

LES EHPAD PUBLICS AUTONOMES

Portrait et situation financière

N°5 – JANVIER 2018

Ce cinquième numéro de notre collection aborde le sujet de la prise en charge des personnes âgées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Quelles sont les caractéristiques de ces établissements ? Comment sont-ils financés ? Avec quels enjeux ? Sans prétendre à l'exhaustivité, cette publication dresse un état des lieux des EHPAD publics autonomes, acteurs majeurs de la prise en charge des personnes âgées.

EDITO



Serge Bayard

Président de
La Banque Postale
Collectivités Locales

La prise en charge des personnes âgées est un sujet majeur pour les acteurs des territoires depuis plusieurs décennies. Le vieillissement de la population française est tangible. Les établissements pour personnes âgées dépendantes sont d'ores et déjà confrontés à un vieillissement croissant de leurs résidents et à la prise en charge de la dépendance plus lourde.

Accueillir un public en augmentation avec des pathologies plus lourdes est un défi pour les finances publiques, qui va s'alourdir quand les baby-boomers auront atteint l'âge de la dépendance en 2030.

L'enjeu sera à la fois financier avec la capacité des acteurs publics et privés à construire et ouvrir des places en établissement et à la fois organisationnel à travers une politique de maintien à domicile efficace.

La Banque Postale et La Poste ont toutes deux un rôle à jouer, l'une à travers l'accompagnement financier, notamment en finançant des projets de réhabilitation d'établissement, l'autre à travers les services à la personne.

Bonne lecture !

Sommaire

1- Contexte et présentation du secteur.....	3
2- La situation financière des EHPAD publics autonomes.....	8
3- Précisions méthodologiques	10
4- Parole d'expert	11

1- Contexte et présentation du secteur

Le vieillissement de la population : un enjeu démographique majeur

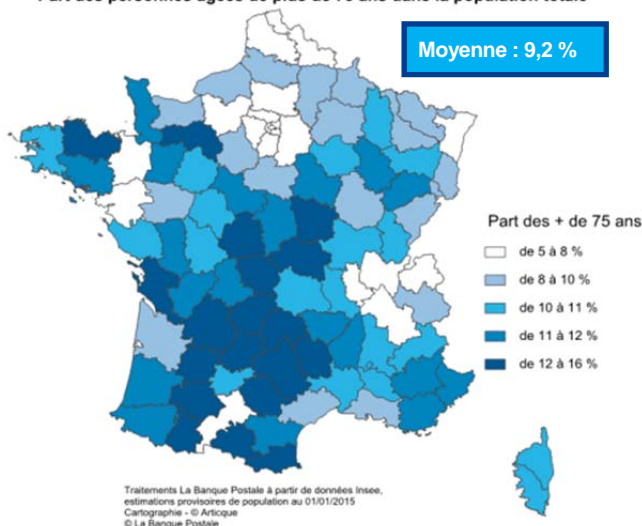
Entre l'allongement de l'espérance de vie et la perte d'autonomie, le vieillissement de la population est un facteur de croissance de la demande de prise en charge des personnes âgées dépendantes et un enjeu majeur pour les finances publiques.

En 2015, un quart de la population française a plus de 60 ans et 6 millions de personnes ont plus de 75 ans (**soit 9,2 % de la population**). Le département de la Creuse affiche la plus grande part de personnes de plus de 75 ans (15,6 % de la population du département), à l'inverse du département de Seine-Saint-Denis qui affiche la plus faible part (5,3 %).

Parmi les personnes de plus de 75 ans, 10 % fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

En 2060, la part des personnes âgées de 75 ans et plus sera doublée selon les projections de l'Insee mais c'est dès 2030, quand les baby-boomers auront atteint l'âge de la dépendance, que les établissements seront confrontés à une demande plus grande et une dépendance plus lourde de leurs résidents.

Part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population totale

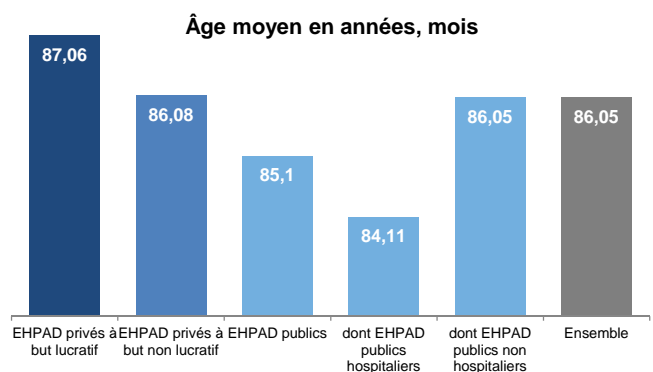


En France, la prise en charge des personnes âgées dépendantes est assurée soit à domicile (sur 1,3 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie APA, 37 % vivent à domicile), soit en établissement par plusieurs acteurs publics ou privés : les maisons de

retraite non médicalisées, les logements-foyers, les unités de soins de longue durée et les services de soins et d'accompagnement à domicile.

