

Séance mensuelle du Conseil de l'âge

18 décembre 2025

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

Effets tarifaires sur les soins et coordination ville-hôpital

- Premiers travaux de statistiques descriptives sur les financements des soins en Ehpad selon leur tarif
 - Anne Penneau, Irdes, CS du Conseil de l'âge
 - Pauline Culioli, IPP
- Retours d'expériences sur le passage au tarif global
 - Groupe LNA (« le noble âge »)
 - Christophe Boulanger, directeur des opérations du médico-social
 - Robin Mor, directeur des affaires publiques
 - Marie Portal, directrice relations autorités publiques
- La filière gériatrique, les liens entre les Ehpad et les ressources sanitaires
 - DGOS
 - Virginie Hoareau, adjointe à la sous-directrice de la prise en charge hospitalière et parcours ville hôpital
 - Pauline Emo, chargée de mission au sein du bureau P2 pathologie chronique et vieillissement
- Complémentarité des interventions soignantes « externes » avec celles que délivrent ou pourraient délivrer les Ehpad
 - Dr. Odile Reynaud Lévy, gériatre au CHU Sainte Marguerite (AP-HM), présidente de l'Association Nationale des MCOOR

Premiers travaux de statistiques descriptives sur les financements des soins en Ehpad selon leur tarif

Anne Penneau, Irdes, conseillère
scientifique du Conseil de l'âge

Pauline Culioli, IPP

Types de forfait en Ehpad

Différences d'évolution des consommations de soins avant et après entrée en Ehpad et durant les six derniers mois de vie en Ehpad

Anne Penneau (1) (2), Pauline Culioli (3)

(1) Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)

(2) Conseillère scientifique au HCFEA

(3) Institut des politiques publiques (IPP)

- Le forfait soin en Ehpad : montant annuel versé par l'ARS couvrant certaines dépenses de soin de l'établissement
- 2 modalités possibles : **tarif partiel** ou **tarif global**, selon le périmètre des dépenses couvertes, plus large au tarif global
- Option possible pour le tarif médicament, réservé de fait aux Ehpad avec ou adossés à une structure ayant une PUI

Table 1: Dépenses intégrées dans le forfait soin

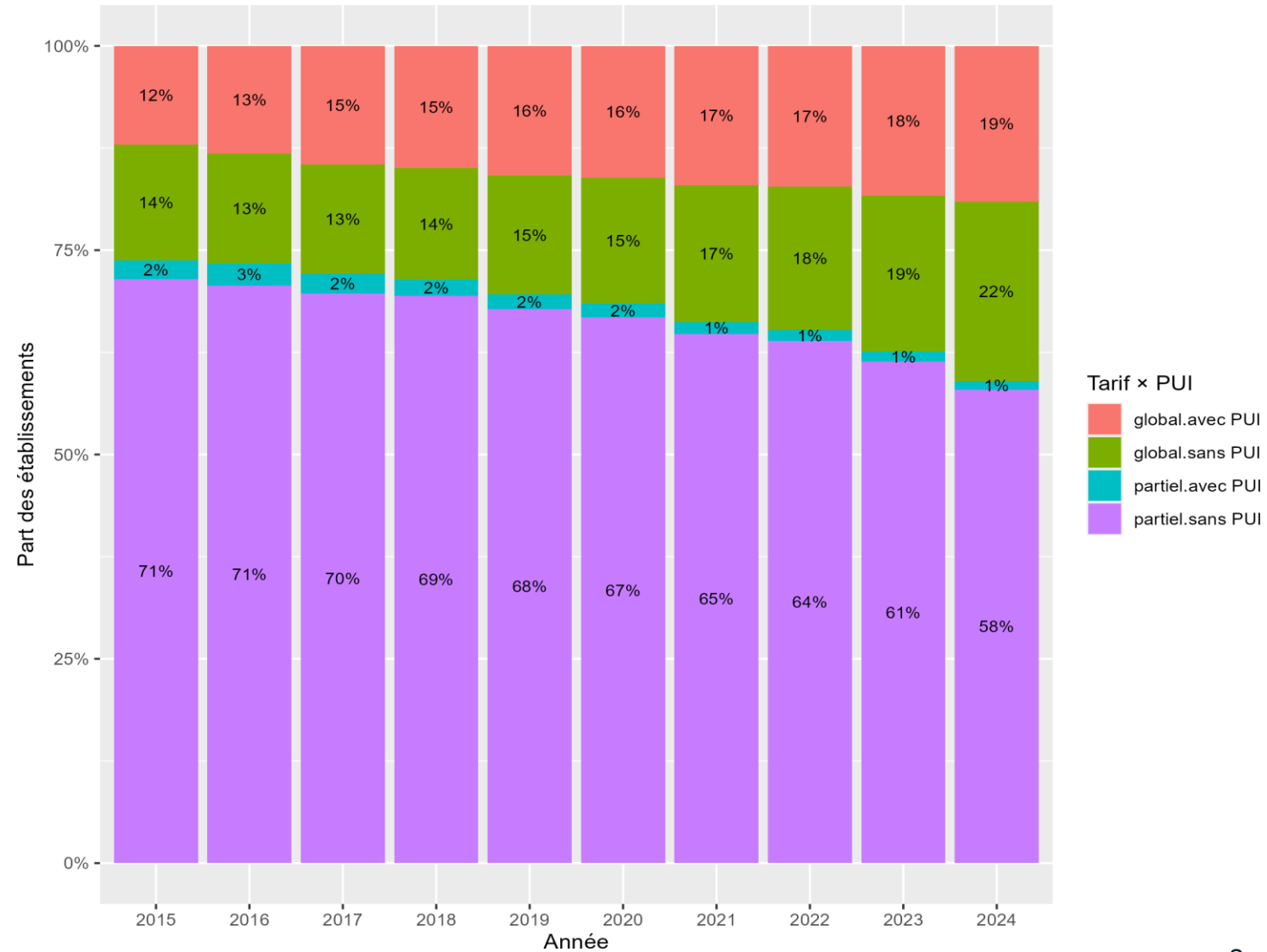
	Tarif partiel	Tarif global
Prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales	inclus	inclus
Interventions du médecin coordonnateur, des infirmiers salariés ou libéraux, du pharmacien et d'auxiliaires médicaux salariés assurant les soins, hors diététiciens		
Charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux		
Amortissement et la dépréciation du matériel médical		
Rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement	non inclus	
Examens de biologie et de radiologie (à l'exception des examens réalisés avec des équipements médicaux lourds)		
Médicaments selon une liste fixée réglementairement (qui exclut les médicaments à usage hospitalier)	inclus si PUI	inclus si PUI

