

Séance mensuelle du Conseil de l'âge

9 octobre 2025

« Le périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des Ehpad »

Les outils des régulateurs territoriaux

- Le pilotage de l'offre, la tarification, la contractualisation et le contrôle des Ehpad
 - *L'approche des ARS*
 - *Jérôme Dupont, adjoint à la directrice de l'Autonomie, ARS Normandie*
 - *Sébastien Ripoché, directeur adjoint de l'Autonomie et de la Santé Mentale, ARS Pays-de-la-Loire*
 - *L'approche des départements*
 - *Marie Collet, directrice Appui et Pilotage, Collectivité européenne d'Alsace*
 - *Thomas Kleinmann, direction autonomie, membre du réseau Autonomie de l'Andass, Collectivité européenne d'Alsace*
- Bilan par l'Igas des plans de contrôles menés en région
 - *Stéphanie Dupays*

Le pilotage de l'offre,
la tarification, la
contractualisation et
le contrôle des
Ehpad –
l'approche des ARS

Jérôme Dupont, adjoint à la directrice de
l'Autonomie, ARS Normandie

Sébastien Ripoché, directeur adjoint de
l'Autonomie et de la Santé Mentale, ARS
Pays-de-la-Loire



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



CONSEIL DE L'ÂGE

Jeudi 9 octobre 2025

Agir pour la santé de tous

QUALITÉ · USAGERS · INNOVATION · PRÉVENTION

1. TARIFICATION DES EHPAD

Tarification des EHPAD

✓ Constat de départ

- Pathos : un référentiel d'évaluation, levier de la médicalisation d'une prise en soin en EHPAD.
- Pathos : un levier en PDL, témoin de l'évolution des besoins en soins médico-techniques constatés lors des validations.
 - 2022 – PMP moyen PDL = 217
 - 2023 – PMP moyen PDL = 220
 - 2024 – PMP moyen PDL = 227
- Pathos : une stratégie d'opportunité pour certains OG.

✓ Un SI renforcé qui doit permettre une évolution

- Dossier usager informatisé (DUI)
- Actions soutenues par la CNSA - RAMA/ Mobilisation de l'IA ?

✓ En Normandie

GMPS : des besoins d'accompagnement de la dépendance et du soins également en évolution en Normandie

- 2022 – GMP moyen : 731 PMP moyen = 222
- 2023 – GMP moyen : 733 PMP moyen = 228
- 2024 – GMP moyen : 737 PMP moyen = 236

- Une stratégie pertinente coïncidant avec l'évolution des besoins mais parfois contrariée :
 - Par une insuffisance de l'évolution du prix sur les charges de personnel,
 - Modèle qui ne valorise pas la prévention de la perte d'autonomie
 - Modèle qui n'est pas incitatif sur le virage domiciliaire (AJ)

Tarification des EHPAD

✓ Equation tarifaire et financements complémentaires

- Pertinence de l'équation tarifaire ?
 - **Oui** / seul compartiment de financement ? => **Non**
- Financements complémentaires
 - PASA / AJ / CRT
 => une nécessaire harmonisation / un lien nécessaire à l'activité, au service rendu
 => sujet majeur de l'efficacité et du contrôle / Accès ARS aux données d'activité des organismes de sécurité sociale.
 - CPOM => des pratiques très hétérogènes (CPOM versus CPO). Un soutien financier qui peut parfois faire « doublon » avec le plan de formation? Notre capacité de suivre les crédits dédiés = un impératif d'un dialogue de gestion trop souvent absent.

Dotation assurance maladie EHPAD au 01/01/2025			
	Normandie		
ET : équation tarifaire	576 627 381	74%	Concerne tous les EHPAD
Financements complémentaires pérennes : AJ, HT, PASA, UHR, CRT, IDE de nuit	39 904 000	5%	AAC Ne concerne pas tous les EHPAD : logique AAP, AAC
Financements complémentaires pérennes : mesures salariales (CTI, Ségur, PGA...)	158 575 675	20%	Concerne tous les EHPAD. La stratégie de couverture des mesures salariales pas toujours lisible entre financements complémentaires et/ou intégrés dans l'actualisation de la valeur du point de l'ET
Total	775 107 056	100%	