Dans ce paysage, les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont un des acteurs de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Au 1^{er} janvier 2016, ils sont 7 442 et accueillent 590 199 personnes. Cette population accueillie en EHPAD a progressé de 7,0 % par rapport à 2011 et a augmenté plus rapidement que l'offre (+ 6,2 %) malgré une politique en faveur du maintien à domicile.

L'âge moyen d'entrée des résidents en EHPAD est de plus en plus élevé, il est de 86 ans en moyenne alors qu'il était de 84 ans en 2007. Il est plus élevé dans les EHPAD privés que dans les EHPAD publics (85 ans). Les femmes, qui représentent les trois quarts des résidents en établissement, sont âgées en moyenne de 87 ans tandis que les hommes sont âgés de 82 ans.



Dans le même temps, le niveau de dépendance est de plus en plus lourd (55 % des résidents ont un GIR¹ compris entre 1 et 2, soit le niveau de dépendance le plus lourd).

Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

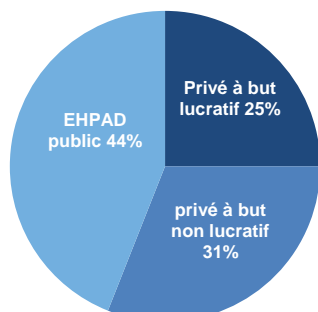
Un EHPAD est une structure médicalisée habilitée par l'État à recevoir des personnes de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, pour des séjours permanents ou spécifiques (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil Alzheimer, etc.) et à leur dispenser des soins. Quel que soit son statut juridique, il doit respecter les règles de fonctionnement inscrites dans le code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹ GIR : Groupe Iso Ressources

Les différents statuts juridiques

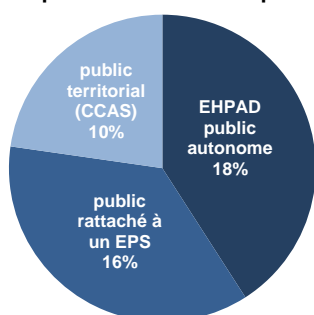
Il existe plusieurs statuts juridiques pour les EHPAD. Il peut être **public**, **privé associatif** ou **privé à but lucratif**.

Répartition des EHPAD par statuts juridiques



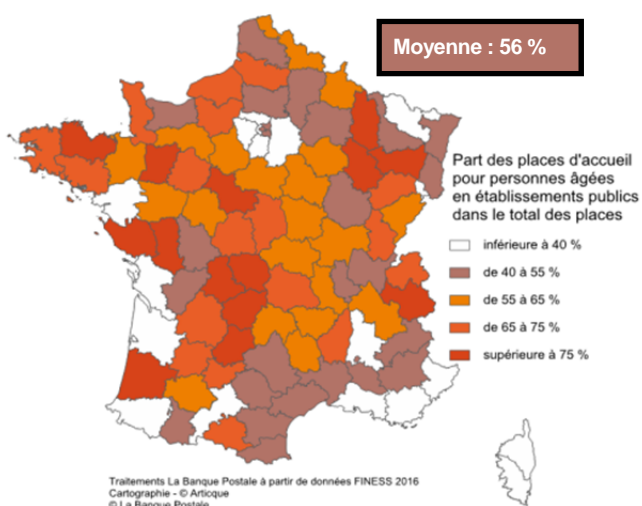
L'EHPAD public (44 % des EHPAD totaux) peut être autonome (18 % des EHPAD totaux), ou territorial (rattaché à un CCAS) ou rattaché à un établissement public de santé (EPS).

Répartition des EHPAD publics



L'EHPAD public a une plus grande capacité d'accueil que les autres types d'établissement (84 personnes en moyenne par établissement en 2015) et regroupe la moitié des places (**56 %** en 2015).