Contexte

- Historique: tarif global augmenté en 2006 (+15%) puis gelé en 2011, rouvert en 2014 sous condition d'accord de l'ARS (enveloppe de 10 M€, Ehpad au TP avec PUI prioritaires), dégel et relance à partir de 2022
- Evaluation du coût / des effets du tarif global (rapports Igas de 2011 et 2013, rapport Igas / Igf de 2016) :
 - Une forte incitation financière à partir de 2006 sans analyse des coûts ni des conditions de sa bonne utilisation
 - Au total, le tarif global coûte plus cher que le tarif partiel majoré de la dépense de soins de ville « incluse dans le TG », mais c'est en partie dû au surcalibrage « incitatif » de la dotation soins
 - Le tarif global semble encourager certaines bonnes pratiques (meilleur suivi des soins, réduction du nombre d'intervenants, fin de pratiques abusives de facturation)
 - La comparaison des coûts complets des soins par type de tarif ne permet pas à elle-seule d'évaluer l'efficacité relative des options tarifaires (effet surdotation, facteurs externes)
 - l'effet régulateur du TG n'est pas automatique et suppose une politique volontariste
 - l'efficacité et la qualité des prises en charge tiennent principalement aux modalités organisationnelles, plus qu'aux options tarifaire
 - Rapport complémentaire (2013) : 15% de jours d'hospitalisation en moins au TG (comparaison statique)

Contexte

Figure 1: Répartition des établissements par mode de tarification et PUI dans le répertoire FINESS



