

« Accès géographique et financier aux Ehpad : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation »

Auteurs

**Carole Bonnet, Cécile Bourreau-Dubois, Amélie Carrère, Roméo Fontaine,
Agnès Gramain, Florence Jusot, Clémence Thébaut, Jérôme Wittwer**

Document de Travail n° 2024 – 09

Mars 2024

**Bureau d'Économie
Théorique et Appliquée
BETA**

www.beta-economics.fr

[@beta_economics](https://twitter.com/beta_economics)

Contact :
jaoulgrammare@beta-cnrs.unistra.fr

Accès géographique et financier aux Ehpad : évaluer l'équité des politiques de soutien à l'autonomie en contexte de décentralisation*

Carole Bonnet¹, Cécile Bourreau-Dubois², Amélie Carrère³, Roméo Fontaine¹,
Agnès Gramain², Florence Jusot⁴, Clémence Thébaut⁵, and Jérôme Wittwer⁶

¹ Institut national d'études démographiques (Ined)

² Université de Lorraine

³ Institut des politiques publiques (IPP)

⁴ Université Paris-Dauphine

⁵ Université de Limoges

⁶ Université de Bordeaux

12 mars 2024

Résumé

Les inégalités entre départements en matière d'aide aux personnes âgées dépendantes ont été largement documentées. Cela concerne aussi bien les taux d'équipement que l'habilitation à l'aide sociale départementale, ou encore les tarifs des Ehpad. Pour permettre à terme d'apprécier les effets des politiques publiques en matière d'équité inter-départementale, nous proposons dans cet article un nouvel indicateur d'accessibilité géographique et financière aux EHPAD (AGFE). La particularité de cet indicateur est d'intégrer les trois contraintes qui pèsent sur le recours potentiel aux EHPAD : la quantité de places, leur implantation géographique et leur accessibilité financière.

L'indicateur AGFE est calculé au niveau national et au niveau de chaque département à partir des données fiscales 2019 (FIDELI) et des données de l'enquête Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2019.

Au niveau national, il met en évidence une accessibilité aux Ehpad très peu sensible au revenu pour les six premiers déciles de revenu, mais très fortement croissante au-delà : un individu de 75 ans ou plus appartenant au dernier décile de revenu a accès à un nombre de places trois fois supérieur à celui caractérisant une personne appartenant à l'un des six premiers déciles de revenu. L'analyse par département montre que la variabilité des politiques départementales, en particulier en termes d'habilitation et de conventionnement à l'aide sociale, implique une variabilité plus ou moins forte de l'accessibilité par rapport au revenu.

Mots-clefs : perte d'autonomie, inégalités d'accès aux soins, Ehpad.

JEL Codes : D6, H4, H7, J1 .

*Ce travail doit beaucoup à Vanessa Wisnia-Weil, qui, lorsqu'elle était secrétaire générale du Conseil de l'âge, a joué un rôle crucial à l'origine de la réflexion développée ici.

Introduction

Selon les dernières prévisions Insee-DREES¹, le nombre de personnes présentant des incapacités (sévères ou modérées) augmentera de 430 000 sur la décennie 2020-2030 (+ 16%) et de 550 000 sur la décennie suivante (+ 18%). Parmi ces personnes, le nombre de celles concernées par des incapacités sévères s'accroîtra de presque 200 000 personnes sur les deux décennies. A comportement d'entrée en institution inchangé, le nombre de résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) devrait ainsi augmenter de 108 000 personnes sur la décennie 2020-2030, puis d'encre 211 000 entre 2030 et 2050. Dans un contexte annoncé de « virage domiciliaire », avec une création de places limitée à 2 000 par an², le secteur de l'hébergement collectif devrait donc être en forte tension si les comportements de choix de mode de prise en charge restent identiques (Miron de l'Espinay and Roy, 2020). Mesurer l'évolution de l'accessibilité aux Ehpad apparaît donc crucial, en particulier pour celles et ceux dont les besoins d'aide sont aujourd'hui difficiles à couvrir en logement « ordinaire ».

Les pouvoirs publics approchent habituellement l'accessibilité aux Ehpad en rapportant le nombre de places installées dans une zone donnée à la taille de la population-cible qui y réside. Un telle approche néglige cependant une caractéristique majeure du système de soutien à l'autonomie des personnes âgées : la solvabilisation partielle des frais de séjour. Vivre en Ehpad conduit en effet à des dépenses incompressibles élevées. Le reste-à-charge en institution, avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), était en 2019 de 1 957 euros par mois en moyenne pour l'ensemble des résidents (Boneschi and Miron de l'Espinay, 2022)³. Or, 57 % des personnes seules résidant en Ehpad ont un revenu inférieur à 1 500 euros par mois et moins de 30 % des résidents déclarent avoir des revenus courants suffisants pour couvrir la participation financière dont ils doivent s'acquitter (Besnard and Zakri, 2018). Si l'on excepte l'ASH, les barèmes des différentes aides légales (Aide personnalisée à l'autonomie (APA), aide au logement, réduction d'impôt) conduisent en outre à un montant global d'aide publique peu

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux

2. Cf. PLFSS 2022.

3. L'ASH est attribuée après mise en œuvre de l'obligation alimentaire et soumise à une recours en récupération de la part des départements. Elle ne peut donc pas être assimilée à un financement public au même titre que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide au logement ou la réduction d'impôt (Fontaine and Fragonard, 2021).

sensible au revenu : ces aides varient en moyenne de 550 euros par mois pour les résidents les plus modestes à un peu moins de 300 euros par mois pour les plus aisés (Fontaine *et al.*, 2020). Elles conduisent ainsi à des taux d'effort diminuant fortement avec le revenu. Hors ASH, la barrière financière pèse donc plus sur les plus modestes. D'après les simulations du modèle Autonomix, « le reste à charge après déduction des aides (mais avant prise en compte de l'ASH) est, en moyenne, supérieur aux ressources jusqu'à environ 2 000 euros de ressources mensuelles » (Boneschi and Miron de l'Espinay, 2022).

Intégrer la barrière financière dans la mesure de l'accessibilité aux Ehpad est rendu difficile par une deuxième caractéristique des politiques de soutien aux personnes en perte d'autonomie : leur caractère fortement décentralisé, au niveau départemental, qu'il s'agisse de l'autorisation des établissements, de leur habilitation à l'aide sociale, de la tarification des places, ou encore de la mise en oeuvre de l'ASH pour solvabiliser la demande. L'importance de décliner les constats nationaux à l'échelle départementale, voire locale, a d'ailleurs été rappelée récemment aussi bien par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) que par la Cour des Comptes dans son rapport annuel 2022, sans qu'aucune doctrine claire n'émerge quant aux attendus en termes de justice territoriale. Ainsi, les dépenses en Ehpad sont très variables d'un département à l'autre. Le reste à charge médian, hors ASH, d'une chambre seule en hébergement permanent par département varie de 1 628 euros par mois pour la Haute-Saône à 3 264 euros par mois dans le département des Hauts-de-Seine (Carrère, 2021). La possibilité de bénéficier d'un financement *via* l'ASH dépend du nombre de places habilitées à l'aide sociale disponibles sur le territoire et là encore, des différences importantes existent entre les départements : l'Île-de-France, le sud-est de la France et la Gironde se caractérisent par une proportion faible de places habilitées à l'aide sociale (CNSA, 2021b). En outre, l'implantation géographique des Ehpad est très hétérogène sur le territoire (Ramos-Gorand, 2015; Carrère *et al.*, 2021; Carrère, 2023) : l'offre en Ehpad est plus dense dans les régions Bretagne et Pays-de-la-Loire contrairement aux quarts Nord-Est et Sud-Ouest de la France ainsi que dans les Alpes et en Corse.

Dans ce contexte, l'objectif de cet article est de proposer un indicateur de mesure de l'accessibilité aux Ehpad qui intègre la contrainte financière afin de pouvoir étudier la **variation**

de l'accessibilité aux Ehpad selon le niveau du revenu⁴. Cette dimension financière de l'accessibilité reste en effet à ce jour mal connue. Nous proposons un nouvel indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad (AGFE), inspiré des travaux conduits pour le Conseil de l'âge et des indicateurs de type « accessibilité potentielle localisée » (APL) développés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), mais augmenté de la dimension financière de l'accessibilité, déterminante dans le cadre des Ehpad.

Après avoir rappelé les principales caractéristiques du contexte institutionnel et résumé l'état de l'art concernant l'analyse des inégalités départementales d'accès aux Ehpad, nous présentons la méthode de calcul suivie ainsi que les données utilisées. L'indicateur est calculé dans un premier temps au niveau national. Les politiques publiques de solvabilisation du recours aux Ehpad étant essentiellement départementales, l'indicateur est ensuite calculé à l'échelle départementale, ce qui permet de faire apparaître **différents types de départements en fonction de l'effet du revenu courant sur l'accessibilité aux Ehpad**⁵

1 Contexte institutionnel

Le conseil départemental dispose d'un éventail d'outils légaux dont la combinaison lui permet de contrôler partiellement les capacités d'accueil et l'accessibilité financière des Ehpad : l'autorisation, l'habilitation à l'aide sociale, la tarification et le conventionnement.

Le financement des Ehpad repose depuis 2003 sur un découpage en trois composantes tarifaires : le tarif « soins », le tarif « dépendance » et le tarif « hébergement », chacun couvrant respectivement, 30 %, 14 % et 56 % du coût total moyen d'une prise en charge en Ehpad. Chacune de ces composantes implique des financeurs et des règles de solidarité différentes. Le tarif « soins » est intégralement financé par la branche Autonomie de la Sécurité sociale pour

4. Les ressources mobilisables pour financer une prise en charge en EHPAD dépassent le seul revenu courant des personnes, mais les données manquent ou sont difficiles à intégrer. C'est le cas pour l'aide financière de l'entourage dans le cadre de l'obligation alimentaire (art. 205 à 210 du Code Civil) ([Gramain et al., 2007](#)) comme pour la liquidation du patrimoine.

5. Une autre utilisation possible est de comparer l'accessibilité entre départements, soit en moyenne, soit pour un niveau de revenu donné.

tous les résidents. Le tarif « dépendance », qui sert à payer dans l'Ehpad ce qui relève de l'aide à la vie quotidienne, est fixé par le département et variable selon l'intensité du besoin d'aide des personnes (mesuré selon une grille nationale, dite grille AGGIR). Il est partiellement financé via l'APA pour les personnes éligibles, laissant à la charge des résidents un reste à payer moyen de 173 euros. Enfin, le tarif « hébergement », couvrant les frais de gîte et de couvert, est à la charge quasi-intégrale des résidents⁶ sauf pour les bénéficiaires de l'ASH.

La partie du dispositif la moins bien connue est celle qui concerne la facturation et la couverture du tarif « hébergement », alors qu'elle correspond à la section la plus importante des frais de séjour et la moins couverte par les aides publiques. Les règles appliquées sont à la fois complexes, variables selon les départements et en évolution dans le temps, ce qui conduit inévitablement à des présentations schématiques et en partie approximatives. Une partie du secteur (environ 17% des établissements rassemblant 15% des places) fonctionne selon une logique presque marchande : une fois autorisés par les pouvoirs publics, les établissements fixent librement leur tarif « hébergement », que les résidents doivent financer sans l'aide sociale du département. Pour le reste du secteur, les établissements sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour partie ou totalité de leur capacité d'accueil. Cette habilitation permet à des résidents qui n'auraient pas les revenus suffisants pour s'acquitter des frais d'hébergement de bénéficier d'un financement complémentaire du département : le bénéficiaire reverse 90% de ses revenus à l'établissement, et le conseil départemental complète, via l'ASH, le financement à hauteur du tarif « hébergement ». Dans ce cas, le tarif facturé est fixé par le Conseil départemental : en effet, le dispositif mettant le département en position de créancier résiduel, la loi lui donne le pouvoir d'arrêter le montant du tarif servant au calcul de l'ASH. Les tarifs arrêtés par les Conseils départementaux sont en moyenne sensiblement moins élevés que les prix pratiqués par les établissements non habilités : environ 65 euros par jour, contre près de 90 euros par jour dans les établissements non habilités.

L'existence de l'habilitation pose la question du prix facturé à ceux des résidents qui ont des revenus trop élevés pour prétendre à l'ASH. Sur ce point, la pratique semble moins stabilisée. Selon l'IGAS ([Fourcade and Robineau, 2019](#)), les Ehpad habilités à recevoir plus de 50% de

6. 5 % de ce tarif est en moyenne couvert par les aides au logement et la réduction d'impôt.

bénéficiaires de l'aide sociale parmi leurs résidents (habilitation forte ou totale), doivent facturer le tarif administré par le département à tous leurs résidents, quel que soit leur niveau de ressources et leur statut vis-à-vis de l'ASH. Les Ehpad habilités pour moins de la moitié de leur capacité (habilitation faible) peuvent, eux, facturer un tarif plus élevé, qu'ils fixent librement, aux résidents non-bénéficiaires de l'ASH. En outre, pour les Ehpad en habilitation totale, un phénomène récent de conventionnement se développe selon des modalités variables d'un département à l'autre. Comme les Ehpad faiblement habilités, ces établissements peuvent avoir deux tarifs « hébergement » différents pour les bénéficiaires de l'ASH (tarif administré) et pour les autres résidents. Ce deuxième tarif, parfois qualifié de « différencié », semble être accordé sous certaines conditions et encadré dans certains départements⁷. Selon le niveau relatif des deux tarifs « hébergement », une partie de la population peut se voir privée d'accès, trop riche par rapport au tarif administré, mais pas assez par rapport au tarif libre ou « différencié ».

L'importance des leviers dont disposent les conseils départementaux fait donc de la régulation du secteur des Ehpad une politique largement décentralisée, qui peut conduire à des différences concrètes, aussi bien dans la nature des politiques publiques mises en oeuvre que dans leurs conséquences pour les administrés.

2 Revue de la littérature

Les inégalités entre départements en matière d'aide aux personnes âgées dépendantes ont été bien documentées dans le cas français depuis les travaux pionniers de [Jeger \(2005\)](#) (voir notamment [Ramos-Gorand \(2015\)](#) et [Carrère *et al.* \(2023\)](#) pour des états des lieux successifs). Cela concerne aussi bien les taux d'équipement ([HCFEA, 2022](#)) que l'habilitation à l'aide sociale départementale ([Abassi *et al.*, 2020](#)), les volumes d'aide à domicile subventionnée accordés *via* l'APA ([Arnault, 2020](#)) ou encore les tarifs des services d'aide à domicile ([Hégé *et al.*, 2015](#)), des

7. Les conventions d'aide sociale définissent les possibilités de tarification pour les places occupées par des non-bénéficiaires de l'ASH et l'accès aux places par les non-bénéficiaires. Par exemple, il existe une convention type dans les Bouches-du-Rhône qui indique que le tarif libre est plafonné à +10 % par rapport au tarif des bénéficiaires de l'ASH. Dans une convention en Alsace pour un Ehpad qui change de modalité de financement, il est écrit : « l'association s'engage à garantir l'accueil de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale dans les mêmes conditions d'accès que les résidents payants et dans une proportion minimale similaire à la date d'entrée en vigueur de la convention. [...] L'Ehpad s'engage à ne pas créer d'écart significatif entre le tarif aide sociale et le tarif libre, applicables aux résidents payants. »

résidences autonomie (CNSA, 2021a) et des Ehpad (CNSA, 2021b).

