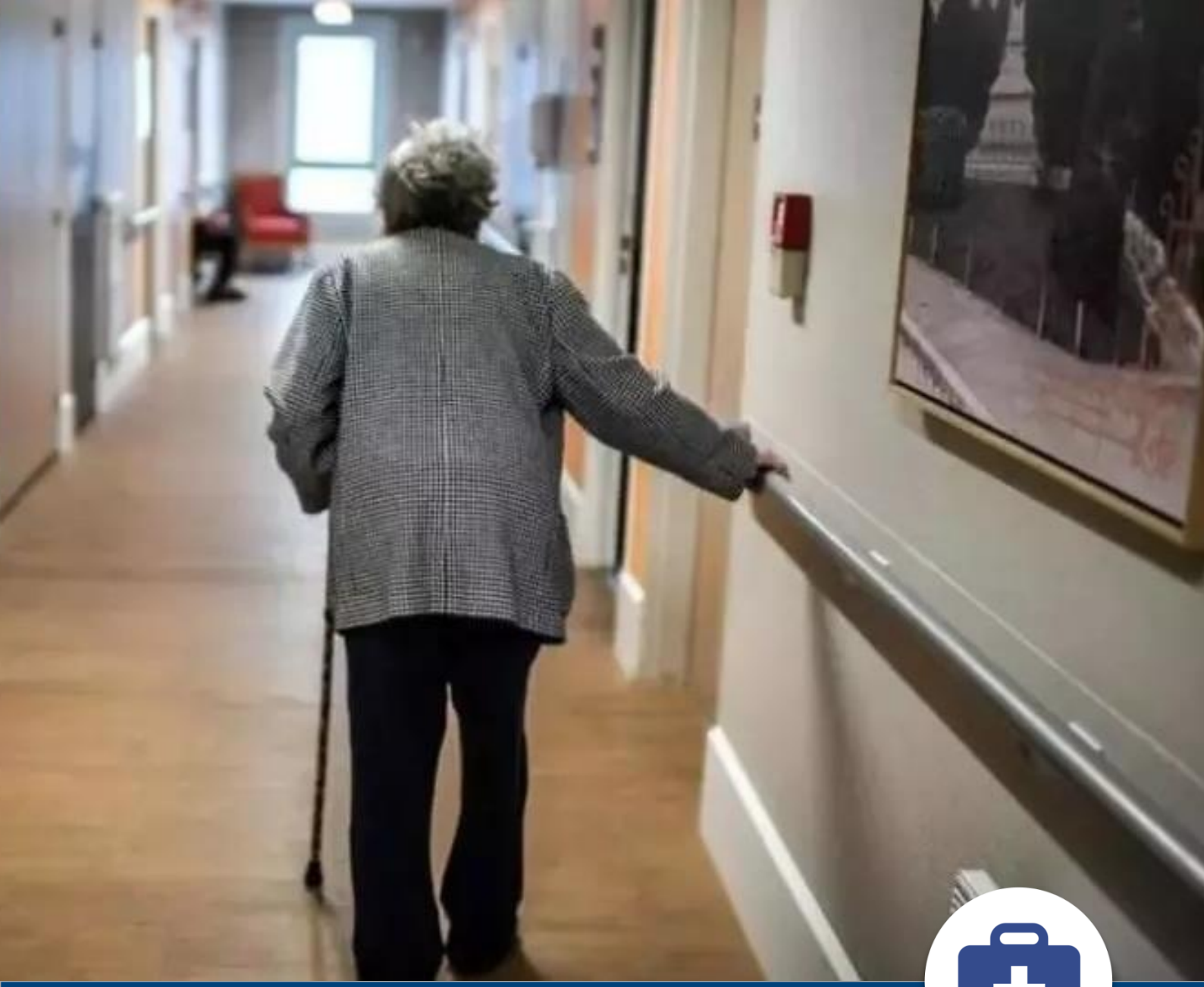


INEGALITES D'ACCES AUX EHPAD

Une fracture territoriale intolérable qui impose des réformes structurelles

mai 2022

UFC-QUE CHOISIR • *Département des études* • *http://www.quechoisir.org*

RESUME

Il est admis que les personnes âgées dépendantes ont une légitime préférence pour le maintien à domicile, plutôt que l'intégration d'un établissement spécialisé. Cet objectif est également partagé par les pouvoir publics, comme l'illustre la récente loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, qui se concentre exclusivement sur le maintien à domicile et le développement des logements intermédiaires (en particulier les « résidences autonomie »).

Le vieillissement de la population française va inévitablement conduire à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans les prochaines années. Alors qu'actuellement 1,3 million de personnes bénéficient de l'Aide personnalisée d'autonomie, destinée aux personnes de plus de 60 ans reconnues dépendantes, on estime que 4 millions de personnes seront dans cette situation en 2050, dont une part substantielle connaîtra un degré de dépendance imposant d'intégrer un EHPAD.

Or, force est de constater que les nécessaires futures créations de place d'EHPAD ne devront pas être basées sur les mêmes règles qui depuis de nombreuses années dictent l'ouverture de ces structures, tant la fracture territoriale actuelle est patente, comme le démontre l'étude de l'UFC-Que Choisir.

La fracture est en premier lieu géographique puisque le nombre de places rapporté à la population de personnes âgées de plus de 75 ans peut varier du simple au quadruple selon les départements, le constat restant valable que l'on fixe par la suite spécifiquement l'attention sur les personnes dépendantes, ou encore sur les personnes dont les pathologies justifieraient pleinement l'intégration d'un établissement médicalisé spécialisé.

Le coût moyen d'une place en EHPAD est très élevé, puisqu'il atteint 2 214 € par mois, et impose en moyenne à chaque résident de piocher chaque mois 416 € dans son épargne. Ce coût moyen d'une place en EHPAD masque des disparités considérables, démontrant que la fracture est en second lieu économique. Les disparités concernent également les pratiques tarifaires des EHPAD selon leur statut puisqu'en moyenne une place en EHPAD public coûte 1 936 € par mois, contre 2 147 € dans les EHPAD associatifs et 2 898 € par mois dans les EHPAD privés. Cette cherté du privé se manifeste partout sur le territoire. Dès lors, plus la part des EHPAD privés est importante dans un département, plus le prix moyen d'une place en EHPAD est tiré vers le haut.

Les tarifs élevés du privé pourraient trouver à s'expliquer par une meilleure qualité des prestations proposées à leurs résidents. Cela est loin d'être le cas si on se fie aux taux d'encadrement des résidents de 55,6 % dans les structures privées, contre 68,1 % dans les structures publiques, ou à la qualité de la restauration ou encore des animations, essentielles pour le moral des résidents.

La stratégie de maximisation du profit des établissements privés qui s'effectue sans toujours prendre en compte l'impératif de bien-être des résidents se réalise avec l'implicite et déplorable blanc-seing des autorités publiques, qui trouvent un intérêt budgétaire à favoriser la création d'établissements privés.

Compte tenu des constats alarmants dressés, l'UFC-Que Choisir, attachée à la liberté de choix du type d'EHPAD, formule une série de demandes visant à assurer aux seniors n'ayant d'autres choix que d'en intégrer un de pouvoir trouver un établissement permettant une prise en charge humaine à un tarif raisonnable.

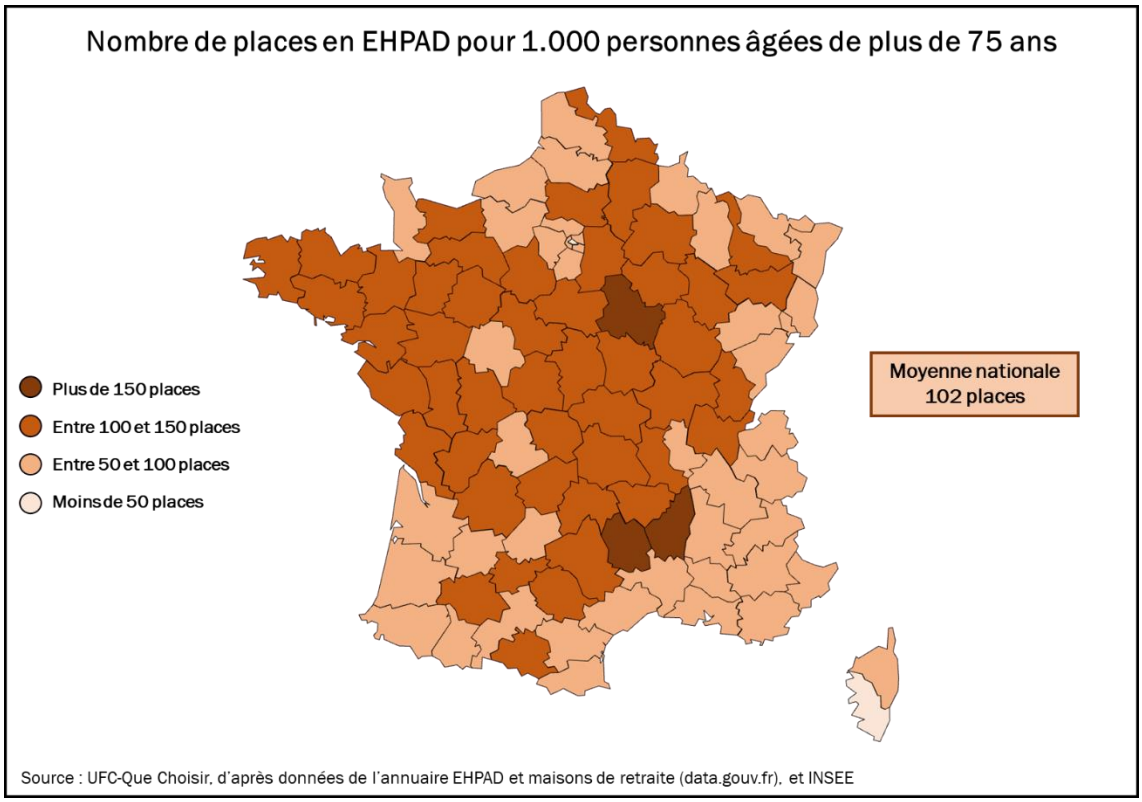
TABLE DES MATIERES

RESUME 1
I. D'IMPORTANTES INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES D'ACCÈS AUX EHPAD 4
A) Des taux d'équipement extrêmement variables en fonction des départements 4
B) Des différences de capacités d'accueil à mettre en relation avec les besoins d'accès aux EHPAD 5
II. DES ECARTS DE PRIX ABYSSAUX ENTRE DEPARTEMENTS 9
A) Le prix pour les résidents ne constitue qu'une partie des frais générés 9
B) De grandes variations de restes à charge entre les départements 9
C) Des restes à charge souvent démesurés par rapport au niveau de vie des retraités 10
D) Les types d'EHPAD implantés expliquent en grande partie les différences tarifaires 12
1) Les EHPAD privés sont plus chers partout sur le territoire 12
2) Le département d'implantation d'un EHPAD a un impact direct sur les prix 15
III. LE CADRE LEGAL DU DEVELOPPEMENT DES EHPAD ET DES PRATIQUES TARIFAIRES EST A REFONDRE 16
A) Un cadre légal limitant la création de places d'EHPAD, et privilégiant les établissements privés 16
1) Un numerus clausus de fait sur la création de places en EHPAD 16
2) La part de marché des EHPAD privés est en forte augmentation 17
3) Un processus de concentration du secteur privé commercial 18
B) Les stratégies de maximisation des profits des EHPAD privés 19
1) Le *turn-over* des patients favorise la pratique de prix élevés 19
2) Des coûts « maîtrisés », au détriment des résidents 20
C) Tirer les leçons de la situation actuelle alors que les besoins en places en EHPAD vont s'intensifier 23
CONCLUSION ET DEMANDES DE L'UFC-QUE CHOISIR 25
ANNEXE : ENSEMBLE DES DONNEES DEPARTEMENTALES 26

I. D'IMPORTANTES INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES D'ACCÈS AUX EHPAD

A) Des taux d'équipement extrêmement variables en fonction des départements

Si l'âge moyen d'entrée en EHPAD en France est de 85 ans et 8 mois[1], le seuil d'âge généralement retenu, notamment par l'INSEE, pour déterminer les capacités d'accueil par les différentes structures dédiées aux personnes âgées est de 75 ans. Sur cette base, l'UFC-Que Choisir estime[2] qu'en moyenne en France métropolitaine[3] l'offre en EHPAD est de 102 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans. Sans porter de jugement, à ce stade de l'étude, sur l'adéquation entre l'offre et les besoins, force est déjà de constater que cette moyenne nationale masque d'importantes disparités départementales.



