du résultat net restent mesurées. Toutes les années présentent un excédent et le plus faible montant est observé en 2015, avec 28 M€.



La répartition des recettes et dépenses entre leurs trois groupes de fonctionnement respectifs, présentée dans les graphiques ci-dessus, fait apparaître la **primauté des produits de la tarification côté recettes** (88,7 % des recettes de fonctionnement en 2019) et **des charges de personnel côté dépenses** (70,2 % des dépenses de fonctionnement en 2019). La comparaison avec la moyenne observée entre 2014 et 2019 montre la grande stabilité de cette répartition, aussi bien côté recettes que dépenses.

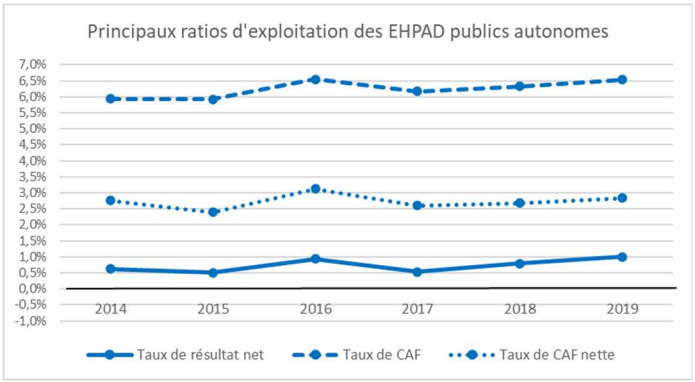
La déclinaison par financeur des recettes de groupe 1 met en avant le poids important des usagers dans le financement des EHPAD puisque presque 1/3 des recettes proviennent des résidents ou de leurs proches en 2019. 26 % sont issues de l'assurance maladie en lien avec les soins réalisés et 16 % des départements, sous la forme essentiellement de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) complétée par l'aide sociale à l'hébergement (ASH) dédiée aux personnes âgées financièrement fragiles.



Au-delà même du poids financier prépondérant des charges de personnel dans les dépenses, **les ressources humaines sont une problématique centrale pour le secteur des EHPAD**, qui est souvent caractérisé par l'importance des taux d'absentéisme et de rotation, par des difficultés de recrutement pour bon nombre d'EHPAD et par un taux d'encadrement considéré comme peu élevé.

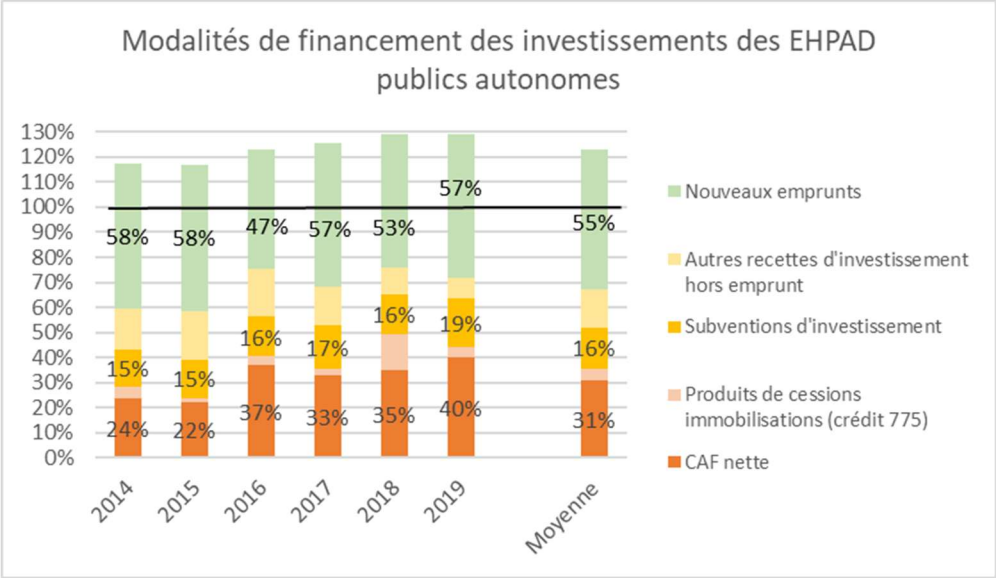
L'étude financière de la CNSA indique que « le taux d'encadrement médian de l'échantillon étudié atteindrait 65,0 ETP pour 100 résidents en 2018 » même s'il faut préciser que les EHPAD publics autonomes sont la catégorie d'EHPAD dont le taux d'encadrement médian est le plus élevé, avec 72,1 ETP. Du fait des caractéristiques précitées, qui sont interdépendantes, le secteur des EHPAD est peu attractif. Ceci peut s'avérer un véritable écueil au vu des besoins importants en places d'EHPAD identifiés dans les décennies à venir et des préconisations de plusieurs rapports récents de hausse du taux d'encadrement. Citons par exemple le rapport de Dominique Libault publié en mars 2019 à la suite de la concertation « Grand âge et autonomie » : « Il est donc proposé de financer une hausse des effectifs en établissement, à travers une augmentation de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD d'ici 2024 pour les personnels auprès des résidents ».