Part des places d'accueil en établissements publics

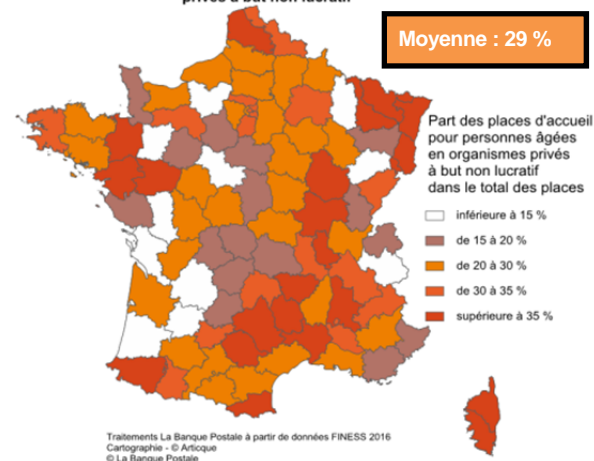


Les établissements gérés par une personne publique sont soumis aux règles de la comptabilité publique (art. R.314 -1 du CASF). Ils doivent respecter une nomenclature unique s'appuyant sur la M22.

La gouvernance des EHPAD publics autonomes est spécifique puisque même si l'établissement a été créé par arrêté par un département ou une commune, il ne dépend pas d'une collectivité ou d'un centre hospitalier. L'EHPAD public autonome est géré par son directeur général, appuyé d'une équipe de direction, qui négocie et rend compte de sa gestion aux autorités publiques de tarification (le département et l'agence régionale de santé ARS) et à son conseil d'administration.

L'EHPAD privé peut être à **but non lucratif** (associatif) ou à **caractère commercial**. Il peut être - ou non - habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le secteur associatif totalise **29 % des places** en maisons de retraite et se caractérise par un nombre important d'établissements de petite capacité. Les structures privées commerciales se développent rapidement et concentrent leur prise en charge sur la grande dépendance.

Part des places d'accueil en établissements privés à but non lucratif



Les EHPAD de droit privé ne sont assujettis ni à une comptabilité publique ni à l'emploi d'un comptable public. Ils tiennent une comptabilité et établissent un budget au titre d'une année civile (art. R.314-4 du CASF), conformément au plan comptable général.

Derrière les moyennes, les situations territoriales sont très disparates : en métropole, la part des

places d'accueil pour personnes âgées en établissements publics s'échelonne de 15 % pour les Bouches-du-Rhône à 91% pour les Landes tandis que la part des places en organismes privés à but non lucratif dans le total des places varie de 4 % pour l'Eure à 74 % pour la Moselle.

Ces disparités sont liées au contexte démographique, social et économique du territoire, mais elles reflètent également les politiques menées par les conseils départementaux et les agences régionales de santé.

Quelles sont les ressources de l'EHPAD et qui sont les financeurs ?

Les ressources d'un établissement dépendent notamment de la tarification de trois prestations payées par trois financeurs.

- Le tarif « hébergement »

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale qui ne sont pas liées à la dépendance du résident (art. R.314-159 et R.314-162 du CASF).

Le tarif « hébergement » est entièrement à la charge du résident ou de sa famille, déduction faite, éventuellement, de l'allocation personnalisée au logement (APL). Ce tarif peut être pris en charge par l'aide sociale départementale via l'aide sociale à l'hébergement² (ASH) si les ressources de la personne âgée et des personnes tenues à l'obligation alimentaire ne suffisent pas. Dans ce cas, l'établissement doit être obligatoirement conventionné à l'aide sociale. Cette prise en charge, liée à l'insuffisance de revenus de la personne âgée et de ses obligés alimentaires, présente un caractère d'avance. Elle est donc récupérable sur la succession de la personne âgée bénéficiaire de cette aide.

- Le tarif « dépendance »

Le tarif « dépendance » intègre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la

vie qui ne sont pas liées aux soins. Il s'agit des surcoûts hôteliers liés à l'état de dépendance (art. R.314-160 et R.314-162 du CASF) ; par exemple, l'aide à l'habillage, à la toilette ou aux repas.

Afin de déterminer le niveau de dépendance des personnes âgées et de définir leur besoin, six groupes iso-ressources (GIR) ont été créés. Ces groupes permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ce classement s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie gérontologie-groupe iso-ressources) qui permet de pondérer différentes variables : la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication.

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

À l'inverse, **le GIR 6** concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

Les personnes classées en GIR 5 et 6 ne peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie. Elles ont accès à l'aide-ménagère des régimes de retraite ainsi qu'à l'aide pour une garde à domicile.

Le tarif « dépendance » est financé en grande partie par le conseil départemental, sous la forme d'une dotation globale ou d'un prix de journée versée à l'établissement. Reste à la charge du résident, quels que soient ses revenus, une part du tarif appelée « talon APA » ou ticket modérateur. Selon la Lettre de l'ODAS de juin 2017, l'APA versé aux établissements par les départements s'élève à 2,4 milliards d'euros en 2016. Depuis cinq ans, cette dépense augmente chaque année en moyenne de 3,5 %, en lien avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires et une hausse de l'allocation moyenne versée. La dépendance des pensionnaires présents dans les établissements s'aggrave avec leur avancée en âge, ce qui augmente le coût de prise en charge.