Statistiques descriptives

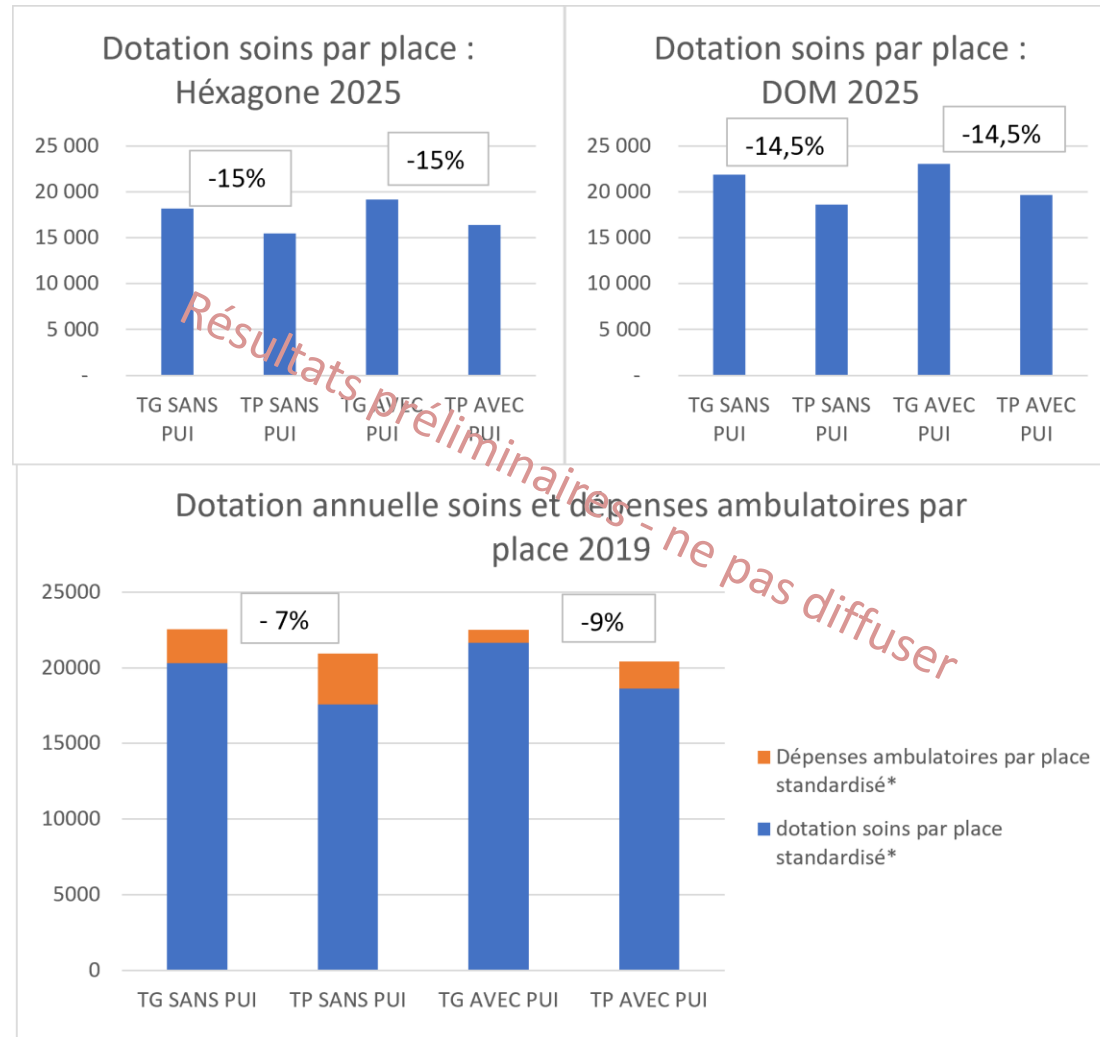
Figure 2: Statistiques descriptives en fonction des forfaits

	TG AVEC PUI	TG SANS PUI	TP SANS PUI
Nombre de places	137	83	74
Age des résidents	83,9	85,4	85,9
Proportion de femmes	71,2%	75,0%	75,2%
GMP	748	738	719
PMP	22	21	21
Type d'Ehpad			
Privés commerciaux	1,5%	14,1%	20,3%
Privés non commerciaux	16,7%	37,8%	39,0%
Publics non hospitaliers	14,3%	46,3%	39,8%
Publics hospitaliers	67,5%	1,8%	0,8%
Avoir une PASA	37,9%	33,0%	22,6%
Avoir une UHR	10,7%	1,8%	1,5%
Nb place en accueil de jour	4,9	3,0	1,9
Nb place en accueil temporaire	1,0	1,2	1,1

Source : EHPA 2019, calculs auteurs

Différences de financements des soins ambulatoires

Figure 3: Dotation de soins annuelle perçue par place par l'établissement et dépenses ambulatoires (tenant compte à minima des différences de GMP et PMP)