Les écarts qui existent entre départements sont très importants puisque le nombre de places peut varier du simple au quadruple en France : alors qu'en Lozère il y a 169 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, à Paris ce nombre tombe à 41.

---

[1] https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/quelques-statistiques-de-la-vie-en-maison-de-retraite/

[2] Sur la base du traitement qu'elle a réalisé de la base de données de l'annuaire EHPAD et maisons de retraite, disponible à cette adresse : https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/etablissements-ehpad-esld-residences-autonomie-accueils-de-jour/ Précisons que les données ont pour la dernière fois été mises à jour le 11 octobre 2020, et qu'il y avait alors 612 470 places recensées.

[3] Notre analyse se focalise dans ce document sur les chiffres de la France métropolitaine (réduite à « la France »), d'une part car nous n'avons pas été mesure de trouver certaines informations concernant les départements d'Outre-mer, d'autre part car nos recherches ne nous ont pas mené vers d'éventuelles spécificités dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées dans ces départements pouvant expliquer un nombre de places en EHPAD proportionnellement très sensiblement moins élevé qu'en métropole. L'annexe précise toutefois l'ensemble des données collectées pour l'ensemble des départements français, dont, donc, les départements ultra-marins.

Si la situation à Paris peut être considérée comme un cas à part en raison de la petite superficie du département et des difficultés d'accès au foncier qui rendent plus communes les installations dans les départements limitrophes, le fait que la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne apparaissent également dans la liste des départements les plus faiblement équipés souligne une problématique de taux d'équipement plus générale en Île-de-France.

Ce taux d'équipement sensiblement moindre que la moyenne nationale se constate également en Corse-du-Sud, dans les Pyrénées-Orientales ou encore le Doubs.

B) Des différences de capacités d'accueil à mettre en relation avec les besoins d'accès aux EHPAD

Les différences de capacités d'accueil en EHPAD rapportées au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus selon les départements ne constitue pas un indicateur d'inégalité territoriale. En effet, les besoins d'accès en EHPAD n'ont aucune raison d'être strictement les mêmes dans tous les départements. En effet, différents facteurs comme l'environnement de vie, les emplois occupés durant la période d'activité, voire les situations socio-économiques, peuvent parfaitement expliquer que les besoins d'accès en établissements spécialisés soient supérieurs dans certains départements. Pour déterminer, ou suggérer, qu'il existe une inégalité territoriale quant à la capacité à accéder à une place en EHPAD, nous devons estimer la demande potentielle.

Les EHPAD sont par définition des établissements ayant vocation à accueillir des personnes dépendantes. En France, le niveau de dépendance est déterminé par le GIR (pour groupe iso-ressources). Il existe 6 niveaux de dépendance[4].

GIR 1

- Personne confinée au lit ou un fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- Ou personne en fin de vie.

GIR 2

- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.

GIR 3

- Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

GIR 4

- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son lieu de vie, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage ;
- Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

[4] Nous reprenons *in extenso* les caractéristiques des différentes catégories indiquées sur le site https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229.

GIR 5

- Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6

- Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

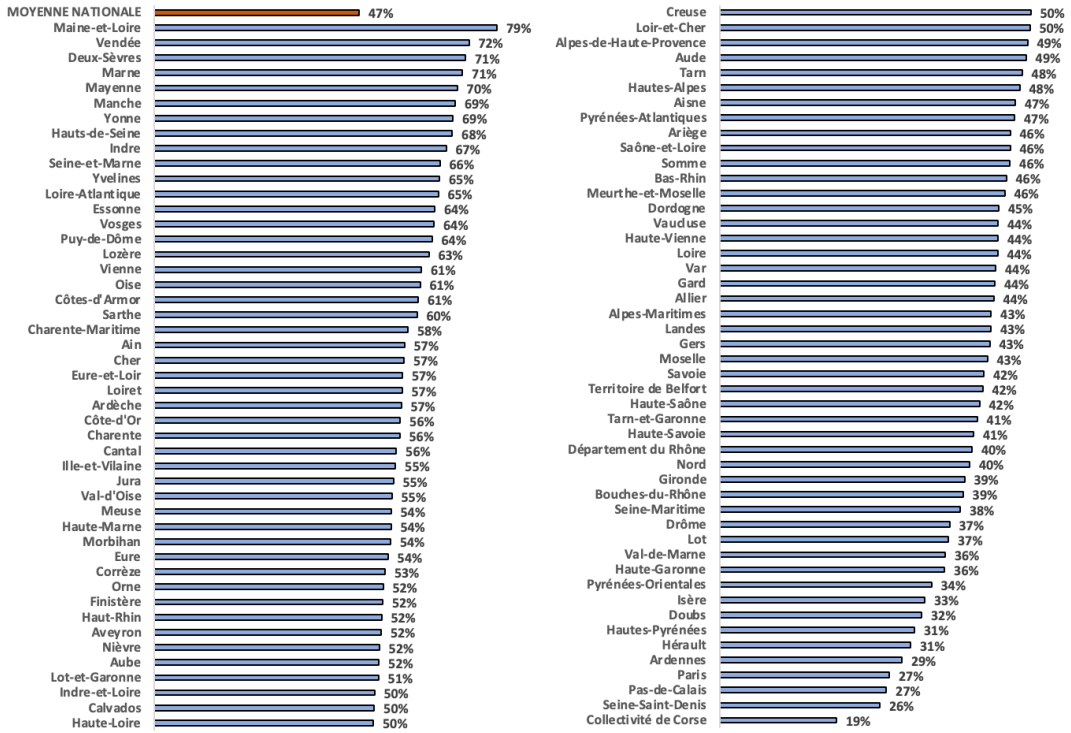
Les EHPAD sont principalement destinés à accueillir les personnes ayant un GIR allant de 1 à 4. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) notait ainsi en 2019 que les personnes ayant un GIR 5 ou 6 ne représentaient que 17% des résidents en EHPAD.

Les besoins en EHPAD dans les départements peuvent être estimés en prenant en compte le nombre d'allocataires dans chaque département de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont bénéficient les personnes ayant une dépendance allant du GIR 1 au GIR 4, qu'elles soient à domicile, ou en établissement.

En comparant les données départementales du nombre d'allocataires de l'APA au nombre total de places en EHPAD, on peut ainsi établir la part *maximale* de la population dépendante pouvant être accueillie en EHPAD.

Notons qu'en prenant en compte l'intégralité des places d'EHPAD, nous surestimons ici la part *réelle* de la population dépendante pouvant être accueillie en EHPAD, puisque toutes les places en EHPAD ne sont pas affectées à des résidents ayant un GIR allant de 1 à 4. La DREES relevait ainsi en 2019 qu'à l'échelle nationale 17% des résidents en EHPAD avaient un GIR 5 ou 6. Ne disposant pas de l'information au niveau départemental et à défaut de pouvoir estimer si cette moyenne nationale masque ou non de forts écarts départementaux, nous préférons ici indiquer le nombre maximal de personnes en GIR 1 à 4 pouvant être accueillies, et ne pas déduire dans tous les départements 17 % des places existantes.

Capacité d'accueil maximale des EHPAD des personnes dépendantes



Source : UFC-Que Choisir, d'après données de l'annuaire EHPAD et maisons de retraites (data.gouv.fr), et DREES

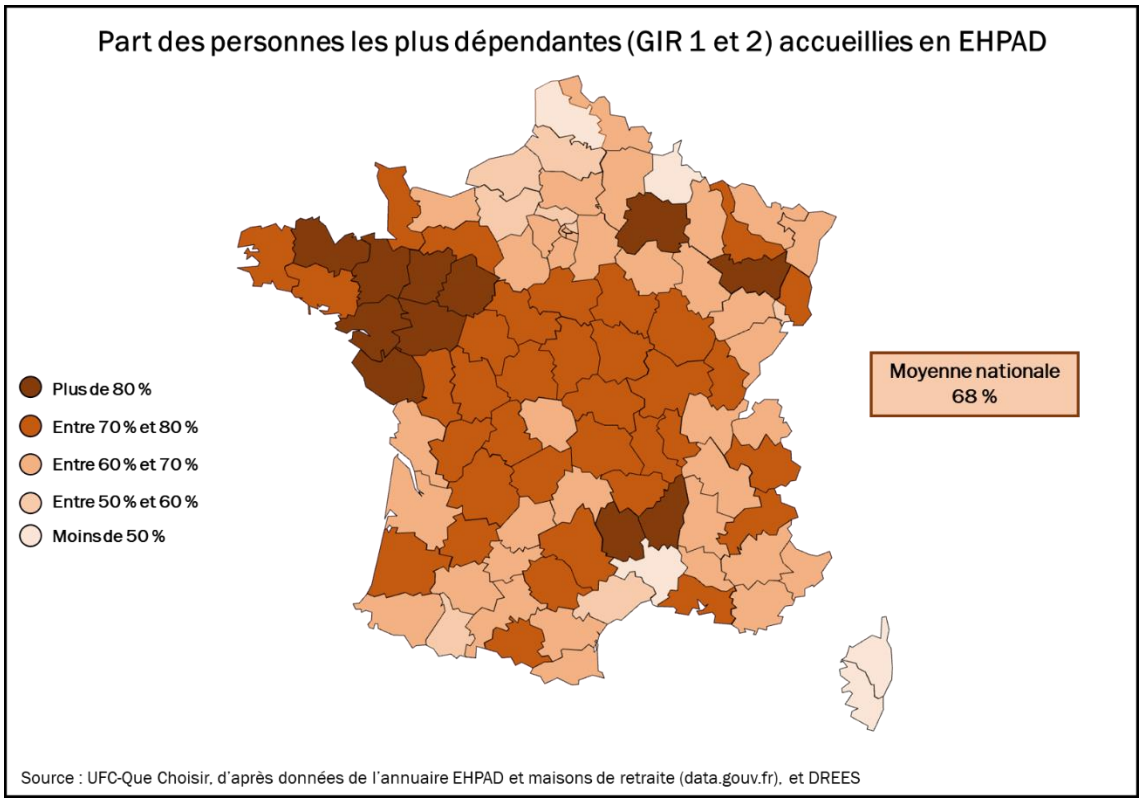
Nous constatons d'énormes disparités au niveau national. Alors qu'en Corse au maximum 19 % des personnes dépendantes peuvent être admises dans un EHPAD, cette part est de 79 % dans le Maine-et-Loire.

Bien entendu, les personnes dans une situation de dépendance n'ont pas toutes pour seul horizon l'intégration d'un EHPAD. Si les EHPAD sont les seuls établissements (en dehors des soins longue durée en hôpitaux) à pouvoir accueillir les personnes les plus dépendantes (puisque ni les maisons de retraite non médicalisées, ni les résidences autonomie ne sont en mesure d'intégrer les dépendances allant du GIR 1 à 4), il est toujours envisageable pour ces personnes de rester à domicile, d'autant plus que cela répond à une aspiration bien compréhensible. Cette aspiration peut qui plus est être d'autant plus mise en œuvre si la personne est en mesure de bénéficier de soins infirmiers, ou si elle peut compter sur son cercle familial (notamment un conjoint).

Cela étant, si les conditions permettant aux personnes dépendantes de rester à domicile peuvent être variables d'un département à l'autre (des facteurs culturels pouvant qui plus est entrer en compte), les très forts écarts départementaux dans la capacité des EHPAD à les prendre en charge ne manquent pas d'interroger.

Afin d'aller plus loin dans l'analyse pour estimer si le nombre de places en EHPAD dans chaque département répond ou non au besoin des populations, nous pouvons centrer notre attention sur les personnes dont le niveau de dépendance d'une importance telle que le maintien à domicile ne constitue pas la solution idoine. Nous fixons ainsi spécifiquement notre attention sur les personnes ayant un GIR allant de 1 à 2.

Toujours selon la DREES, 49 % des places en EHPAD sont occupées par des personnes ayant un GIR 1 ou 2.



En France 68 % des personnes les plus dépendantes sont maintenues à leur domicile. Là encore, les disparités sont très importantes. Cette part est la plus importante en Mayenne (et plus largement dans l'ouest de la France) puisque le nombre de personnes qui bénéficient de l'APA en étant GIR 1 ou 2 demeurent très largement en EHPAD (10 %). Cela montre qu'en

face d'un degré de dépendance élevé, les habitants du département trouvent une offre de places en EHPAD. La situation est bien différente en Corse[5], dans le Gard, les Ardennes et le Pas-de Calais, ou moins de la moitié des personnes très dépendantes, nécessitant une assistance ou une surveillance permanente, sont en EHPAD.