- Le « petit » forfait de 65K€ pour les PASA n'a plus lieu d'être car doit concerner tous les EHPAD et donc en contrepartie renforcer l'établissement
- Marge de gestion aussi en financement complémentaire à disposition des ARS mais à mobiliser en CNR pour la QVCT; les CFPPA, fonds d'urgence, soutien molécules onéreuses...
 - Initiative néanmoins de pérenniser sur cette marge des forfaits d'accompagnements populations spécifiques et des dispositifs mobiles d'accès aux soins bucco-dentaires (mais logique d'attribution spécialisée par territoire)
 - Tout cela est gérée au niveau régional par enquête ou AAC par équité d'attribution, pas dans le cadre des CPOM

Tarification des EHPAD

✓ Une évolution nécessaire du financement

- Le modèle actuel basé uniquement sur l'équation tarifaire rend la dotation variable.
- Vers une évolution du modèle de financement avec **une part fixe** (équation tarifaire soclée sur un PMP et GMP national).
- Et **une part variable**
 - Tarification à la qualité (lien évident avec le scoring des évaluations HAS des ESSMS).
 - Et aux objectifs de santé publique (couverture vaccinale, prévention des chutes, dénutrition, iatrogénie médicamenteuse...).
- Un pilotage de l'offre basée sur des données actualisées: tableaux de suivi d'activité (TO en temps réel)
- Pour rappel:
 - La situation financière dégradée des EHPAD liée à une volonté de contenir l'évolution des prix de journée par les départements amène à une compensation des déficits de l'hébergement par la section soins notamment
 - Dégradation des capacités d'investissement qui retarde la modernisation, le virage domiciliaire attendus des EHPADS

Tarification des EHPAD

- ✓ **Quid des financements complémentaires?**
- ✓ **Sujet des mesures nouvelles PLFSS**
 - Entre mesures nouvelles, programmation et installation / Un delta de 18 mois.
- ✓ **Une nécessaire anticipation des Agences**
 - Une stratégie partagée PPA annuelle
 - Nécessaire coordination et validation par les CD pour une mise en œuvre: processus du PRIAC
 - Des mesures nouvelles ne permettant pas toujours d'avoir un impact territorial ou pas toujours coordonné avec les besoins et les stratégies régionales (mesures PASA, crédits soins sur les SSIAD)

Tarification des EHPAD

- ✓ **Assumer une stratégie d'influence / Plaidoyer sur base de l'expression du fait probant des territoires. Rôle pivot des directions siège de l'ARS. Renforce le lien avec les DT**
- Exemple CRT
- Exemple RA et forfait soin
- Exemple PASA équinoxe
- Exemple répit au domicile avec RAC à 0

2. CONTRACTUALISATION/CPOM

Contractualisation/CPOM

✓ Un moratoire des CPOM EHPAD 2025

- Un processus consommateur de temps.
- Une ambition parfois toute relative des OG dans le CPOM / Un levier managérial pour certains OG.
- En PDL, un dispositif très individualisé basé sur un diagnostic précis. Pertinent ? Adapté ?
- Une absence quasi complète de dialogue de gestion.
- Dialogues de gestion en Normandie : resserrés sur les EHPAD les plus en difficulté au regard de leur trésorerie et dans le cadre des commissions départementales de suivi des ESMS en difficulté financière
- Une attente forte de capitalisation sur les outils de la démarche PerfEHPAD en cours de déploiement (systématisation des outils, formation des équipes ARS/CD)

Contractualisation/CPOM

✓ Une évolution nécessaire

- **Option 1** => disparition du CPOM. Des objectifs communs aux EHPAD connus de tous via le PRS. Un dialogue de gestion recouvré et systématisé basé sur une grille commune à chaque OG. L'utilisation du dispositif CPOM pour les OG en difficultés (financière ou de gouvernance) en complémentarité avec le suivi CODIFFEMS/ COREVAT.
- **Option 2** => une simplification extrême du CPOM (2 pages max/processus industrialisé) par l'expression d'objectifs communs à tous (= génération de CPOM) avec possibilité d'une seule fiche action à la main de l'OG (personnalisation). La mobilisation plus soutenue de l'avenant au CPOM à chaque fois que nécessaire (projet investissement, CodiffEMS...). Un dialogue de gestion effectif et renforcé basé sur les données financières mais également sur une revue de projets. Lien évident avec la réponse aux besoins des territoires et donc la planification.

