Questions d'économie de la Santé

n° 295 - Décembre 2024

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/295-les-ehpad-les-plus-chers-ne-sont-pas-les-meilleurs.pdf

Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs

Anne Penneau et Zeynep Or, en collaboration avec Roseline Vincent (Irdes)

Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) offrent à la fois un accompagnement pour réaliser les actes de la vie quotidienne, des soins médicaux et un hébergement. L'accompagnement et les soins sont financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les départements, tandis que le coût de l'hébergement est payé par les résidents. Le prix d'hébergement en Ehpad varie entre les établissements de 1 400 euros à plus de 6 000 euros par mois, avec des tarifs plus onéreux dans les établissements appartenant au secteur privé lucratif que dans les établissements publics ou privés non lucratifs. Le secteur économique des Ehpad se caractérise en outre par des contextes concurrentiels très différents sur le territoire. D'une part, certains départements sont nettement mieux dotés que d'autres en places d'hébergement et, d'autre part, le secteur privé lucratif représente dans certains départements la moitié ou plus des places disponibles, alors qu'il peut être très minoritaire ailleurs.

Cette étude, grâce à un appariement original de données de différentes sources (Système national des données de santé-SNDS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Drees et CNSA), met en relation les prix d'hébergement avec différentes dimensions de la qualité (caractéristiques des locaux, accompagnement des résidents, soins…) et le contexte concurrentiel local. Les deux principaux déterminants des prix sont la localisation de l'Ehpad et le statut juridique privé lucratif. En revanche, des tarifs d'hébergement plus élevés ne sont généralement pas associés à une meilleure qualité. En outre, les tarifs des établissements privés lucratifs sont d'autant plus élevés que la part du secteur non lucratif est plus faible ; ce pouvoir de marché plus important du secteur lucratif s'accompagne aussi d'une fréquence plus élevée des hospitalisations des résidents dans ces établissements (réadmissions à 30 jours, hospitalisations potentiellement évitables, hospitalisations non programmées), ce qui interroge la qualité des soins fournis.

L'entrée en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représente un coût financier important pour les résidents et leur famille, qui doivent financer le prix d'hébergement. Le coût moyen mensuel s'élève à 2 000 euros en 2019, ce qui dépasse le revenu moyen des retraités en France, estimé à 1 500 euros brut par mois (Arnaud *et al.*, 2021). De plus, le prix d'hébergement varie considérablement entre les établissements, de près de 1 400 euros à plus de 6 000 euros par mois.

En France, les prix d'hébergement peuvent être fixés librement par l'établissement, ou négociés avec le département pour les places habilitées à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH), une aide financière destinée aux résidents les plus pauvres. En 2015, les trois quarts des établissements non lucratifs (publics ou privés) avaient toutes leurs places habilitées à l'ASH. En revanche, les établissements privés lucratifs fixent librement leur prix, 18 % de leurs places en moyenne ayant des prix négociés avec les départements. Leurs tarifs

sont supérieurs de 900 euros par mois en moyenne par rapport aux établissements non lucratifs (graphique). La variation des prix est également plus importante dans le secteur lucratif.

Les prix d'hébergement ne reflètent pas la qualité de l'Ehpad

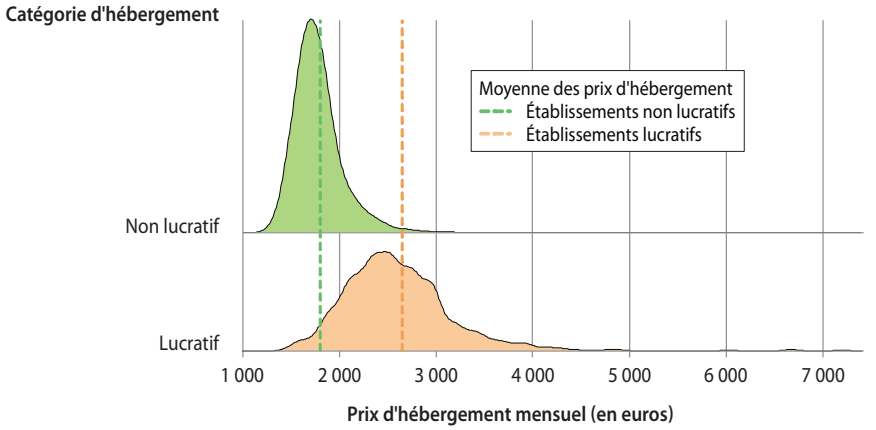
Le tarif d'hébergement couvre les investissements immobiliers, l'entretien des locaux, la restauration, l'administration, ainsi que les activités et animations proposées aux résidents. En revanche, les soins personnels et sanitaires ne dépendent pas du tarif d'hébergement et sont financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les départements. Les financements publics perçus par les établissements varient peu entre les deux secteurs. En effet, tous les établissements, qu'ils soient publics, privés non lucratifs ou privés lucratifs, sont financés de la même manière, en fonction du profil d'état de santé et de perte d'autonomie des résidents et du département dans lequel ils sont implantés[1].

Le choix d'un Ehpad par les personnes âgées et leurs proches repose sur plusieurs critères : l'offre disponible, les prix d'hébergement et la qualité perçue de l'établissement. Cependant, les consommateurs disposent de peu d'information sur la qualité des Ehpad. En France, il n'existe quasiment pas de données ou d'indicateurs accessibles au grand public permettant d'apprécier la qualité des Ehpad, contrairement à d'autres pays. Dans ce contexte, les consommateurs se fient au prix d'hébergement comme indicateur de qualité (Werner *et al.*, 2010 ; Zhao, 2016), même si ce prix ne couvre en réalité pas les soins personnels et sanitaires, qui sont pourtant des dimensions importantes pour les familles. On parle ainsi d'asymétrie d'information, puisque les consommateurs ne disposent pas d'éléments suffisants pour évaluer la qualité des services ou produits qui leur sont proposés.