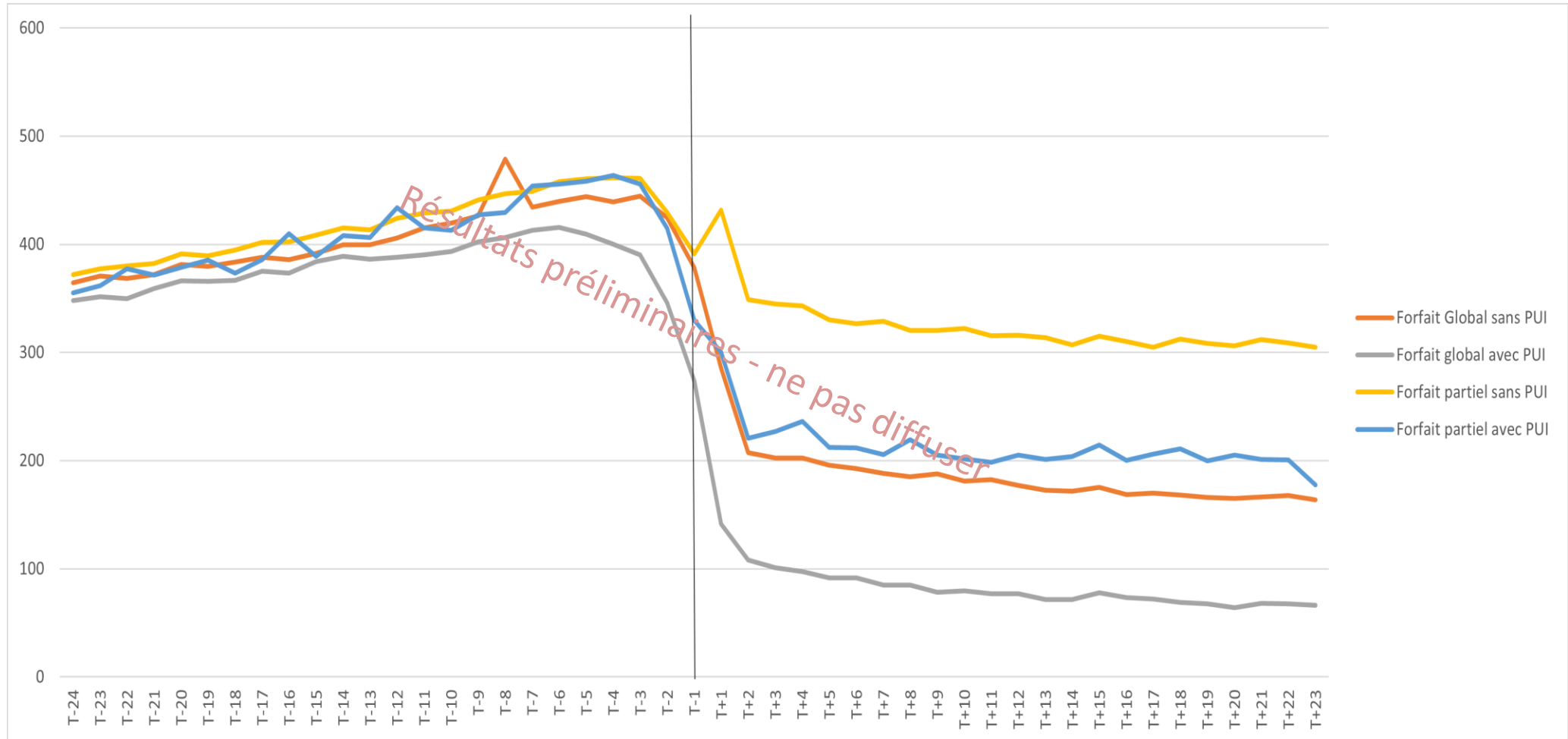


Source : CNSA, SNDS, calculs auteurs

* Standardisé par GMP, PMP, PASA, UHR, accueil de jour, accueil temporaire et région

Dépenses ambulatoires totales

Figure 4: Dépenses ambulatoires mensuelles standardisées par âge, sexe et pathologies avant et après l'entrée en Ehpad