3. TRANSFORMATION DE L'OFFRE PA

Transformation de l'offre PA

Mode opératoire en Pays de la Loire

- ✓ **Le principe de la territorialisation de l'action / DT « porte d'entrée » / Direction du siège en soutien des DT (« direction support »)**
 - Production d'outils d'aide à la décision (exemple de la réforme des SAD, ENI places de SSIAD ...).
 - Soutien des DT.
 - Evaluation de l'action avec un objectif de corriger les inégalités d'accès à l'offre.

En Normandie

- ✓ **Approche départementalisée avec orientation stratégiques régionales sur la base d'un dialogue avec l'ensemble des conseils départementaux**
 - Déclinaison le plus en proximité par les DT en réponse aux besoins des personnes
 - déclinaison de la transformation dans le cadre des CPOM ou pour AMI, ENI
 - animation territoriale assurée par les DT (GTSMS, GHT)

Transformation de l'offre PA

Mode opératoire en Pays de la Loire

✓ Les mesures nouvelles

- Une nécessaire anticipation / AAC prêts à l'emploi / Fenêtre de dépôt.
- Imposé de disposer d'une stratégie partagée PPA – Un travail engagé depuis 2022.

✓ Le nuage disponible dans la DRL / Un levier de la transformation de l'offre

- Le « nuage » c'est quoi ?
- Un socle essentiel à la transformation de l'offre en infra territoire / l'exemple du département 72.

✓ Évolution des établissements

- Appui à l'investissement immobilier
- Montée en performance financière via PerfEHPAD
- Montée en performance RH via expérimentation sinistralité
- Accompagnement des regroupements avec GTSMS soutien aussi pour des opérations de recomposition pouvant aller jusque la fusion pour les publics ou les privés
- EE HAS : garantir la DACQ en prenant en compte le virage numérique (insuffisant aujourd'hui)

✓ Évolution de l'offre

- Diversification : HP ; HT ; HTSH
- Virage domiciliaire : CRT ; AJ ; AN
- Prise en compte des besoins particuliers : PASA de jour ; PASA de nuit ; UVP
- Ouvrir sur les partenaires pour dynamique territoriale et de filière G (lien avec la ville ; avec l'hôpital ;...)

Transformation de l'offre PA

Mode opératoire en Pays de la Loire

- ✓ **La table tactique : une méthode de dialogue et d'action**
- ✓ **Une méthode en cohérence avec le conventionnement tripartite ARS CD CNSA**
- ✓ **La dynamique de guichet intégré du SPDA**
 - Un parcours coordonné
 - Un enjeu fort de résultat = la place de l'utilisateur dans une évaluation de type « usager traceur »
- ✓ **Une dynamique relancée dans le cadre des travaux du SPDA sur les départements**
 - ✓ Une gouvernance revisitée
 - ✓ révision du rôle des acteurs de coordination sur le territoire pour améliorer la transition domicile/EHPAD



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Retrouvez plus d'information sur
www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr
www.normandie.ars.sante.fr