Pour ce qui concerne l’accessibilité aux Ehpad, un premier niveau d’analyse porte sur les quantités : on rapporte le nombre de places en hébergement permanent installées sur un territoire au nombre de personnes susceptibles d’en avoir besoin, en calculant des taux d’équipement ou des indicateurs plus élaborés dits d’accessibilité potentielle localisée (APL) qui intègrent la distance entre le lieu de résidence des personnes et le lieu d’implantation des Ehpad (Carrère *et al.*, 2021; Carrère, 2023). Ces travaux mettent en évidence une répartition géographique des Ehpad très hétérogène sur le territoire⁸. Ainsi, selon la CNSA en 2021, le taux d’équipement en Ehpad variait selon le département de 3 à 18 places en hébergement permanent pour 100 personnes âgées de plus de 75 ans. Le taux d’APL moyen par département, en nombre de lits d’hébergement permanent accessibles à moins de 60 minutes, varie lui de 5 (Corse-du-Sud) à 14 lits (Lozère) pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus⁹. Cependant, dans le contexte français de solvabilisation partielle de la prise en charge en institution, l’existence de places en hébergement permanent en Ehpad ne suffit pas à garantir leur accessibilité financière. Celle-ci a déjà été abordée de deux manières complémentaires mais partielles :

- une première consiste à approcher l’accessibilité par le coût de prise en charge, mais on ne saisit pas alors l’accessibilité financière en tant que telle faute de mettre en regard les capacités financières de la population du département (Ramos-Gorand, 2015; Carrère *et al.*, 2023).
- une seconde manière repose sur la mesure du taux d’effort des personnes qui vivent en institution. Ce taux d’effort n’est mesuré que sur les personnes résidant actuellement en EHPAD et non sur l’ensemble de la population susceptible d’avoir besoin d’y recourir. Il ne tient donc pas compte des personnes ayant dû renoncer en raison de contraintes financières alors même que ces personnes présentent des caractéristiques relativement différentes de celles vivant effectivement en EHPAD, en particulier en termes de niveau de revenu, (Roy, 2023; Boneschi and Miron de l’Espinay, 2022).

L’indicateur que nous proposons porte, quant à lui, sur l’ensemble de la population et tient

8. Voir note « Équipements et services accompagnant les personnes âgées de plus de 75 ans » de la direction de la sécurité sociale.

9. Calcul des auteurs ; fonction décroissante jusqu’à 60 min, nulle au-delà, estimée sur données réelles (enquête EHPA).

compte du coût de la prise en charge et du revenu des personnes. Il correspond au **nombre de lits en hébergement permanent, qui sont accessibles financièrement et géographiquement et qui sont disponibles au regard de la clientèle potentielle en concurrence**. Comme l’accessibilité est définie en intégrant la dimension financière et la dimension géographique, cet indicateur se prête aussi bien à l’analyse de l’équité verticale qu’à celle de l’équité spatiale. Cet indicateur peut être décliné en intégrant différents scénarios (âge et état de santé de la population cible, politiques départementales, préférences de la population en matière de lieu de prise en charge, etc.). Il s’inscrit dans la lignée des travaux menés précédemment pour le Conseil de l’âge ([HCFEA, 2022](#)).

3 Méthode et données

Le calcul de l’accessibilité géographique et financière suppose de disposer d’un nombre important de données, dont certaines sont aujourd’hui indisponibles en France. Aussi le passage de la définition théorique d’une accessibilité géographique et financière aux Ehpad à son calcul empirique oblige-t-il à certaines adaptations.

3.1 Données et mesures

Au coeur de l’indicateur d’AGFE se trouve la mise en relation géographique de places d’Ehpad et de personnes âgées.

3.1.1 Données

Pour caractériser les personnes âgées de 75 ans ou plus, nous utilisons les données FIDELI (données fiscales) de 2019¹⁰. Données administratives et exhaustives, elles renseignent sur la localisation des individus et sur les revenus qu’ils déclarent aux impôts (revenus et prestations sociales individualisables et au niveau logement). Nous mobilisons deux tables :

10. On nomme « Fideli n » les données portant sur les revenus de l’année $n - 1$. Il s’agit ici des revenus des personnes en 2018.

- La table « revenus des individus » : une ligne pour chaque individu¹¹($n=72\ 114\ 563$).
- La table « revenus du ménage » : une ligne par logement. Elle apporte des informations complémentaires sur les revenus et allocations non individualisables pour les ménages assujettis à la taxe d’habitation. Ces informations ne sont ainsi pas disponibles pour une majorité de résidents en Ehpad, soit parce qu’ils ne sont pas assujettis à la taxe d’habitation, soit parce que celle-ci est à la charge du gestionnaire de l’établissement¹².

Nous sélectionnons les personnes âgées de 75 ans ou plus résidant en France hexagonale qui déclarent des revenus en 2019, soit 6 479 393 personnes.

Pour caractériser les Ehpad, nous utilisons l’enquête « Établissement d’hébergement pour personnes âgées » (EHPA) de 2019 de la DREES. Cette enquête permet d’identifier la proximité géographique des Ehpad ainsi que leur coût. Elle est complétée le cas échéant par les données de la CNSA sur les prix des Ehpad de 2019¹³. Le champ total de l’enquête EHPA couvre les 10 901 établissements de France entière et renseigne entre autre, pour chaque établissement, sur le lieu d’implantation, le type d’établissement (Ehpad, EHPA non Ehpad, unité de soins de longue durée -USLD-, résidence-autonomie, centre d’accueil de jour), le statut juridique (privé à but lucratif, privé associatif ou public), le nombre de places selon le type d’hébergement (permanent, temporaire, accueil de jour, accueil de nuit), le type d’habilitation à l’aide sociale (aucune, partielle ou totale), la présence d’un conventionnement à l’aide sociale (pour les Ehpad totalement habilités), le nombre de places habilitées, le nombre de places conventionnées, et les tarifs (« hébergement » et « dépendance »).

Parmi les 7 483 Ehpad¹⁴ du territoire national, 4 703 ont répondu à l’enquête EHPA 2019 (Balavoine and Martial, 2022). Comme l’indicateur AGFE exploite la localisation de chaque Ehpad et sa proximité au lieu de résidence des personnes, il est nécessaire d’imputer les données manquantes pour rester sur le champ total des Ehpad¹⁵. Pour ce faire, nous utilisons les informations suivantes de la base de données exhaustive sur les Ehpad répondants et non

11. Pour les individus décédés en cours d’année, qui sont présents dans la base, il a été décidé de les considérer comme décédés le 30/06 et de doubler les revenus annuels déclarés.

12. L’inclusion dans le champ de FIDELI des personnes vivant en Ehpad se fait ainsi dans la majorité des cas par la déclaration d’imposition sur le revenu.

13. $n = 6\ 751$ Ehpad, dont 78 Ehpad qui ne sont pas présents dans la base EHPA.

14. On exclut donc les EHPA non Ehpad, les USLD, les résidences-autonomies et les centres d’accueil de jour.

15. La DREES au contraire calcule des pondérations pour avoir des estimations au niveau national

répondants : statut juridique, capacité d'accueil, ancienneté, département¹⁶. Enfin, faute de pouvoir calculer des distances entre communes dans les départements d'outre-mer, l'analyse est restreinte à la France hexagonale, soit 7 310 Ehpad.

3.1.2 Mesures

Localisation

La localisation des personnes comme celle des établissements est faite au niveau de la commune, et les distances mesurées sont les distances entre centres géométriques des communes de résidence et d'implantation des Ehpad.

Coût de l'Ehpad

Etant donné les règles de financement des Ehpad, le coût de la prise en charge pour un résident est calculé en sommant le tarif « hébergement » et le tarif « dépendance » appliqué aux personnes non éligibles à l'APA (GIR 5-6), aussi appelé le talon¹⁷.

Le dispositif institutionnel conduit à distinguer deux types de tarif « hébergement », qui peuvent coexister pour une même place : le coût d'une place au prix libre dans l'Ehpad j , noté p_j , et le coût d'une place au prix administré dans l'Ehpad j , noté \hat{p}_j .

Ressources des personnes âgées

Pour construire le revenu disponible pour financer une prise en charge en Ehpad, nous prenons en compte les revenus individualisables de la personne (somme des salaires, allocations chômage, pensions de retraite, bénéfices agricoles, bénéfices industriels, commerciaux et non commerciaux), les revenus du conjoint éventuel (même définition) et les allocations au niveau logement (hors allocation logement puisque si la personne résidait en Ehpad elle ne bénéficierait plus de cette allocation)¹⁸. En présence d'un conjoint ce revenu est divisé par deux.

16. Pour plus de détails sur les caractéristiques des Ehpad répondants et non répondants, voir l'annexe A.

17. Ce talon est systématiquement à la charge des résidents, quel que soit leur GIR. Les résidents ayant des revenus supérieurs à 2 635,54 euros par mois (en 2023) ont théoriquement un reste à charge supplémentaire, mais celui-ci est rarement appliqué et ne concerne que peu de résidents.

18. Minima sociaux (revenu de solidarité active RSA, prime d'activité, prime exceptionnelle de fin d'année,

Ce choix, en partie dicté par la nature des informations disponibles, a son importance pour plusieurs raisons. Tout d’abord, l’accessibilité est calculée sur la base du seul revenu courant, c’est-à-dire sans intégrer ni le patrimoine disponible (qu’il faudrait convertir en fonction d’une durée de séjour anticipée difficile à fixer a priori) ni les ressources de l’entourage familial qui peut prendre à sa charge une partie de la facture (aucune enquête d’envergure ne permet de disposer d’information sur les revenus de ménages apparentés). Ensuite, dans le cas des personnes mariées, nous faisons implicitement l’hypothèse que la moitié du revenu du couple est conservé pour celui qui continue de vivre à domicile, ce qui ne correspond probablement pas aux comportements réels, certainement variables d’un couple à l’autre.

Le revenu disponible ainsi construit (noté R_i) a deux fonctions différentes dans le calcul de l’indicateur d’AGFE. Il sert tout d’abord à déterminer, pour une place d’hébergement donnée, si elle est financièrement accessible sans aide, i.e. si son revenu est supérieur au prix facturé. Il sert ensuite, dans le cas des places habilitées à l’aide sociale, à déterminer si une personne est éligible à l’ASH, i.e. si son revenu est inférieur au tarif administré. Dans la réalité, les conseils départementaux peuvent considérer une base de ressource légèrement différente, notamment pour les personnes mariées¹⁹ et pour celles qui ont des obligés alimentaires. Avec les données dont nous disposons, il n’est pour l’instant pas possible de calculer un deuxième revenu pour la procédure d’ASH, mais il est noté R_i^{ASH} dans la partie théorique par souci de précision.

3.2 Méthode de calcul de l’indicateur d’accessibilité géographique et financière aux Ehpad (AGFE)

Nous proposons une mesure de l’accessibilité aux Ehpad qui prend en compte, pour chaque individu en fonction de son revenu et de sa localisation, à la fois l’aspect financier (capacité à payer l’Ehpad soit grâce à son revenu courant soit grâce à l’ASH), l’aspect géographique (proximité de l’Ehpad par rapport au logement ordinaire) et la disponibilité (nombre d’autres

allocation aux adultes handicapés AAH, minimum vieillesse), prestations familiales (prestation d’accueil du jeune enfant Paje, allocation familiale AF, complément familial CF, allocation d’éducation de l’enfant handicapé AEEH, allocation de soutien familial ASF, allocation de rentrée scolaire ARS), revenus fonciers du foyer, revenus de valeurs mobilières, pensions alimentaires versées (en négatif).

19. Certaines commissions d’aide sociale départementale calculent par exemple les ressources disponibles en ne laissant que le minimum vieillesse au conjoint qui reste à domicile.

personnes pouvant prétendre financièrement et géographiquement à occuper les places).

3.2.1 Prise en compte de la géographie

Plusieurs méthodes ont été proposées dans la littérature pour mesurer l'accessibilité géographique à l'offre de soins. Elles sont présentées dans Carrère *et al.* (2021). Nous choisissons la méthode *Kernel density two-step floating catchment area* (KD2SFCA) qui permet de calculer des accessibilités en mettant en regard l'offre et la demande potentielle à proximité sur des zones flottantes. Cette méthode intègre une pondération qui varie de manière continue en fonction de la distance en voiture, mesurée en minutes, entre le lieu de résidence des personnes et l'implantation des places (Cheng *et al.*, 2012). L'utilisation d'une telle pondération traduit l'hypothèse selon laquelle l'accessibilité n'est pas homogène dans la zone d'achalandage délimitée (ici les communes dont le centre est à moins de 60 minutes) et qu'elle diminue progressivement lorsque la distance en temps, de commune à commune, augmente (Ma *et al.*, 2018).

Le choix de la fonction de distance est délicat, d'autant plus qu'elle est nécessairement calculée à partir du lieu de résidence des personnes susceptibles d'entrer en Ehpad alors qu'elle contraint aussi leurs aidants confrontés à des déplacements répétés. Les résultats présentés ici reposent sur une fonction de pondération estimée à partir de l'enquête EHPA 2015 en considérant la distance effectivement observée entre l'établissement d'accueil des résidents et leur ancien logement. L'hypothèse sous-jacente est que ces données observées sur les personnes résidant effectivement en Ehpad sont représentatives des distances que les personnes âgées sont « prêtes à parcourir » pour leur entrée en établissement, et donc pertinentes pour le calcul d'un indicateur d'accessibilité. Une telle hypothèse est d'autant plus discutable que les personnes âgées sont confrontées, dans certaines zones, à des restrictions d'accès. D'autres fonctions de distance peuvent être utilisées pour apprécier la sensibilité des résultats à ce choix.

3.2.2 Principe des étapes de calcul de l'indicateur

On note i les individus de 75 ans ou plus concernés par le recours potentiel à un Ehpad, $i = 1, \dots, I$. Les individus sont caractérisés par leur commune de résidence, notée $c(i)$, par leur

revenu mobilisable pour financer l'hébergement en Ehpad, noté R_i , et par le revenu défini pour ouvrir ou non leur droit à l'ASH, noté R_i^{ASH} .

On note j les **Ehpad** $j = 1, \dots, J$. Chaque Ehpad est caractérisé par sa commune d'implantation $c(j)$, son type d'habilitation (pas d'habilitation, habilitation partielle faible, habilitation partielle forte, habilitation totale avec convention, habilitation totale sans convention), son nombre de places en hébergement permanent habilitées à l'aide sociale n_j^{HAS} , son nombre de places en hébergement permanent non habilitées à l'aide sociale n_j^{NH} , ses prix facturés (noté $\hat{p}(j)$ pour le prix administré et $p(j)$ pour le prix libre).

Le calcul de l'indicateur se fait en trois temps :

1. Pour chaque Ehpad j , on calcule la demande potentielle (maximale) pour une place, en fonction du type de place (habilitée à l'aide sociale ou non habilitée), notée respectivement D_j^{HAS} et D_j^{NH} . Cette demande potentielle correspond au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus qui peuvent financer leur séjour dans l'Ehpad j (soit grâce à leurs ressources propres, soit grâce à l'ASH selon le type de place) pondérées par la fonction de durée décroissante entre la commune de l'Ehpad ($c(j)$) et celle des dits individus ($c(i')$) notée $f(d_{c(i')c(j)})$.
2. Ensuite, pour chaque Ehpad j , et pour chaque type de place dans cet Ehpad (habilitée à l'aide sociale et non habilitée), on calcule l'offre disponible qu'elles représentent pour un individu, étant donné le nombre de personnes qui sont en concurrence pour l'occupation des places. Cette offre disponible s'exprime sous la forme d'un nombre de tantièmes de place disponibles par type de place, noté respectivement τ_j^{HAS} et τ_j^{NH} . Ce nombre s'interprète comme le nombre de places (ou de portions de places) auquel un individu peut prétendre dans l'établissement j s'il fait partie de la demande potentielle de l'établissement et si chacune des places auxquelles il a accès est attribuée de manière uniforme entre tous les demandeurs potentiels. Ce nombre de tantième se calcule en divisant le nombre de places en hébergement permanent dans l'Ehpad (n_j^{HAS} ou n_j^{NH}) par la demande potentielle correspondante (D_j^{HAS} ou D_j^{NH}).
3. Enfin, pour chaque individu i , on calcule l'indicateur d'AGFE par type de place, noté respectivement A_i^{HAS} et A_i^{NH} . Il correspond à la somme des tantièmes de places dispo-

nibles (τ_j^{HAS} et τ_j^{NH}) que la personne i peut payer (grâce à son revenu courant ou à l'ASH pour les places habilitées, grâce à son seul revenu courant pour les places non habilitées) pondérées par la fonction de durée décroissante entre la commune de l'Ehpad ($c(j)$) et de l'individu ($c(i)$). L'indicateur global d'AGFE de l'individu i noté A_i correspond à la somme de A_i^{HAS} et A_i^{NH} .