On pourrait, là également, considérer que l'absence de places en EHPAD pour accueillir ces publics très dépendants résulte de l'absence d'une demande qu'ils formulent d'entrer en EHPAD. Cependant il est plus probable que le maintien à domicile résulte grandement d'une pénurie d'offres dans certains départements. En effet, même si des aspects socio-culturels peuvent expliquer un plus large maintien à domicile dans certains départements que dans d'autres, ils ne sont vraisemblablement pas en mesure d'expliquer l'ampleur des écarts constatés entre départements.

Notons enfin qu'au niveau national le taux d'occupation des places d'EHPAD de 97 %[6] est davantage un indicateur d'un secteur en pénurie de places qu'en surabondance.

Cette partie a mis en évidence les inégalités territoriales liées à l'offre de places en EHPAD, que l'on prenne en compte l'ensemble des personnes de plus de 75 ans, ou qu'on fixe l'attention sur les personnes dépendantes, voire très dépendantes. Si nos recherches ne permettent pas de déterminer si ces offres inégales résultent ou non de besoins effectifs différents, le fait que les personnes très dépendantes restent à domicile malgré des pathologies de nature à justifier un accompagnement médical constant, donne du crédit à l'idée selon laquelle il existe en France une pénurie de places en EHPAD, plus ou moins marquée selon les départements.

[5] Les données exploitées concernant le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA ne distinguent pas les deux départements corses.

[6] D'après la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : cf. https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2016 Il est important de noter que depuis cette publication, la situation concernant les taux d'occupation en EHPAD ont changé en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19. La mortalité a été importante aussi bien parmi les résidents en EHPAD, que parmi les personnes en théorie susceptibles d'intégrer ces établissements. Les confinements et autres mesures sanitaires ont également réduit l'attractivité de ces établissements, compte tenu des conséquences humaines qu'elles ont eues sur les relations entre les résidents et leurs familles.

II. DES ECARTS DE PRIX ABYSSAUX ENTRE DEPARTEMENTS

A) Le prix pour les résidents ne constitue qu'une partie des frais générés

Pour calculer le coût d'accès pour les consommateurs aux EHPAD, nous devons regarder comment se décompose le financement d'une place, et la part de ce financement qui revient aux résidents.

Le financement des EHPAD se divise en trois parties.

Le forfait soins couvre les dépenses médicales réelles (personnels, actes médicaux…) et est pris en charge par l'assurance maladie. Cette prise en charge s'effectue sous la forme d'une dotation globale déterminée sur la base des besoins en soins des résidents, estimés par deux indicateurs : le GIR moyen pondéré soins (GMPS), qui est calculé à partir d'une grille dépendance AGGIR qui correspond au niveau d'autonomie, et une grille soins PATHOS.

Le forfait dépendance finance l'aide et la surveillance des personnes dépendantes. Ce forfait est financé par l'APA, et par le résident (parfois l'aide sociale départementale) dans le cadre d'un ticket modérateur. Ce ticket modérateur, s'appliquant à tous les résidents, correspond au tarif appliqué à un résident ayant un GIR 5 ou 6.

Le forfait hébergement couvre quant à lui les prestations d'administration générale, l'hôtellerie, la restauration, l'entretien et l'animation. Il est normalement intégralement payé par le résident, mais peut être acquitté de façon totale ou partielle par certaines aides (aide personnalisée au logement (APL) ou aide sociale à l'hébergement (ASH) [7]).

Pour connaître le reste à charge d'un résident d'EHPAD, il faut donc additionner le forfait hébergement au ticket modérateur du forfait dépendance (qui correspond au tarif GIR 5-6). Le tarif hébergement est la composante principale du reste à charge du résident (92 % du total).

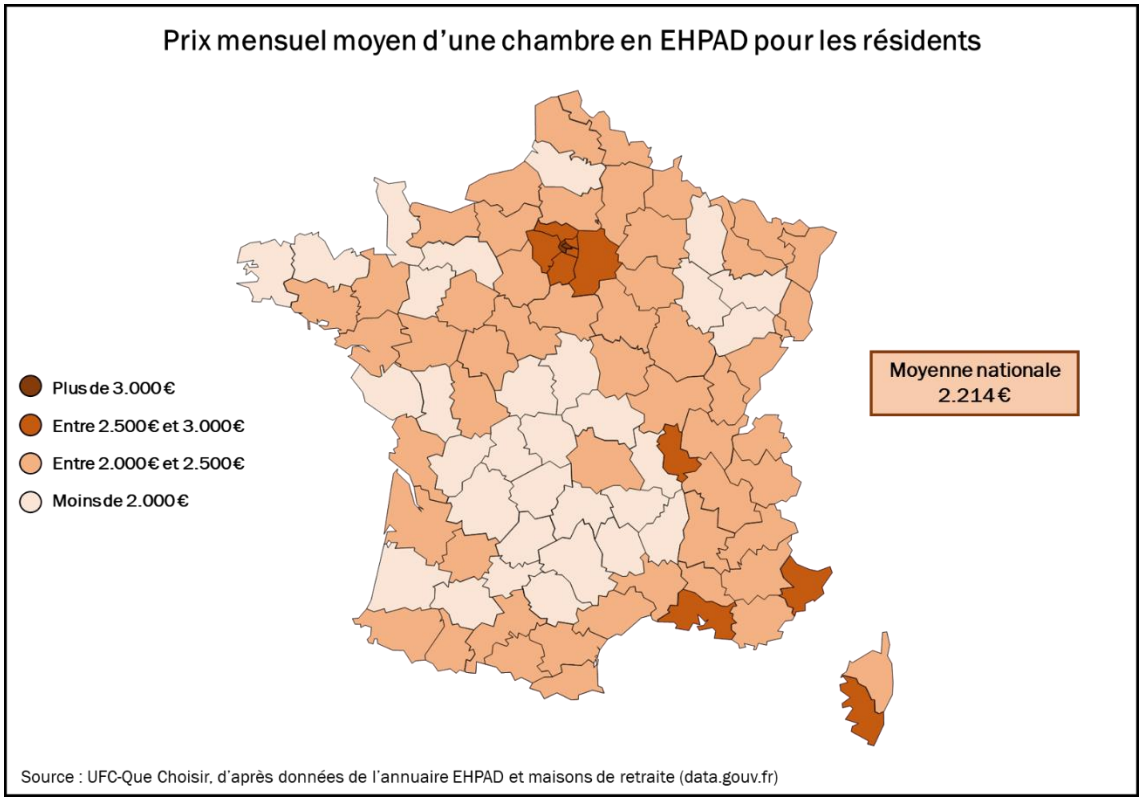
Pour bâtir notre panorama des tarifs appliqués aux résidents, nous ne prenons pas en compte les potentielles aides dont ils peuvent bénéficier. Ce choix méthodologie s'explique en premier lieu par le fait que l'éligibilité à ces aides n'est pas uniquement en fonction des ressources des résidents, mais également variable selon la nature des établissements[8]. A la connaissance de l'UFC-Que Choisir, la part des places en EHPAD éligibles aux différentes aides n'est pas publique. Ce choix méthodologique s'explique en second lieu par le fait que l'ASH, versée par les départements, est récupérable au moment de la succession. Dès lors, cette aide, si elle peut permettre de financer l'accès à un EHPAD, constitue en réalité un différé de paiement.

B) De grandes variations de restes à charge entre les départements

En moyenne, en France le reste à charge pesant sur les résidents en EHPAD est de 2 214 €. Mais en fonction des départements dans lesquels ils entrent en EHPAD, les consommateurs font face à des restes à charge extrêmement variables.

[7] Dont bénéficient 102 000 résidents en EHPAD, soit approximativement 16 % de l'ensemble des résidents. La dépense moyenne par bénéficiaire s'établissait à 10 300 €, soit 860 € par mois. (cf. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2016%20-%20L%E2%80%99aide%20sociale%20%C3%A0%20l%E2%80%99h%C3%A9bergement%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20%28ASH%29.pdf)

[8] Nous revenons sur ce point important par la suite.



La carte de France des prix par départements souligne dès le premier regard ces différences de prix. Le département dans lequel le prix moyen d'une chambre en EHPAD est le plus faible est la Meuse (1 749 € par mois). A l'opposé, c'est à Paris que ce prix mensuel est le plus élevé (3 698 €). La différence va donc du simple au plus du double. Globalement, outre l'intégralité des départements de l'Île-de-France, les départements où les places en EHPAD sont les plus chères sont le Rhône (2 521 €), les Bouches-du-Rhône (2 525 €), la Corse-du-Sud (2 623 €) et les Alpes-Maritimes (2 679 €). Le coût d'accès à une place en EHPAD est beaucoup moins prohibitif dans 31 départements métropolitains, dont beaucoup situés au centre du pays, où il est inférieur à 2 000 € par mois.

C) Des restes à charge souvent démesurés par rapport au niveau de vie des retraités

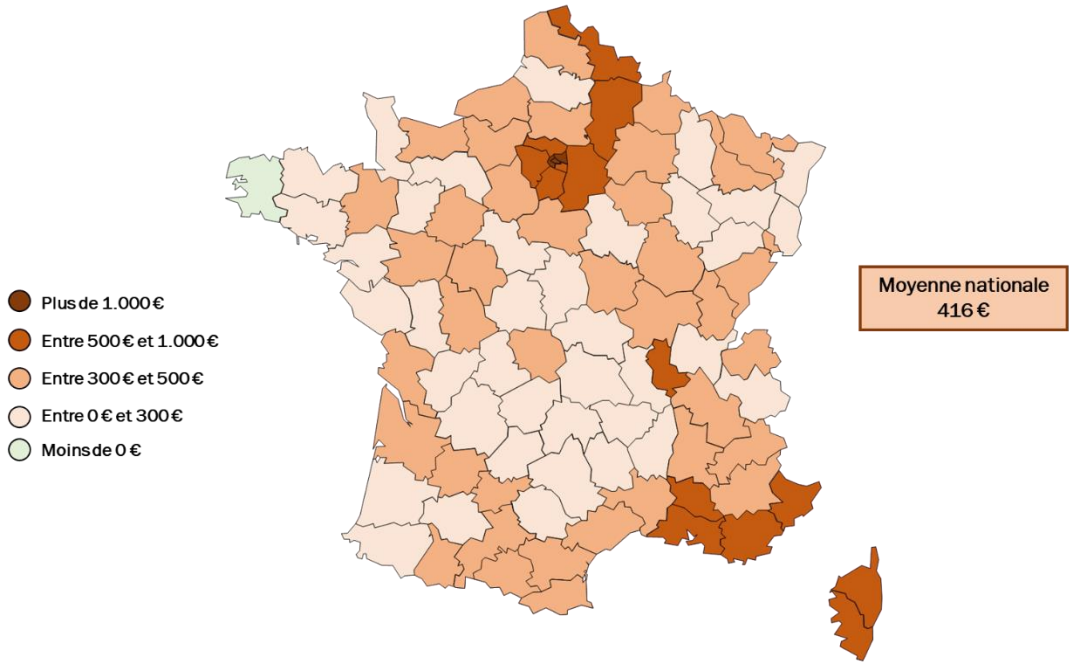
En face des coûts qu'ils doivent supporter pour entrer en EHPAD, les consommateurs bénéficient bien entendu de ressources financières propres. Il est important d'intégrer cette notion afin non seulement de savoir si ces ressources sont en mesure de couvrir les coûts, mais également afin de savoir si l'intégration de ce facteur est de nature à limiter l'idée selon laquelle il existe une réelle inégalité territoriale.

Pour déterminer les ressources financières des résidents, nous nous sommes basés sur les données les plus récemment élaborées par l'INSEE à propos du « niveau de vie » médian des habitants ayant plus de 75 ans dans chaque département. Le « niveau de vie » permet d'avoir la vision la plus extensive des revenus des consommateurs, puisqu'il intègre non seulement les revenus de remplacement, mais aussi les revenus du patrimoine et les prestations sociales perçues, nets des principaux impôts directs. Cette notion du « niveau de vie » se rapproche de celle des « revenus disponibles », mais s'en démarque toutefois en adoptant une approche tenant compte de la composition du foyer, donc plus proche de la réalité du partage des revenus et des coûts adoptés par ceux le composant.