- Le tarif « soins »

Le tarif « soins » prend en compte les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents (art. L.314-9 du CASF).

² L'ASH est versée par les services du département. Chaque département a son propre règlement d'aide sociale. Les règles de versement sont donc différentes en fonction des départements. En général, les services du département paient la partie non couverte par les revenus du résident et récupèrent ensuite la participation des obligés alimentaires lorsqu'il y en a.

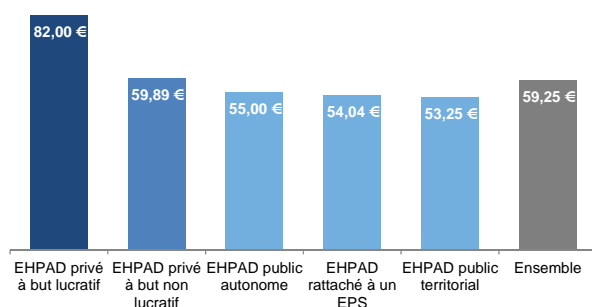
Le tarif « soins » est entièrement pris en charge par l'assurance maladie via les agences régionales de santé (ARS).

- Les différences de tarif d'hébergement par nature d'établissement

Pour étudier les tarifs des EHPAD, la caisse nationale pour l'autonomie (CNSA) a recensé les prix proposés par les établissements (*Portail CNSA au 31 décembre 2016, Analyse statistique n°4*). En 2016, le prix d'hébergement permanent médian par jour et par personne varie de **59 euros** pour une chambre seule à **56 euros** pour une chambre seule habilitée à l'ASH. Ainsi, le tarif médian pour un résident est de **1 949 euros par mois**. Il est plus élevé dans les zones urbaines (3 154 euros par mois à Paris et dans les Hauts-de-Seine) que dans les zones rurales (1 616 euros par mois dans la Meuse et 1 658 euros par mois en Vendée).

Il existe une dispersion en fonction de la nature juridique des établissements puisque les EHPAD publics et privés associatifs affichent des prix médians d'hébergement plus bas : respectivement 54 euros (1 632 euros par mois) et 60 euros (1 797 euros par mois). Le prix médian en EHPAD privé commercial est égal à 82 euros (2 460 euros par mois). Les facteurs de localisation, ancienneté du bâti, statut, habilitation à l'aide sociale jouent sur le prix.

Prix par jour en hébergement permanent selon le statut juridique



En résumé, le reste à charge mensuel moyen en établissement public est environ de **1 600 euros** : 1 500 euros de frais d'hébergement et 100 euros de ticket modérateur APA. Ce reste à charge est de l'ordre de 2 400 euros dans les EHPAD privés commerciaux.

80 % des personnes en EHPAD ont des ressources inférieures au coût de leur hébergement. Elles font très souvent appel à la contribution financière de leurs proches.

La régulation du secteur

- Une transformation profonde de l'offre

Au début des années 2000, plusieurs constats font apparaître une médicalisation insuffisante des établissements, un manque de places important en maison de retraite et une offre ne répondant pas aux nouvelles spécificités du secteur.

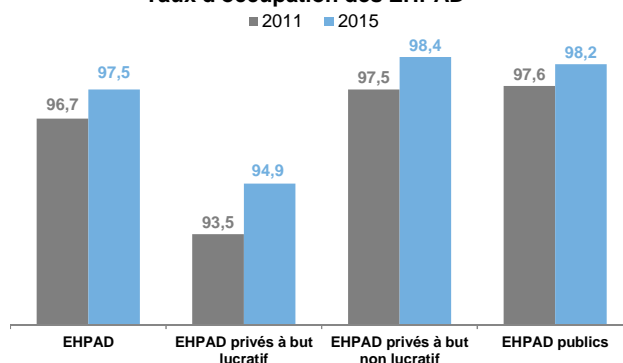
Plusieurs lois et plans de création de places vont se succéder à l'initiative du gouvernement pour pallier ces manques. En première étape, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé les EHPAD qui ont remplacé les maisons de retraite traditionnelles et ont intégré un volet soins dans la prise en charge. En dix ans, 80 % des structures se sont transformées en EHPAD.

Sur la période 2003-2008, le plan Vieillesse et Solidarité a créé 10 000 places supplémentaires en EHPAD. Puis, sur la période 2007-2016, deux plans quinquennaux successifs Solidarité Grand Age ont notifié la création de 86 000 places en établissements et services pour un coût de 851 millions d'euros.

En 2016, le bilan fait état de 73 000 nouvelles places installées en quinze ans dont 38 500 en EHPAD.