Un exemple simplifié permettra d'illustrer la logique de l'indicateur. Considérons un établissement de 80 places, habilité à l'aide sociale à 75 % (pouvant donc accueillir 60 résidents bénéficiaires de l'aide sociale au maximum), implanté dans une commune qui dessert, à moins de 60 minutes, 2 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Si l'on néglige l'effet de la distance pour simplifier, chacune des 60 places habilitées à l'ASH dans cet établissement a une demande potentielle de 2 000 personnes, puisque toute personne, quel que soit son revenu, peut y financer une prise en charge (soit *via* l'ASH soit par ses ressources propres). En tenant compte de la concurrence qui s'exerce pour occuper réellement ces places, avoir accès géographiquement et financièrement à l'une de ces places ne garantit pas une place disponible, puisqu'une seule des 2 000 personnes peut être accueillie sur chacune de ces 60 places. Si l'établissement n'a pas de politique de priorisation ou de sélection particulière, autrement dit si l'accessibilité aux places est distribuée de manière homogène parmi tous les demandeurs potentiels, chaque place habilitée à l'aide sociale fournit en fait une offre disponible de 1/2000ème de place par personne et l'Ehpad dans son ensemble fournit une offre disponible en places habilitées de 60/2000èmes de places disponibles par personne. Les 20 autres places ne sont accessibles que pour les personnes assez aisées pour les financer sur leur ressources propres, disons 500 personnes. En termes d'offre disponible, chacune de ces 20 places fournit une offre disponible de 1/500ème de place par demandeur potentiel et l'Ehpad dans son ensemble fournit donc une offre disponible en places non habilitées de 20/500èmes de places par personne. Ainsi, les individus qui ont besoin de l'aide sociale pour financer leur prise en charge dans cet Ehpad ont donc accès géographiquement et financièrement à 60 places réparties entre 2 000 personnes : leur accessibilité géographique et financière aux Ehpad est de 60/2000èmes de places habilitées (+0/500èmes de places non habilitées). Pour ceux qui peuvent financer leurs frais de séjour sur leurs propres deniers, l'AGFE est nettement plus élevée : 60/2000èmes de places habilitées + 20/500èmes de places non ha-

bilités, soit 140/2000èmes de places disponibles. Ces personnes ont accès à 20 places de plus, mais ces places sont en outre partagées entre moins de personnes (500 au lieu de 2 000).

3.2.3 Les règles de facturation et la barrière financière

Comme les distances, les règles de facturation jouent un double rôle dans le calcul de l'indicateur. Elles permettent d'estimer la demande potentielle pour une place donnée (étape 1 du calcul ; voir dernière colonne du tableau 1), c'est à dire le nombre de personnes susceptibles de financer cette place. Mais, en retour, elles interviennent aussi lorsque, pour un individu donné, on recense l'ensemble de l'offre à laquelle il a accès (étape 3 du calcul).

D'après les règles décrites par l'IGAS (IGAS, 2018), le tarif facturé dépend à la fois du statut de la place (habilitée à l'aide sociale ou non), du type d'habilitation de l'Ehpad (pas d'habilitation, habilitation partielle faible, partielle forte, totale avec convention, totale sans convention) et du statut du résident (bénéficiaire ou non de l'ASH) (voir table 1).

TABLE 1: Règles de facturation Ehpad selon l'IGAS (2018)

Type d'habilitation	Statut de la place	Prix pratiqué	Nombre de places	Règle pour définir la demande
Aucune	non HAS	p_j	n_j^{NH}	$D_j^{NH} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$
Partielle faible	non HAS	p_j	n_j^{NH}	$D_j^{NH} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$
	HAS	p_j si non bénéficiaire de l'ASH \hat{p}_j si bénéficiaire de l'ASH	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$ $+ \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$
Partielle forte	non HAS	\hat{p}_j	n_j^{NH}	$D_j^{NH} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j}$
	HAS	$\hat{p}_j \quad \forall i$	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j}$ $+ \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$
Totale avec convention	HAS	p_j si non bénéficiaire de l'ASH	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq p_j}$ $+ \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$
		\hat{p}_j si bénéficiaire de l'ASH		
Totale sans convention	HAS	$\hat{p}_j \quad \forall i$	n_j^{HAS}	$D_j^{HAS} = \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j}$ $+ \sum_i f(d_{c(i)c(j)}) \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j}$

Lecture : La demande pour les places habilitées à l'aide sociale (HAS) D_j^{HAS} dans un Ehpad j en habilitation partielle faible correspond à la somme, pondérée par la fonction de durée décroissante, (1) des individus ayant des ressources suffisantes pour payer la place au prix libre ($R_i \geq p_j$) qui accèdent sans ASH et (2) des individus ayant des ressources « ASH » inférieures au tarif administré ($R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j$) qui accèdent grâce à l'ASH.

Source : IGAS (2018) concernant les règles pour définir la demande.

Un point crucial tient au régime de l’habilitation à l’aide sociale. Elle autorise les établissements à accueillir des personnes qui ne peuvent financer leur séjour qu’avec l’aide du département, mais ne leur réserve pas un quota de places : sur les places habilitées, les personnes qui ne peuvent financer leur prise en charge qu’avec l’aide de l’ASH se trouvent en concurrence avec celles qui ont les ressources propres nécessaires.

Avec les règles de facturation décrites par l’IGAS, l’indicateur d’accès géographique et financier aux Ehpad s’écrit donc comme suit.

$$\begin{aligned}
A_i^{HAS} &= \sum_{j=1}^J f(d_{c(i)c(j)}) \tau_j^{HAS} \left[\left(\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j} \right) \mathbb{1}_{j=\text{Partielle faible}} \right. \\
&\quad + \left(\mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j} \right) \mathbb{1}_{j=\text{Partielle forte}} + \left(\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j} \right) \mathbb{1}_{j=\text{Totale convention}} \\
&\quad \left. + \left(\mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} + \mathbb{1}_{R_i^{ASH} \leq \hat{p}_j} \right) \mathbb{1}_{j=\text{Totale sans convention}} \right] \tag{1}
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
A_i^{NH} &= \sum_{j=1}^J f(d_{c(i)c(j)}) \tau_j^{NH} \left(\mathbb{1}_{R_i \geq p_j} \mathbb{1}_{j=\text{Sans habilitation}} + \mathbb{1}_{R_i \geq p_j} \mathbb{1}_{j=\text{Partielle faible}} \right. \\
&\quad \left. + \mathbb{1}_{R_i \geq \hat{p}_j} \mathbb{1}_{j=\text{Partielle forte}} \right) \tag{2}
\end{aligned}$$

$$A_i = A_i^{HAS} + A_i^{NH} \tag{3}$$

Pour un individu de revenu R_i , on retient dans A_i^{NH} les tantièmes de lits non habilités dont le prix facturé p_j est inférieur au revenu R_i . On retient dans A_i^{HAS} les tantièmes de lits habilités dont le tarif administré est supérieur au revenu R_i^{ASH} (accès via l’ASH) ou dont le prix libre est inférieur au revenu R_i (accès sur ressources propres). Dans la mise en pratique, comme nous ne pouvons distinguer R_i et R_i^{ASH} , un individu a accès à tous les tantièmes de lits habilités situés dans des Ehpad à habilitation partielle forte ou à habilitation totale sans convention : son revenu est nécessairement soit inférieur à \hat{p}_j et il accède alors via l’ASH, soit supérieur à \hat{p}_j et il accède alors sur ses ressources propres.

4 Résultats

Les résultats présentés sont agrégés à deux échelles (nationale et départementale). Ils concernent soit les établissements (et leurs places), soit les individus. Les résultats de distribution des places

en fonction de leurs différentes caractéristiques (coût, statut, taille de la demande potentielle...) permettent de se faire une idée de la structure du secteur des EPHAD. La valeur de l'indicateur d'AGFE (qui concerne lui les individus) et sa comparaison avec l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée simple (APL) aux Ehpads ([Carrère and Monirijavid, 2023](#); [Carrère, 2023](#)) permettent d'apprécier l'impact de la dimension financière sur l'accès aux EHPAD²⁰.

Pour quantifier l'effet du revenu sur l'accessibilité géographique et financière, les deux indicateurs sont représentés par percentile de revenu, calculés à l'échelle nationale ou à l'échelle départementale selon les cas. Certains départements étant plus peuplés que d'autres, on représente, pour chaque percentile, un indicateur moyen par personne, afin de permettre la comparaison entre les départements.

4.1 Analyse nationale

4.1.1 Nombre de places, type d'habilitation et coût des Ehpads

Le Tableau 2 présente les caractéristiques des Ehpads selon le type d'habilitation. A l'échelle nationale, bien que les règles de facturation conduisent à distinguer cinq types d'Ehpads, les statistiques descriptives font apparaître un secteur essentiellement segmenté en deux composantes. En effet, on constate que les Ehpads disposant d'une convention d'aide sociale, qui représentent plus de la moitié des établissements intégralement habilités, facturent deux prix très proches en moyenne : 64,7 euros/jour pour les bénéficiaires de l'aide sociale (1 941 euros/mois), 66,1 euros/jours pour les autres résidents (1 983 euros/mois). Autrement dit, dans ces établissements, lorsqu'on se place à l'échelle nationale, le phénomène d'exclusion des classes moyennes potentiellement provoqué par la double tarification des places reste probablement empiriquement relativement limitée²¹.

20. Pour que la comparaison AGFE/APL soit valide, il convient de calculer l'APL dans la même unité (nombre de tantièmes de places en hébergement permanent en Ehpads accessibles géographiquement en moins de 60 minutes par la route par personne âgée de 75 ans ou plus) et avec la même fonction de pondération de la distance. L'indicateur d'APL diffusé jusqu'à présent est calculé en nombre de professionnelles (ETP) ; une nouvelle version de l'APL, exprimée en tantième de places, a donc été calculée spécifiquement pour cet article.

21. Soulignons que ce constat porte sur l'année 2019, soit avant la pandémie de Covid-19. Il est possible que cet écart tarifaire soit aujourd'hui plus important. Les Ehpads conventionnés ont en effet pu se saisir de la liberté tarifaire dont ils disposent sur les places occupées par des non bénéficiaires de l'ASH pour faire face à leurs difficultés financières actuelles.

TABLE 2: Statistiques descriptives des Ehpad

	Sans habilitation	Habilitation partielle Faible	Forte	Habilitation totale Pas conv	Conv	Ensemble
Total						
Nombre d'Ehpad	1 259	1 099	238	2 201	2 513	7 310
en %	17,2	15,0	3,3	30,1	34,4	100,0
Nombre de places en hébergement perm.	88 485	82 794	19 076	183 354	211 855	585 564
en %	15,1	14,1	3,3	31,3	36,2	100,0
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	18 774	14 487	183 354	211 855	428 470
en %	0,0	4,4	3,4	42,8	49,4	100,0
% de places habilitées à l'aide sociale	0,0	22,7	75,9	100,0	100,0	73,2
Moyennes par Ehpad en pondérant par le nombre de places en hébergement permanent*						
Coût d'une place au tarif habilité par jour	-	65,3	65,0	63,7	64,7	64,5
Coût d'une place au tarif libre par jour	88,8	85,8	-	-	66,1	76,4
Nombre de places	70	75	80	83	84	80
Nombre de places habilitées à l'aide sociale	0	17	61	83	84	59
Demandes potentielles par place						
Place habilitée à l'aide sociale	-	47 859	30 569	24 329	31 959	29 344
Place non habilitée à l'aide sociale	10 149	12 668	10 732	-	-	11 192
Tout type de place	10 149	20 647	25 795	24 329	31 959	24 474

* : Pour le coût des places, nous utilisons comme pondération le nombre de places relatif à ce prix (i.e. nous ne considérons que le nombre de places non-habilitées à l'aide sociale pour calculer le coût moyen au tarif libre).

Lecture : On compte 1 259 Ehpad sans habilitation (17,2 % des Ehpad de France hexagonale). Ces Ehpad offrent 88 485 places en hébergement permanent au total (15,1 % des places en France hexagonale), soit en moyenne 70 places par Ehpad. Dans les Ehpad sans habilitation, le coût moyen d'une place (en tarif libre) est de 88,8 € par jour. Chacune de ces places est accessible géographiquement et financièrement à 10 149 personnes en moyenne (demandes potentielles).

Champ : Ehpad en France hexagonale (valeurs manquantes imputées).

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

On note ensuite que les établissements dont la capacité d'accueil est partiellement habilitée pour l'accueil de bénéficiaires de l'aide sociale ne semblent pas présenter un profil spécifique et homogène. Ceux qui ont plus de 50% de leur capacité habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont très peu nombreux (3% des établissements) et leur tarif administré, qu'ils doivent facturer à tout résident, est très similaire à celui des établissements intégralement habilités (65 euros/jour contre 64,7). En revanche, ceux qui ont moins de la moitié de leur capacité habilitée, qui représentent 15% des établissements, ne rassemblent en fait que 4,4%

des places habilitées à l'aide sociale et pèsent donc a priori très peu pour l'efficacité de ce dispositif de solvabilisation. Ils facturent en outre aux autres résidents, un prix comparable en moyenne à celui des établissements qui se trouvent en dehors de toute politique d'habilitation (85,8 euros/jours pour les premiers, contre 88,8 euros/jours dans les seconds, soit de 2 574 à 2 664 euros par mois). Autrement dit, si on considère ensemble les Ehpad sans habilitation et les Ehpad faiblement habilités, 97,5% des places qui y sont installées (soit 28,5% du total des places), ne sont accessibles qu'à une minorité de personnes sauf à faire appel à son entourage ou son patrimoine. A titre de référence, seuls 20 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont un revenu supérieur à 80 € par jour (tableau 3).

TABLE 3: Déciles de niveaux de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	Moyenne
Revenu annuel	11 591	13 771	15 512	17 251	19 244	21 623	24 673	29 198	37 496	23 391
Revenu par jour	31,8	37,7	42,5	47,3	52,7	59,2	67,6	80,0	102,7	64,1

Lecture : En France hexagonale, 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus ont un revenu moyen par unité de consommation inférieur à 11 591 € par an (966 € par mois, 32 € par jour).

Champ : Individus de 75 ans ou plus résidant en France hexagonale.

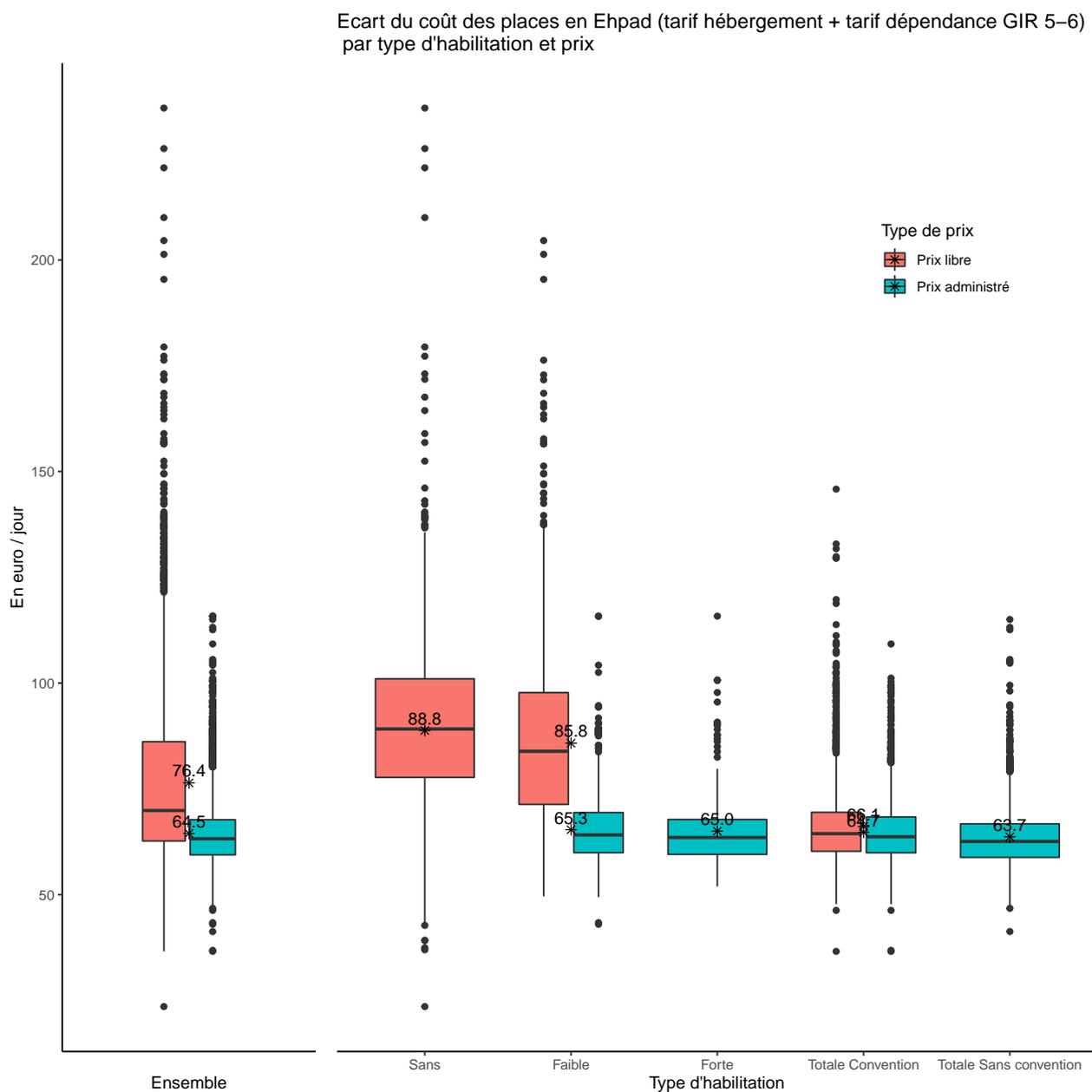
Sources : DGFIP, Insee, données FIDELI 2019.