D'après l'INSEE, le niveau de vie médian des personnes de plus de 75 ans est de 21 580 € par an[9], soit 1 798 € par mois. Puisque le prix mensuel moyen d'accès en EHPAD pour un résident est de 2 214 €, cela signifie qu'il doit compléter chaque mois ses ressources courantes à hauteur de 416 € pour payer sa chambre. Ce complément se fait soit sous la forme d'une désépargne, soit sous forme de prêts ou de dons, provenant le plus souvent du cercle familial.

Notons que nous sous-estimons ici en réalité ce complément que doivent payer les résidents, puisqu'ils ont généralement des frais fixes (loyers s'ils sont locataires, taxes foncières s'ils sont propriétaires, assurances diverses, factures d'eau ou encore d'électricité dans leurs logements, etc…) qui viennent s'ajouter aux coûts associés à la place en EHPAD qu'ils occupent.

Ecart mensuel entre le prix d'une place en EHPAD et le niveau de vie des résidents



Source : UFC-Que Choisir, d'après données de l'annuaire EHPAD et maisons de retraite (data.gouv.fr), et INSEE

La carte que nous avons élaborée à partir des données officielles souligne bien que même si les niveaux de vie sont disparates entre les départements, il existe une forte inégalité de traitement sur le prix de l'accès aux EHPAD. Ainsi, une personne habitant à Paris doit en moyenne désépargner chaque mois 1 380 € pour payer sa place en EHPAD, si elle souhaite rester à Paris. Cette désépargne mensuelle excède également 1 000 € dans deux départements : les Hauts-de-Seine (1 120 €) et la Seine-Saint-Denis (1 118 €). Dans 14 départements elle se situe entre 500 € et 1 000 €, et dans les autres elle est inférieure à 500 €. Dans ce panorama, il existe une exception notable : le Finistère, puisqu'il s'agit du seul département où un résident en EHPAD peut, en moyenne, épargner chaque mois (la somme de 8 €).

Il convient bien entendu d'indiquer que chaque moyenne départementale masque de fait d'énormes disparités, certains résidents disposant des revenus leur permettant de couvrir

[9] https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416878#figure1_radio1 Nous prenons en compte le revenu médian et non le revenu moyen, puisqu'il permet en réalité de mieux rendre compte de la situation rencontrée par le consommateur moyen, c'est-à-dire celui qui en compte autant ayant moins de ressources qu'en ayant davantage.

l'intégralité du prix de leur place en EHPAD, et d'autres étant contraints en raison de faibles revenus de très largement désépargner, mois après mois, pour pouvoir être en EHPAD.

Notons également une limite de l'approche départementale lorsqu'il s'agit de comparer le prix des EHPAD aux ressources dont bénéficient les résidents. Cette approche traduit en effet la situation où les résidents en EHPAD dans un département donné habitent, ou ont habité jusqu'à leur entrée en EHPAD, dans ledit département. Cette hypothèse ne traduit bien entendu pas l'ensemble des situations, puisqu'un habitant d'un département peut changer de département lorsqu'il souhaite entrer en EHPAD, pour changer de climat, ou encore tout simplement si ce changement lui permet d'intégrer un EHPAD pratiquant des tarifs moins élevés que dans son département de résidence. Cela étant, notre approche départementale (dont on limite l'approche restrictive en fournissant en annexe pour chaque département le calcul du prix moyen des places d'EHPAD dans ses départements limitrophes) reste parfaitement sensée puisqu'intégrer un EHPAD proche de son domicile permet de conserver le plus possible ses interactions sociales (famille ou encore amis).

D) Les types d'EHPAD implantés expliquent en grande partie les différences tarifaires

Nous avons vu les différences des prix moyens d'une place en EHPAD entre départements, en ayant adopté une vision unidimensionnelle des EHPAD. Or il existe plusieurs statuts d'EHPAD qu'il convient de prendre en compte désormais, pour expliquer les causes des différences départementales de prix.

Il existe trois types d'EHPAD différents, qui proposent les mêmes services de base (hébergement, restauration, blanchissage, animations et les services administratifs) mais dont la formation des prix appliqués aux résidents repose sur des règles distinctes.

Les EHPAD publics, qui dépendent de la fonction publique hospitalière, de la commune, ou le plus souvent du département. Les tarifs sont majoritairement fixés par les Conseil départementaux.

Les EHPAD privés à but non lucratifs (dits ci-après « associatifs »), qui sont financés par des associations, des fondations, mais aussi des mutuelles et des caisses de retraite.

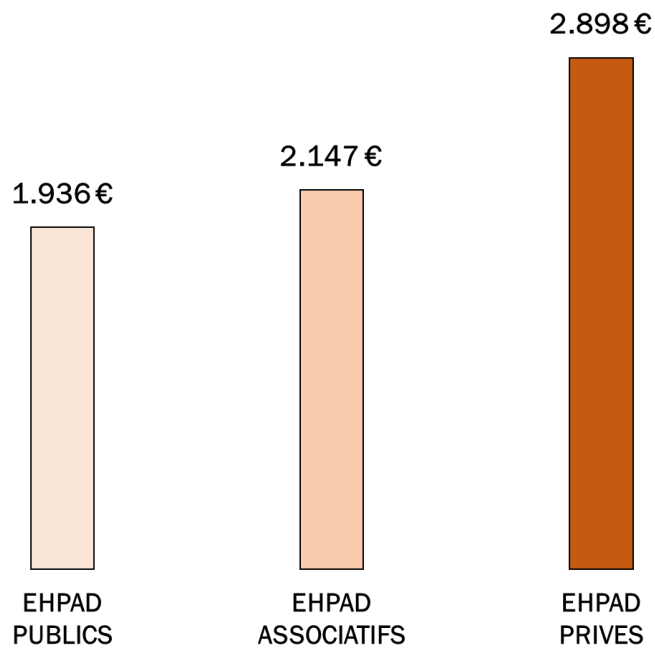
Les EHPAD privés commerciaux (ci-après réduit à « privés »), qui sont gérés par définition, par des structures privées, dont certaines sont cotées en bourse.

Les pratiques tarifaires de ces EHPAD sont loin d'être homogènes, selon les types d'établissement, et pour un type d'établissement donné selon les départements.

1) Les EHPAD privés sont plus chers partout sur le territoire

En regardant au niveau national les prix pratiqués par les EHPAD selon leur statut, on constate des différences importantes.

Prix moyen d'une place d'EHPAD en France selon le statut d'EHPAD



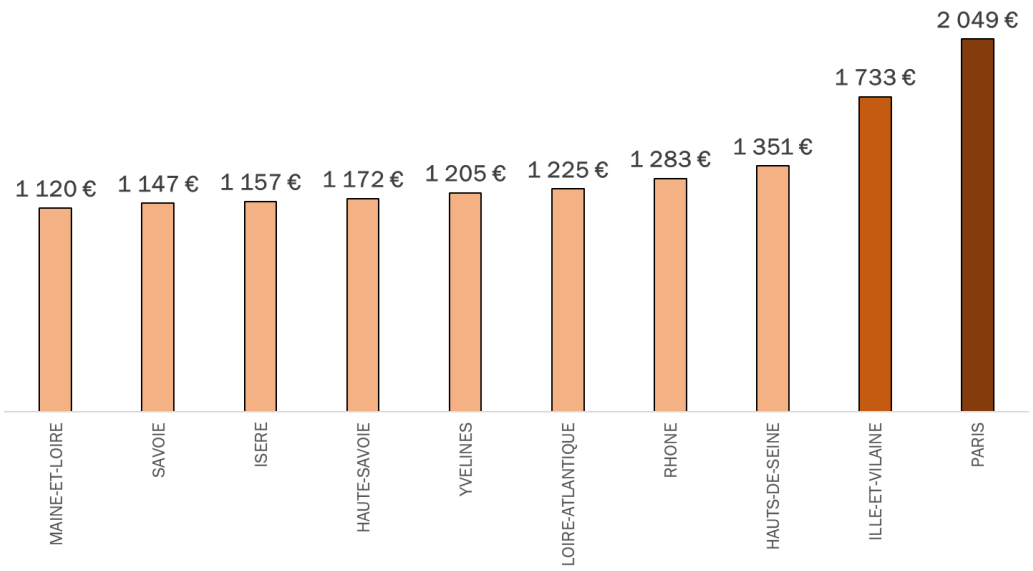
Source : UFC-Que Choisir, d'après données de l'annuaire EHPAD et maisons de retraite (data.gouv.fr)

Si en moyenne la différence de prix entre un établissement public et un établissement associatif reste relativement mesurée (211 € de plus par moi dans l'associatif), l'écart est bien plus marqué avec les EHPAD privés qui pratiquent des tarifs près de 50 % plus élevés que dans le public. Un résident dans le privé débourse en moyenne 962 € de plus dans le privé que dans le public.

Cette différence de prix pourrait non pas résulter de politiques tarifaires divergentes selon les types d'établissements, mais simplement de coûts différenciés pesant sur eux, qui seraient variables selon les départements. En réalité, on note que cette cherté des établissements privés par rapport aux établissements publics est constatable dans tous les départements[10], puisque ce surcoût départemental moyen est de 794 €. Dans 22 départements, la tarification pratiquée par les EHPAD privés excède de plus de 1 000 € celle pratiquée par les EHPAD publics.

[10] A l'exception notable de la Guadeloupe, dont les données sont présentées en annexe. Cela étant les chiffres pour la Guadeloupe sont à considérer prudemment, compte tenu de nombreuses données manquantes dans la base que nous exploitons au regard du nombre total de places dans le département. Notons également que cette cherté ne se manifeste évidemment pas dans les 5 départements où aucun établissement privé n'est recensé (Aveyron, Guyane, Haute-Marne, Lozère, Territoire de Belfort).

Départements ayant les plus grands écarts entre le coût d'une place en EHPAD privé et le coût d'une place en EHPAD public

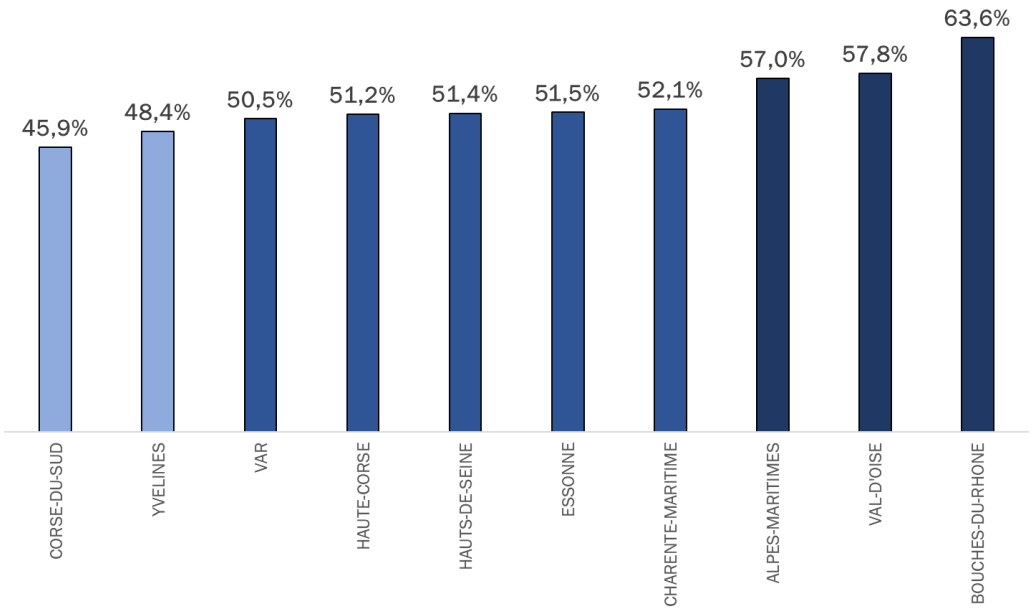


Source : UFC-Que Choisir, d'après données de l'annuaire EHPAD et maisons de retraite (data.gouv.fr)

La différence de prix la plus importante se constate à Paris, où résider en EHPAD privé et non en EHPAD public nécessite de débourser en moyenne 2 049 € supplémentaires par mois.

Dès lors, il résulte de ce constat l'assertion suivante : le prix moyen dans un département sera d'autant plus élevé que la part des places en EHPAD privés y sera importante.

Départements ayant les plus importantes proportions de places en EHPAD privés



Source : UFC-Que Choisir, d'après données de l'annuaire EHPAD et maisons de retraite (data.gouv.fr)

Dans 8 départements les EHPAD privés détiennent la majorité des places avec un record pour les Bouches-du-Rhône (63,6 %). Alors qu'au niveau national les EHPAD privés

détiennent 23 % des places (contre 29 % pour les structures associatives et 48 % pour les structures publiques), 32 départements possèdent une proportion de places en EHPAD privés supérieure à la moyenne nationale.