et sur nos réseaux sociaux

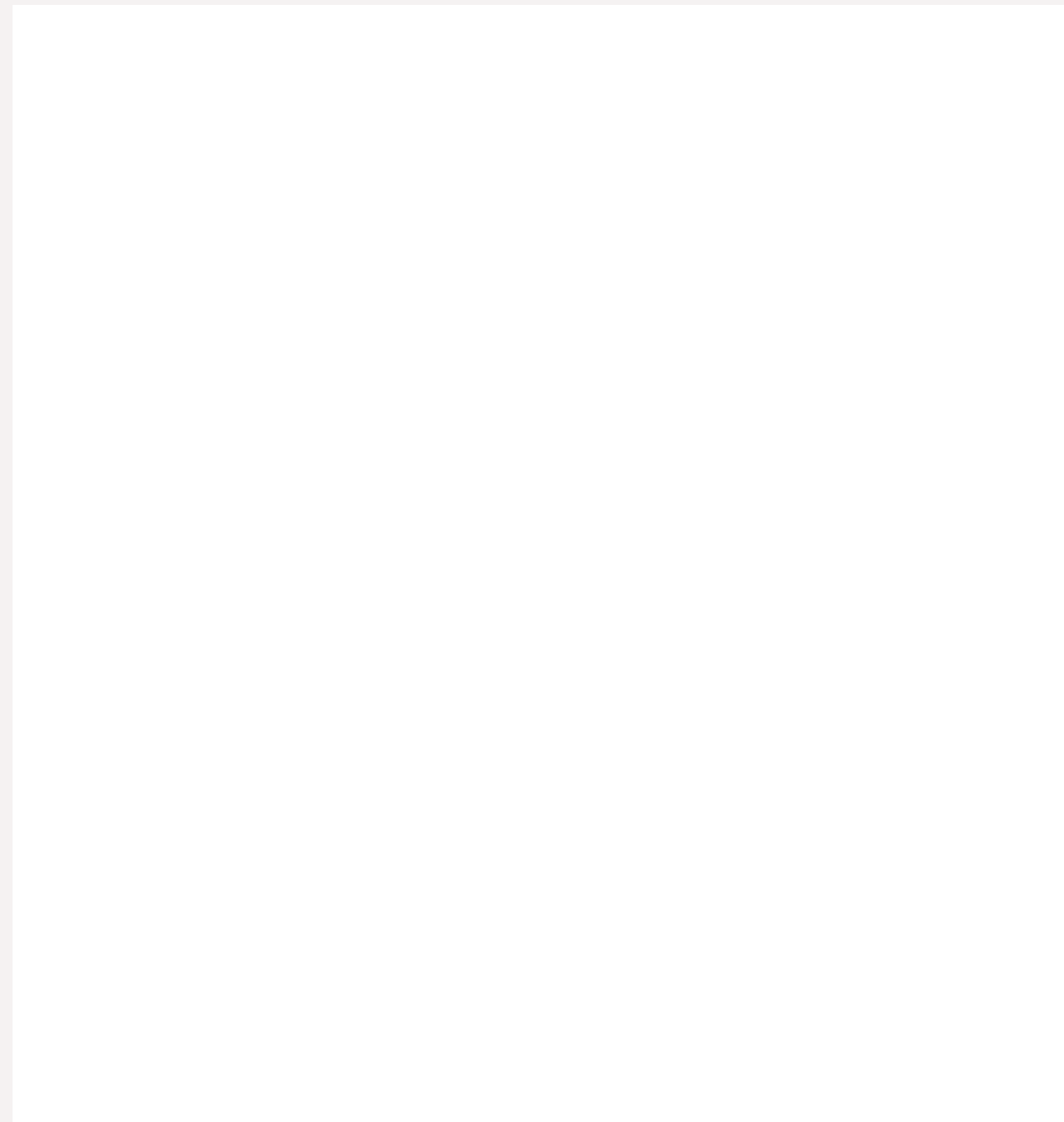
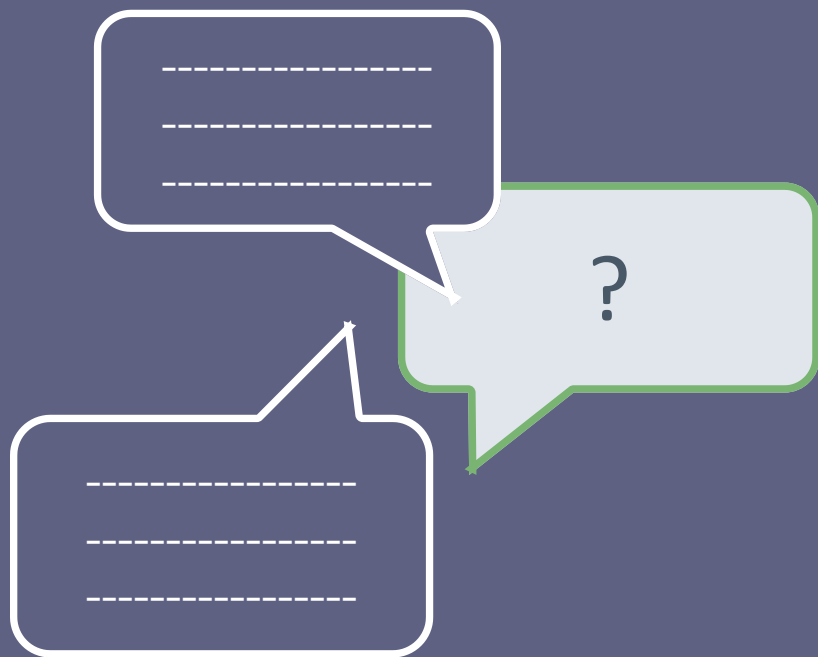