Les taux d'occupation³ dans les EHPAD sont élevés, en moyenne **97,5 %** en 2015. Les EHPAD publics font face à un taux d'occupation plus grand que les EHPAD privés à but lucratif (98,2 % contre 94,9 %). Ces taux indiquent qu'il reste des marges de manœuvre dans ces derniers, vraisemblablement en raison d'un effet prix.

Taux d'occupation des EHPAD



³ Le taux d'occupation est calculé en rapportant le nombre de résidents au nombre total de lits.

- Un coût public important

Le coût public de la perte d'autonomie s'élève à **24 milliards d'euros** (1,1 point de produit intérieur brut), dont 11 milliards sont destinés au financement des EHPAD. Trois quarts de ce montant sont financés par l'assurance maladie au titre des soins et un quart par les départements au titre de la dépendance et l'aide sociale à l'hébergement.

Jusqu'en 2016, le directeur de l'EHPAD signait une convention tripartite avec les autorités de tutelle représentées par le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Cette convention fixait pour 5 ans les objectifs

de qualité de prise en charge et les moyens financiers de fonctionnement (les tarifs).

La loi relative à l'adaptation de la société aux vieillissements remplace la convention par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). La loi impose également un nouvel outil de gestion aux établissements pour anticiper et piloter leur budget : l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD). Le principe reste le même (diagnostic, objectif, fixation du montant des financements et contractualisation sur 5 ans) mais la logique de financement change passant d'un financement par la dépense à un financement par la recette.

Zoom sur le CPOM et la réforme de la tarification

Introduit par la **loi n° 2015-1776** du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le nouveau modèle de la tarification⁴ des EHPAD, vise à objectiver les besoins de financement des établissements en reliant l'allocation de ressources aux besoins en soins des résidents ainsi qu'à leur niveau de dépendance. Cette réforme s'articule autour de deux principaux décrets en date du 21 décembre 2016 :

Le premier décret met en œuvre un forfait global relatif à la dépendance, versé par le département (n° 2016-1814).

Les dispositions issues de l'article 58 de la loi prévoient que les financements versés par les conseils départementaux pour la prise en charge de la dépendance sont déterminés en tenant compte du niveau de dépendance moyen des résidents. Le calcul du forfait global relatif à la dépendance lie le niveau de ressources à allouer à chaque EHPAD au niveau de dépendance des résidents accueillis. L'objectif de cette réforme est de rétablir de l'équité dans la répartition des financements des EHPAD au regard des seuls critères de l'état de dépendance et du besoin en soins des résidents.

Afin de ne pas alourdir la charge financière des conseils départementaux, la convergence des tarifs dépendance des EHPAD est organisée autour du tarif moyen départemental et est étalée sur sept ans afin de permettre aux établissements de se réorganiser en conséquence. Les EHPAD publics, qui bénéficiaient de tarifs dépendance plus élevés que la moyenne, sont surreprésentés parmi les EHPAD convergeant à la baisse. Toutefois, cet impact négatif est contrebalancé par la convergence des tarifs soins grâce à laquelle 83 % des établissements vont recevoir des financements supplémentaires de l'assurance maladie.

Le second décret (n° 2016-1815) détaille le contenu et les modalités du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui se substitue à la convention tripartite conclue entre l'établissement, l'agence régionale de santé et le département. Il généralise le CPOM et le rend désormais obligatoire.

Le CPOM peut être pluriannuel, porter sur plusieurs établissements à la fois et être signé par plusieurs financeurs. Par rapport aux conventions tripartites, il présente plusieurs avantages : une anticipation et une visibilité plus longue en s'inscrivant dans une perspective pluriannuelle, une plus grande maîtrise des moyens et des ressources ainsi qu'une responsabilisation du gestionnaire. D'autre part, il permet une approche dans une logique de groupe, sur plusieurs établissements pour les pluri-gestionnaires, facilitant ainsi la mise en œuvre de logiques de parcours de soins pour les personnes accompagnées.

⁴ La tarification est un processus réglementaire permettant à un organisme public de fixer par arrêté un « tarif » en contrepartie de prestations rendues par un établissement ou service.

Zoom sur le PLFSS 2018

Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018, présenté en septembre 2017, prévoit de nouveaux crédits à hauteur de 4,4 milliards d'euros en faveur du secteur médico-social via l'ONDAM médico-social (objectif national des dépenses d'assurance maladie décliné pour le secteur médico-social) et annonce des places supplémentaires en EHPAD, en accueil de jour et en hébergement temporaire.

Concernant la tarification des EHPAD mise en place en 2017, la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn ne remet pas en cause la réforme et annonce des moyens supplémentaires (100 millions d'euros) pour améliorer les taux d'encadrement et la qualité des accompagnements.