2) Le département d'implantation d'un EHPAD a un impact direct sur les prix

En ayant un impact direct sur le prix moyen d'une place d'EHPAD dans chaque département, la répartition des places d'EHPAD selon le statut constitue donc un facteur explicatif des différences de prix entre départements. Mais il ne s'agit pas de l'unique facteur explicatif, si on se fie à l'analyse des prix moyens par départements pour un établissement de même type.

En effet, quel que soit le type d'EHPAD, il existe des différences de prix sensibles entre départements. Cela étant, ces différences sont bien plus atténuées pour les EHPAD publics et associatifs que pour les EHPAD privés. Concrètement, alors que l'écart entre le prix moyen départemental le plus faible et le prix moyen départemental le plus élevé est de 1147 € dans le public et de 1310 € dans l'associatif, il atteint 2782 € dans le privé.

Par définition, les EHPAD publics n'ayant pas vocation à réaliser des profits, on peut émettre l'hypothèse que les prix s'établissent au niveau des coûts. Dès lors, les écarts tarifaires constatés entre départements doivent logiquement être la conséquence directe des coûts différenciés (le foncier, par exemple) supportés par ces établissements selon les départements. L'énorme écart constaté dans le privé rend le constat moins évident, et l'idée selon laquelle d'autres facteurs que les coûts supportés doivent entrer en compte pour expliquer la variation des prix des EHPAD privés sur le territoire mériterait d'être approfondie.

S'il ne s'agit pas là du cœur de l'étude de l'UFC-Que Choisir, nous avons calculé, pour chaque type d'EHPAD, la corrélation existante entre les prix moyens constatés et le niveau de vie des habitants de plus de 75 ans dans chaque département. Il en ressort que le coefficient de corrélation entre ces deux variables est sensiblement plus important dans le privé (0,76) que dans le public (0,57). Si ces chiffres – eux-mêmes basés sur des niveaux moyens de prix et médians de revenus – ne permettent évidemment pas de conclure, à ce stade, que les EHPAD privés adaptent leurs prix à la capacité des consommateurs à payer, ils montrent toutefois l'intérêt à explorer ultérieurement cette hypothèse.

Ces différences tarifaires entre départements pourraient ne pas porter à critique si elles n'étaient que la résultante d'un libre choix des résidents, souhaitant ici davantage se tourner vers le public, et là davantage se tourner vers le privé. Or, malheureusement, tout laisse à penser que se tourner vers la cherté du privé est parfois imposé par une impossibilité à pouvoir entrer rapidement dans un établissement public, et qu'en plus cette cherté du privé est loin d'avoir systématiquement pour corolaire des meilleures conditions de vie que dans le public, comme nous allons le voir.

III. LE CADRE LEGAL DU DEVELOPPEMENT DES EHPAD ET DES PRATIQUES TARIFAIRES EST A REFONDRE

A) Un cadre légal limitant la création de places d'EHPAD, et privilégiant les établissements privés

1) Un numerus clausus de fait sur la création de places en EHPAD

Les établissements publics comme privés doivent avoir une autorisation administrative pour pouvoir être créés. Depuis la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales[11], « *la commission nationale ou les commissions régionales des institutions sociales et médico-sociales donnent un avis motivé sur l'opportunité de la création ou de l'extension des établissements, en fonction des besoins quantitatifs et qualitatifs, de la population, et compte tenu des équipements existants ou prévus.* ». La loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale[12] met ensuite l'accent sur l'équité territoriale, avec son article 3 : « *l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.* » Par ailleurs, cette loi renforce les critères pour avoir l'autorisation d'ouvrir un nouvel EHPAD.

Depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009[13], les projets de création, mais aussi de transformation ou d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux s'inscrivent non plus via des procédures d'autorisation mais en réponse à des appels à projets. Un numerus clausus[14] semble depuis s'être imposé sur la création de nouvelles places. Il conduit à une forte concurrence entre les différents organismes afin d'obtenir les quelques autorisations de créations d'EHPAD, ou d'extensions de résidences déjà existantes. Le site Ehpad.fr[15], qui conseille les personnes souhaitant investir dans des chambres en EHPAD privés commerciaux, dresse le constat d'un manque criant de places, et fait l'hypothèse que « *le manque de lits en EHPAD va s'intensifier dans les années à venir* ».

La méthode des appels à projets permet aux pouvoirs publics d'avoir totalement la main sur l'offre de services aux personnes âgées. Dans les faits, les appels à projets sont toujours conduits par des comités régionaux pilotés par les Agences régionales de santé (ARS)[16]. Les ARS peuvent donc limiter le nombre de nouvelles places et ainsi réguler, sinon contenir, le montant des dépenses de l'assurance maladie dédiées à la prise en charge de la dépendance au sein d'un département.

Ce quasi numerus clausus a des effets limitants très concrets en ce qui concerne la création de places en EHPAD.

En 2010, on dénombrait en France 505 541 places en EHPAD. 10 ans plus tard, ce chiffre se portait à 594 036[17] selon le CNSA, soit un taux de croissance annuel moyen de 1,75 %. Surtout, cette hausse tout de même sensible en 10 ans masque le fait que la création de

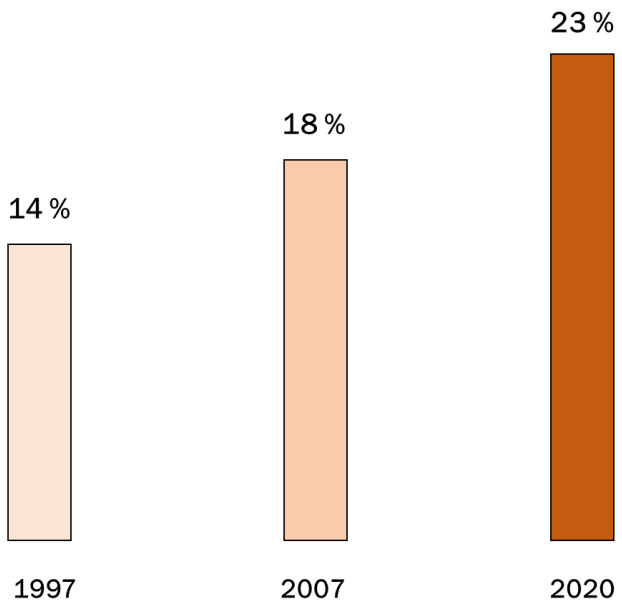
[11] https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000699217/
[12] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/
[13] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/
[14] Delouette Ilona, Nirello Laura, « La régulation publique dans le secteur des EHPAD. Quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS ? », *RECMA*, 2017/2 (N° 344), p. 58-72. DOI : 10.7202/1039582ar. URL : https://www.cairn.info/revue-recma-2017-2-page-58.htm
[15] Ehpad.fr – Investir dans une chambre – Un marché sécurisé - https://www.ehpad.fr/investir-dans-une-chambre/un-marche-securise/
[16] Article L.313-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).
[17] Cf. https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2021_interactif.pdf. Notons que ces chiffres ont trait à l'hébergement permanent en EHPAD, et que selon les sources les chiffres ne sont pas strictement identiques, mais restent toutefois en cohérence.

places est très contrainte depuis 2013. Entre 2013 et 2019, un peu plus de 4 000 places ont été créées en moyenne chaque année[18].

2) La part de marché des EHPAD privés est en forte augmentation

Le paysage des EHPAD français est de plus en plus composé d'établissements privés à but lucratifs.

Part des lits détenus par des EHPAD privés dans l'offre totale en France



Sources : UFC-Que Choisir, d'après données de l'annuaire EHPAD et maisons de retraite (data.gouv.fr), et données 1997 et 2007 issues du rapport du Sénat de 2008 sur sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes.

Alors que seuls 14 % des places en EHPAD étaient détenues par des structures privées lucratives en 1997, le secteur occupait 18 % des lits en 2007 et 23 % en 2020. On voit ainsi que la montée en puissance des établissements privés à but lucratif a débuté alors même que les autorisations administratives prévalaient.

Sans porter à ce stade de jugement sur l'intérêt pour les personnes dépendantes d'avoir recours à ces structures plutôt qu'à des structures publiques (en mettant de côté les aspects financiers), nous devons ici interroger les raisons pour lesquelles la procédure ayant actuellement cours pour développer des EHPAD paraît bénéficier aux établissements privés.

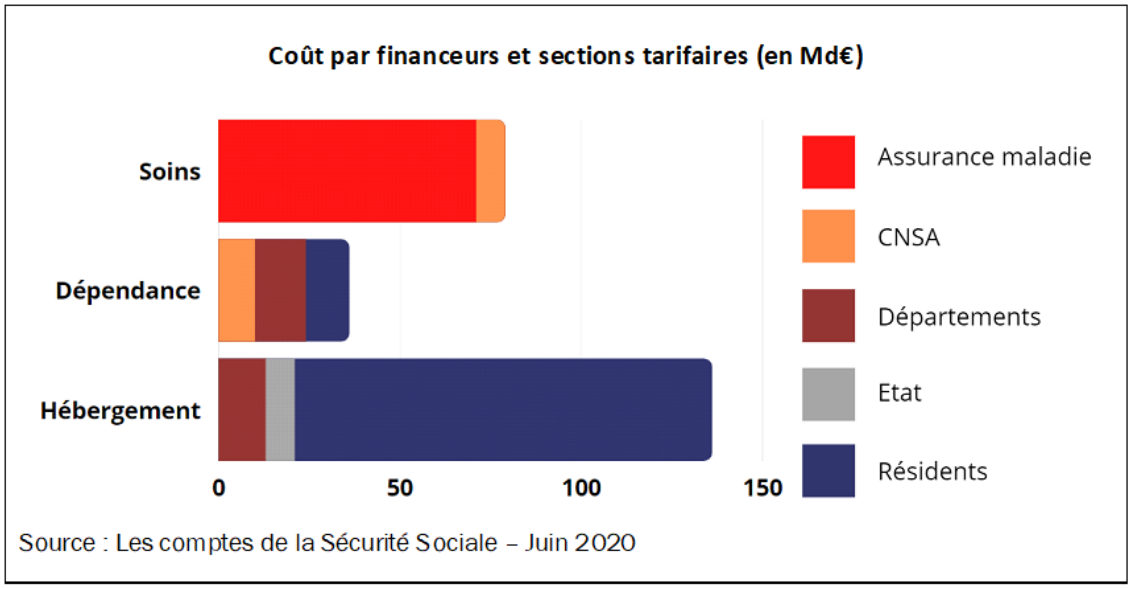
Il est bien sûr envisageable que cela résulte tout simplement de l'absence de projets portés par le public. Nos recherches ne permettent pas d'infirmer cette hypothèse.

Il est aussi envisageable que des projets publics et privés soient mis en concurrence, et que ceux portés par le privé soient privilégiés. En adoptant une approche purement économique, les Conseils départementaux pourraient logiquement privilégier les projets privés.

Nous avons précédemment indiqué que l'ASH était versée par les départements. Si ces sommes peuvent être récupérées au moment de la succession, elles n'en constituent pas moins une dépense budgétaire importante pour les départements. La partie « hébergement », à travers l'ASH, constitue effectivement la moitié des dépenses

[18] Cf. les panoramas de la DRESS : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/historique.htm

départementales pour la prise en charge des personnes âgées en EHPAD (1,3 milliard d'euros), l'autre moitié étant dédiée à la partie dépendance (1,4 milliard d'euros)[19].



Source : Les comptes de la Sécurité Sociale – Juin 2020

Or, opter pour des structures privées plutôt que publiques permet aux départements de réaliser des économies. En effet, pour qu'un résident d'EHPAD puisse bénéficier de l'ASH, son EHPAD doit être habilité à l'ASH. Si l'intégralité des EHPAD publics et 89 % des EHPAD associatifs sont habilités à l'ASH, seuls 40 % des EHPAD privés le sont[20]. L'absence de places en EHPAD publics pour une personne ayant de manière impérative la nécessité d'intégrer un EHPAD au regard de sa perte d'autonomie est donc doublement pénalisante. Non seulement le prix de la chambre sera plus élevé que dans le public, mais en plus il aura moins de probabilité de pouvoir bénéficier de l'ASH.

Pour le département en revanche, privilégier un projet privé à un projet public limite de fait les coûts consentis au titre de l'ASH.