Dans un marché concurrentiel où l'information sur la qualité et le prix des produits serait parfaite, les prix seraient en théorie égaux au coût moyen le plus bas et la concurrence inciterait les entreprises à améliorer la qualité des produits et des services qu'elles vendent (Rosen, 1974). Toutefois, en cas d'asymétrie d'information, les entreprises dont l'objectif est de maximiser les profits ne fournissent pas le rapport qualité-prix optimal (Cooper and Ross, 1984). Elles utilisent leur avantage informationnel en augmentant les prix et en baissant les coûts, et donc potentiellement en réduisant la qualité.

Kenneth Arrow (1963) fut le premier à suggérer que les organisations à but non lucratif permettent, sur les marchés des

G **Distribution des prix d'hébergement des établissements lucratifs et non lucratifs**



Lecture : Le prix d'hébergement moyen pour une chambre individuelle dans les établissements non lucratifs est en moyenne de 1 900 euros contre 2 800 euros dans les établissements lucratifs.
Champ : France métropolitaine.
Source : CNSA 2019, calculs Irdes.
Télécharger les données

Sources et méthode

Les données utilisées proviennent de l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), qui a recueilli des informations détaillées sur les établissements en 2015. Cette base est ensuite fusionnée avec les données de consommation de soins de santé du Système national des données de santé (SNDS) entre 2014 et 2019, afin de calculer des indicateurs de résultats de qualité à l'aide de données individuelles.

La première analyse des déterminants des prix porte sur 4 352 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dont 3 417 établissements non lucratifs (privés ou publics) et 935 établissements privés lucratifs. La deuxième analyse se concentre sur un total de 935 Ehpad privés à but lucratif, soit 53 % des établissements privés à but lucratif présents sur le marché de 2014 à 2019. Afin d'assurer la représentativité des données, nous avons utilisé des pondérations calculées par la Drees. La sensibilité des résultats à l'utilisation de ces poids a été testée sans trouver de différences significatives. Les données sur la tarification des hébergements pour 2019 sont obtenues auprès de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). L'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux Ehpad – le nombre de lits d'Ehpad pour 100 résidents potentiels à une heure de route de chaque commune française – a été calculée par la Drees en 2015 (Carrère *et al.*, 2021). Le pourcentage d'établissements à but lucratif situés à une heure de route est calculé à partir des données Finess et d'un diagramme de distance mesurant les temps de trajet routier (en heures creuses) entre les 36 568 communes françaises en 2015.

L'indice de pouvoir de marché est estimé par un indice qui tient compte de l'APL (offre d'établissements disponibles) et de la part de marché du secteur privé à but lucratif à moins d'une heure de route de la commune, avec une Analyse en composantes principales (ACP). L'indice correspond au premier axe factoriel de l'ACP, normalisé, et varie de 0 (communes ayant le plus faible pouvoir de marché à but lucratif) à 1 (communes ayant le plus fort pouvoir de marché à but lucratif).

... Suite p. 4

[1] Le montant versé au titre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) aux établissements, appelé « forfait dépendance », dépend d'une formule tarifaire qui est associée au niveau de perte d'autonomie des résidents calculé par la grille Aggir (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources) et de la valeur du point Gir départemental, qui varie d'un département à l'autre. Le montant versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), appelé « forfait soins », est calculé par une formule tarifaire en fonction du profil pathologique des résidents mesuré par l'outil Pathos.

Repères

Ce travail est issu de la thèse de sciences économiques, « Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficience des soins des seniors », d'Anne Penneau, sous la direction de Zeynep Or. Cette thèse a été soutenue à l'université Paris Dauphine le 18 novembre 2022. Le jury était composé de Brigitte Dormont, professeure à l'Université Paris Dauphine-PSL ; Erin Strumpf, professeure associée à l'université de McGill, Canada ; Thomas Rapp, professeur de sciences économiques à l'Université Paris Cité ; Pierre-Gerlier Forest, président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec.

soins de santé, de garantir un niveau de qualité aux consommateurs insuffisamment informés. Hirth (1999) a démontré que, dans des contextes où les consommateurs disposent de peu d'information, la concurrence exercée par les organisations à but non lucratif peut améliorer la qualité des établissements à but lucratif et avoir un effet bénéfique sur leurs performances globales. Ainsi, la présence d'organisations à but non lucratif inciterait les établissements lucratifs à relever leur niveau de qualité pour attirer davantage de résidents.

Nous apportons ici de nouveaux éclairages sur le lien entre prix d'hébergement et qualité, ainsi que sur le rôle joué par la concurrence entre les secteurs non lucratif et lucratif. Dans ce but, nous avons construit un indice de concurrence entre ces deux secteurs et des indices permettant de mesurer différentes dimensions de la qualité des établissements.

Le pouvoir de marché des Ehpad lucratifs, un indicateur du niveau de concurrence qui varie largement selon les départements

Le pouvoir de marché du secteur lucratif est approché à partir d'un indice qui cumule deux dimensions : l'offre globale de places d'Ehpad à une heure de route de chaque commune française et la proportion de ces places appartenant au secteur privé lucratif (encadré Sources et méthode).