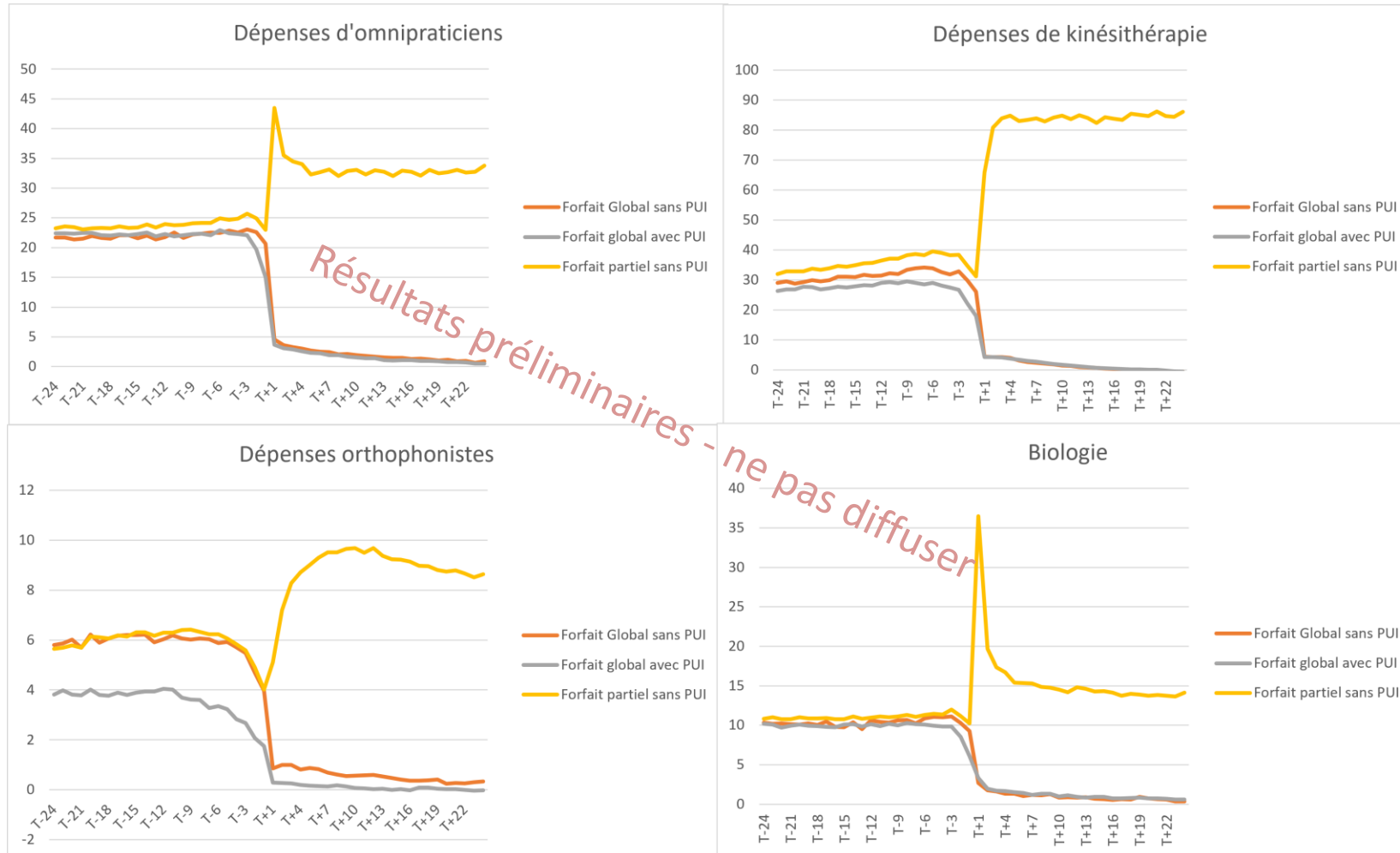


Champ : 75223 personnes entrées dans 6084 Ehpad en 2016, restées dans l'établissement entre 2016 et 2018

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Dépenses ambulatoires qui diffèrent en fonction des forfaits

Figure 5: Dépenses mensuelles standardisées par âge, sexe et pathologies avant et après l'entrée en Ehpad