3) Un processus de concentration du secteur privé commercial

Bien que l'offre d'EHPAD privés soit extrêmement variée, allant de petites structures familiales à de grands groupes, il existe ces dernières années une tendance à la concentration du marché. Ainsi, quinze groupes représentent à eux seuls 70 % des capacités du secteur privé commercial[21]. Sur les 140 000 lits gérés par des EHPAD privés commerciaux en France, 25 000 sont détenus par le groupe Korian, 20 000 par le groupe Orpea et 18 000 par le groupe DomusVi. Les gestionnaires suivants sont Colisée et Domidep qui gèrent chacun environ 7 000 places[22].

---

[19] Le CNSA, mentionné dans le graphique, est le Centre national de solidarité pour l'autonomie. Son site internet indique : « *Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1er janvier 2021, gestionnaire de la 5e branche de la Sécurité sociale, la branche Autonomie. Elle dispose pour cela d'un budget de plus de 34 milliards d'euros* ».

[20] L'habilitation à l'ASH ne signifie pas que toutes les places de l'établissement sont éligibles. Ce nombre dépend des accords signés entre les EHPAD, les ARS et les départements. A notre connaissance, il n'existe pas de base de données nous permettant de déterminer la part des places éligibles à l'ASH dans les établissements habilités.

[21] Les Echos Etude « 2019-2020 : le renouveau du secteur des Ehpad » dans « les Ehpad commerciaux se portent très bien » (les éditions législatives).

[22] Top 15 des grands groupes d'EHPAD en France - https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/types-de-maison/grands-groupes-de-maisons-de-retraite-de-france/

Ces groupes prennent une place de plus en plus importante dans l'offre privée en France, puisqu'une étude du Sénat de 2008, qui s'inquiétait déjà des problématiques de la concentration de l'offre, constatait que le groupe Korian détenait 14 000 lits, devant Orpea (9 000 lits en 2008).

Les groupes d'EHPAD privés commerciaux développent des politiques de rachats des plus petits établissements. Cette méthode de croissance permet d'éviter les difficultés liées aux créations de places limitées.

Cependant, comme le pointait déjà le rapport du Sénat[23]sur le marché de l'offre de soins en 2008, dans une situation de pénurie d'offres, cette méthode du rachat des autres structures privées conduit à une inflation des tarifs et à la concentration de l'offre. En effet, seuls quelques groupes disposent des capacités financières leur permettant de racheter des établissements. Le groupe Korian est ainsi issu du regroupement de deux groupes, Finagest et Serience. Au cours des dernières décennies, Korian a absorbé le groupe Medidep (2006) puis Medica en 2014, ainsi que de nombreux autres groupes européens afin de se développer hors des frontières nationales.

Cette politique de rachats de structures préexistantes s'accompagne d'une augmentation des tarifs. En effet, la médicalisation et l'agrandissement des établissements représentent un coût pour les grands groupes, qui conduisent souvent une restructuration pour améliorer la rentabilité de leurs acquisitions. Ainsi, le rapport du Sénat indique « *une fois rachetés, ces établissements sont restructurés, médicalisés et agrandis. Ces investissements s'accompagnent (autant qu'ils entraînent) d'une hausse des tarifs pratiqués – et donc potentiellement des marges (indirectement et partiellement) - jusqu'à atteindre le seuil critique de solvabilité de la demande.* »

B) Les stratégies de maximisation des profits des EHPAD privés

1) Le *turn-over* des patients favorise la pratique de prix élevés

Contrairement aux établissements du secteur associatif, qui doivent réinvestir les excédents dans leurs établissements, et aux EHPAD publics, les EHPAD privés commerciaux poursuivent, sans que cela surprenne, une logique marchande conduisant au développement de stratégies économiques pour maximiser leurs marges.

Alors que les tarifs soins et dépendance ne permettent de dégager qu'une marge limitée en raison du lien fort entre le niveau de dépendance des résidents et les ressources allouées[24], ce n'est pas le cas du tarif hébergement. Les EHPAD privés accueillant en moyenne des personnes plus dépendantes[25], la durée moyenne de séjour est plus limitée dans le temps. Or, il est plus facile d'appliquer des hausses de tarifs importantes aux personnes qui entrent dans l'établissement, qu'aux personnes déjà résidentes.

---

[23] Sénat - 2008 – Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes - https://www.senat.fr/rap/r07-447-2/r07-447-2-scan1.pdf

[24] Tout du moins en théorie, puisque le livre *Les Fossoyeurs,* et par la suite l'enquête de l'IGF et de l'IGAS, a mis en évidence que les dotations au titre des frais relatifs à la partie « soins » n'étaient pas systématiquement utilisées par les EHPAD du groupe Orpea.

[25] Le GIR moyen pondéré (GMP) par établissement permet de connaître le niveau de dépendance moyen au sein de chaque établissement. On estime que le GMP moyen est de 730 en EHPAD privés, contre 700 pour les EHPAD publics et 689 pour les EHPAD associatifs (cf. https://www.conseildependance.fr/panorama-2020-des-ehpad-en-france/). Les écarts ne sont pas majeurs, mais de fait, les chiffres confirment une plus grande spécialisation des EHPAD privés dans l'accueil des publics les plus dépendants (notamment, 62 % des établissements privés disposent d'une unité spécialisée dans l'accueil des malades d'Alzheimer, contre 52 % pour les EHPAD associatifs, et 43 % pour les EHPAD publics) d'après l'UFC-Que Choisir.

Le rapport du Sénat précédemment évoqué constatait dès 2008 une différence massive entre la hausse moyenne annuelle du tarif hébergement pour les résidents, et la hausse appliquée aux nouveaux résidents. En 2021, cette différenciation existe toujours. En effet, le montant du prix de l'hébergement, dans le cadre d'une place non conventionnée, est choisi librement par l'établissement d'accueil. En revanche, ce montant ne peut pas ensuite évoluer en cours d'année, et sa réévaluation est encadrée par un arrêté ministériel publié chaque 1er janvier. Par exemple, en 2020, le pourcentage d'augmentation autorisé était de 1,08 %, et de 0,46 % en 2021[26]. Afin d'appliquer des hausses de tarif plus importantes, il est donc intéressant pour les EHPAD privés commerciaux d'avoir un fort *turn over*, et donc de privilégier l'accueil de personnes plus âgées et très dépendantes.

Par ailleurs, même dans le cas de places non conventionnées, les résidents ont le droit de bénéficier de l'ASH et des tarifs réglementés au bout de 3 ou 5 ans, selon les établissements. Les EHPAD qui font le choix de ne pas conventionner leurs places pour choisir librement les tarifs hébergement n'ont donc pas intérêt à choisir des résidents qui resteraient longtemps et seraient finalement en mesure de demander, et d'obtenir, cette aide.

Ainsi, la politique tarifaire de fixation des prix au niveau de la solvabilité de la demande (autrement dit faire payer aux résidents tout ce qu'ils sont prêts à payer) est d'autant plus efficace que les patients résident le moins de temps possible en EHPAD (et de fait y meurent, très largement). Cela n'est pas sans poser des problèmes moraux.

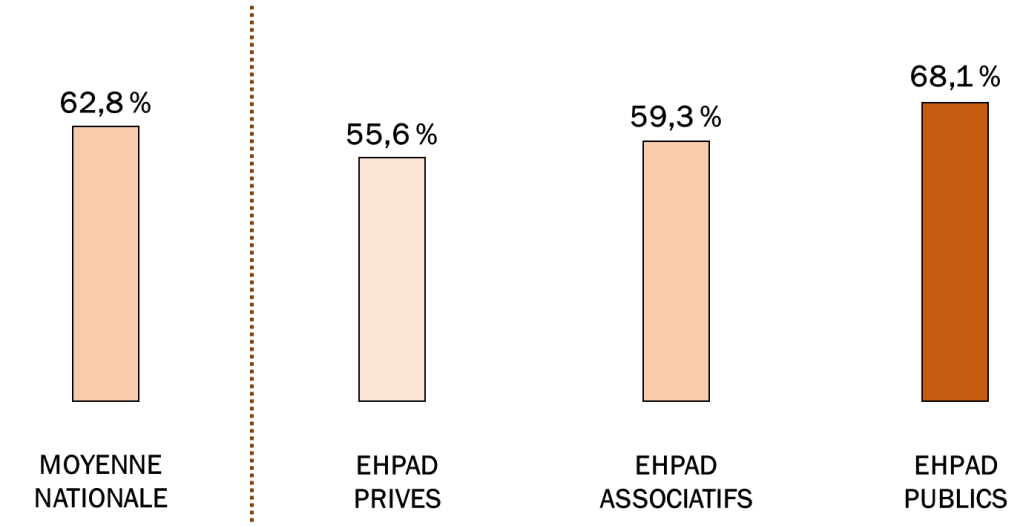
2) Des coûts « maîtrisés », au détriment des résidents

A défaut de pouvoir trouver des justifications, les prix élevés dans les EHPAD privés pourraient trouver des explications par une qualité de service dans ces établissements bien supérieure que dans le public.

Il n'existe pas aujourd'hui de moyens pour l'UFC-Que Choisir, ni les autres associations de santé agréées de voir de l'intérieur le fonctionnement des EHPAD, puisque des tiers n'ayant aucun lien direct avec le fonctionnement des EHPAD n'appartiennent pas aux Conseils de vie sociales de ces établissements. Mais les déplorables pratiques d'EHPAD privés, ayant récemment fait l'actualité et au cours des dernières années fait l'objet d'enquêtes journalistiques, montrent que les prestations sont loin d'être toujours à la hauteur des sommes dépensées par les résidents.

[26] Arrêté du 16 décembre 2020 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées - https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042730394

Taux d'encadrement moyen des résidents en EHPAD



Source : DREES, données en 2015

En moyenne, selon la DREES, les EHPAD emploient 62,8 personnes en équivalent temps plein (ETP) pour 100 résidents. Ce taux est très sensiblement plus élevé dans les EHPAD publics que dans les EHPAD privés. Si ces chiffres[27] ne permettent pas d'avoir de vision sur la productivité des employés et donc de montrer les effets concrets que leurs différences ont sur la façon dont les résidents sont traités, force est de constater qu'ils ne permettent à eux-seuls de défendre l'idée selon laquelle un EHPAD privé offrirait un encadrement humain plus qualitatif qu'un EHPAD public.

Il est intéressant de souligner qu'au-delà de ces chiffres généraux, le fait de porter l'attention sur certains métiers précis, fondamentaux dans le quotidien des résidents en EHPAD, maintien l'absence d'avantage comparatif des EHPAD privés sur l'encadrement.

Taux d'encadrement moyen pour 100 résidents selon la catégorie de personnel (en ETP)

	EHPAD privés	EHPAD associatifs	EHPAD publics hospitaliers	EHPAD publics non hospitaliers	Ensemble
Infirmiers	5	5	8	6	6
Aides-soignants	16	18	27	22	20
Agents de service	12	15	18	19	15

Source : DREES, enquête EHPA 2015

Si le nombre d'infirmiers dans les EHPAD publics, associatifs et privés commerciaux est assez proche, variant seulement de 5 dans les EHPAD privés commerciaux à 6 dans les publics non hospitaliers, la différence est bien plus importante en ce qui concerne les aides-soignants : alors qu'ils sont 16 pour 100 résidents en EHPAD privés commerciaux, ils sont 22 pour 100 résidents dans le public non hospitalier, et 27 dans le public hospitalier.

[27] Notons que les chiffres établis par la DREES ne prennent pas en compte l'accompagnement qui pourrait être opéré par des prestataires.

Au-delà des chiffres, les mots présents dans le livre *Les Fossoyeurs* et dans le rapport[28] de l'IGF et de l'IGAS diligenté consécutivement à sa publication frappent. Si la situation dans les EHPAD Orpea ne permet pas de tirer de conclusions générales sur les pratiques des établissements privés, fort est toutefois de constater que les éléments identifiés dans ce rapport jette le trouble. En effet, alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que les prix élevés payés par les résidents d'EHPAD privés se traduise dans la qualité de la restauration, ou encore des animations, force est de constater que la situation décrite ne permet pas de valider l'hypothèse.

Mais cette déplorable situation concerne d'autres établissements, puisque les établissements n'hésitent donc pas à faire des coupes dans le personnel, au détriment du bon encadrement des résidents. Un reportage d'Envoyé Spécial[29] dénonçait déjà en 2018 les conditions d'accueil dégradées dans ces structures, le personnel étant considéré comme une variable d'ajustement afin d'atteindre des objectifs de rentabilité.