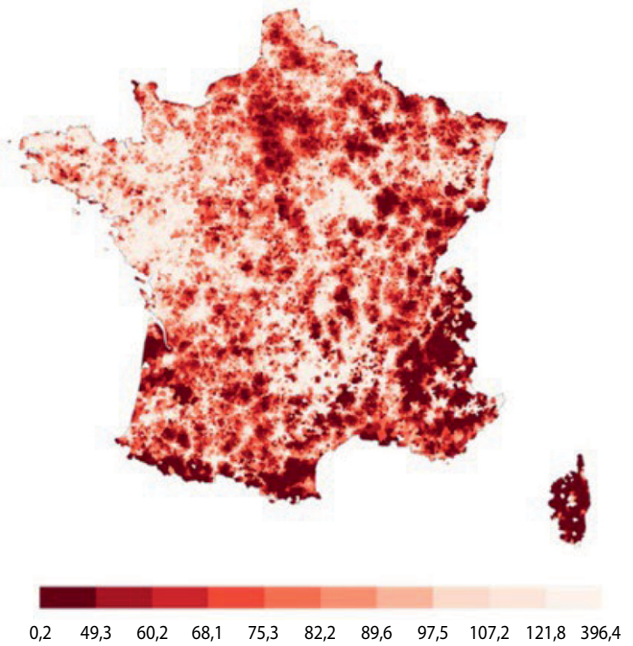
Malgré une offre importante d'Ehpad en France, avec en moyenne 94 places pour 100 résidents potentiels à une heure de route, on observe des variations considérables selon les zones résidentielles : cette offre varie de 157 lits pour 100 résidents potentiels en Lozère, à 63 en Haute-Corse. Dans certaines régions comme l'Ile-de-France, l'Auvergne-Rhône-Alpes ou la Corse, de nombreuses communes sont situées dans une zone sous-dotée en Ehpad, contrairement à d'autres régions mieux pourvues, comme la Bretagne (carte 1).

Les Ehpad privés lucratifs représentent 22 % de l'offre globale, mais il existe de fortes variations régionales. Ainsi, la proportion d'Ehpad lucratifs est supérieure à 40 % en Ile-de-France, en Normandie, en Gironde, en Charente-Maritime, en Corse ou encore dans les Bouches-du-Rhône, tandis que cette proportion est inférieure à 10 % dans les départements bretons, du Pays de Loire ou du Grand-Est (tableau en annexe électronique).

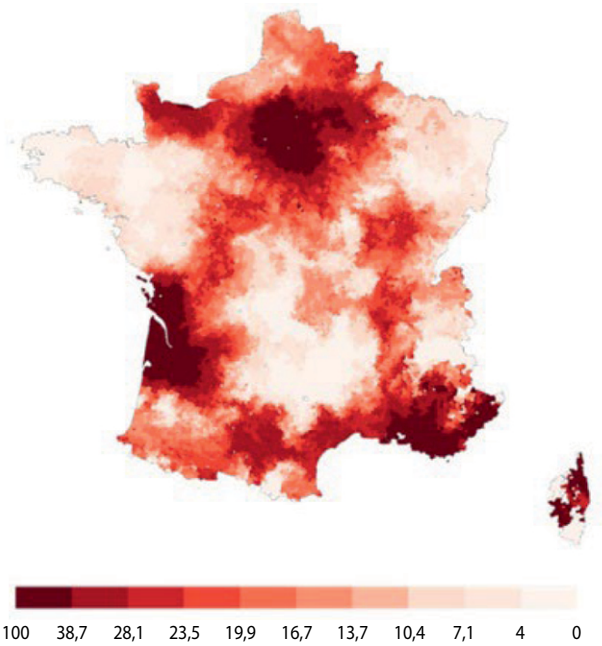
C1

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux Ehpad et de proportion d'Ehpad privés lucratifs à une heure de route

Carte 1a. Nombre de lits pour 100 potentiels résidents



Carte 1b. Proportion de lits appartenant au secteur lucratif (en %)



Lecture : Les 10 % de communes ayant le niveau d'Accessibilité potentielle localisée (APL) le plus faible, en rouge foncé sur la carte 1a, ont moins de 49 lits pour 100 potentiels résidents à une heure de route, tandis que les 10 % de communes ayant le niveau d'APL le plus élevé, en blanc sur la carte 1a, ont plus de 122 lits pour 100 potentiels résidents à une heure de route. Les 10 % de communes ayant la proportion d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) lucratifs la plus faible, en blanc sur la carte 1b, ont moins de 4 % d'Ehpad lucratifs à une heure de route, tandis que les 10 % de communes ayant la proportion d'Ehpad lucratifs la plus élevée, en rouge foncé sur la carte 1b, ont plus de 39 % des lits qui appartiennent au secteur lucratif à une heure de route de la commune.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Carte 1a : Care, Finess 2015, calculs Drees (Carrère *et al.*, 2021) ; Carte 1b : Finess 2015, Calculs Irdes.

Télécharger les données

SOURCES ET MÉTHODE (SUITE)

Les indices de qualité

Les indices de qualité ont été calculés grâce à un ensemble d'indicateurs, en réalisant une analyse factorielle (Analyse des correspondances multiples-ACM) ; ces indicateurs ont été normalisés de manière à varier de 0 pour l'établissement ayant la qualité la plus faible à 1 pour l'établissement ayant la qualité la plus élevée, à l'aide de la méthode de « normalisation min-max » (Penneau et Or, à paraître).