Le résultat net de 2019 (59 M€), représente 1,0 % des recettes, un niveau paraissant correct pour des structures publiques qui n'ont pas vocation à dégager de trop importants excédents. Il est légèrement supérieur au taux de résultat net moyen observé entre 2014 et 2019 (0,7 %). Le taux de résultat net annuel est compris entre 0,5 % (2015 et 2017) et 1,0 % (2019). Autre solde d'exploitation, la CAF est positive chaque année pour le secteur des EHPAD publics autonomes, avec un taux compris sur la période entre 5,9 % (2014 et 2015) et 6,5 % (2016 et 2019).



En déduisant les remboursements de capital de la CAF, on obtient **la CAF nette dont le taux tourne autour de 2,5 % des recettes de fonctionnement sur la période**, son pic étant observé en 2016, seule année où il dépasse légèrement 3 %. Ce taux a permis aux EHPAD publics autonomes de financer une part significative de leurs investissements par l'autofinancement. Sur la période 2014/2019, 31 % des investissements réalisés l'ont été via la CAF nette, qui n'est pas pour autant la principale modalité de financement des EHPAD publics autonomes sur la période puisque les emprunts nouveaux correspondent à 55 % des montants investis avec une proportion relativement stable sur la période, comprise entre 47 % et 58 %.

Les dépenses d'investissement ont diminué chaque année sur la période, passant de 629 M€ en 2014 à 418 M€ en 2019, soit une baisse annuelle moyenne de près de 8 %. Elles représentaient presque 12 % des recettes de fonctionnement en 2014 et sont légèrement supérieures à 7 % de celles-ci pour 2019.

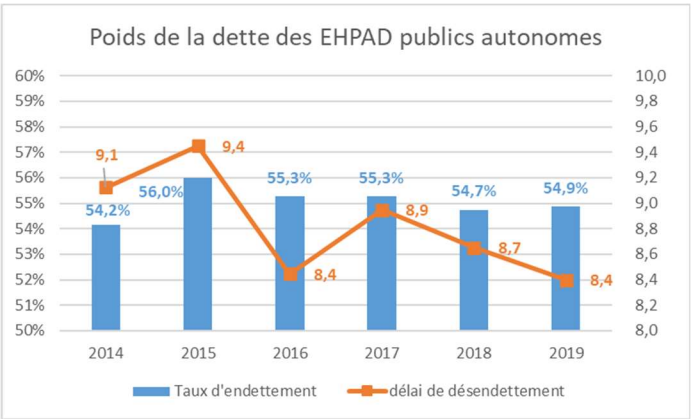


Aide à la lecture : en 2019, la CAF nette a permis de financer 40 % des dépenses d'investissement, les emprunts nouveaux 57 %. Le fait que la barre d'histogramme aille au-delà du trait horizontal tracé à 100 % (correspondant aux dépenses d'investissement) signifie que les recettes d'investissement ont été supérieures aux dépenses d'investissement en 2019, permettant aux EHPAD publics autonomes d'abonder leur fonds de roulement, à hauteur de près de 30 % des dépenses d'investissement 2019.

Les recettes d'investissement ont chaque année été supérieures aux dépenses. Ceci a permis aux EHPAD publics autonomes **d'abonder leur fonds de roulement** pour un cumul sur la période 2014/2019 équivalent à près de 23 %, soit 0,7 milliard d'euros. La trésorerie active a pour partie bénéficié de ces abondements, passant de 1,26 milliard d'euros à fin 2014 à 1,52 milliard d'euros à fin 2019, soit une croissance annuelle moyenne de près de 4 %.

Exprimée en jours de recettes de fonctionnement, **la trésorerie active** a augmenté sur la période d'un peu plus d'une semaine, passant de 86 jours en 2014 à 94 jours en 2019, soit l'équivalent d'un peu plus de 3 mois de recettes de fonctionnement, ce qui apparaît comme un niveau relativement important. Seule la trésorerie active est étudiée, la trésorerie passive étant très faible pour les EHPAD publics autonomes, à hauteur pour illustration de 17,8 millions d'euros à fin 2019, soit 1,2 % de la trésorerie active[23].