Cette recherche du profit permet au secteur de réaliser des marges exceptionnelles : les EHPAD privés affichaient en moyenne une marge nette de 7,8 % en 2017, en forte augmentation par rapport à 2015 (4,9 %)[30]. Certains groupes privés sont même cotés en Bourse, comme Korian qui a réalisé un chiffre d'affaires de 3,874 milliards d'euros en 2020[31], en hausse de 7,2 % malgré la crise sanitaire, et se félicite d'avoir ajouté 107 nouveaux établissements (en France et à l'étranger) à son portefeuille.

Il n'est pas surprenant que la vocation d'une structure lucrative soit de maximiser le profit. Mais elle pourrait ne se faire qu'en ayant pour contrainte d'assurer un bon encadrement des résidents.

Dès lors, le fait d'entrer dans un EHPAD privé n'apparaît pas comme étant systématiquement le fruit d'un arbitrage entre EHPAD privé et EHPAD public réalisé par les consommateurs, qui accepteraient de payer beaucoup plus cher, pour obtenir l'assurance de meilleurs soins, et d'une meilleure qualité d'hébergement.

Le fait que les EHPAD privés ne peuvent constituer qu'un choix par défaut est attesté par le fait que malgré un nombre beaucoup plus important de places en EHPAD publics sur le territoire, un rapport[32] de la CNSA note que le taux d'occupation est « *significativement plus bas* » pour les EHPAD privés (95 %) que pour les EHPAD publics et associatifs (98 %). Le groupe Korian indique d'ailleurs lui-même sur son site internet que « *les listes d'attente sont moins longues* » dans le privé que dans le public[33].

Ainsi, des personnes « captives » de leur propre dépendance, devant au regard de leurs pathologies intégrer un EHPAD et ne trouvant pas en face de ce besoin rapidement une place dans un EHPAD public ou associatif peuvent être contrainte de se tourner vers une offre chère en EHPAD privé.

---

[28] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vff040422_2022-m-012-06_rapport_definitif_orpea_publiable.pdf

[29] Envoyé spécial. Maisons de retraite : derrière la façade – 20 septembre 2018 (France 2) - https://www.youtube.com/watch?v=6wCoxYMURsM

[30] Les Ehpad commerciaux se portent très bien - 11/06/2019 https://www.editions-legislatives.fr/actualite/les-ehpad-commerciaux-se-portent-tres-bien

[31] Communiqué de presse Korian – 24/02/2021 - Bonne résilience des activités de Korian en 2020 dans le contexte de la pandémie de Covid-19 - https://www.korian.com/sites/default/files/documents/24.02.2021_Korian_R%C3%A9sultats%20annuels%202020_FR_FINAL.pdf

[32] https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000464.pdf

[33] https://infos-conseils.korian.fr/choisir-sa-maison-de-retraite/les-maisons-de-retraite/public-prive-ou-associatif

C) Tirer les leçons de la situation actuelle alors que les besoins en places en EHPAD vont s'intensifier

Il est admis, au moins depuis les années 1960 et le rapport Laroque[34], que les personnes âgées préfèreraient vivre à domicile. Cette volonté des pouvoirs publics transparaît dans le développement de politiques de maintien à domicile, mais aussi dans la récente loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, qui se concentre exclusivement sur le maintien à domicile et le développement des logements intermédiaires (en particulier les « résidences autonomie »).

Si tout doit être fait pour permettre aux consommateurs dépendant de rester le plus possible à domicile et si l'UFC-Que Choisir ne peut que promouvoir toute politique publique donnant les moyens à ces personnes de disposer de l'aide nécessaire, voire indispensable, pour rester à domicile, le fait est que le nombre de places en EHPAD devrait avoir vocation à croître au cours des prochaines décennies.

En effet, le vieillissement de la population française va inévitablement conduire à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans les prochaines années. Alors qu'actuellement 1,3 million de personnes bénéficient de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA), destinée aux personnes de plus de 60 ans reconnues dépendantes, c'est selon certaines estimations[35] 4 millions de personnes qui seront dans cette situation en 2050.

La situation actuelle en termes de création de places en EHPAD n'est déjà pas en phase avec l'augmentation des besoins. La CNSA[36] a souligné l'insuffisance de créations de places pour faire face à l'évolution de la population (13 % de personnes de plus de 75 ans en plus entre 2017 et 2022). Ainsi, bien que des places en EHPAD continuent d'être créées sur la période, l'évolution du taux d'équipement est négative (-10,3 %) sur la période.

Il est fort à craindre que la poursuite de cette dynamique ne permette pas de répondre au besoin à long terme. La DREES[37] souligne qu'à pratiques inchangées il faudrait créer 108 000 places en EHPAD entre 2020 et 2030 pour pouvoir répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes, soit plus de 10 000 places par an pendant 10 ans. Ainsi, le nombre de créations de places est aujourd'hui plus de deux fois trop faible pour répondre aux besoins des usagers.

Compte tenu de la fracture géographique et économique qui existe aujourd'hui, les règles édictant à l'avenir le développement des EHPAD ne devront pas être identiques à celles prévalant aujourd'hui.

L'UFC-Que Choisir n'est aucunement en mesure d'attester que le traitement des résidents en EHPAD publics ou associatifs en termes de soins ou d'hébergement (restauration, animation…) est de meilleure qualité que dans les EHPAD privés. Cela étant, il est aujourd'hui démontré que les prix parfois prohibitifs dans les EHPAD privés n'est pas gage de qualité accrue. Dès lors, il faut donner aux consommateurs la possibilité d'effectuer un choix libre et éclairé d'établissement, lorsque le recours à un EHPAD s'impose.

---

[34] Laroque P. *Politique de la vieillesse*. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse. 1962

[35] https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad

[36] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) - Décembre 2018 – Accueil et accompagnement des personnes âgées – Bilan des réalisations au 31 décembre 2017 et programmation de places nouvelles entre 2018 et 2022.

[37] DREES – 2020 - Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en EHPAD d'ici à 2030.

Au-delà du prix, la qualité doit être systématiquement au rendez-vous, quel que soit le type d'établissement. Il convient ainsi que l'encadrement humain soit à la hauteur des situations difficiles, parfois de détresse, des résidents. Un récent rapport de la Cour des comptes[38] a souligné les difficultés du secteur à attirer des employés. Tout doit bien entendu être fait pour rendre attractif ces métiers au service des ainés du pays.

Le cadre légal de la création de places en EHPAD a favorisé le développement de l'offre privée et la concentration des acteurs de ce secteur, qui ne peuvent pas s'appuyer sur les chiffres des taux d'encadrement pour justifier d'un accompagnement plus qualitatif des résidents que dans les autres types de structures. Dès lors, dans un contexte de besoin de création de places en EHPAD pour répondre au vieillissement de la population, des mesures s'imposent pour que les consommateurs ne soient pas, sur certains territoires, contraints de payer des prix prohibitifs dans le privé, lorsque des places dans le public manquent.

38 https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad

CONCLUSION ET DEMANDES DE L'UFC-QUE CHOISIR

Si l'UFC-Que Choisir ne peut qu'appeler de ses vœux toutes les mesures permettant aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile, elle ne peut que constater – dans un contexte de vieillissement croissant de la population – les besoins de places en établissements spécialisés pour accueillir les plus dépendantes, qui augmenteront nécessairement de manière importante au cours des prochaines décennies.

En conséquence, au vu des constats dressés dans l'étude, l'UFC-Que Choisir, attachée à la liberté de choix du type d'EHPAD et soucieuse d'assurer aux seniors n'ayant d'autres choix que d'en intégrer un de pouvoir trouver un établissement permettant une prise en charge humaine à un tarif raisonnable demande :

- **Que la création de nouvelles places en EHPAD se fasse essentiellement dans les structures publiques ;**
- **Que les EHPAD privés aient tous l'obligation de proposer un nombre suffisant de places éligibles à l'Aide sociale à l'hébergement ;**
- **Un plafonnement des évolutions tarifaires des EHPAD privés ;**
- **La mise en place d'un taux d'encadrement minimal obligatoire pour tous les établissements et de porter ces taux à la connaissance des consommateurs ;**
- **Que les associations agréées en santé soient représentées au sein des Conseils de vie sociale des EHPAD, pour veiller au bien-être des résidents.**

Afin de limiter les restes à charge parfois prohibitifs et durables frappant les résidents, l'UFC-Que Choisir rappelle également la demande qu'elle porte depuis plus de 10 ans sur la mise en place d'un « bouclier dépendance »[39], financé par la solidarité nationale.

[39] Cf. https://www.quechoisir.org/combat-dependance-pour-une-prise-en-charge-humaine-et-de-qualite-t2923/