YouTube

• **Agir pour la santé de tous** •

QUALITÉ · USAGERS · INNOVATION · PRÉVENTION

Temps d'échanges



Le pilotage de l'offre,
la tarification, la
contractualisation et
le contrôle des
Ehpad –
l'approche des
départements

Marie Collet, directrice Appui et Pilotage,
Collectivité européenne d'Alsace

Thomas Kleinmann, direction autonomie,
membre du réseau Autonomie de l'Andass,
Collectivité européenne d'Alsace



EHPAD/Départements : une relation aux multiples facettes qui dépasse amplement le seul cadre administratif et financier d'un lien « tutellaire »

Intervention Conseil de l'Age du HCFEA

9 octobre 2025

Marie COLLET Direction Appui et Pilotage des Solidarités

Thomas KLEINMANN Direction de l'Autonomie

Collectivité européenne d'Alsace /ANDASS

- Département chef de file en matière de Solidarités
- Pilotage des ESSMS des secteurs Enfance, Handicap et Personnes Agées dont EHPAD

Au niveau des EHPAD :

- Régulation et Pilotage de l'offre : élaboration de « schéma », autorisations
- Contrôle
- Tarification
- Financement aide sociale et APA
- Mesures de soutien à l'investissement

Un socle de compétences commun à tous les Départements

Une synergie d'interventions en faveur du bien vieillir qui place les Départements au cœur du continuum de vie des séniors et de leurs proches au service visant à des parcours résidentiels fluides :

- Accès aux droits
- Accompagnement global des personnes âgées (précarité, isolement, perte d'autonomie ...)
- Soutien au maintien à domicile : actions de prévention, financement APA domicile, adaptation du logement
- Accueil de jours, hébergement temporaires, résidence autonomie, habitat inclusif ...
- Actions d'aides aux aidants et financement de solution de répit



Pour les Départements, l'EHPAD, plus qu'un établissement médico-social (avec son n° FINESS, son GMP, sa DMS , son coût à la place, son taux d'occupation, son prix de journée ...) est avant tout :

- un partenaire au service de sa politique en faveur du Bien vieillir
- un lieu de vie parmi d'autres dans le parcours résidentiel non linéaire des séniors

- Une hétérogénéité des établissements et des gestionnaires entre départements et au niveau infra-départemental qui impacte la nature de la relation et nécessite des adaptations constantes
 - taille
 - statuts : lucratif / non lucratif, public autonome, adossés à EPS , privé non lucratifs, gestionnaires intervenant dans d'autres champs (sanitaire, insertion , enfance, handicap, domicile ...)
 - typologie des publics accueillis
 - santé financière des structures
 - Qualité du bâti ...

- Une hétérogénéité des territoires d'implantation des EHPAD à prendre en compte :
 - Accessibilité géographique
 - Coût du foncier et de la main d'œuvre (territoire métropolitain et/ou transfrontalier)
 - Attractivité pour les professionnels
 - Niveau de vie médian du bassin de population : impact en matière de tarif différencié, soutenabilité d'une hausse du prix de journée (reste à charge pour les résidents et hausse aide sociale pour les Départements)

- Département collectivité au contact direct du public, des élus et du tissu associatif de chaque territoire :
 - ✓ Connaissance fine et en temps réel du besoin des populations (personnes âgées et de leur famille) *via* ses travailleurs sociaux de proximité
 - ✓ Articulation, mobilisation, soutien en ingénierie aux CCAS
 - ✓ Incitation et valorisation du Bénévolat
 - ✓ Engagement de services civiques ...