Le prix d'hébergement correspond au prix pour une chambre seule. Le prix étudié sous-estime le prix réel d'hébergement dans les structures à but lucratif, qui facturent souvent des frais supplémentaires (activités, etc.) en plus du prix de la chambre. Les prix dans les établissements lucratifs correspondent au prix des places privées en excluant les places habilitées à l'aide sociale pour lesquelles les prix sont négociés avec le département. En moyenne, 18 % des lits des établissements à but lucratif sont des lits habilités à l'aide sociale.

Estimation de l'impact de la concurrence du marché sur le prix et la qualité des Ehpad lucratifs

Nous avons spécifié un modèle linéaire dans lequel les prix pratiqués sont déterminés par la qualité de l'Ehpad et le pouvoir de marché dans la commune d'implantation de l'Ehpad lucratif, en contrôlant les caractéristiques des résidents (âge, sexe, et état de santé mesuré par l'âge moyen de décès, le score moyen des pathologie (Pathos) et le score moyen de dépendance (Gir) dans l'établissement), ainsi que la taille de l'établissement, la proximité d'un service hospitalier (distance au service d'urgence le plus proche de l'établissement) et le prix du mètre carré dans la commune d'implantation. Nous contrôlons également par les caractéristiques du marché au niveau du territoire de vie : part de personnes âgées vivant seules et revenu médian des personnes âgées de 75 ans et plus dans le territoire. Pour répondre aux préoccupations concernant l'endogénéité de l'indice du pouvoir de marché par rapport au prix et à la qualité des établissements, des estimations de variables instrumentales sont réalisées par une analyse des moindres carrés en deux étapes (2SLS). Les variables instrumentales sont les mêmes variables de caractéristiques du marché (le revenu médian des 75 ans et plus, et la part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules), calculées à un niveau territorial plus élevé (dans ce cas, les départements). Ce type d'instrument, déjà utilisé dans la littérature (Forder et Allan, 2014), suppose que la différence de profil de marché entre les niveaux local et départemental n'aura d'impact sur les prix et la qualité que par le biais d'une différence de concurrence. Toutefois, l'écart entre le profil des personnes âgées aux niveaux local et départemental pourrait également avoir un impact sur le niveau de concurrence des autres prestataires sanitaires et médico-sociaux dans la zone, et influencer les prix et la qualité des Ehpad. C'est pourquoi nous avons aussi contrôlé, dans les régressions finales, les niveaux de l'offre de Services d'aide et de soins à domicile (Saad), de résidences autonomies (établissements non médicalisés pour personnes âgées) et d'infirmières libérales au niveau local (à 30 minutes de l'établissement et au niveau départemental.

L'indice de pouvoir de marché du secteur lucratif, qui permet de prendre en compte le cumul de ces deux dimensions, varie ainsi en fonction des territoires (carte 2). Les valeurs de l'indice sont les plus élevées dans les territoires où l'offre d'Ehpad est la plus faible et la proportion d'Ehpad lucratifs plus importante (carte 2). Le département de Haute-Corse présente l'indice de pouvoir de marché le plus élevé (0,77), c'est-à-dire une faible concurrence (63 lits pour 100 résidents potentiels à une heure de route) et une forte offre de privé lucratif (64 % des places) [tableau en annexe électronique]. Le département de la Lozère a pour sa part l'indice moyen le plus faible (0,39), avec 157 lits pour 100 résidents potentiels à une heure de route, et seulement 1,4 % des lits appartenant au secteur privé lucratif.

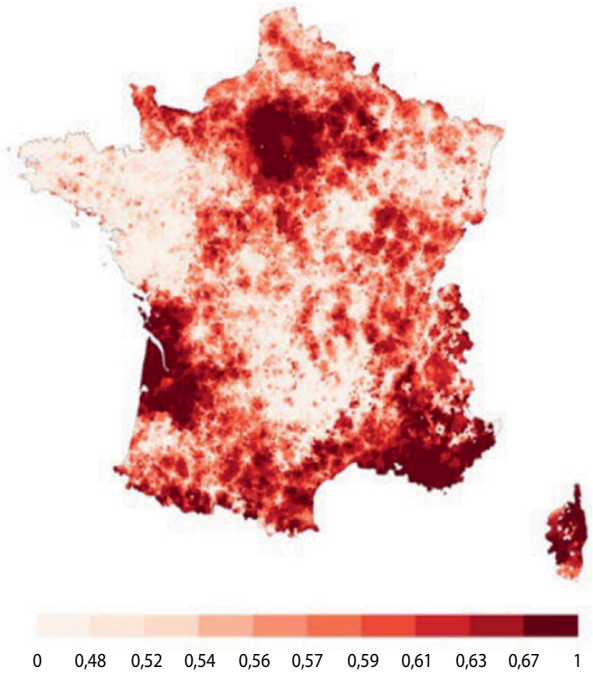
La qualité mesurée varie peu entre les secteurs lucratif et non lucratif

Nous avons évalué cinq dimensions de la qualité des établissements (Penneau et Or, à paraître). La première dimension mesure le niveau d'encadrement