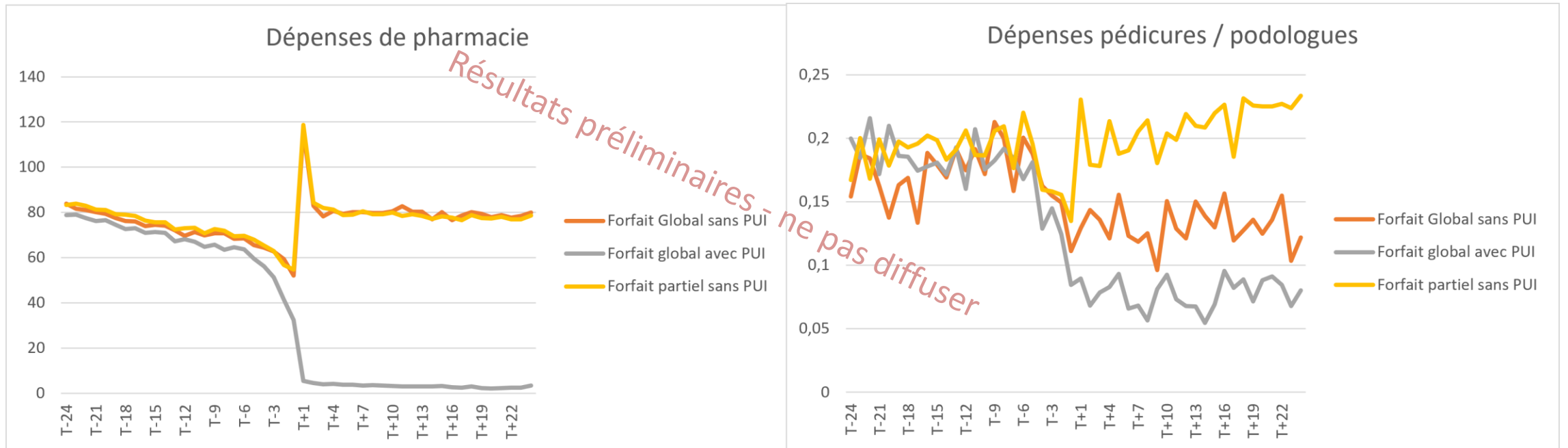


Champ : 75223 personnes entrées dans 6084 Ehpad en 2016, restées dans l'établissement entre 2016 et 2018

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Dépenses ambulatoires qui diffèrent en fonction des forfaits

Figure 6: Dépenses mensuelles standardisées par âge, sexe et pathologies avant et après l'entrée en Ehpad

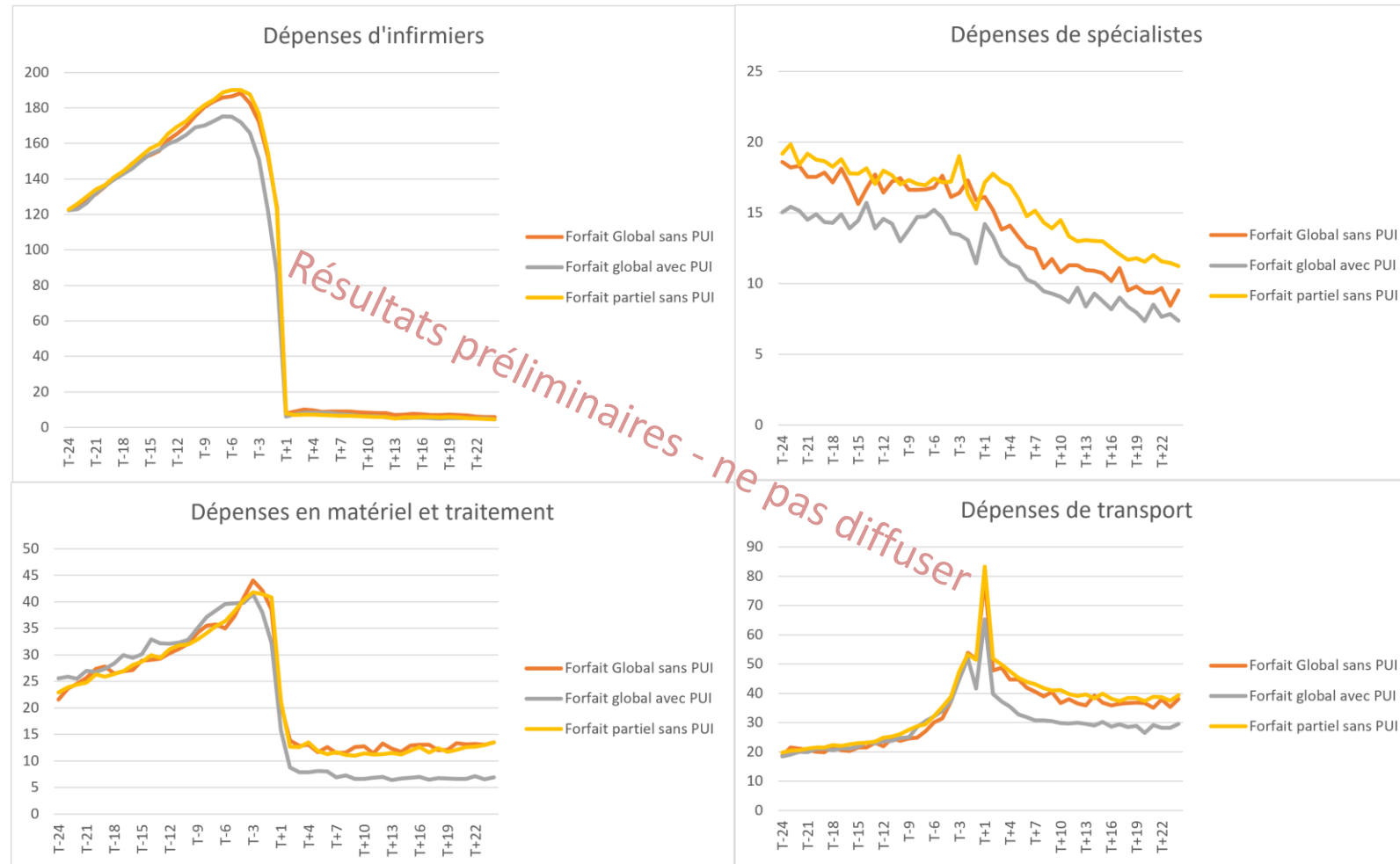


Champ : 75223 personnes entrées dans 6084 Ehpad en 2016, restées dans l'établissement entre 2016 et 2018