2- La situation financière des EHPAD publics autonomes

Conformément à la comptabilité publique, les EHPAD publics appliquent la nomenclature comptable M22 et présentent leur budget sous un cadre normalisé. Ce budget est un document financier obligatoire qui permet aux financeurs (département ou assurance maladie) de définir les moyens attribués à l'EHPAD en fonction de ses prévisions d'activité et de ses objectifs. Il est basé sur le respect du strict équilibre des charges et produits d'exploitation et structuré de deux façons différentes, en groupes fonctionnels pour les charges et en sections tarifaires pour les produits (hébergement, soin et dépendance). À partir de janvier 2017, les EHPAD doivent présenter un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Cette analyse porte sur les budgets principaux de 1 154 EHPAD publics autonomes de métropole, fournis par la direction générale des finances publiques (DGFIP).

Les dépenses

En 2015, le budget total des EHPAD publics s'élève à **5,4 milliards d'euros**. Ces dépenses se décomposent en dépenses d'exploitation (4,5 milliards d'euros, 83 % du budget total) et en dépenses d'investissement (904 millions d'euros).

Les dépenses d'exploitation sont structurées en trois groupes.

Budget EHPAD 2015

Section d'exploitation	En Md€
Dépenses	4,50 Mds€
groupe 1 : Exploitation courante	0,6
groupe 2 : Personnel	3,2
groupe 3 : Structure	0,7
Recettes	4,52 Mds€
groupe 1 : produits de la tarification	4,1
dont produits à la charge de l'assurance maladie	1,3
dont produits à la charge du département	0,8
dont produits à la charge de l'utilisateur	1,9
groupe 2 : Autres produits relatifs à l'exploitation	0,1
groupe 3 : Produits financiers et exceptionnels	0,1
Excédent / déficit	0,02 Md€

- Les dépenses de groupe 1

Les dépenses de groupe 1 correspondent aux dépenses d'exploitation de l'établissement comme l'alimentation ou les charges à caractère médical, ainsi que les charges de transports des usagers. En 2015, elles s'élèvent à **616 millions d'euros (15 % des charges d'exploitation** hors dotations aux amortissements et provisions). Ce sont des charges qui varient directement selon le nombre de résidents. Elles augmentent de 1,7 % entre 2014 et 2015.

- Les dépenses de groupe 2

Les dépenses de groupe 2 correspondent aux dépenses de personnel et représentent le premier poste de charges (**77 % des charges d'exploitation** hors dotations aux amortissements et provisions) ; ces charges dépendent des effectifs par catégorie, de l'organisation, du taux d'encadrement et de la composition des équipes. En 2015, elles s'élèvent à **3,2 milliards d'euros** et augmentent de 4,3 %.

- Les dépenses de groupe 3

Le groupe 3 (**692 millions d'euros, 15 % des charges**) correspond aux dépenses afférentes à la structure et se compose majoritairement des postes directement liés aux acquisitions d'immobilisations :

- les services extérieurs, 205 millions d'euros, comprenant notamment les charges de location, l'entretien et les réparations ;
- les dotations aux amortissements et les dotations aux provisions, parmi lesquelles la dotation aux provisions pour renouvellement des immobilisations (339 millions d'euros);
- les frais financiers (93 millions d'euros).

Les charges exceptionnelles, quant à elles, s'élèvent à 25 millions d'euros.

Les produits de la section d'exploitation

L'ensemble des produits s'élève en 2015 à **4,5 milliards d'euros**, constitué principalement des produits de la tarification (groupe 1).

- Les produits de groupe 1

Les produits de groupe 1 (95 % des recettes) regroupent ceux issus des trois sections tarifaires (soin, hébergement et dépendance). Ils atteignent **4,1 milliards d'euros** en 2015 et se décomposent en produits à la charge de l'assurance maladie (1,3 milliard d'euros), produits à la charge du département (0,8 milliard) et produits à la charge de l'utilisateur (1,9 milliard d'euros, montant qui comprend les APL que l'utilisateur peut recevoir). Ces produits progressent de 3,5 %.

- Les produits de groupe 2

Parmi **les produits de groupe 2 relatifs à l'exploitation**, les recettes d'activités annexes sont globalement faibles (136 millions d'euros) et évoluent de + 4,2 % en 2015.