Le niveau des prix joue un rôle important dans la segmentation du secteur comme le montre les figures 1 et 2 qui présentent la distribution des prix selon le type de prix (libre ou administré) et le type d'habilitation de l'Ehpad où les places correspondantes sont installées. Ces deux figures permettent de visualiser nettement la dichotomie du secteur en intégrant la dispersion des prix, au delà de la simple comparaison des prix moyens figurant dans le tableau 2.

La figure 1 montre nettement que les tarifs facturés hors ASH (en rouge) sont globalement plus élevés et plus dispersés que les tarifs administrés (en bleu), sauf pour les Ehpad totalement habilités et conventionnés où les deux types de tarifs sont assez similaires. Ceci confirme que, dans ce dernier type d'établissement, le tarif que nous qualifions de « libre » parce qu'il est facturé aux personnes qui ne bénéficient pas de l'ASH est probablement assez fortement encadré malgré tout par les pouvoirs publics (Cf. Contexte institutionnel).

La figure 2 donne une vision d'ensemble de la distribution des prix en intégrant l'effet de volume. Elle est cependant de lecture délicate car certaines places pouvant être facturées à deux prix différents (un tarif administré ou un prix libre), elles apparaissent deux fois dans la distribution des prix : c'est le cas pour les places habilitées à l'aide sociale installées dans des établissements faiblement habilités ou totalement habilités avec convention. Les couleurs distinguent les tarifs selon qu'ils concernent des places installées dans un Ehpad sans habilitation (saumon), avec faible habilitation (marron), avec forte habilitation (vert), avec habilitation totale et convention d'aide sociale (bleu) et avec habilitation totale et sans convention d'aide sociale (violet). Le foncé ou clair permet de distinguer s'il s'agit d'un prix libre (clair) ou d'un prix administré (foncé). Ainsi, les places dans des Ehpad sans habilitation (saumon) n'ont qu'un tarif libre (clair). Les places dans des Ehpad avec habilitation totale et sans convention (violet) et celles dans des Ehpad avec habilitation forte (vert) n'ont qu'un tarif administré (foncé). La distribution des prix est fortement étalée à droite. Les prix qui figurent à droite du graphique, au delà de 80 euros, sont presque exclusivement des tarifs libres de places installées dans des établissements peu (marron clair) ou pas (saumon) habilités. La majorité des prix se situe entre 50 et 80 euros/jour et correspond presque en totalité à des places installées dans des Ehpad intégralement habilités à l'aide sociale. L'impression visuelle d'une très forte concentration des prix est cependant en partie artificielle. En effet, entre 50 et 80 euros/jour, un tiers des prix correspond au prix administré de places installées dans des Ehpad sans convention (rose foncé), les deux autres tiers correspondent aux prix des places installées dans des Ehpad avec convention qui apparaissent deux fois : une fois avec leur prix administré (bleu foncé) et une fois avec leur prix libre (bleu clair).

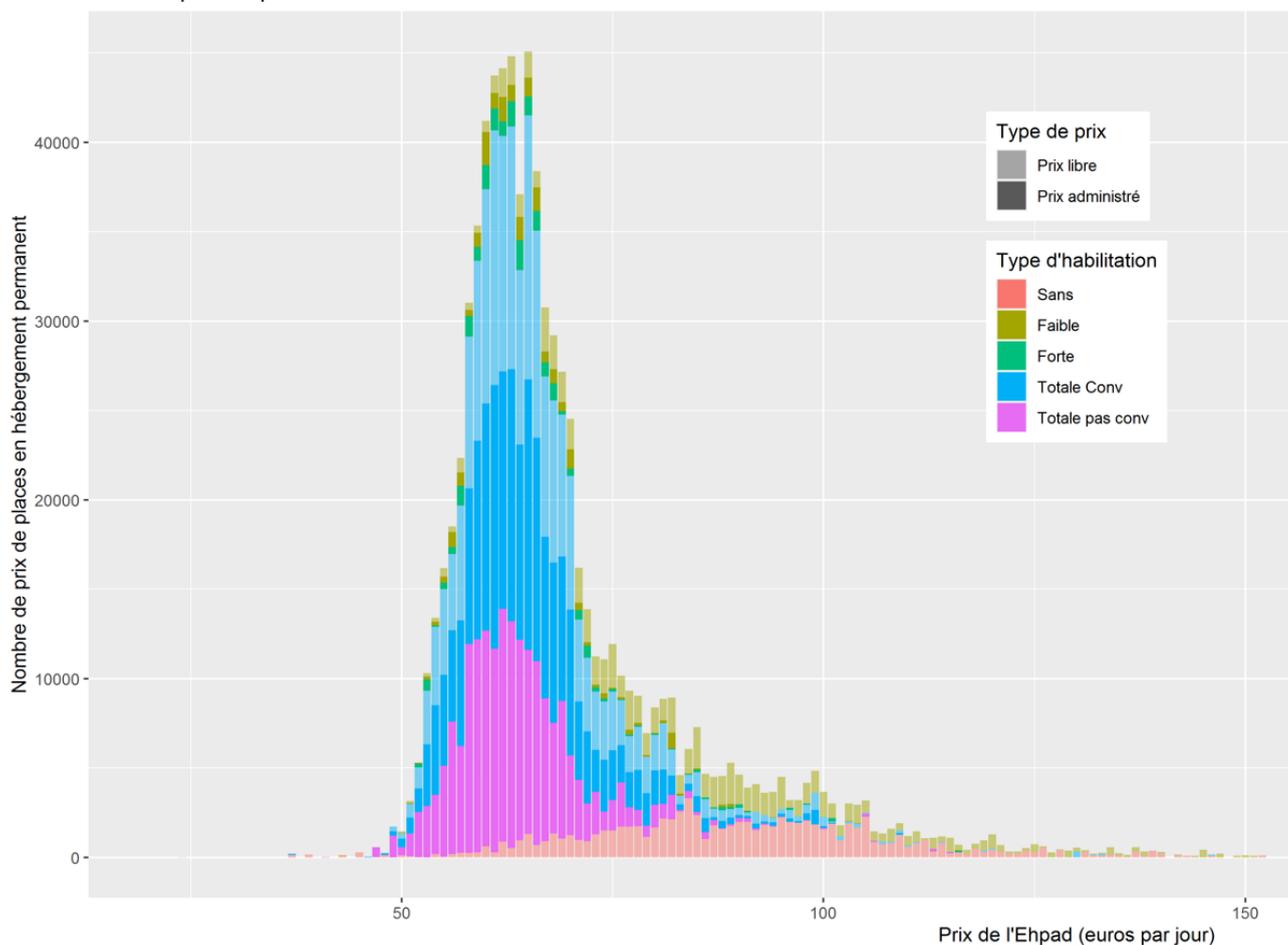
FIGURE 1 – Boxplot des tarifs selon le type d’habilitation et le type de prix.



Champ : départements de France hexagonale.
Sources : Drees, EHPA 2019.

FIGURE 2 –

Distribution des prix (en euros par jour), selon le type d'habilitation de l'Ehpad dans lequel les places sont installées



Note : Seul le nombre de lits en hébergement permanent pour le type de prix concerné (libre ou administré) est utilisé pour obtenir le nombre de places. Pour les places dans des Ehpad faiblement habilités, le nombre de places en tarif libre correspond à toutes les places en hébergement permanent alors que le nombre de places en tarif administré correspond seulement aux places habilitées à l'aide sociale. Pour les Ehpad habilités totalement et avec une convention d'aide sociale, toutes les places apparaissent deux fois : une fois au tarif libre et une fois au tarif administré.

Champ : Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes en France hexagonale.

Sources : DREES, enquête EHPA 2019 et CNSA, données sur les tarifs des Ehpad en 2019.

4.1.2 La demande potentielle

Le tableau 2 permet aussi de comparer le niveau de la demande potentielle par place, c'est-à-dire le nombre moyen de personnes ayant accès financièrement et géographiquement à une place donnée, en fonction du type de place et du type d'habilitation de l'Ehpad où elle est installée.

On remarque tout d'abord que le niveau de la demande potentielle est presque trois fois plus élevé pour les places habilitées à l'aide sociale, tout type d'Ehpad confondu : les places habilitées sont accessibles, en moyenne, à 29 344 personnes par place, contre 11 192 personnes pour les places non habilitées. Plusieurs effets se combinent pour produire cette différence de demande potentielle. Elle est d'autant plus élevée que l'habilitation lève la barrière financière pour une proportion importante de la population alentour et augmente la demande potentielle des places habilitées. Mais, la différence dépend aussi des prix facturés pour les places non habilitées : plus les prix libres sont élevés, plus la barrière financière est forte, plus la part de la population alentour qui peut accéder aux places non habilitées est faible, ce qui diminue la demande potentielle des places non habilitées. Enfin, la différence d'implantation géographique entre places habilitées et non habilitées peut aussi augmenter la différence de demande potentielle par un effet de structure lié à la densité de population. Or les effets de pure densité peuvent être importants. Pour s'en convaincre, on peut comparer la demande potentielle des places habilitées à l'aide sociale selon qu'elles sont installées dans des Ehpad fortement habilités ou dans des Ehpad totalement habilités et sans convention, puisque entre ces deux types d'Ehpad, où aucune barrière financière n'intervient, toute la différence de demande potentielle provient des seuls effets de densité géographique respectives²² : chaque place est accessible à 30 569 personnes dans les Ehpad fortement habilités et à seulement 24 329 personnes dans les Ehpad totalement habilités sans convention, soit 20% de moins.

Il est intéressant de noter enfin que c'est pour les places qui bénéficient de deux tarifs de facturation que la demande potentielle est la plus forte alors même que ce dispositif exclut les personnes ayant un revenu compris entre \hat{p} et p : 47 859 personnes par place pour les places habilitées dans les Ehpad peu habilités et 31 959 personnes par places pour les places dans

22. Pour rappel, ces places sont toujours financièrement accessibles, soit sans ASH pour les personnes ayant les ressources propres suffisantes, soit avec l'ASH pour les autres.

les Ehpad totalement habilités avec convention. Plusieurs hypothèses peuvent être émises, qui peuvent se combiner, et probablement différemment pour ces deux types d'Ehpad : (1) l'écart entre les deux tarifs est faible, (2) les personnes âgées ont des revenus tels que peu de personnes sont exclues par le prix libre et (3) ces Ehpad sont situés à proximité d'un plus grand nombre de personnes âgées que les autres types d'Ehpad habilités.

4.1.3 Indicateur AGFE

La figure 3 permet de comparer la distribution de l'indicateur d'AGFE en fonction du niveau de revenu relatif²³ (courbe bleue) avec celle de l'indicateur d'APL (courbe rouge), tous départements confondus.

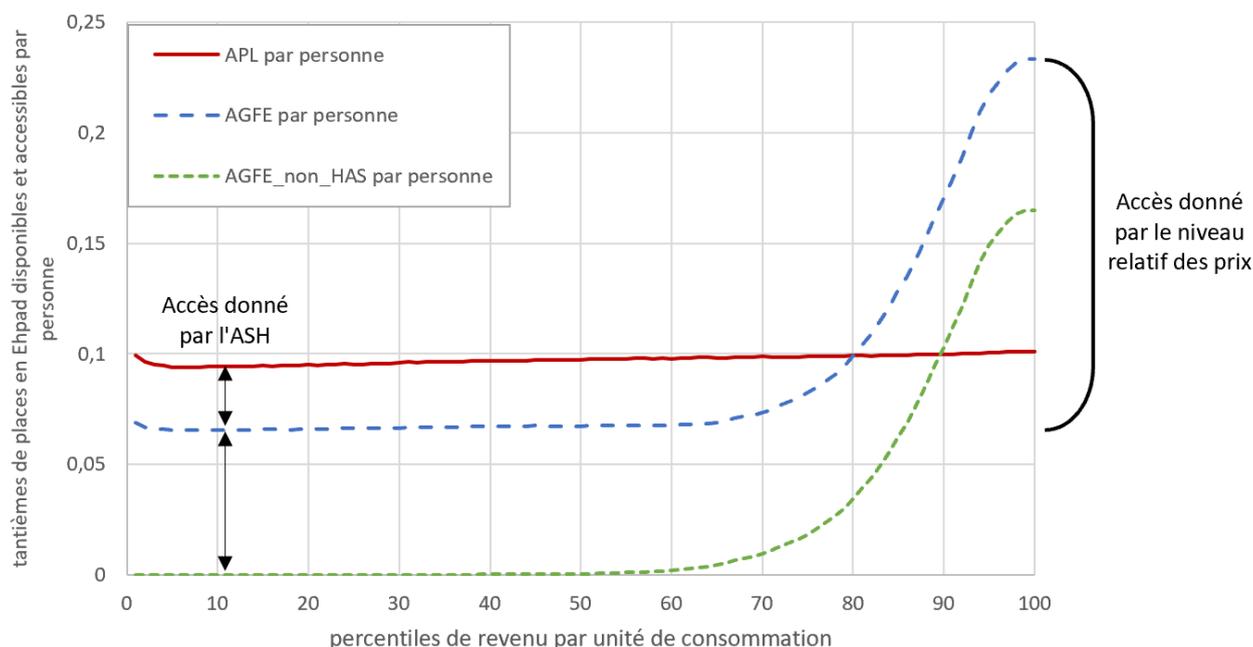
En moyenne, en France hexagonale, l'APL est d'environ 0,10 places à moins de 60 minutes pour chaque personne âgée de 75 ans ou plus et n'augmente que très légèrement avec le revenu²⁴. L'indicateur d'AGFE, lui, augmente sensiblement, passant de 0,067 millièmes de place accessibles et disponibles par personne en moyenne pour les habitants de 75 ans ou plus du 1^{er} percentile de revenu (les 1 % les plus pauvres) sur la gauche du graphique, à 0,235 places par personne en moyenne, soit environ trois et demie fois plus, pour les 1 % les plus riches, sur la droite du graphique. Raisonner sur les percentiles extrêmes ne suffit cependant pas à rendre compte de l'allure générale du graphique : en effet, l'AGFE est à peu près stable jusqu'au 70^{ème} percentile de revenu et n'augmente qu'à partir de ce niveau de revenu, rapidement, dépassant l'APL à partir du 80^{ème} percentile de revenu.

Malgré l'existence de l'aide sociale, l'accessibilité géographique et financière apparaît très sensible au revenu. Dans la grande partie gauche du graphique, l'écart entre les courbes rouge et bleue permet de visualiser, verticalement, l'étendue de l'habilitation à l'aide sociale. En effet si toutes les places étaient habilitées à l'aide sociale, l'AGFE et l'APL seraient identiques puisqu'il n'y aurait aucune autre barrière que géographique et les deux courbes seraient confondues. L'effet de l'implantation géographique étant négligeable, le différentiel d'accessi-

23. Il s'agit des percentiles de revenu nationaux et non départementaux.

24. L'APL n'intègre pas la barrière financière, mais la répartition géographique n'étant pas homogène en fonction du revenu, on pourrait s'attendre à ce que le rapport entre la capacité installée et la taille de la population locale soit différent dans les zones aisées et dans les zones plus défavorisées.