En raison d'emprunts nouveaux annuels significatifs, **l'encours de dette** des EHPAD publics autonomes a également augmenté chaque année, passant de 2,9 milliards d'euros en 2014 à 3,2 milliards d'euros en 2019, soit une croissance annuelle moyenne de 2,2 %. **Le taux d'endettement**, soit le poids de l'encours de dette exprimé en fonction du total des recettes de fonctionnement, est relativement stable sur la période étant donné que les recettes de fonctionnement ont également progressé. Il est compris entre 54 et 56 %, avec les valeurs extrêmes pour les deux premières années et un taux proche de 55 % en 2019. Malgré la hausse de l'encours de dette, **le délai de désendettement**, soit le rapport entre l'encours de dette et la CAF, s'améliore puisque la CAF a augmenté plus fortement que l'encours. De 9,1 années de CAF en 2014, le délai de désendettement a atteint son niveau le plus dégradé de la période en 2015 (9,4 années) et s'établit à 8,4 années en 2019, niveau le plus favorable.



[23] Fin 2019, la trésorerie passive est composée quasi-exclusivement de crédits et lignes de trésorerie, la trésorerie active de comptes au Trésor (c/515).

NOTES DE L'ÉDITO

i - « Le regard des Français sur l'évolution des liens sociaux en France », Enquête IFOP pour l'Odas, septembre 2021
ii - L'engagement bénévole des personnes de plus de 65 ans est passé de 37% en 2010 à 31% en 2019 selon une enquête France Bénévolat-IFOP de mars 2019 intitulée « L'évolution de l'engagement bénévole associatif en France de 2010 à 2019 »
iii - Dans son ouvrage *Après nous le déluge*, Peter Sloterdzick diagnostique une rupture de la transmission dans nos sociétés, en rappelant que l'homme sans passé n'a pas d'avenir.
iv - www.odas.apriles.net et https://odas.labau.org/
v - Parmi ces initiatives, on peut notamment citer « L'outil en mains », « Lire et faire lire » ou « La journée citoyenne » qui favorisent toutes l'inclusion active des aînés dans la société.

SIGLES

AGGIR autonomie gérontologique et groupes iso-ressources
APA allocation personnalisée d'autonomie
API accompagné, partagé et inséré dans la vie locale
ARS agence régionale de santé
ASH aide sociale à l'hébergement
ASV adaptation de la société au vieillissement
BA budget annexe
CAF capacité d'autofinancement
CARE capacités, aides et ressources
CCAS-CIAS centres (inter)communaux d'action sociale
CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DGFiP Direction générale des finances publiques
DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Loi ELAN loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique
EPRD état des prévisions de recettes et de dépenses
EPS établissements publics de santé
FHF Fédération Hospitalière de France
GIR groupes iso-ressources
GMP GIR moyen pondéré
IFOP Institut français d'opinion publique
IGAS Inspection générale des affaires sociales
IGF Inspection générale des finances
INED Institut National d'Études Démographiques
INSEE Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS loi de financement de la Sécurité sociale
LIVIA Lieux de vie et autonomie
OFGL Observatoire des finances et de la gestion publique locale
PASA pôle d'accueil et de soins adaptés
PLFSS projet de loi de financement de la Sécurité sociale
SAAD services d'aide et d'accompagnement à domicile
TMP tarif moyen pondéré
UHR unités d'hébergement renforcé
USLD unité de soins de longue durée
VQS vie quotidienne et santé

AVERTISSEMENT

Les données figurant dans le présent document sont fournies à titre indicatif et ne constituent pas un engagement de La Banque Postale Collectivités Locales. Ce document est fourni à titre informatif.
La reproduction totale ou partielle du présent document doit s'accompagner de la mention La Banque Postale Collectivités Locales.

Pour vous abonner
aux publications de la Direction des études :



La Banque Postale Collectivités Locales
Société Anonyme au capital de 100 000 euros
Siège social : 115 rue de Sèvres 75006 Paris
792 665 572 RCS Paris

Pour nous contacter
https://www.labanquepostale.fr/collectivites.html
etudes-secteurlocal@labanquepostale.fr

Réalisé par la Direction des études de La Banque Postale Collectivités Locales
Directeur de la publication : Serge Bayard - Responsable de rédaction : Luc Alain Vervisch
Auteur : Sébastien Villeret - ISSN 2429-1013

Auteurs (pour l'Odas) : Claudine Padieu, Marie Salaün

LA BANQUE POSTALE
COLLECTIVITÉS LOCALES