- Les produits de groupe 3

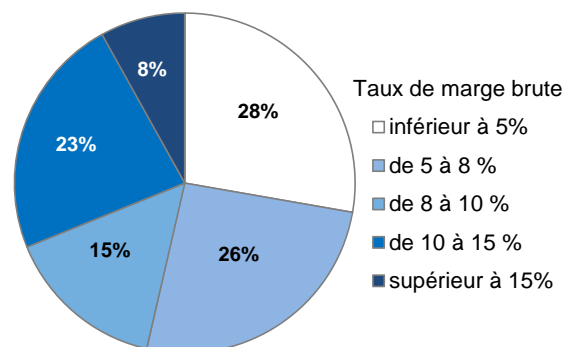
Les produits du groupe 3, produits financiers et produits exceptionnels sont en grande partie constitués par les reprises sur provisions (125 millions d'euros).

La marge brute et le résultat

Différents soldes et ratios peuvent être calculés.

La marge brute, 347 millions d'euros, sert au financement des investissements et au remboursement de la dette et s'obtient en retraçant les mouvements exceptionnels et financiers ainsi que les dotations et reprises sur amortissements et provisions du résultat net. En moyenne, le taux de marge brute (marge rapportée aux produits) est égal à 8 %. Ce taux est disparate d'un établissement à l'autre et d'un département à l'autre. Plus d'un quart des EHPAD publics autonomes ont un taux de marge brute inférieur à 5 %. A l'inverse, **31 % d'entre eux ont un taux supérieur à 10 %** et 8 % supérieur à 15 %.

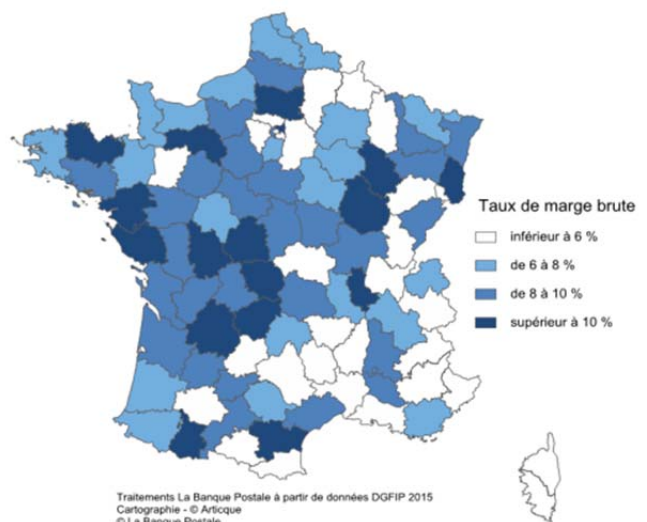
Répartition des EHPAD publics autonomes en fonction de leur taux de marge brute



Lecture : 28 % des EHPAD publics autonomes ont un taux de marge brute inférieur à 5 %.

Au niveau départemental (en agréant les marges brutes des établissements par département), ce taux de marge est inférieur à 5 % pour neuf départements. À l'inverse, il est supérieur à 10 % pour vingt départements.

Taux de marge brute des EHPAD publics autonomes par département



Le résultat net (différence entre le total des produits et le total des charges) s'élèvent à 20 millions d'euros en 2015.

Les investissements

La section d'investissement donne une synthèse du patrimoine en deux parties : emplois et ressources.

Les emplois sont destinés à couvrir notamment les remboursements des emprunts (195 millions d'euros), la production ou l'acquisition de biens mobiliers et immobiliers (591 millions d'euros).

Les ressources de la section d'investissement regroupent les provisions et réserves, les dons et legs en capital, les subventions d'équipement versées notamment par l'ARS et le département, les emprunts contractés au cours de l'exercice (349 millions d'euros), les amortissements et l'excédent d'exploitation affecté à l'investissement.

Section d'investissement	En Md€
Emplois	0,90 Md€
dont remboursement d'emprunt	0,20
dont acquisition d'immobilisations	0,59
Ressources	0,92 Md€
dont apports, réserves	0,12
dont subventions d'équipement reçues	0,09
dont emprunts	0,35
dont dotations aux amortissements et aux provisions	0,30

Les EHPAD publics autonomes présentent globalement de bons équilibres financiers.

Le fonds de roulement (différence entre les produits totaux et les dépenses totales) est positif et couvre largement le besoin en fonds de roulement pour dégager **une trésorerie de niveau élevé** qui atteint un montant de **1,3 milliard d'euros** fin 2015. Ce niveau correspond en moyenne à **107 jours** de dépenses d'exploitation.