Des réponses agiles et différenciées propres à chaque Département pour prendre en compte l'hétérogénéité des territoires et des Etablissements

Le Département : une collectivité aux nombreuses compétences qui permettent de multiplier les leviers d'interaction et favorisent le développement d'une approche transversale 360° dans la relation aux EHPAD

- Collectivité des solidarités territoriales : soutien aux autres collectivités territoriales via contractualisation : EPCI , commune soutien aux équipements en faveur des seniors partagés avec les EHPAD, soutien aux opérations d'investissement des EHPAD portés par les communes ou EPCI ...
- Politique habitat : favoriser des parcours résidentiels variés (logement adapté , Résidence autonomie, habitat inclusif, évolutivité des bâtiments pour répondre aux évolutions démographiques futures)
- Bailleurs sociaux satellites
- Politiques sportives: sport santé, olympiades, vol ULM ...
- Politique culturelle : , spectacles en EHPAD, visite château, ateliers écritures
- Politique mobilité et route = accessibilité des EHPAD par la route et axes de mobilité douce
- Politique de soutien à la vie associative
- Politique emploi /insertion
- Silver eco
- Politique vers les collèges : favoriser le lien social et l'intergénérationnel, susciter des vocations (attractivité des métiers, parcours de stage collèges et secondes, filière métier dans des collèges généraux), lieux partagés ...

Des réponses agiles et différenciées propres à chaque Département pour prendre en compte l'hétérogénéité des territoires et des Etablissements