FIGURE 3 – Accessibilité géographique et financière aux Ehpad en fonction du niveau de revenu



Lecture : Les 1 % les plus pauvres ont accès géographiquement et financièrement à 0,07 tantièmes de places en Ehpad en moyenne (courbe bleue), alors que sans critère financier ces mêmes individus auraient accès à 0,1 tantième de place (courbe rouge). Les personnes qui se situent dans le 90ème percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,17 tantième lits par personne dont 0,10 correspondent à des places non habilitées à l'aide sociale (courbe verte).
Champ : Individu de 75 ans ou plus déclarant des revenus en 2019 et habitant en France hexagonale.
Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

bilité provient essentiellement des places non habilitées à l'aide sociale (dans les Ehpad peu ou pas habilités) : l'accessibilité géographique et financière aux places non habilitées (courbe verte AGFE_non_HAS) est à peu près nulle pour les personnes des 60 premiers percentiles. Autrement dit, pour les 60% de personnes âgées les moins aisées, l'accès aux Ehpad repose entièrement sur la politique d'ASH et la courbe d'AGFE représente uniquement l'accessibilité via l'ASH. Les places non habilitées opèrent un système de réserve de places pour le quart le plus riche de la population. Ce système de réserve augmente l'accessibilité des plus aisés via deux effets. Tout d'abord un effet « volume » (ou numérateur) : les personnes les plus aisées peuvent financer leur prise en charge dans un plus grand nombre de places. Ensuite, un effet « disponibilité » (ou dénominateur) : les places les plus chères ont, parce qu'elles sont chères, une demande potentielle faible ; partagée entre moins de monde, chacune de ces places apporte donc à ceux qui peuvent les financer un nombre plus important de tantièmes de lits disponibles.

Le tableau 4 synthétise le graphique en décile de revenu. Chaque personne du 1^{er} décile a accès géographiquement à 0,0949 place disponible en Ehpad en moyenne. Avec le critère financier, l’accessibilité tombe à 0,0660 places disponibles pour chaque personne de ce percentile. Cette perte d’accessibilité profite essentiellement aux personnes des deux derniers déciles de revenus qui ont accès géographiquement et financièrement à 0,1343 et 0,2146 places d’Ehpad par personne.

TABLE 4: Comparaison des distributions de l’APL avec l’AGFE selon les déciles de revenu des personnes âgées de 75 ans ou plus

	Min-D1	D1-D2	D2-D3	D3-D4	D4-D5	D5-D6	D6-D7	D7-D8	D8-D9	D9-Max
APL par pers.	0,0949	0,0946	0,0954	0,0965	0,0972	0,0978	0,0984	0,0989	0,0996	0,1006
AGFE par pers.	0,0660	0,0658	0,0663	0,0669	0,0673	0,0676	0,0700	0,0850	0,1343	0,2146
dt AGFE non HAS	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0003	0,0012	0,0055	0,0208	0,0681	0,1465

Lecture : Les personnes appartenant au 1^{er} décile de revenu ont accès géographiquement à 0,0949 millièmes de place par personne en moyenne. En ajoutant le critère financier, elles n’ont plus accès qu’à 0,0660 millièmes de place par personne. Ces places sont principalement des places habilitées à l’aide sociale. En effet, l’AGFE à des places non habilitées ne dépasse le millième de place par personne que pour les personnes dont le revenu est situé entre D5 et D6.

Champ : Individu de 75 ans ou plus déclarant des revenus en 2019 et habitant en France hexagonale.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

4.2 Analyse départementale

Le calcul de l’accessibilité géographique et financière selon le revenu à l’échelle départementale fait apparaître des configurations variables qui tiennent, pour partie, à des différences de politiques départementales documentées ci-dessous.

4.2.1 Hétérogénéité des contextes départementaux

L’accessibilité géographique et financière aux Ehpad, à revenu donné, dépend de plusieurs phénomènes très variables d’un département à l’autre : le taux d’équipement, l’étendue de la politique d’habilitation, et les niveaux des tarifs « hébergement », qu’ils soient administrés par les conseils départementaux ou fixés librement par les Ehpad.

- Accessibilité géographique

Le taux d'APL moyen par département varie en 2019 de 5 (Corse-du-Sud) à 14 lits (Lozère) pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus, accessibles à moins de 60 minutes (avec fonction décroissante). De manière générale, l'accessibilité géographique est plus forte dans les départements de Bretagne et Pays-de-la-Loire et plus faible en Île-de-France, dans le Nord et sur la côte méditerranéenne (voir figure 11 en annexe).

- Etendue de l'habilitation à l'aide sociale

La proportion de places habilitées à l'aide sociale est de 73,2 % à l'échelle nationale, mais elle varie de 34,5 % (Vienne) à 100 % (Lozère) (voir figure 12 en annexe). Globalement les départements ayant une forte accessibilité géographique aux Ehpad ont aussi une forte proportion de places habilitées à l'aide sociale. Toutefois certains départements se distinguent. Par exemple, la Vienne qui a une accessibilité géographique élevée (0,12 lits par habitants) propose seulement 34,5 % de places habilitées à l'aide sociale. Le constat est similaire pour la Charente-Maritime ou le Calvados. A l'inverse, certains départements proposent en moyenne peu de places relativement à leur population mais en majorité des places habilitées à l'aide sociale. C'est le cas de la Corse-du-Sud, des Landes, du Gers, du Tarn-et-Garonne et du Lot, de l'Isère, de la Savoie et du quart Nord-Est.

- Tarification

Enfin, les tarifs médians sont eux aussi très variables d'un département à l'autre. Pour ce qui est des tarifs libres (voir figure 13 en annexe), ils sont particulièrement élevés en Île-de-France, Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur mais particulièrement faibles dans certains départements ruraux comme la Haute-Saone, le Cantal, la Meuse ou les Vosges. Que l'on considère la médiane des tarifs administrés ou celle des prix libres, les départements s'ordonnent de la même manière (voir figure 14 en annexe).

4.2.2 Indicateur AGFE à l'échelle départemental

Les résultats département par département sont présentés dans la figure 4. Malgré les différences de politiques départementales, la plupart des départements présentent un profil assez similaire au profil national, avec une AGFE inférieure à l'APL d'environ 25% jusqu'au 60^{ème} ou 70^{ème}

percentile de revenu, puis un croisement des courbes vers le 80^{ème} percentile de revenu, l'AGFE devenant alors supérieure à l'APL. Ces différents départements se distinguent essentiellement par le niveau général d'accessibilité géographique qui peut être plus élevé ou plus faible que l'accessibilité agrégée au niveau national (voir par exemple la côte d'Or (21) pour un niveau plus élevé, et l'Oise (60) pour un niveau plus faible). Certains profils plus atypiques apparaissent cependant que nous détaillons ci-dessous en les illustrant par un département exemplaire.

Une première configuration rassemble les départements ayant fait le choix d'un niveau d'habilitation à l'aide sociale très élevé, illustré ici par le cas extrême de la Lozère (48), Figure 5²⁵, qui a la particularité de n'avoir que des Ehpad totalement habilités à l'aide sociale (100 % des places habilitées à l'aide sociale). Une part importante de ces places (61,5 %) se trouve cependant dans des Ehpad avec convention d'aide sociale. Pour ces places, il existe donc deux tarifs (administré ou libre) selon le statut du résident (bénéficiaire de l'ASH ou non). Le faible écart entre ces tarifs conduit à n'exclure que très peu de personnes des « classes moyennes » de l'accessibilité. Comme l'habilitation totale induit une tarification encadrée et majoritairement administrée par le département, les places sont presque toutes accessibles financièrement à la fois aux personnes ayant des revenus modestes (qui peuvent recourir à l'ASH) et aux personnes ayant des revenus plus élevés (qui financent sur leurs ressources propres). Dans ce département, il en résulte un accès similaire aux Ehpad quel que soit le revenu des personnes âgées de 75 ans ou plus, correspondant aux accessibilités géographiques sans critère financier par percentile : les résultats obtenus au moyen de l'indicateur AGFE pour mesurer l'accessibilité aux EHPAD sont à peine plus faibles que ceux obtenus au moyen de l'indicateur APL, lorsque l'on considère les individus ayant un revenu inférieur au 70^{ème} percentile, à peine plus élevés lorsqu'on considère les individus ayant un revenu supérieur. Utiliser l'indicateur d'APL pour apprécier l'accès aux Ehpad peut donc apparaître pertinent puisque la contrainte budgétaire des individus est supprimée par la politique d'habilitation à l'aide sociale.

Un deuxième profil correspond aux départements qui ont au contraire une faible proportion de places habilitées à l'aide sociale, illustré ici par la Charente Maritime (17), Figure 6. Dans

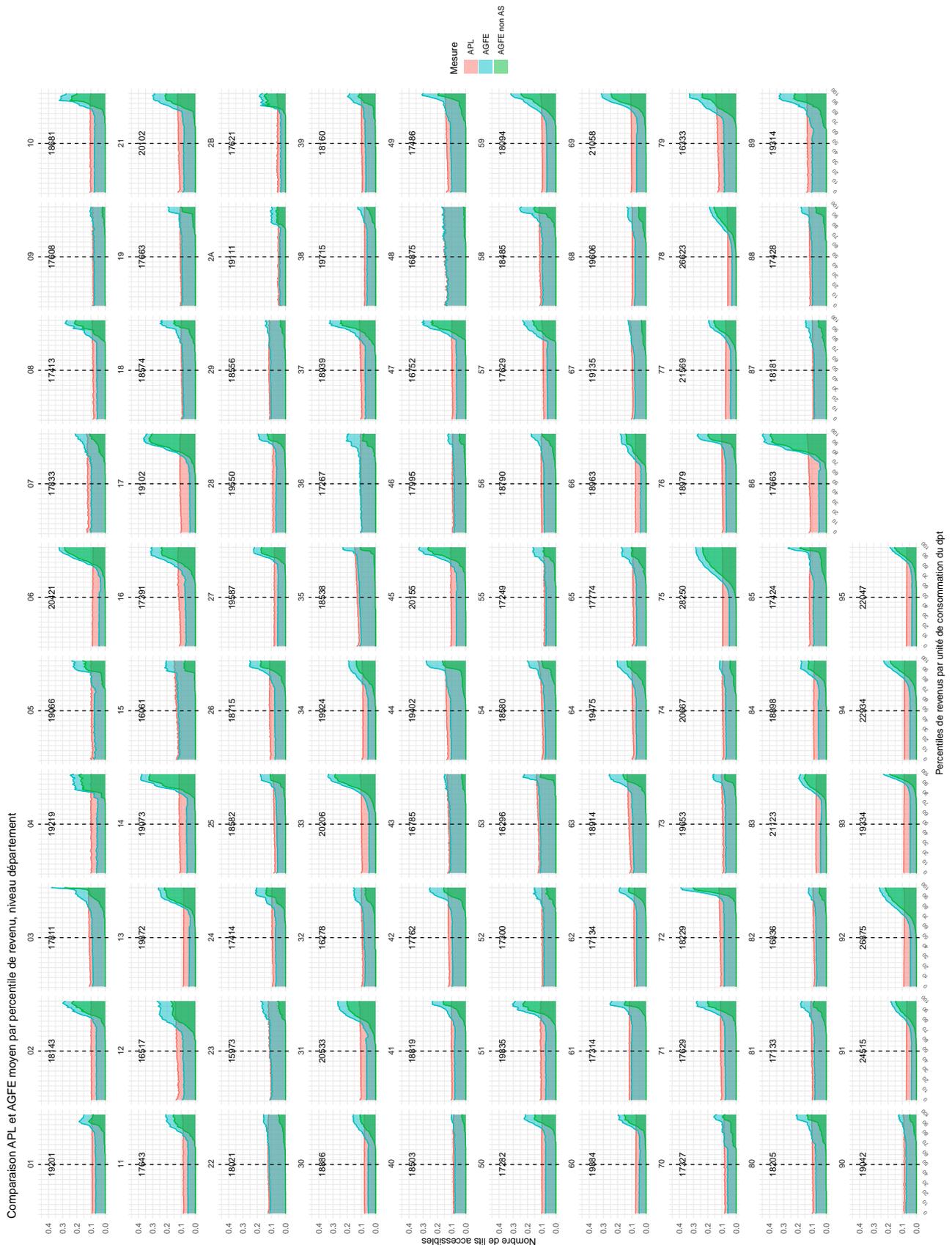
25. Les conclusions sont similaires pour le département des Landes (40), la Haute-Loire (43), le Territoire de Belfort (90), voire l'Ariège (09), la Haute-Vienne (87), le Finistère (29), le Lot (46) car ils ont des taux d'habilitation à l'aide sociale élevé.

ce département, le niveau de l'accessibilité géographique aux Ehpad est comparable au niveau national moyen (0,1 places accessibles à moins d'une heure par personne). Moins de 40% des places sont habilitées à l'aide sociale. Cela induit une distribution de l'accessibilité vers les plus aisés au détriment des plus pauvres, d'autant plus marquée que le niveau des prix pour les places non habilitées est élevé : 90% des prix libres sont supérieurs à 1 897 euros par mois quand le revenu médian du département est de 1 592 euros par mois. La réserve de places non habilitées est donc non seulement importante en volume, mais aussi concentrée sur une faible fraction de la population. Dans ce département, il en résulte un accès aux Ehpad selon le revenus encore plus hétérogène qu'à l'échelle nationale : les habitants de 75 ans ou plus du 1^{er} percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,040 places disponibles par personne tandis que ceux du 99^{ème} percentile de revenu ont accès géographiquement et financièrement à 0,339 (contre respectivement 0,067 et 0,235 à l'échelle nationale).

Enfin, le dernier exemple, celui du Rhône (69), figure 7, illustre l'effet de la double tarification des places habilitées à l'aide sociale lorsque l'écart entre les deux tarifs est important (cas des Ehpad faiblement habilités). La proportion de places habilitées à l'aide sociale est plus élevée qu'en Charente maritime (65,8%). Mais, le point important est que ces places sont installées dans des établissements autorisés à facturer deux tarifs différents selon le statut du bénéficiaires vis-à-vis de l'ASH. Une partie des habitants ne peut donc accéder à ces places ni via l'ASH, car leur revenu est supérieur au tarif administré, ni avec leur propres ressources qui sont inférieures au tarif libre. On constate que l'indicateur d'accessibilité géographique et financière diminue légèrement à partir du 55^{ème} percentile et ne retrouve son niveau initial qu'au 75^{ème} percentile de revenu, reflétant une barrière financière spécifique des classes moyennes supérieures. Ce profil n'est pas exceptionnel puisqu'on le retrouve notamment dans les départements des Alpes maritimes (06), des Bouches du Rhône (13), du Calvados (14), de la Haute Garonne (31)²⁶.

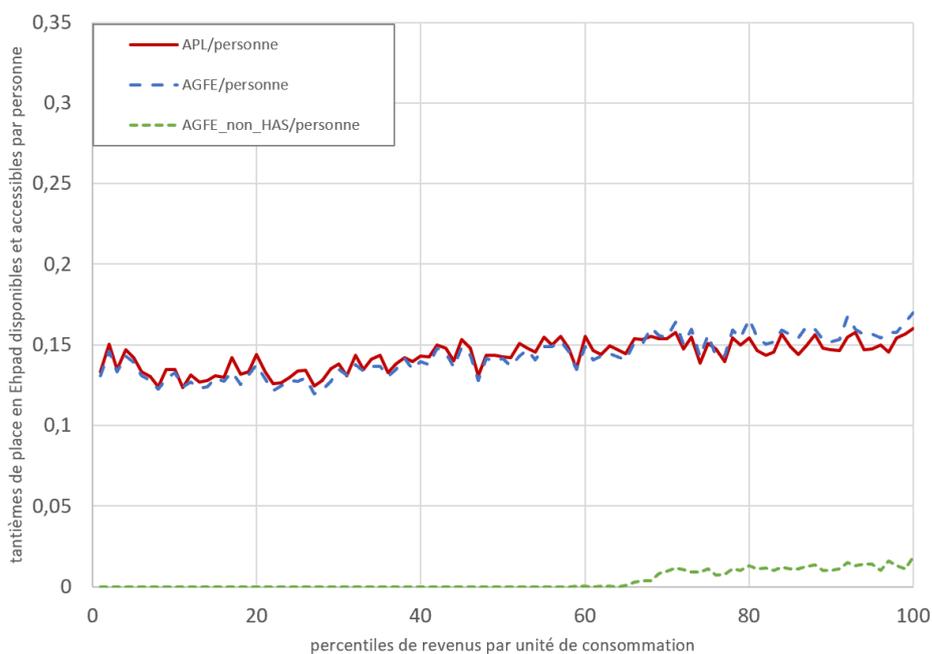
26. Le phénomène apparaît plus marqué dans la plupart de ces départements, mais les calculs y sont plus fragiles car l'enquête EHPA y couvre une proportion plus faible des places, donnant un poids plus important aux imputations.