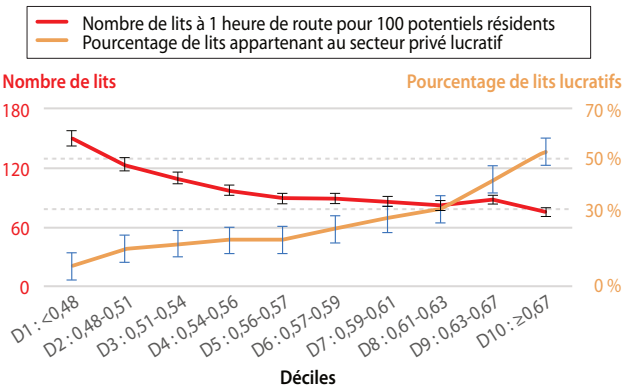
C2

Pouvoir de marché du secteur privé lucratif dans l'offre d'Ehpad

Indice par commune



Indice par décile



Lecture : Les 10 % de communes ayant les indices les plus bas de pouvoir de marché du secteur lucratif (en blanc sur la carte) bénéficient d'une forte offre d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), avec en moyenne 149 lits pour 100 résidents potentiels à une heure de route, et une faible proportion d'Ehpad lucratifs, avec seulement 8 % des lits appartenant au secteur privé lucratif. À l'opposé, les 10 % des communes ayant les indices les plus élevés de pouvoir de marché lucratif (en rouge foncé sur la carte) ont une faible offre d'Ehpad, avec en moyenne 75 lits pour 100 résidents potentiels à une heure de route, et une forte proportion d'Ehpad lucratifs, avec 53 % des lits appartenant au secteur lucratif.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête Care, Finess 2015, calculs Irdes. Télécharger les données

par le personnel soignant (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, etc.), à travers un indice qui prend en compte le nombre d'Équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents, de jour, de nuit et durant les week-ends, ainsi que les difficultés de recrutement déclarées par l'établissement et le taux de *turnover* du personnel (encadré Sources et méthode). La deuxième dimension évalue l'accompagnement par le personnel non soignant (administration, lingerie, cuisine, animation, etc.), essentiel au bon fonctionnement de l'établissement. La troisième dimension repose sur un indice de qualité du bâtiment, intégrant des critères comme l'ancienneté du bâtiment, la surface par résident, la présence d'un jardin, la climatisation des chambres et l'accessibilité aux fauteuils roulants et lits médicalisés. La quatrième dimension porte sur la coordination avec les acteurs externes, notamment à travers le recours à la télémédecine, aux équipes mobiles spécialisées (soins palliatifs, gériatriques, psychiatriques) et à l'hospitalisation à domicile. Enfin, la cinquième dimension évalue les résultats en matière de soins pour les résidents, à partir de la fréquence des hospitalisations (réadmissions à 30 jours, admissions non programmées ou potentiellement évitables). La littérature montre que les hospitalisations répétées et les passages aux urgences des personnes âgées ont des effets négatifs sur leur santé mentale et physique, rendant leur réduction essentielle (Aminzadeh et Dalziel, 2002 ; Gombault Datzenko, 2020).

Certaines dimensions de la qualité n'ont pas pu être prises en compte faute de données disponibles en France, telles que les escarres – indicateur souvent utilisé dans la littérature internationale (Hawes *et al.*, 1997) – , la qualité de l'alimentation ou l'expérience et la satisfaction des résidents et de leurs familles. Néanmoins, les nombreux indicateurs de qualité utilisés dans cette étude sont inédits et constituent des dimensions majeures (Penneau et Or, à paraître). Les indicateurs de qualité mesurés varient relativement peu entre les secteurs lucratif et non lucratif (tableau 1). Cependant, les niveaux de personnel soignant et non soi-

T1 Indicateurs de qualité dans les établissements lucratifs et non lucratifs

	Établissements lucratifs (N=935)		Établissements non lucratifs (N=3 417)	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Encadrement et personnel				
Taux d'encadrement en personnel soignant (pour 100 résidents) :				
• pendant la journée	46,7	12,5	50,4	12,2
• la nuit	2,8	1,6	2,3	1,6
• pendant les week-ends	13,7	5,2	12,8	5,7
Turn-over annuel du personnel soignant	13,6 %	5,5 %	10,7 %	5,7 %
Pourcentage d'établissements déclarant des difficultés de recrutement	48,4 %	50,0 %	43,9 %	49,6 %
Valeur de l'indice d'encadrement en personnel soignant	**0,36**	**0,2**	**0,42**	**0,23**
Taux d'encadrement en personnel non soignant (pour 100 résidents)	**7,2**	**5,2**	**9,1**	**6,8**
Qualité du bâtiment				
Année de construction ou de la dernière rénovation (en année)	16,3	21,7	18,7	27,6
Nombre de mètres carrés par résident	53,5	27,2	57,9	23,1
Part d'établissements ayant un jardin	94,4 %	23,0 %	86,8 %	33,8 %
Proportion de chambres seules par établissement	89,4 %	14,9 %	91,7 %	13,9 %
Proportion de chambres accessibles aux fauteuils roulants	84,7 %	32,4 %	76,1 %	37,8 %
Proportion de chambres pouvant accueillir un lit médicalisé	60,1 %	47,3 %	70,9 %	42,9 %
Proportion de chambres climatisées	14,2 %	33,3 %	3,7 %	17,8 %
Valeur de l'indice de qualité du bâtiment	**0,63**	**0,19**	**0,63**	**0,22**
Qualité du processus de coordination des soins avec l'hôpital et la ville				
Nombre d'admissions en Hospitalisation à domicile (HAD), en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [pour 100 résidents]	2,1	2,4	1,4	1,9
Support d'une équipe mobile de soins palliatifs ; psychiatriques ; et/ou gériatriques (% d'établissements déclarant un support)	64,4 %	47,9 %	66,6 %	47,2 %
Utilisation de la télémédecine (% d'établissements entre 2017 et 2019)	26,4 %	44,1 %	19,4 %	39,6 %
Valeur de l'indice de qualité de processus	**0,6**	**0,24**	**0,54**	**0,25**
Qualité de résultat – approchée par la fréquence d'hospitalisation				
Nombre d'admissions à l'hôpital en Médecine et chirurgie (MC) [pour 100 résidents par an]	54,3	15,5	51,3	16,9
Nombre de réadmissions à l'hôpital en MC à 30 jours (pour 100 hospitalisations de résidents)	5,9	3	5,5	3,1
Nombre d'admissions potentiellement évitables (pour 100 résidents par an)	7,9	3,4	7,5	3,6
Nombre d'hospitalisations non programmées (pour 100 résidents par an)	33,6	12,3	31,2	13,2
Valeur de l'indice de qualité de résultat	**0,46**	**0,31**	**0,51**	**0,32**