ANNEXE : ENSEMBLE DES DONNEES DEPARTEMENTALES

DEPARTEMENT	NOMBRE DE PLACES	NOMBRE DE PLACES POUR 1000 HABITANTS DE PLUS DE 75 ANS	PART MAXIMALE DES PERSONNES DEPENDANTES (GIR 1 A 4) POUVANT ETRE ACCUEILLIES EN EHPAD	PART DES PERSONNES TRES DEPENDANTES (GIR 1 ET 2) ACCUEILLIES EN EHPAD	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE	DIFFERENCE ENTRE LE PRIX MENSUEL MOYEN ET LE REVENU MEDIAN	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE DANS LE PRIVE	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE DANS L'ASSOCIATIF	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE DANS LE PUBLIC	PART DES CHAMBRES DANS LE PRIVE	PART DES CHAMBRES DANS LE PUBLIC
1 - AIN	6104	112	57%	69%	2 068 €	176 €	2 829 €	2 047 €	1 851 €	17,5%	59,1%
2 - AISNE	5699	116	47%	65%	2 182 €	512 €	2 466 €	2 253 €	2 010 €	30,3%	55,8%
3 - ALLIER	5039	110	44%	78%	1 883 €	165 €	2 543 €	1 801 €	1 736 €	16,6%	63,5%
4 - ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	2073	99	49%	68%	2 200 €	439 €	2 545 €	2 271 €	1 953 €	31,1%	49,2%
5 - HAUTES-ALPES	1498	89	48%	72%	2 164 €	342 €	2 846 €	2 064 €	2 032 €	14,9%	51,0%
6 - ALPES-MARITIMES	11772	85	43%	63%	2 679 €	836 €	3 097 €	2 201 €	2 079 €	57,0%	27,2%
7 - ARDECHE	5911	153	57%	84%	1 891 €	124 €	2 673 €	1 847 €	1 805 €	8,7%	66,5%
8 - ARDENNES	2459	92	29%	50%	2 076 €	450 €	2 475 €	2 027 €	1 953 €	21,1%	61,7%
9 - ARIEGE	2128	107	46%	75%	2 108 €	423 €	2 228 €	2 141 €	2 082 €	9,4%	70,1%
10 - AUBE	3553	114	52%	69%	2 144 €	416 €	2 604 €	2 312 €	1 819 €	27,6%	50,4%
11 - AUDE	4230	90	49%	65%	2 026 €	361 €	2 310 €	1 974 €	1 842 €	33,3%	45,2%
12 - AVEYRON	5128	132	52%	78%	1 797 €	131 €	-	1 878 €	1 731 €	-	55,0%
13 - BOUCHES-DU-RHONE	16241	79	39%	71%	2 525 €	741 €	2 724 €	2 251 €	2 066 €	63,6%	14,7%
14 - CALVADOS	7718	109	50%	61%	2 256 €	448 €	2 665 €	2 166 €	1 860 €	39,3%	34,8%
15 - CANTAL	2902	144	56%	65%	1 769 €	143 €	2 461 €	1 700 €	1 729 €	6,8%	60,6%
16 - CHARENTE	5158	119	56%	72%	1 962 €	262 €	2 255 €	2 037 €	1 802 €	21,6%	52,1%
17 - CHARENTE-MARITIME	8595	101	58%	70%	2 285 €	462 €	2 530 €	2 155 €	1 969 €	52,1%	35,1%
18 - CHER	4218	113	57%	74%	1 993 €	252 €	2 544 €	1 960 €	1 891 €	14,1%	70,7%
19 - CORREZE	3615	111	53%	74%	1 946 €	213 €	2 790 €	1 889 €	1 899 €	5,4%	77,9%
2A - CORSE-DU-SUD	865	44	19%	38%	2 623 €	884 €	2 811 €	2 549 €	2 315 €	45,9%	19,8%
2B - HAUTE-CORSE	1070	51	19%	38%	2 479 €	897 €	2 652 €	2 278 €	2 377 €	51,2%	9,2%
21 - COTE-D'OR	6324	120	56%	79%	2 282 €	408 €	2 914 €	2 392 €	1 936 €	18,2%	44,9%
22 - COTES-D'ARMOR	9310	125	61%	81%	1 884 €	95 €	2 502 €	1 950 €	1 831 €	3,7%	72,7%
23 - CREUSE	2544	149	50%	69%	1 923 €	341 €	2 102 €	2 110 €	1 883 €	5,8%	82,5%
24 - DORDOGNE	5955	103	45%	73%	1 960 €	253 €	2 502 €	1 924 €	1 789 €	21,4%	65,1%
25 - DOUBS	3574	70	32%	68%	2 154 €	384 €	2 924 €	2 128 €	2 002 €	11,7%	53,0%
26 - DROME	4912	90	37%	65%	2 186 €	383 €	2 713 €	2 102 €	1 975 €	21,3%	35,9%
27 - EURE	4906	93	54%	51%	2 219 €	397 €	2 857 €	2 006 €	1 928 €	31,1%	66,2%
28 - EURE-ET-LOIR	4287	101	57%	69%	2 154 €	317 €	2 959 €	2 026 €	1 925 €	20,3%	60,6%
29 - FINISTERE	11955	120	52%	78%	1 808 €	-8 €	2 854 €	1 863 €	1 759 €	1,6%	68,3%
30 - GARD	6512	81	44%	42%	2 107 €	386 €	2 591 €	2 024 €	2 022 €	14,8%	47,7%
31 - HAUTE-GARONNE	10189	92	36%	63%	2 399 €	494 €	2 656 €	2 399 €	2 028 €	41,9%	28,9%
32 - GERS	2831	106	43%	61%	1 952 €	287 €	2 264 €	1 838 €	1 912 €	15,8%	63,3%
33 - GIRONDE	13807	95	39%	68%	2 366 €	499 €	2 802 €	2 135 €	1 993 €	40,5%	27,5%
34 - HERAULT	9975	83	31%	55%	2 280 €	493 €	2 622 €	2 265 €	2 068 €	28,5%	43,8%
35 - ILLE-ET-VILAINE	11401	123	55%	82%	2 202 €	375 €	3 720 €	2 308 €	1 986 €	4,0%	50,8%
36 - INDRE	3353	110	67%	78%	1 882 €	212 €	2 387 €	1 880 €	1 833 €	7,2%	73,3%
37 - INDRE-ET-LOIRE	6370	99	50%	73%	2 224 €	402 €	2 976 €	2 128 €	1 936 €	24,8%	59,4%
38 - ISERE	8870	79	33%	62%	2 210 €	318 €	3 228 €	2 292 €	2 071 €	4,6%	56,5%
39 - JURA	3002	100	55%	78%	2 086 €	338 €	2 780 €	2 155 €	1 899 €	16,2%	66,6%
40 - LANDES	4577	93	43%	73%	1 860 €	69 €	2 184 €	2 030 €	1 846 €	0,5%	92,5%
41 - LOIR-ET-CHER	4726	118	50%	71%	2 046 €	235 €	2 792 €	2 302 €	1 864 €	14,6%	74,7%
42 - LOIRE	9878	117	44%	77%	1 926 €	199 €	2 516 €	1 902 €	1 770 €	15,4%	53,6%
43 - HAUTE-LOIRE	3701	141	50%	78%	1 901 €	216 €	2 137 €	1 886 €	1 906 €	1,5%	57,9%
44 - LOIRE-ATLANTIQUE	15120	125	65%	86%	2 019 €	163 €	3 124 €	1 893 €	1 899 €	10,1%	24,9%
45 - LOIRET	6552	101	57%	71%	2 256 €	360 €	2 836 €	2 323 €	1 937 €	28,2%	54,9%
46 - LOT	2398	93	37%	67%	1 978 €	205 €	2 627 €	1 987 €	1 938 €	4,6%	78,0%
47 - LOT-ET-GARONNE	4139	96	51%	71%	2 125 €	485 €	2 513 €	2 163 €	1 942 €	28,8%	62,8%
48 - LOZERE	1620	169	63%	84%	1 789 €	107 €	-	1 831 €	1 765 €	-	63,3%
49 - MAINE-ET-LOIRE	10338	123	79%	88%	2 044 €	300 €	3 106 €	1 961 €	1 986 €	6,1%	52,5%
50 - MANCHE	5905	97	69%	79%	1 938 €	222 €	2 515 €	1 932 €	1 814 €	14,8%	67,7%
51 - MARNE	5339	106	71%	81%	2 152 €	332 €	2 721 €	2 313 €	1 899 €	24,1%	62,6%
52 - HAUTE-MARNE	2044	101	54%	67%	1 892 €	227 €	-	2 146 €	1 834 €	-	81,3%
53 - MAYENNE	4510	132	70%	90%	1 910 €	219 €	2 877 €	1 916 €	1 848 €	5,0%	79,6%
54 - MEURTHE-ET-MOSELLE	6477	97	46%	72%	2 143 €	386 €	2 823 €	2 144 €	1 895 €	13,8%	38,3%
55 - MEUSE	2116	111	54%	69%	1 749 €	76 €	2 314 €	1 750 €	1 695 €	8,5%	88,4%
56 - MORBIHAN	8737	101	54%	73%	2 047 €	212 €	3 052 €	2 027 €	1 944 €	7,5%	67,8%
57 - MOSELLE	8275	86	43%	61%	2 050 €	368 €	2 699 €	2 029 €	1 879 €	6,8%	16,1%
58 - NIEVRE	3502	122	52%	75%	2 063 €	343 €	2 638 €	2 112 €	1 915 €	13,3%	60,4%
59 - NORD	19708	100	40%	66%	2 169 €	509 €	2 610 €	2 264 €	2 002 €	14,5%	55,6%
60 - OISE	6453	106	61%	67%	2 197 €	370 €	2 780 €	2 087 €	1 741 €	37,1%	42,7%
61 - ORNE	4658	129	52%	74%	1 967 €	266 €	2 642 €	1 913 €	1 876 €	10,2%	55,0%
62 - PAS-DE-CALAIS	10546	89	27%	50%	2 084 €	488 €	2 445 €	2 087 €	1 926 €	17,5%	40,6%
63 - PUY-DE-DOME	7733	115	64%	75%	2 088 €	266 €	2 777 €	2 084 €	1 953 €	13,6%	69,1%
64 - PYRENEES-ATLANTIQUES	7652	93	47%	68%	2 050 €	215 €	2 828 €	1 885 €	1 798 €	20,1%	28,3%
65 - HAUTES-PYRENEES	2921	95	31%	58%	2 035 €	320 €	2 485 €	2 008 €	1 903 €	16,2%	47,8%

DEPARTEMENT	NOMBRE DE PLACES	NOMBRE DE PLACES POUR 1000 HABITANTS DE PLUS DE 75 ANS	PART MAXIMALE DES PERSONNES DEPENDANTES (GIR 1 A 4) POUVANT ETRE ACCUEILLIES EN EHPAD	PART DES PERSONNES TRES DEPENDANTES (GIR 1 ET 2) ACCUEILLIES EN EHPAD	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE	DIFFERENCE ENTRE LE PRIX MENSUEL MOYEN ET LE REVENU MEDIAN	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE DANS LE PRIVE	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE DANS L'ASSOCIATIF	PRIX MENSUEL MOYEN D'UNE CHAMBRE DANS LE PUBLIC	PART DES CHAMBRES DANS LE PRIVE	PART DES CHAMBRES DANS LE PUBLIC
66 - PYRENEES-ORIENTALES	4281	69	34%	62%	2 120 €	390 €	2 475 €	2 069 €	2 002 €	18,8%	37,4%
67 - BAS-RHIN	9308	92	46%	67%	2 006 €	157 €	2 810 €	2 044 €	1 891 €	3,7%	43,5%
68 - HAUT-RHIN	6816	95	52%	75%	2 018 €	157 €	2 552 €	2 023 €	1 922 €	9,7%	55,8%
69 - RHONE	13337	84	40%	75%	2 521 €	563 €	3 325 €	2 303 €	2 041 €	28,7%	28,9%
70 - HAUTE-SAONE	2184	88	42%	69%	1 779 €	98 €	2 421 €	1 788 €	1 687 €	7,5%	56,1%
71 - SAONE-ET-LOIRE	7754	111	46%	77%	2 094 €	392 €	2 595 €	2 171 €	1 926 €	20,9%	67,5%
72 - SARTHE	6738	110	60%	84%	2 148 €	374 €	3 013 €	2 150 €	1 953 €	15,2%	67,7%
73 - SAVOIE	3910	89	42%	74%	2 163 €	247 €	3 179 €	2 228 €	2 032 €	8,5%	74,5%
74 - HAUTE-SAVOIE	5396	82	41%	67%	2 409 €	413 €	3 356 €	2 273 €	2 184 €	17,9%	64,8%
75 - PARIS	7206	41	27%	62%	3 698 €	1 380 €	4 884 €	3 010 €	2 834 €	38,5%	18,4%
76 - SEINE-MARITIME	10990	94	38%	56%	2 170 €	406 €	2 981 €	2 070 €	1 998 €	15,5%	57,7%
77 - SEINE-ET-MARNE	9991	108	66%	61%	2 525 €	527 €	2 872 €	2 503 €	2 014 €	43,7%	28,5%
78 - YVELINES	9274	79	65%	65%	2 923 €	619 €	3 460 €	2 556 €	2 256 €	48,4%	23,6%
79 - DEUX-SEVRES	5859	137	71%	75%	1 874 €	214 €	2 394 €	1 902 €	1 785 €	11,9%	73,8%
80 - SOMME	5039	98	46%	55%	1 935 €	244 €	2 688 €	1 940 €	1 833 €	9,9%	73,5%
81 - TARN	5372	110	48%	71%	1 978 €	290 €	2 440 €	1 984 €	1 869 €	10,8%	48,2%
82 - TARN-ET-GARONNE	2792	101	41%	67%	1 981 €	315 €	2 524 €	1 980 €	1 952 €	3,6%	66,2%
83 - VAR	10310	74	44%	66%	2 404 €	531 €	2 763 €	2 179 €	1 932 €	50,5%	28,2%
84 - VAUCLUSE	4557	77	44%	68%	2 221 €	505 €	2 726 €	2 116 €	1 961 €	29,4%	47,9%
85 - VENDEE	10322	135	72%	82%	1 915 €	157 €	2 918 €	1 943 €	1 805 €	8,1%	77,0%
86 - VIENNE	5657	118	61%	76%	2 222 €	469 €	2 387 €	2 301 €	1 996 €	37,5%	36,4%
87 - HAUTE-VIENNE	3955	87	44%	71%	1 943 €	189 €	3 003 €	1 843 €	1 925 €	2,6%	84,9%
88 - VOSGES	5377	129	64%	84%	1 810 €	136 €	2 416 €	1 816 €	1 751 €	7,0%	73,7%
89 - YONNE	5786	153	69%	79%	2 047 €	257 €	2 681 €	1 983 €	1 864 €	18,6%	55,8%
90 - TERRITOIRE DE BELFORT	1279	95	42%	55%	2 251 €	483 €	-	2 233 €	2 302 €	-	26,8%
91 - ESSONNE	8524	91	64%	66%	2 706 €	539 €	3 055 €	2 387 €	2 272 €	51,5%	22,1%
92 - HAUTS-DE-SEINE	10562	86	68%	70%	3 349 €	1 120 €	3 893 €	2 976 €	2 542 €	51,4%	22,6%
93 - SEINE-SAINT-DENIS	6007	72	26%	53%	2 756 €	1 118 €	3 219 €	2 485 €	2 496 €	36,6%	21,3%
94 - VAL-DE-MARNE	6750	68	36%	62%	2 690 €	688 €	3 472 €	2 380 €	2 413 €	27,3%	37,5%
95 - VAL-D'OISE	6863	92	55%	60%	2 722 €	738 €	3 004 €	2 411 €	2 207 €	57,8%	15,7%
971 - GUADELOUPE	1289	35	18%	33%	3 482 €	-	3 252 €	3 292 €	3 943 €	48,4%	32,2%
972 - MARTINIQUE	1653	44	17%	42%	2 626 €	-	2 910 €	2 646 €	2 503 €	17,2%	46,0%
973 - GUYANE	199	29	23%	32%	2 935 €	-	-	2 973 €	2 908 €	-	58,8%
974 - LA REUNION	1455	30	9%	17%	2 549 €	-	2 982 €	2 469 €	2 324 €	21,7%	21,5%