FIGURE 4 – Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu et par département.



Champ : Individu de 75 ans ou plus déclarant des revenus en 2029 et habitant en France hexagonale.
 Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

FIGURE 5 – Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu, département de Lozère (48).

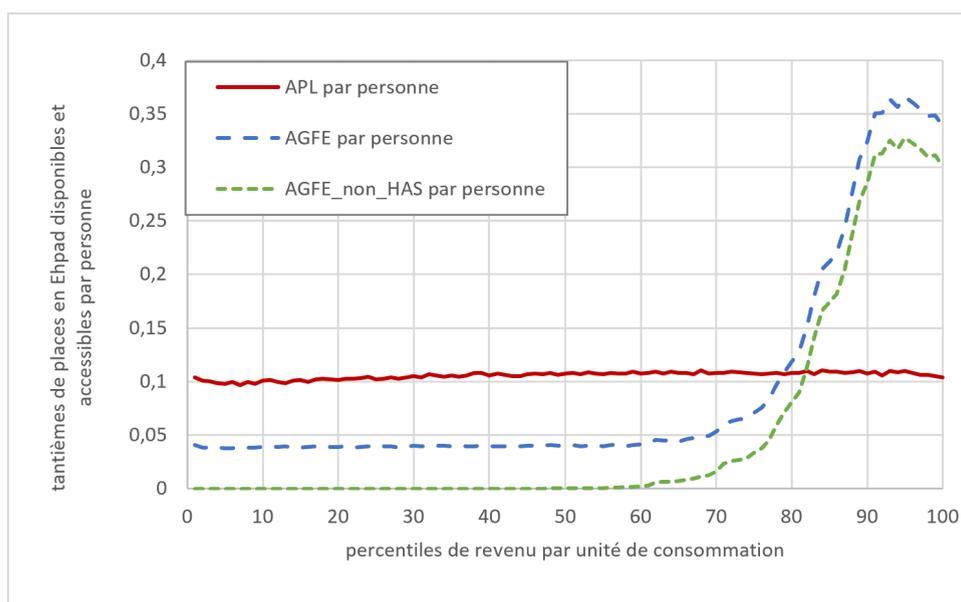


Champ : individus de 75 ans ou plus résidant en Lozère.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

Lecture : La Lozère compte 27 Ehpads et 1529 places d'hébergement permanent (HP), toutes habilitées à l'aide sociale, dont 38,5% sont installées dans des Ehpads intégralement habilités sans convention (tarif unique). Le tarif administré médian (pour les bénéficiaires de l'aide sociale) est de 1762 euros/mois tandis que le prix libre médian (pour les non bénéficiaires) est de 1793 euros/mois, dans un département où le revenu médian est de 1406 euros/mois. L'accessibilité géographique et financière aux Ehpads repose quasi intégralement sur la politique d'aide sociale pour les personnes dont le revenu est inférieur au 65ème percentile. L'écart entre l'APL et l'AGFE ne dépasse jamais 0,013 tantième de place par personne.

FIGURE 6 – Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu, département de la Charente Maritime (17).

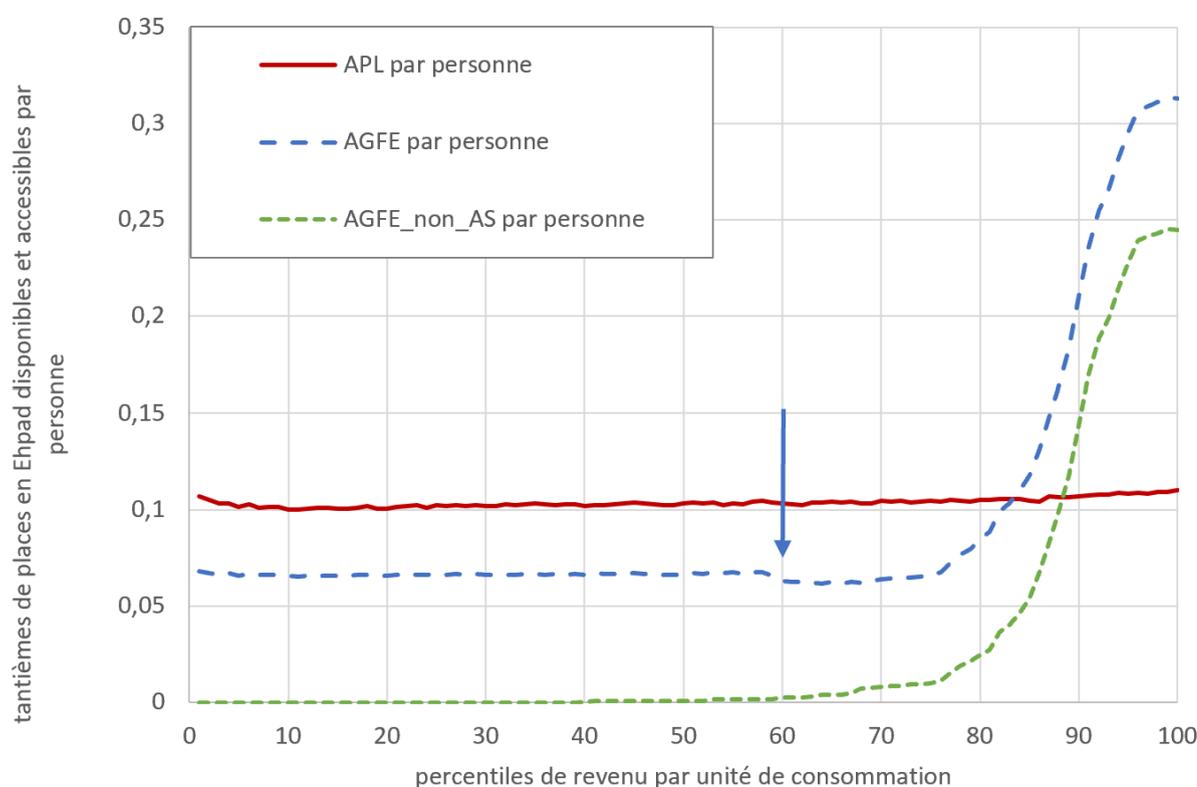


Champ : individus de 75 ans ou plus résidant en Charente Maritime (17).

Sources : DREES, EHPA 2019; CNSA, tarifs 2019; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

Lecture : La Charente maritime compte 116 Ehpad et 8323 places d'hébergement permanent (HP), dont moins de la moitié (39,9%) sont habilitées à l'aide sociale, et sont installées, pour l'essentiel dans des établissements intégralement habilités avec convention (21,1%) ou sans convention (13,5%) Le tarif administré médian (pour les bénéficiaires de l'aide sociale) est de 1936 euros/mois tandis que le prix libre médian (pour les non bénéficiaires) est de 2325 euros/mois, dans un département où le revenu médian est de 1592 euros/mois. Jusqu'au 60ème percentile de revenu l'accessibilité géographique et financière aux Ehpad repose quasi intégralement sur la politique d'aide sociale et s'établit à 38% de l'APL. Les places non habilitées à l'aide sociale, situées pour l'essentiel dans des établissements non habilités constitue une réserve importante (47,7% des places) pour une part restreinte de la population. L'écart entre l'APL et l'AGFE voisine les 0,25 tantièmes de place par personne au delà du 92ème percentile de revenu.

FIGURE 7 – Comparaison des distributions des indicateurs d'APL et d'AGFE par percentile de revenu, département du Rhône (69).



Champ : individus de 75 ans ou plus résidant dans le Rhône.

Sources : DREES, EHPA 2019 ; CNSA, tarifs 2019 ; INSEE, DGFîP, FIDELI 2019.

Lecture : Le Rhône compte 161 Ehpad et 12823 places d'hébergement permanent (HP). Près des deux tiers des places (65,8%) sont habilitées à l'aide sociale, dont la quasi totalité est installée dans des établissements pouvant facturer deux tarifs différents selon le statut du bénéficiaire (intégralement habilités avec convention ou habilitation partielle faible). Le tarif administré médian (pour les bénéficiaires de l'aide sociale) est de 2036 euros/mois tandis que le prix libre médian (pour les non bénéficiaires) est de 2347 euros/mois, dans un département où le revenu médian est de 1755 euros/mois. Jusqu'au 50ème percentile de revenu l'accessibilité géographique et financière aux Ehpad repose quasi intégralement sur la politique d'aide sociale et s'établit environ à deux tiers de l'APL. A partir du 55ème la valeur de l'AGFE baisse et ne retrouve son niveau initial qu'au 75ème percentiles de revenus, témoignant d'une contrainte financière plus forte que pour les personnes de revenu inférieur. L'AGFE dépasse l'APL de 0,10 tantième de place par personne au delà du 90ème percentile de revenu.

5 Limites et perspectives

Les travaux présentés ici constituent un premier pas pour construire un indicateur d'accès aux Ehpad intégrant les contraintes géographiques et financières.

Ils reposent sur des hypothèses techniques et des approximations dont il convient d'étudier les conséquences pour proposer des pistes d'amélioration. On pense tout d'abord au calcul des revenus, qui pourrait intégrer les aides au logement en Ehpad et reposer sur d'autres partages des revenus du couple pour les personnes mariées. On pense aussi à la fonction de distance utilisée qui suppose que les distances actuelles à l'entrée en Ehpad reflètent des distances souhaitables, alors même que nous documentons l'existence de barrières financières.

Les résultats présentés concernent l'accessibilité de la population de 75 ans et plus, mais l'indicateur peut se décliner pour d'autres populations. Une extension logique serait notamment de focaliser l'analyse sur les personnes en perte d'autonomie, pour être en mesure de documenter l'effet de la prévention de la dépendance, et donc de la réduction de la taille de la population cible, sur l'accessibilité aux Ehpad.

Enfin, approfondir les comparaisons entre départements nous incite à développer une future version de l'indicateur qui puisse intégrer des particularités des pratiques départementales qui sont pour l'instant négligées. La première concerne les règles spécifiques de calcul du revenu disponible dans les procédures de demande d'ASH. Ce point apparaît dans l'écriture théorique de l'indicateur, mais ne peut être intégré empiriquement dans les calculs, faute de disposer d'informations précises sur les pratiques des commissions d'aide sociale. Une deuxième voie d'approfondissement concerne les comportements de sélection des demandes et de priorisation des publics. Les travaux de terrain laissent penser que les directeurs d'Ehpad ont, dans certains cas, des pratiques de sélection des demandes selon le statut vis-à-vis de l'ASH (le tarif payé par les bénéficiaires de l'ASH étant inférieur au prix payé par les non-bénéficiaires). On peut s'attendre à ce que le développement des doubles tarifications dans les Ehpad totalement habilités renforce le risque de telles pratiques, voire conduise les départements à mettre en place des règles de priorisation pour les contrer (imposant par exemple d'accueillir en priorité des bénéficiaires de l'ASH sur les places habilitées). La prise en compte de tels comportements,

potentiellement différents d'un département à l'autre, complexifie sérieusement non pas tant l'indicateur en lui même que son calcul : pour une place donnée, le nombre de tantièmes qu'elle apporte à un individu donné se met à dépendre du statut prioritaire ou non de cet individu et des autres personnes faisant partie de la demande potentielle.

6 Conclusion

L'indicateur d'accessibilité géographique et financière aux Ehpad, tel que nous l'avons défini, participe d'une meilleure compréhension des enjeux des politiques de solvabilisation de l'accès aux Ehpad à plusieurs titres.

Tout d'abord il permet de **quantifier l'impact du niveau de revenu sur l'accessibilité aux Ehpad** et donc d'apprécier l'équité verticale dans l'accès aux Ehpad. Calculable à l'échelle départementale, il permet en outre de **comparer l'impact du revenu sur l'accessibilité aux Ehpad d'un département à l'autre** et ouvre ainsi la possibilité d'analyses en termes d'équité géographique nuancées. En effet, si dans un cadre de politiques décentralisées, il n'y a pas lieu nécessairement d'imposer à toutes les collectivités départementales d'organiser un même niveau d'accès aux Ehpad, l'Etat central pourrait cependant avoir des critères de justice portant sur l'inégalité d'accès en fonction du revenu.

L'indicateur proposé intègre à la fois le nombre de places accessibles aux individus et la concurrence qui s'exerce sur ces places : pouvoir financer une place près de chez soi ne garantit pas d'y avoir accès le moment venu, dès lors que de nombreuses autres personnes sont dans la même situation. Raisonner en tantièmes de places potentiellement disponibles permet de mieux comprendre les mécanismes d'action des politiques de solvabilisation. En effet, le mode de calcul de l'indicateur permet de faire apparaître le double effet des barrières financières : non seulement elles modifient le nombre de places accessibles en fonction du revenu, mais, simultanément elles créent pour les plus riches une réserve de places plus facilement disponibles car partagées entre peu de personnes.

L'ampleur de cette réserve de places dépend tout d'abord des pratiques de fixation des prix libres par les établissements. Mais, chacun des leviers politiques aux mains des départements (auto-

risation, habilitation, conventionnement et tarification) peut aussi la modifier en transformant la configuration départementale du secteur des Ehpad. Les résultats empiriques obtenus, même s'ils mériteront d'être affinés et approfondis, montrent déjà comment les choix faits par certains départements permettent l'égalisation de l'accessibilité quel que soit le niveau de revenu quand d'autres renforcent au contraire l'inégalité. Ces résultats attirent en particulier l'attention sur le rôle de l'habilitation partielle faible et des conventions d'aide sociale autorisant à pratiquer deux prix différents selon le niveau de revenu des personnes *via* leur statut vis-à-vis de l'ASH : lorsque ce dispositif concerne une part importante des places et s'accompagne d'un écart sensible entre les deux prix, il peut aller jusqu'à réduire l'accessibilité pour les personnes dont les niveaux de revenus sont juste trop élevés pour leur permettre de bénéficier d'une solvabilisation *via* l'ASH.

La sensibilité de l'indicateur aux leviers des politiques départementales permet enfin d'envisager de l'utiliser comme un outil de simulation. En effet, en le calculant non pas avec des données observées mais avec les données cibles de politiques (modification du taux d'habilitation, modification des tarifs administrés...) il permettra de quantifier a priori l'impact de telles politiques sur l'accessibilité moyenne, sur l'accessibilité de certaines parties de la population ou encore sur la variation de l'accessibilité en fonction du niveau de revenu.

Références

- Abassi, E., Abdouni, S., Amrous, S., Bazin, M., Bergeron, T., Bonnet, E., Calvo, M., Dauphin, L., Diallo, C.-T., Gonzales, C., Kuhn, L., Leroux, I., Pirus, C. and Yankan, L. (2020), *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion.*, Panorama de la DREES, edition 2020 edn.
- Arnault, L. (2020), 'Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'apa à domicile en 2011.', *Les Dossiers de la DREES* **59**.
- Balavoine, A. and Martial, E. (2022), 'L'enquête EHPA 2019 - les différentes phases de l'enquête.', *Drees Méthodes* **6**.
- Besnard, X. and Zakri, M. (2018), 'Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? premiers résultats de l'enquête care-institutions.', *Etudes et Résultats - DREES* **1095**.
- Boneschi, S. and Miron de l'Espinay, A. (2022), 'Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? - l'apport du modèle autonomix – résultats 2019.', *Les dossiers de la DREES* **99**.
- Carrère, A. (2021), 'Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : le rôle du contexte territorial.', *Population* **76(2)**.
- Carrère, A. (2023), *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*, Institut des politiques publiques.
- Carrère, A. and Monirijavid, S. (2023), 'Accessibilité géographique à l'offre médico-sociale et sanitaire pour les personnes âgées : une approche territoriale', *Etudes et résultats - DREES* **1279**.
- Carrère, A., Couvert, N. and Missegue, N. (2021), 'Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées', *Les Dossiers de la DREES* **88**.
- Carrère, A., Roy, D. and Toulemon, L. (2023), *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives.*, Institut des politiques publiques.