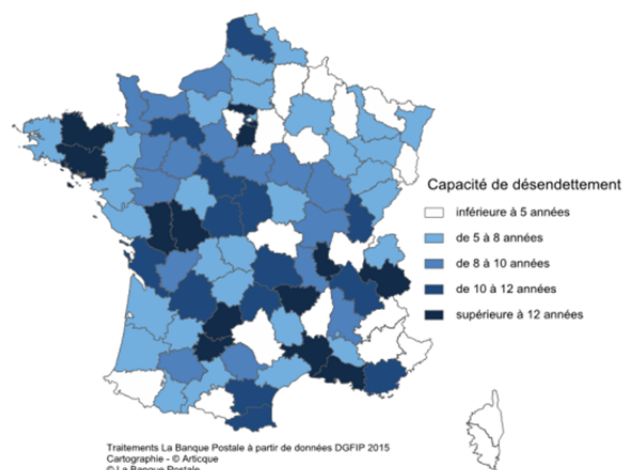
Ce ratio de trésorerie est variable d'un établissement à l'autre : il est inférieur à 40 jours pour un quart des établissements et supérieur à 144 jours pour les 25 % qui ont un ratio de trésorerie le plus élevé.

L'encours de dette des EHPAD s'élève au 31 décembre 2015 à **3,1 milliards d'euros** et leur capacité à rembourser leur emprunt - la capacité

de désendettement⁵ - correspond à **9 ans** de capacité d'autofinancement.

Le stock de dette par département est en moyenne de 2,7 millions d'euros par établissement. Cette dette est inégalement répartie sur le territoire et les disparités de situation s'illustrent également sur les capacités de désendettement.

Capacité de désendettement des EHPAD publics autonomes par département



3- Précisions méthodologiques

Champs de l'étude : l'analyse financière porte sur les budgets principaux de 1 154 EHPAD publics autonomes.

Sources : Les données qualitatives et quantitatives sont issues du fichier STATISS 2016 (statistiques et indicateurs de la santé et du social) fourni par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) pilotée par la DREES, ainsi que du portail internet de la Caisse Nationale pour l'Autonomie (CNSA).

Les données sur l'APA sont issues de la Lettre de l'ODAS 2017.

Les données financières sont obtenues après un traitement de La Banque Postale Collectivités Locales à partir des balances comptables 2014 et 2015 fournies par la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP).

⁵ Capacité de désendettement = encours de dette au 31/12/2015 sur marge brute 2015

4- Parole d'expert



Marie-Catherine DOURTHOUS

Directrice de l'EHPAD de Mugron (40)

En 2017, l'EHPAD de Mugron vient d'achever une opération de réhabilitation/extension de 84 lits nécessitant un emprunt bancaire de 3,9 millions d'euros et un prêt locatif social de 800 000 euros. La Banque Postale est partenaire de ce projet.

L'élaboration du projet d'humanisation de l'EHPAD a été l'occasion de structurer la démarche très en amont en conformité avec les nouvelles règles de gestion ; qu'il s'agisse de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ou du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM). L'établissement s'est fait accompagner par un cabinet conseil expert dans le domaine depuis 3 ou 4 ans c'est-à-dire bien avant la mise en application des évolutions.

Les changements annoncés, EPRD et CPOM vont, lorsqu'ils seront effectifs, fortement impacter la gestion des EHPAD avec :

- un retournement de logique (les recettes avant les dépenses),
- la maîtrise et la transparence de données financières (besoin en fonds de roulement, capacité d'autofinancement...) qui n'étaient pas forcément des éléments suivis en budget prévisionnel,
- des engagements pluriannuels dans le cadre du CPOM (ce qui est indispensable pour accompagner les opérations travaux de grandes envergures qui doivent s'appuyer sur des prix de journées hébergement et dépendance).

Cependant, la période actuelle est un peu particulière car certaines annonces ne sont pas suivies d'effet, ou alors les effets sont partiels. Par exemple la campagne budgétaire 2017 s'est appuyée sur un EPRD de transition. Il faudra attendre un peu encore pour que l'ensemble du dispositif financier soit déployé. Pour les CPOM, un calendrier pluriannuel en prévoit leur signature progressive à partir de 2018. Et la réforme de la tarification de la section dépendance n'est pas appliquée de la même façon d'un département à un autre.

L'approche territoriale des coopérations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est un autre vaste sujet avec déjà beaucoup de littérature. C'est vrai que depuis quelques années, et sous l'impulsion récente de la loi de modernisation, les coopérations se renforcent dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) au sein, surtout, du secteur sanitaire. Le secteur médico-social sera certainement rattrapé par ces évolutions dans les années à venir.

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.



Accès Territoires

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
etudes-secteurlocal@labanquepostale.fr
<https://www.labanquepostale.com/legroupe/actualites-publications/etudes.financeslocales.html>

Réalisé par la Direction des études de La Banque Postale Collectivités Locales
Directeur de la publication : Serge Bayard - Auteur : Leticia Hachem



COLLECTIVITÉS
LOCALES