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Dépenses ambulatoires non liées aux forfaits

Figure 7: Dépenses mensuelles standardisées par âge, sexe et pathologies avant et après l'entrée en Ehpad

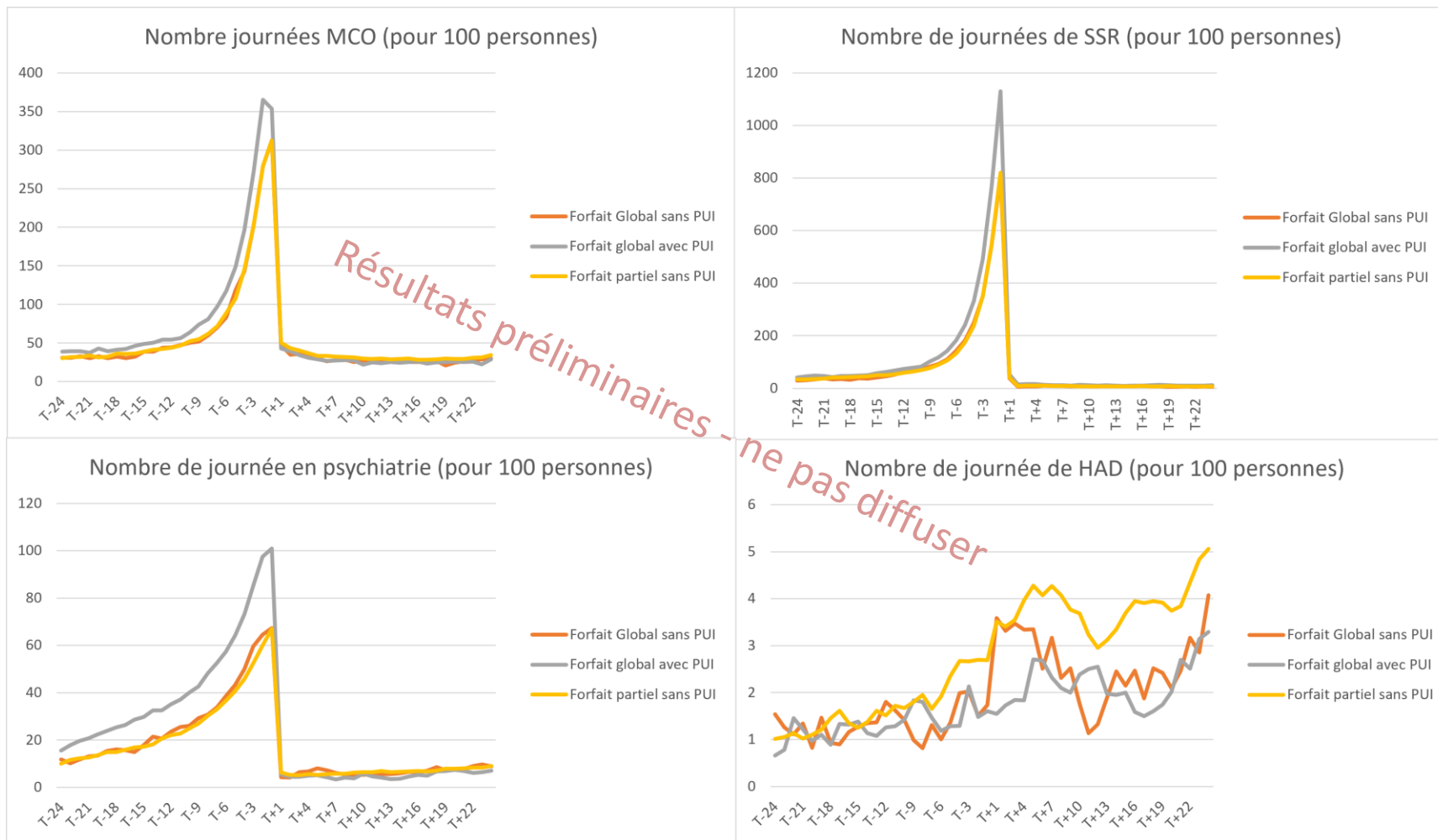


Champ : 75223 personnes entrées dans 6084 Ehpad en 2016, restées dans l'établissement entre 2016 et 2018