- Cheng, G., Zeng, X., Duan, L., Lu, X., Sun, H., Jiang, T. and Li, Y. (2012), ‘Spatial difference analysis for accessibility to high level hospitals based on travel time in shenzhen, china.’, *Habitat International* **53**.
- CNSA (2021a), ‘Les prix des résidences autonomie en 2018 et 2019. diversité des territoires et des modèles .’, *Analyse statistique* **10**.
- CNSA (2021b), ‘Les prix en EHPAD en 2019. diversité des territoires et des politiques tarifaires.’, *Analyse statistique* **09**.
- Fontaine, R. and Fragonard, B. (2021), ‘La variété des applications du principe du subsidiarité.’, *Revue de droit sanitaire et social* **2**.
- Fontaine, R., Gramain, A. and Wittwer, J. (2020), ‘Soutien à l’autonomie des personnes âgées : sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement ?’, *Working Papers of BETA* **2020-32**.
- Fourcade, M. and Robineau, F.-M. (2019), Habilitation à l’aide sociale et aide sociale à l’hébergement en établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad), , Inspection générale des affaires sociales.
- Gramain, A., Jérôme Wittwer, R. C. and Michel, D. (2007), ‘Private contributions to the financing of long-term care under the support obligation : Court decisions and macroeconomic implications.’, *Economie prévision* **177**.
- HCFEA (2022), ‘Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors. une utilisation pour penser l’accessibilité financière aux ehpad, résidences autonomie (ra) et résidences services seniors (rss).’, *Rapport* .
- Hégé, R., Roquebert, Q. and Tenand, M. (2015), La tarification des services d’aide à domicile : un outil au service des politiques départementales, **2**.
- IGAS (2018), ‘Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les ehpad’, *Rapport* .

- Jeger, F. (2005), 'L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003.', *Etudes et Résultats* **372**.
- Ma, L., Luo, N., Wan, T., Hu, C. and Peng, M. (2018), 'An improved healthcare accessibility measure considering the temporal dimension and population demand of different ages.', *International Journal or Environmental Research and Public Health* **15**.
- Miron de l'Espinay, A. and Roy, D. (2020), 'Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en ehpad d'ici à 2030. projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle lieux de vie et autonomie (livia).', *Etudes et Résultats* **1172**.
- Ramos-Gorand, M. (2015), *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine*, Thèse de doctorat, Université Paris Est Créteil, Créteil.
- Roy, D. (2023), 'Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? une comparaison à partir des enquêtes care-ménages et care-institutions', *Les dossiers de la Drees* **104**.

Annexes

A Comparaison des caractéristiques des Ehpad répondants et des Ehpad non-répondants

Les Ehpad non-répondants sont plutôt des Ehpad de petites tailles (21% des non-répondants ont moins de 50 places contre 16% des répondants), du secteur privé à but lucratif (39% pour les non-répondants contre 16% pour les répondants) et plus récents (30% des non-répondants ont ouverts il y a moins de 20 ans, contre 24% des répondants), voir table 5.

TABLE 5: Caractéristiques des Ehpad dans l'enquête EHPA 2016

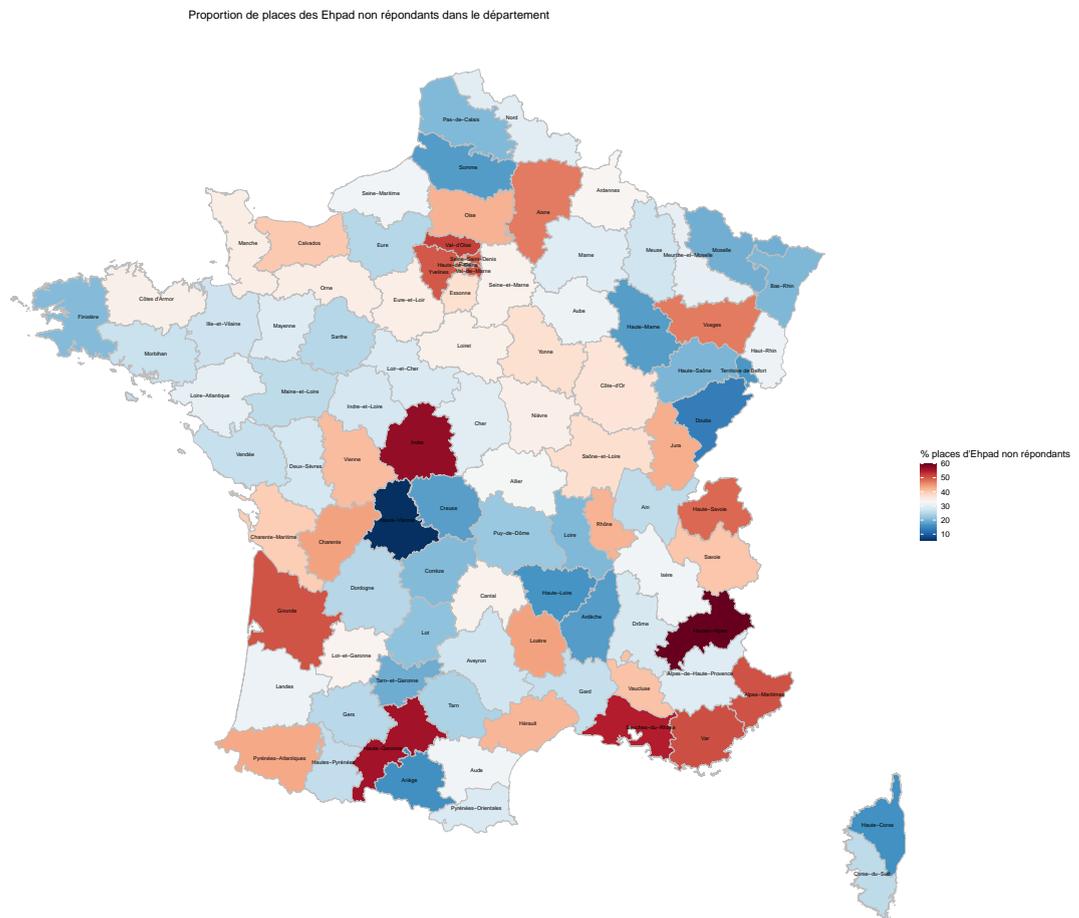
	Non répondants	Répondants
Effectif	2 780	4 703
Nombre de places		
0 place	80	0
]0 ;50]	506	737
]50-100]	1 788	2 959
]100-++]	406	1 007
Statut juridique		
Privés à but lucratif	1 077	732
Privés à but non lucratif	885	1 458
Public hospitalier	195	1 008
Public non hospitalier	623	1 505
Date d'ouverture		
Manquant	3	1
Moins d'un an	6	24
1-5 ans	103	153
5-10 ans	306	418
10-20 ans	427	522
Plus de 20 ans	1 935	3 585

Champ : Ehpad en France.

Sources : DREES, EHPA 2019.

La figure 8 représente, par département, la proportion des places d'Ehpad installées dans les Ehpad n'ayant pas répondu à l'enquête EHPA par département, i.e. ce que la non-réponse représente en termes de places. Ces taux de non-réponse représentent plus de places en Ehpad dans les Hautes-Alpes, l'Indre, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne, la Gironde, le Var, les Alpes-Maritimes, le Val-d'Oise...

FIGURE 8 – Proportion des places installées dans des Ehpad non répondants (par département).



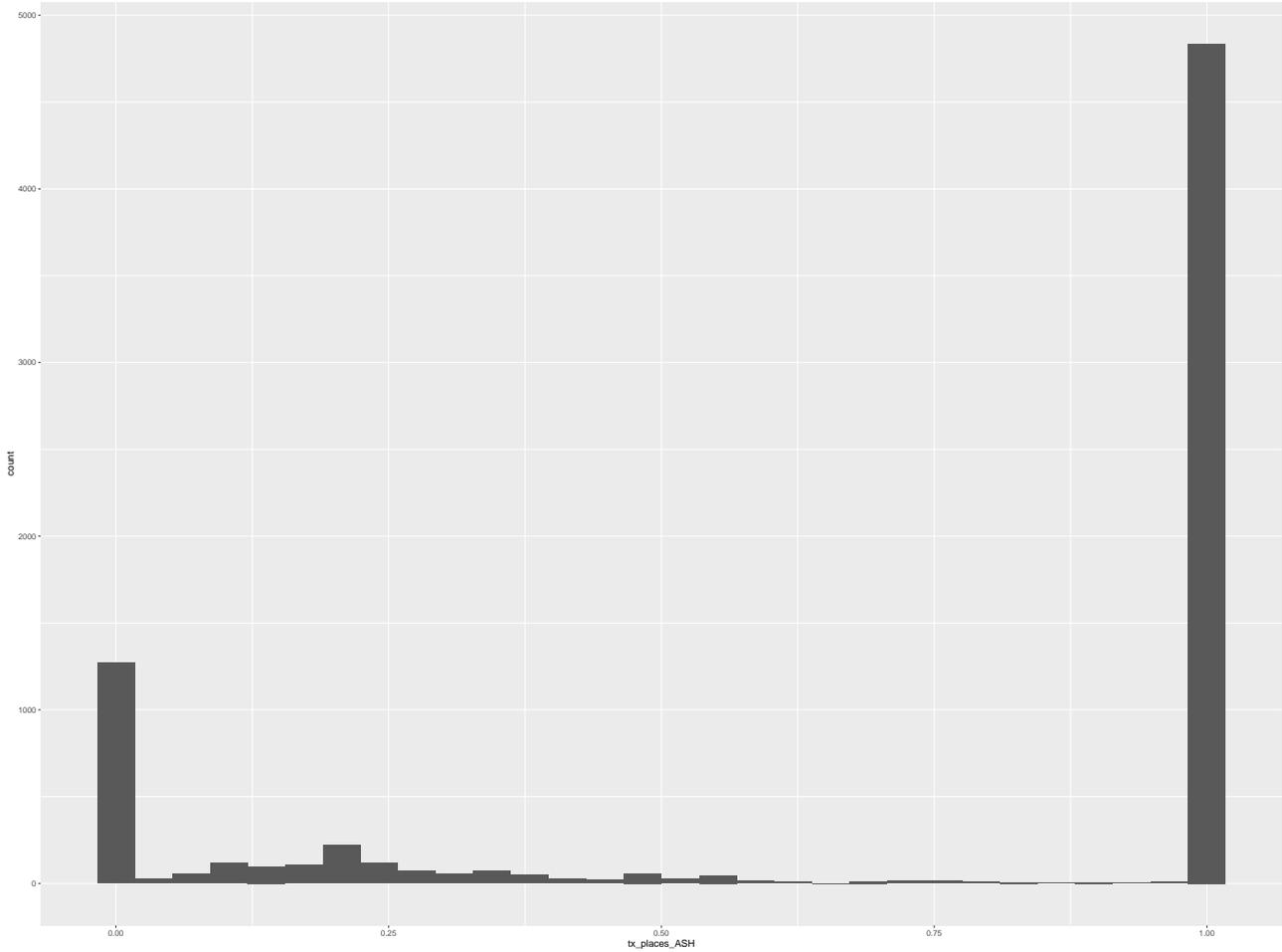
Champ : départements de France hexagonale.

Sources : Drees, EHPA 2019.

Lecture : .

B Distribution des Ehpad en fonction de leur proportion de places habilitées à l'aide sociale

FIGURE 9 – Répartition des Ehpad en fonction de leur proportion de places habilitées à l'aide sociale.

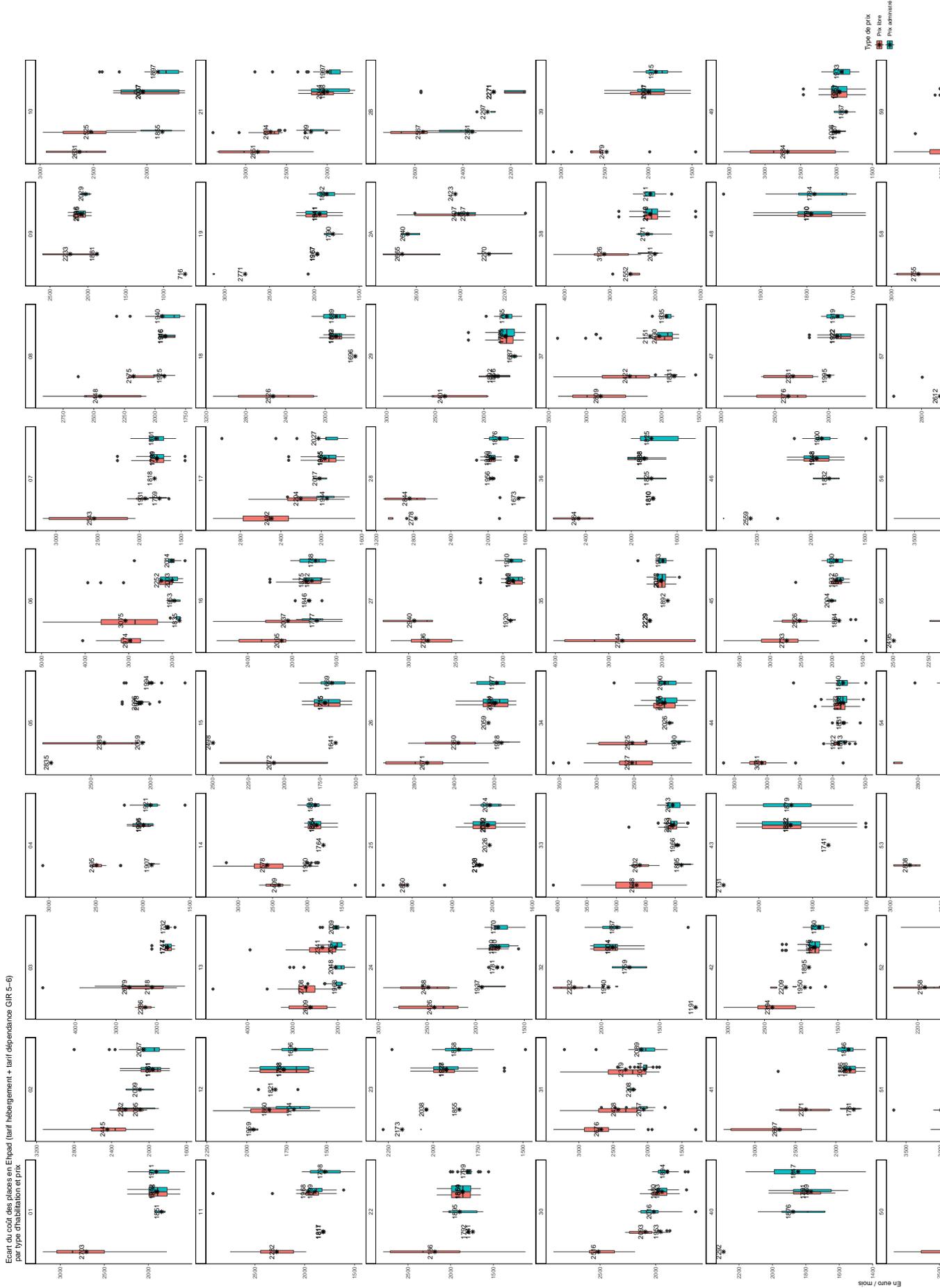


C Distributions des coûts des places par département

La figure 10 présente la distribution des prix par type de places et type d'Ehpad, à l'échelle départementale.. Les départements franciliens se distinguent par des tarifs administrés particulièrement élevés (en particulier Paris), de même que les deux départements corses. On ne note pas vraiment de département se distinguant par des tarifs beaucoup plus faibles que les autres, mais on note un groupe important de départements à dominante rurale ayant des tarifs relativement bas (Allier, Aveyron, Charente, Finistère, Lozère, Meuse, Haute-Saone, Deux-Sèvres, Vendée, Vienne, Vosges, Yonne...).