Lecture : Le taux d'encadrement moyen en personnel soignant est de 46,7 pour 100 résidents dans les établissements privés lucratifs et de 50,4 dans les établissements non lucratifs (privés ou publics).

Champ : Ensemble des Ehpad de France métropolitaine.

Sources : Données enquête EHPA (2015) et SNDS (2014-2019). Calculs Irdes. Télécharger les données

gnant sont légèrement plus faibles dans les établissements lucratifs. Par exemple, le taux moyen de personnel soignant est de 50 ETP pour 100 résidents dans les établissements non lucratifs, contre 47 ETP dans les établissements lucratifs. En revanche, l'indice de qualité des bâtiments est équivalent entre les deux secteurs, malgré quelques différences selon les critères : les établissements lucratifs sont souvent plus récents et disposent plus fréquemment de jardins et de climatisation, tandis que les établissements non lucratifs offrent généralement davantage d'espace (en mètres carrés par résident), des chambres individuelles et des infrastructures mieux adaptées aux lits médicalisés. L'indice de coordination avec la ville et l'hôpital est légèrement supérieur dans les établissements lucratifs, mais à l'inverse, les fréquences d'hospitalisation y sont plus élevées.

Les variations des tarifs d'hébergement s'expliquent par le statut lucratif ou non lucratif et les prix de l'immobilier

Le lien entre le prix d'hébergement et la qualité est estimé sur un échantillon d'Ehpad publics et privés à partir d'un modèle de régression linéaire (encadré Sources et méthode). Cette approche permet d'estimer ce lien en contrôlant à la fois le profil des résidents (pathologies et niveau d'autonomie moyen) et les caractéristiques de l'établissement, telles que la taille et le secteur (lucratif ou non). Ont également été pris en compte l'âge, le sexe, l'état de santé et le niveau de perte d'autonomie des résidents, le prix du mètre carré dans la commune de l'établissement, l'accessibilité aux Ehpad mesurée par l'Accessibilité potentielle localisée (APL), et le pourcentage d'établissements lucratifs dans un rayon d'une heure de route.

Ces facteurs permettent d'expliquer les deux tiers de la variation des prix d'hébergement. L'appartenance au secteur privé lucratif explique à elle seule 40 % de la variation de prix, et le prix de l'immobilier dans la commune de l'établissement en explique 21 % (tableau 2). Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, et donc à prix du mètre carré identique, les établissements privés lucratifs ont un prix d'hébergement supérieur de 686 euros par rapport aux établissements non lucratifs. Inversement, à statut d'établissement équivalent, le prix mensuel est de 133 euros plus élevé lorsque le prix de l'immobilier est supérieur de 1 000 euros par mètre carré dans la commune d'implantation de l'établissement (tableau 2).

Les dimensions de qualité expliquent seulement 3 % de la variation des prix d'hébergement, dont 2 % liés à l'indice de qualité du bâtiment. Il n'existe pas de lien significatif entre le niveau d'encadrement en personnel soignant et le tarif d'hébergement. Ce résultat est attendu, car les soins sont financés par les fonds publics, et non par le tarif d'hébergement (tableau 2).

T2 Déterminants du prix d'hébergement en Ehpad

	Prix d'hébergement en Ehpad	
	Coefficient (ecart-type)	Part de la variation de prix liée à la variable[a]
Indices de qualité		
Encadrement en personnel soignant	24,616 (22,809)	0,03 %
Encadrement en personnel non soignant	-30,981 (24,278)	0,03 %
Qualité du bâtiment	**202,306*** (20,702)**	**2,06 %**
Processus de collaboration avec l'hôpital et la ville	**72,930*** (18,805)**	0,33 %
Résultat - fréquence des hospitalisations	**-57,676*** (15,060)**	0,31 %
Caractéristiques des résidents		
Age	-218,004*** (45,382)	0,54 %
Age²	1,316*** (0,268)	0,57 %
Part de femmes	-28,739 (51,599)	0,01 %
Taux de décès annuels	-206,951 (164,705)	0,04 %
Score pathologie/perte d'autonomie (GMPS)	0,000 (0,000)	0,00 %
Caractéristiques de l'établissement		
Établissements privés lucratifs (référence établissements non lucratifs)	685,857*** (16,419)	**40,48 %**
Prix de l'immobilier dans la commune de l'établissement (en euros par m²)	0,133*** (0,010)	**21,47 %**
Nombre de places dans l'établissement	0,112 (0,097)	0,02 %
Nombre de lits d'Ehpad à moins d'une heure de route pour 100 résidents potentiels (Accessibilité potentielle localisée - APL)	-0,058 (0,147)	0,00 %
Part des établissements à but lucratif à une heure de route de la commune de l'établissement (en %)	1,097*** (0,408)	0,23 %
Constante	996,9*** (228,7)	
Variance totale expliquée par le modèle (R-square)	**66,12 %**	

[a] Corrélation partielle du modèle.