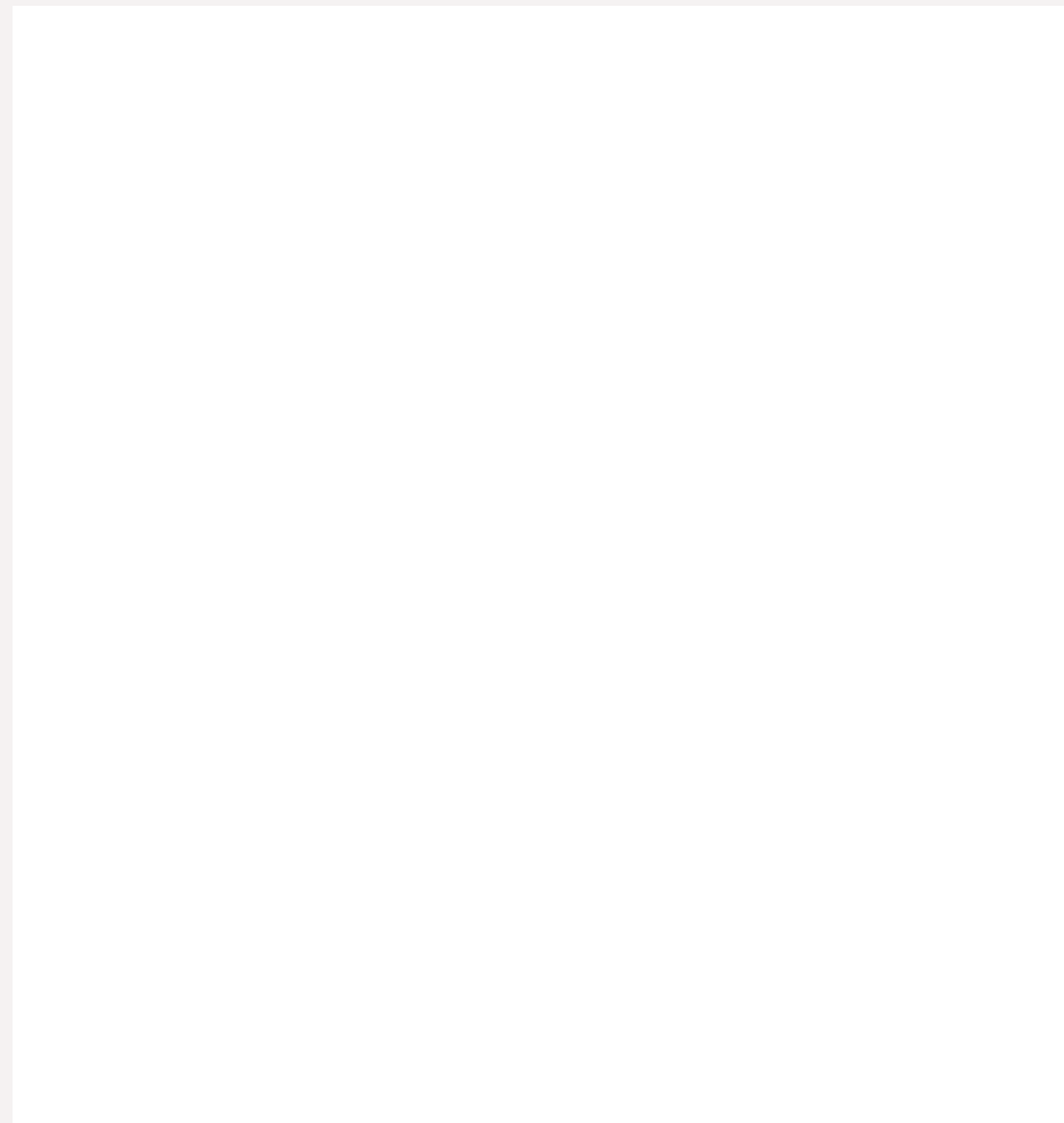
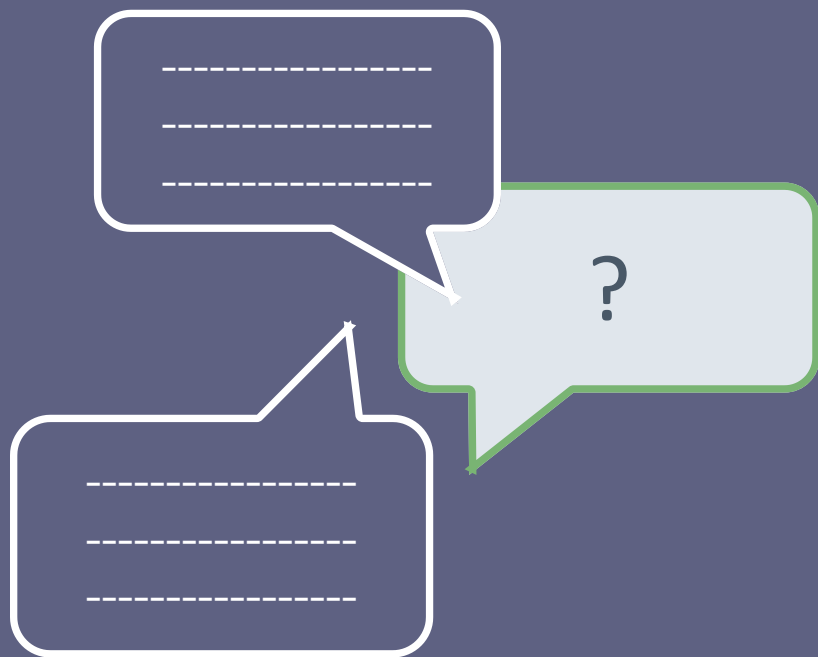
Dans une société en pleine transition démographique, l'EHPAD ne peut pas être « administré » sur le modèle d'un établissement sanitaire et le pilotage de l'offre en établissement ne peut être déconnectée avec celui de la politique « domiciliaire ».

Ce sont des structures au cœur des politiques d'aménagement du territoire qui doivent s'inscrire pleinement dans des territoires de vie et être maillés dans l'écosystème social et citoyen local.

Contrairement aux hôpitaux qui sont des établissements de prise en charge plus ou moins agile nécessitant avant tout un plateau technique et des compétences spécialisées pour des DMS relativement courtes, les EHPAD même s'ils sont de plus médicalisés du fait du profil des résidents doivent rester des lieux d'habitat « un autre chez soi » et devenir plus que jamais des lieux ouverts sur et pour la Cité.

En revanche, il existe des enjeux de complémentarité et d'articulation évident avec les ARS moins sur les financements que sur les domaines du contrôle qualité, de la mutualisation de RH médicales et paramédicales et en matière de données *via* une meilleure interopérabilité des SI.

Temps d'échanges



Bilan par l'Igas des plans de contrôles menés en région

Stéphanie Dupays

Mission d'évaluation du plan national d'inspection- contrôle des EHPAD

Synthèse au Conseil de l'âge du HCFEA – 9 octobre 2025

Temps d'échanges