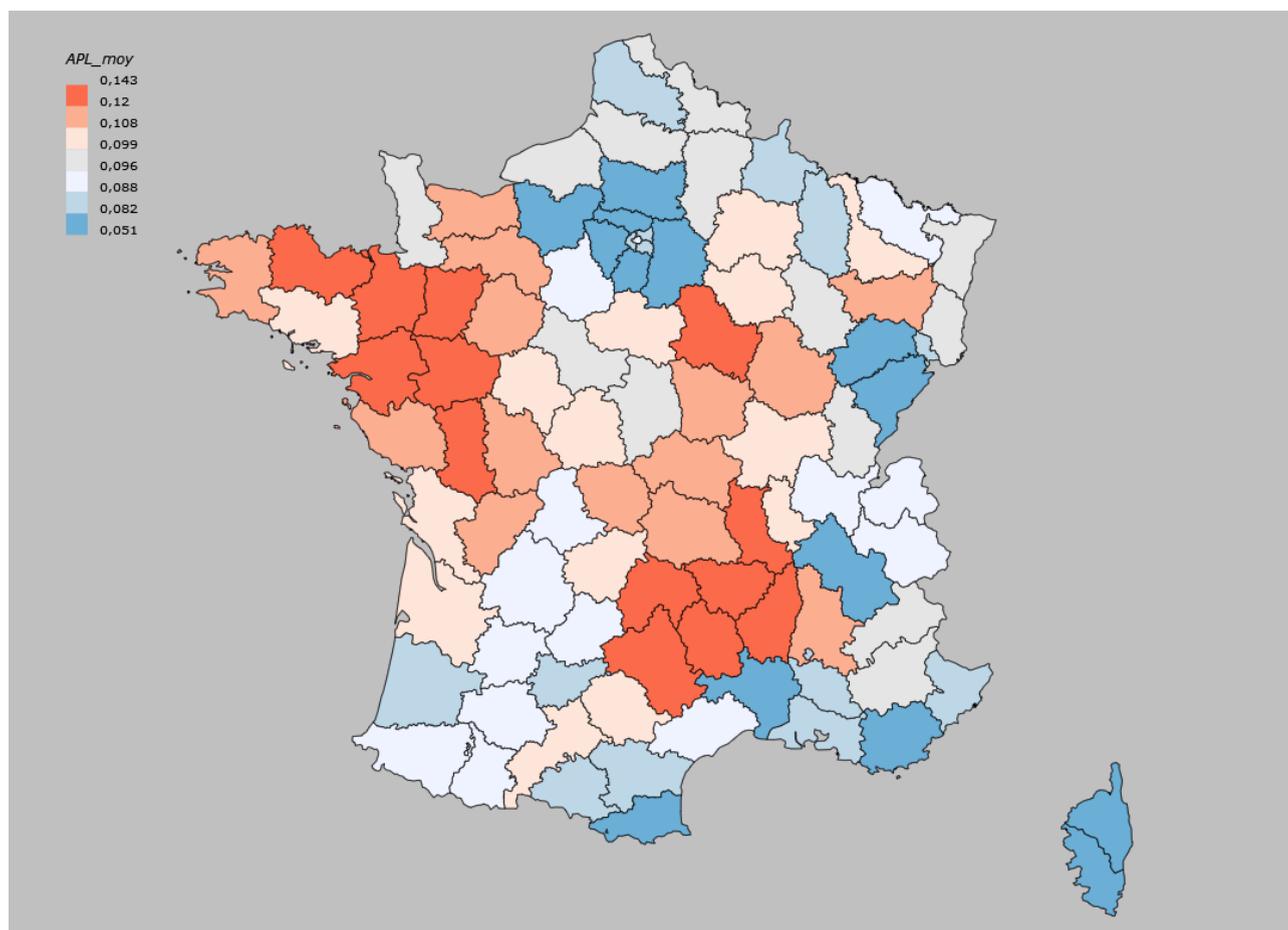
Pour les tarifs libres, la variation intra-départementale est plus forte. Les départements franciliens se distinguent là aussi par des tarifs libres plus élevés que les autres départements.

FIGURE 10 – Différences départementales de distribution des prix par jour, en 2019 (en euros).



D Caractéristiques départementales

FIGURE 11 – Accessibilité géographique aux Ehpad par département.



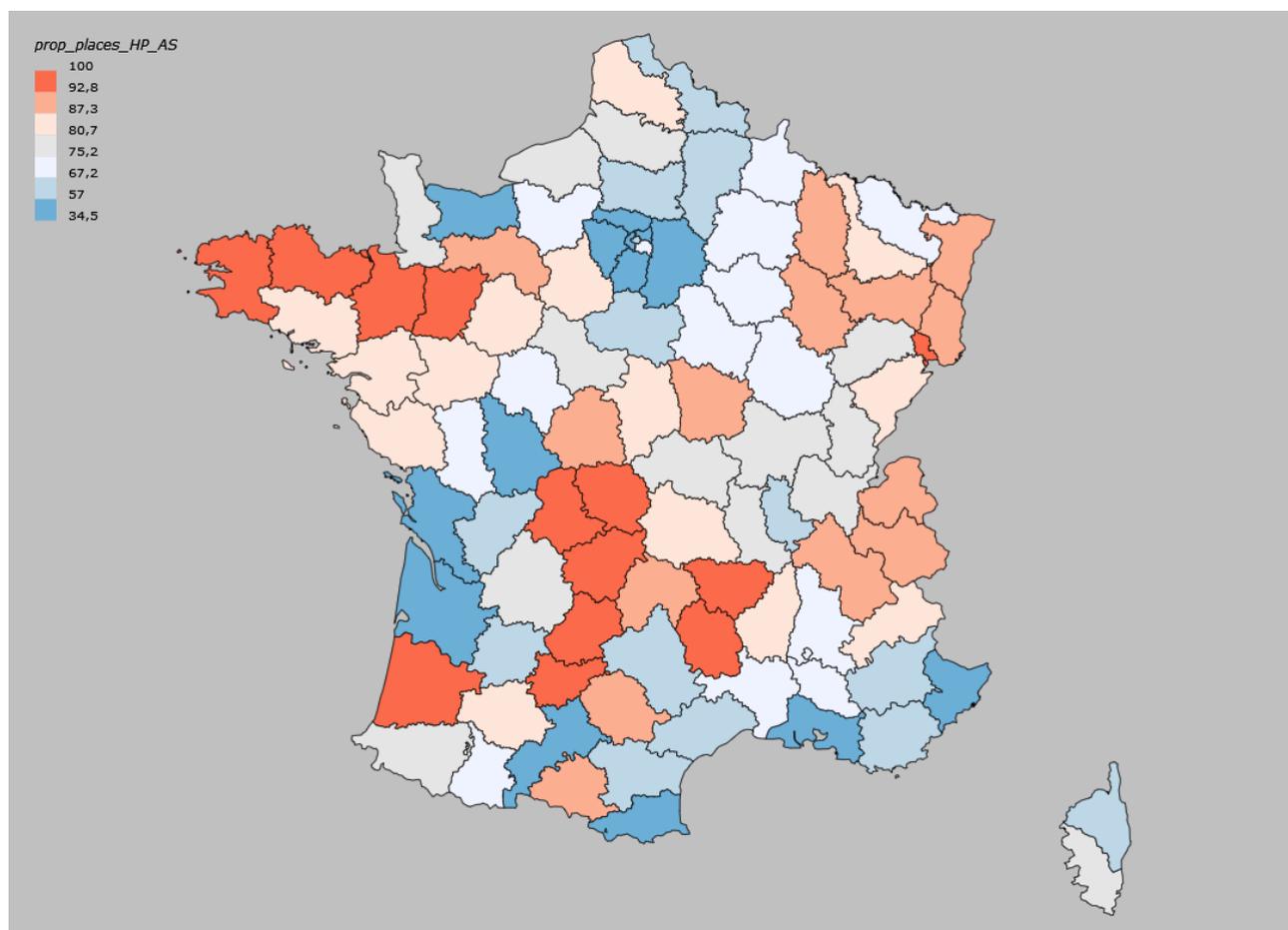
Note : Nombre moyen de lits accessibles géographiquement à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) par habitant de 75 ans ou plus.

Champ : départements de France hexagonale.

Sources : Drees, EHPA 2019 ; INSEE, DGFIP, FIDELI 2019.

Lecture : Les Landes comptent en moyenne 9,4 lits accessibles géographiquement à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 habitants de 75 ans ou plus.

FIGURE 12 – Proportion de places habilitées à l'aide sociale par département.

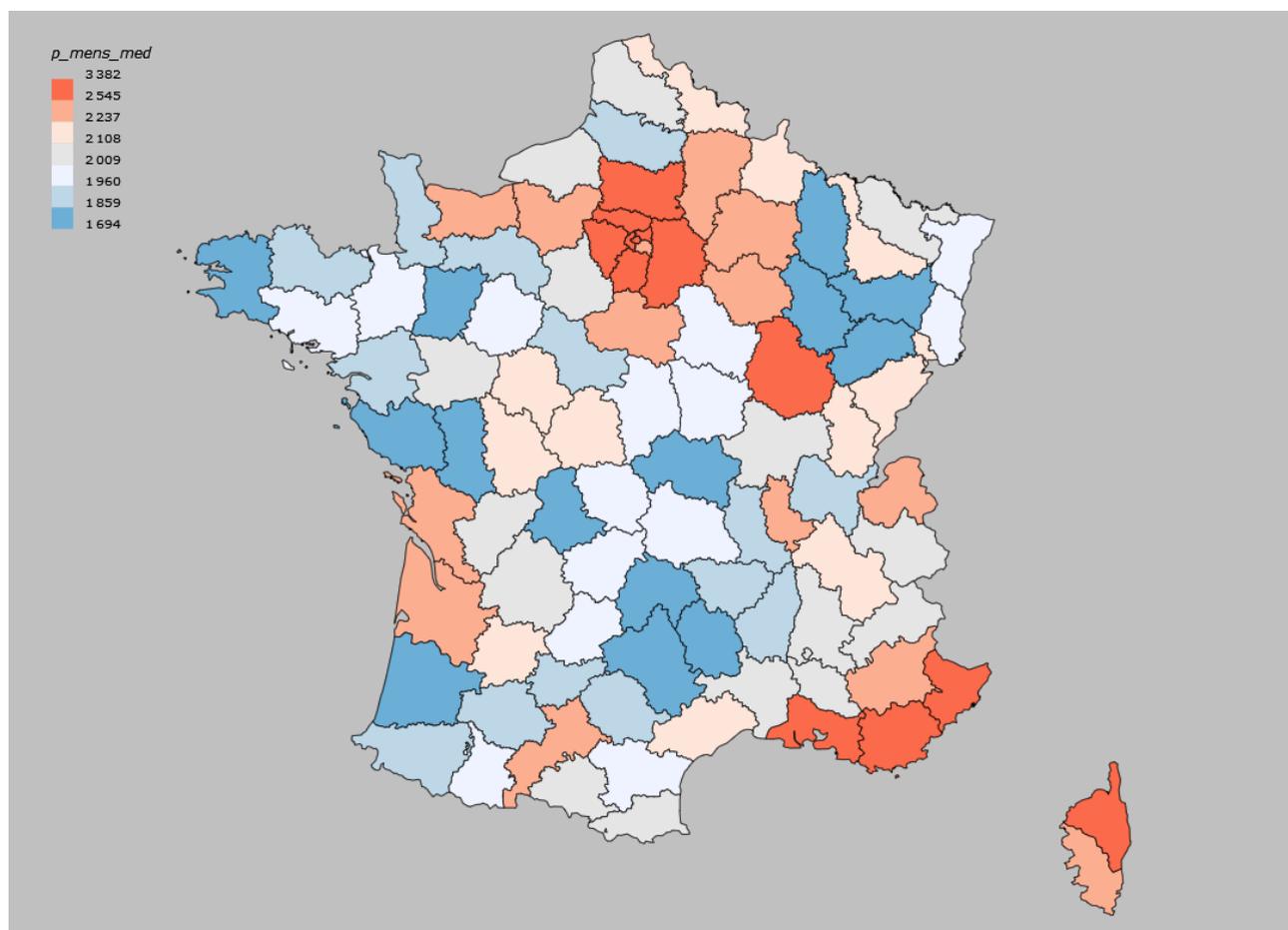


Champ : départements de France hexagonale.

Sources : Drees, EHPA 2019.

Lecture : Les Landes comptent 99,5 % de places habilitées à l'aide sociale.

FIGURE 13 – Tarifs libres médians par département.

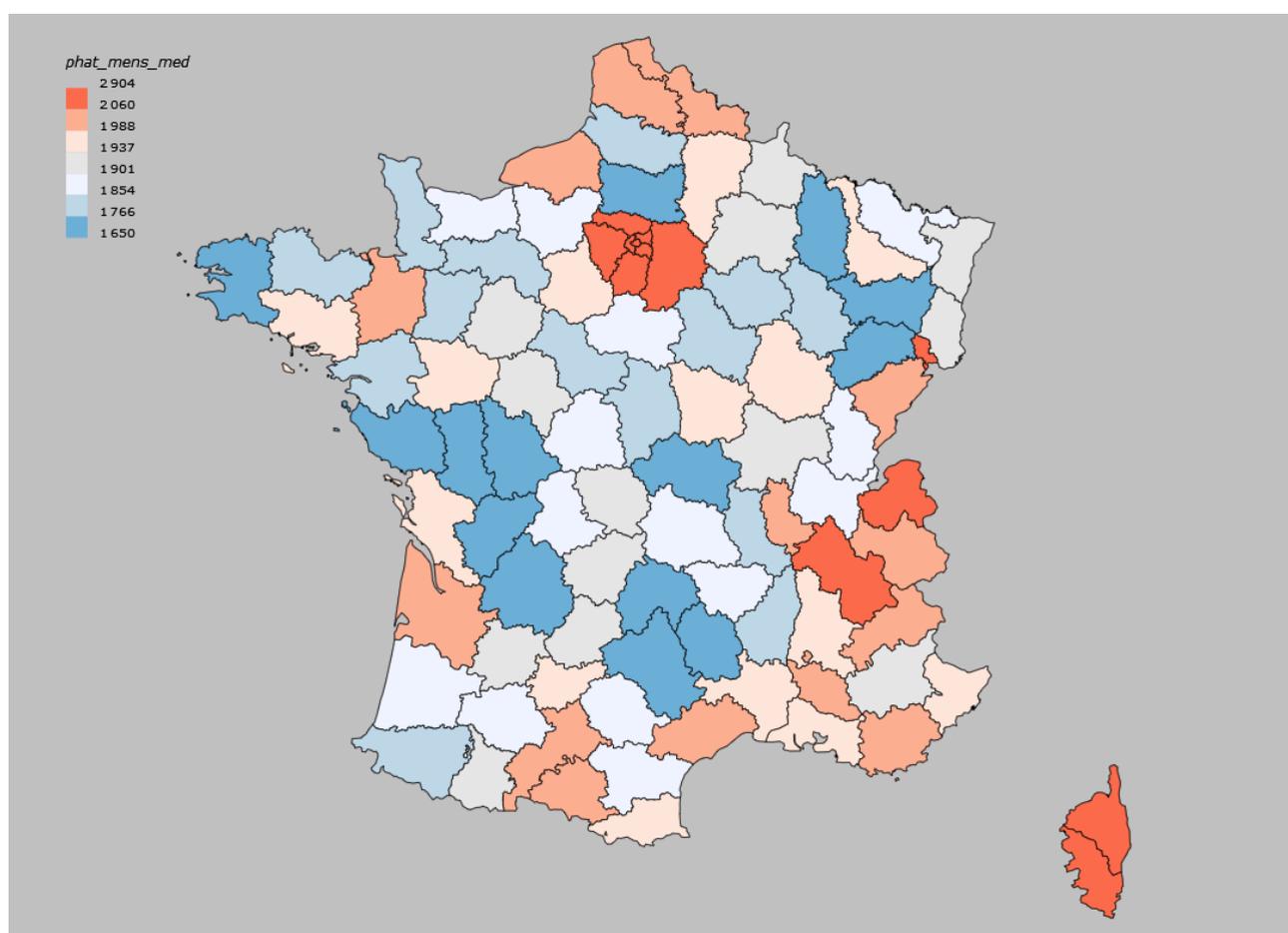


Champ : départements de France hexagonale.

Sources : Drees, EHPA 2019.

Lecture : Le Finistère fait partie des 14 départements où le prix libre médian est compris entre 1694 et 1859 euros/mois

FIGURE 14 – Tarifs administrés médians par département.



Champ : départements de France hexagonale.

Sources : Drees, EHPA 2019.

Lecture : Le Finistère fait partie des 14 départements où le tarif médian administré est compris entre 1650 et 1766 euros/mois