Lecture : Entre l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ayant le meilleur indice de qualité du bâtiment (=1) et l'établissement ayant l'indice le plus faible (=0), le prix d'hébergement est en moyenne supérieur de 202 euros par mois, soit un prix supérieur de 20,2 euros associé à un indice supérieur de 10 %. Cet indice de qualité du bâtiment explique 2 % de la variation des prix d'hébergements observée. L'ensemble des variables en explique 66 %, tandis que le fait d'appartenir au secteur privé lucratif en explique 40 %.

Champ : Ensemble des Ehpad de France métropolitaine. N=4 352.

Sources : Données enquête EHPA (2015) et SNDS (2014-2019). Calculs Irdes. Télécharger les donnéess

Les Ehpad privés lucratifs peu concurrencés par le secteur non lucratif ont des tarifs d'hébergement plus élevés, mais leurs résidents sont plus souvent hospitalisés

T3

Impact du pouvoir de marché du secteur lucratif dans le territoire d'implantation des Ehpad lucratifs sur leur prix et leur qualité

	Prix d'hébergement	Indices de qualité				
		Encadrement du personnel... soignant	Encadrement du personnel... non soignant	Bâtiment	Processus de collaboration avec la ville et l'hôpital	Résultat Fréquences d'hospitalisation
Indice de pouvoir de marché du secteur lucratif	**0,565***** (0,142)	-0,065 (0,109)	-0,365 (0,484)	-0,125 (0,111)	**-0,224** (0,116)	**-0,816***** (0,165)

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) lucratifs implantés dans un territoire, dont le pouvoir de marché est de 10 % supérieur à la moyenne, ont des prix supérieurs de 5 %. Une augmentation de 10 % du pouvoir de marché du secteur privé à but lucratif est associée à une diminution de 8 % de l'indice de qualité de résultats des établissements lucratifs. Il n'y a pas de différence significative des indices de qualité de l'encadrement, du bâtiment, et de résultats.

Champ : Ehpad privés à but lucratif - France métropolitaine. N=935.

Sources: Données enquête EHPA (2015) et SNDS (2014-2019). Calculs Irdes. Télécharger les données

Chaque établissement à but lucratif est situé dans une commune où la pression concurrentielle est mesurée par l'indice du pouvoir de marché des établissements privés à but lucratif dans un rayon d'une heure de route. Dans un second temps, nous étudions l'impact du pouvoir de marché sur les prix pratiqués et la qualité, en contrôlant pour les autres déterminants des prix (encadré Sources et méthode). Les Ehpad lucratifs implantés dans un territoire dont le pouvoir de marché du secteur lucratif est de 10 % supérieur à la moyenne ont des prix supérieurs de 5,6 % (tableau 3). Cela représente une différence moyenne de 260 euros par mois entre les Ehpad lucratifs implantés dans les communes où le pouvoir de marché du secteur lucratif est le plus élevé, par rapport aux communes où il est le plus faible.

On n'observe pas de différence significative de qualité en termes de personnel (soignant et non soignant) en fonction de l'indice de pouvoir de marché dans le territoire d'implantation des Ehpad lucratifs. Il n'y a pas non plus de liens significatifs avec l'indice de qualité du bâtiment et l'indice de qualité de processus. Ainsi, dans les territoires où le secteur lucratif domine le marché, les prix d'hébergement des établissements lucratifs sont plus élevés, sans pour autant que les résidents bénéficient d'une meilleure qualité d'hébergement ou d'accompagnement.

En revanche, les fréquences d'hospitalisation et de recours aux urgences des résidents des Ehpad privés à but lucratif sont plus importantes dans les territoires où le secteur non lucratif est moins présent. Toutes choses égales par ailleurs, une augmentation de 10 % du pouvoir de marché du secteur privé à but lucratif est associée à une diminution de 8,2 % de l'indice de qualité de résultats approché par l'indicateur de fréquence d'hospitalisation intégrant les réadmissions à 30 jours, les hospitalisations potentiellement évitables et les hospitalisations non programmées des résidents des établissements privés lucratifs.

* * *

Ces analyses apportent de nouveaux éléments de compréhension sur les variations de prix et de qualité d'hébergement dans les Ehpad. Globalement, nous montrons que les prix d'hébergement sont déterminés par le prix de l'immobilier dans le territoire d'implantation de l'établissement et à son objectif de profit. Le prix d'hébergement n'a pas de lien avec les effectifs de personnel soignant, financés par la CNSA et le département. Il n'est pas non plus lié aux effectifs de personnel administratif ou hôtelier, et dépend peu des caractéristiques du bâtiment, pourtant financées par ce tarif d'hébergement.

Ces résultats permettent aussi de confirmer ceux de la littérature économique sur la concurrence entre établissements lucratifs et non lucratifs en présence d'asymétries d'information sur la qualité. Sur un territoire, quand l'offre à but non lucratif est importante, la concurrence exercée par le secteur non lucratif sur le secteur lucratif permet de modérer les tarifs de ce dernier, et a aussi un effet positif sur la qualité des soins délivrés, ce qui se traduit par moins d'hospitalisations. Inversement, dans les territoires qui connaissent une offre insuffisante et une place importante du secteur privé lucratif, lui conférant un pouvoir de marché important, les tarifs d'hébergement du secteur privé lucratif sont encore plus élevés sans pour autant garantir une meilleure qualité.

Ces résultats plaident en faveur d'une meilleure régulation publique de la qualité, de l'offre et de la tarification des Ehpad en France.

D'une part, il conviendrait de mieux mesurer et promouvoir la qualité des établissements. La littérature internationale propose divers outils d'évaluation de la qualité, incluant des listes d'indicateurs standardisés qui servent à informer les usagers et, dans certains cas, à établir les tarifs des établissements (Penneau et Or, à paraître). Afin de réduire l'asymétrie d'information, il est essentiel de mesurer la qualité dans les Ehpad par des indicateurs qui sont reconnus, mais aussi compréhensibles pour les consommateurs. Un suivi régulier et transparent des indicateurs communs contribuerait à garantir un accompagnement plus équitable et adapté aux besoins des résidents.

La liberté tarifaire dont bénéficient les Ehpad privés lucratifs devrait s'inscrire dans un cadre concurrentiel mieux régulé afin d'éviter des dérives au détriment des résidents et de leurs familles. Le modèle actuel accentue le risque de

financiarisation de notre système de santé (Cnam, 2023), alors que dans le même temps, les Ehpad publics et privés non lucratifs connaissent de grandes difficultés économiques (Fortin et Reynaud, 2024).

Plusieurs pays, comme l'Allemagne et l'Autriche, négocient ou fixent des plafonds aux prix d'hébergement payés par le résident dans les établissements privés lucratifs percevant des financements publics pour les soins (Barber *et al.*, 2021). Néanmoins, le plafonnement des prix dans le secteur lucratif peut aussi entraîner une baisse de la qualité lorsque les établissements ne peuvent plus accroître leurs bénéfices en augmentant leurs prix ; ils peuvent alors chercher à réduire la qualité, notamment si elle est peu observable. Une option plus efficace pourrait donc être une meilleure régulation de l'offre pour assurer un niveau optimal de concurrence entre secteurs public et privé lucratifs. En France, ce sont les Agences régionales de santé (ARS) et les départements qui décident l'ouverture de places dans les établissements à but lucratif et non lucratif, mais des règles nationales pourraient imposer des limites au pouvoir de marché des établissements lucratifs. ♦

Pour en savoir plus

- Aminzadeh F., Dalziel W. B. (2002). "Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions". *Annals of Emergency Medicine*, 39(3): 238–247.
- Arnaud F., Athari E., Chartier F., *et al.* (2021). *Les retraités et les retraites.* Panoramas de la Drees Social.
- Arrow K. J. (1963). "Uncertainty and the Walfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review*, 53(5): 941–973.
- Barber S. L., Van Gool K., Wise S., Woods M., Or Z., Penneau A., Milstein R., Ikegami N., Kwon S., Bakx P., Schut E., Wouterse B., Flores M., Lorenzoni L. Kobe. (2021). *Pricing Long-Term Care for Older Persons*. WHO Centre for Health Development, OECD.
- Carrère A., Couvert N. Missègue N. (2021). *Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées.* Drees, 88.
- Cnam (2023). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024*. Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004).
- Cooper R., Ross T. W. (1984). "Prices, Product Qualities and Asymmetric Information: The Competitive Case". *The Review of Economic Studies*, 51(2): 197.
- Forder J., Allan S. (2014). "The Impact of Competition on Quality and Prices in the English Care Homes Market". *Journal of Health Economics*, 34: 73–83.
- Fortin A., Reynaud F. (2024). « La situation budgétaire des Ehpad publics et privés non lucratifs en 2022 : une forte dégradation malgré la hausse des financements publics ». CNSA, *Repères statistiques* n° 21, juillet.
- Gombault Datzenko E. (2020). *Évaluation de l'impact économique des transferts aux urgences des résidents en EHPAD*. (Doctoral dissertation, Université Toulouse III-Paul Sabatier).
- Grabowski D. C. and Hirth R. A. (2003). "Competitive Spillovers Across Non-profit and For-profit Nursing Homes". *Journal of Health Economics*, 22(1): 1–22.
- Hansmann H. B. (1980). "The Role of Nonprofit Enterprise". *The Yale Law Journal*, 89(5): 835.
- Hawes C., Morris J. N., Phillips C. D., Fries B. E., Murphy K. and Mor V. (1997). "Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA". *Age and Ageing*, 26 Suppl 2: 19–25.
- Hirth R. A. (1999). "Consumer Information and Competition between Non-profit and For-profit Nursing Homes". *Journal of Health Economics*, 18(2): 219–240.
- Penneau A., Or Z. « Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ». Irdes, *Document de travail*, à paraître.
- Rosen S. (1974). "Hedonic Prices and Implicit Markets: Product Differentiation in Pure Competition". *Journal of Political Economy*. University of Chicago Press, 82(1): 34–55.
- Scanlon W. J. (1980). "A Theory of the Nursing Home Market". *Inquiry*, 17(1), 25-41., 17(1): 25–41.
- Werner R., Stuart E. and Polsky D. (2010). "Public Reporting Drove Quality Gains At Nursing Homes". *Health Affairs*, 29(9): 1706–1713.
- Zhao X. (2016). "Competition, Information, and Quality: Evidence from Nursing Homes". *Journal of Health Economics*, 49: 136–152.

IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé • 21-23, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice :** Anne Evans • **Éditrice adjointe :** Anna Marek • **Relectrices** : Cécile Fournier et Estelle Augé • **Infographiste :** Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Addax (Montreuil, 93) • **Dépôt légal :** décembre 2024 • **Diffusion :** Rouguiyatou Ndoye • **ISSN :** 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).