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Nombres de journées d'hospitalisation

Figure 8: Nombres de journées d'hospitalisation mensuelles standardisées par âge, sexe et pathologies avant et après l'entrée en Ehpad

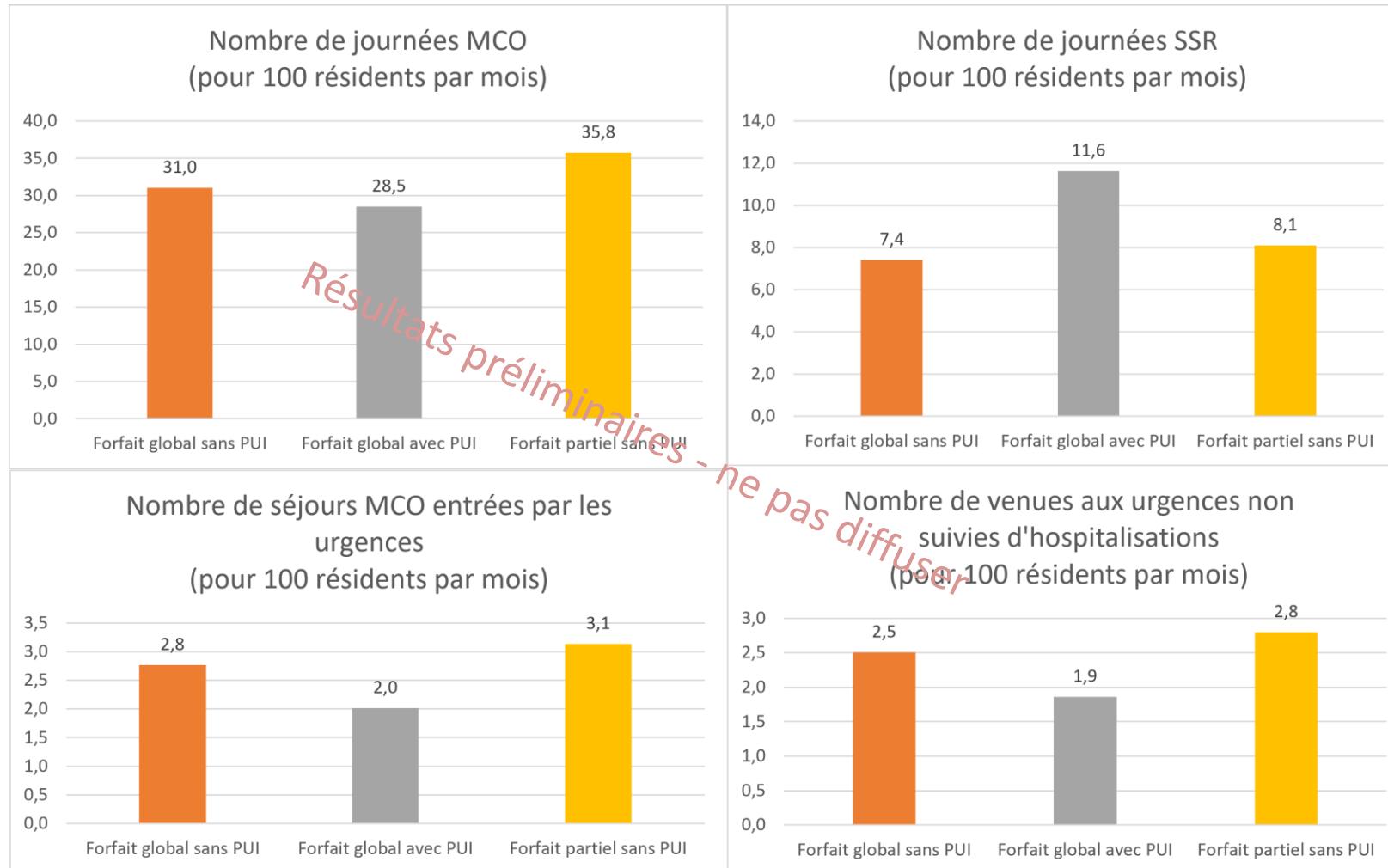


Champ : 75223 personnes entrées dans 6084 Ehpad en 2016, restées dans l'établissement entre 2016 et 2018

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Différences : niveaux hospitalisations après entrée

Figure 9: Nb hospitalisations mensuelles après l'entrée en Ehpad standardisées par âge, sexe, pathologies et historiques d'hospitalisations avant l'entrée en Ehpad

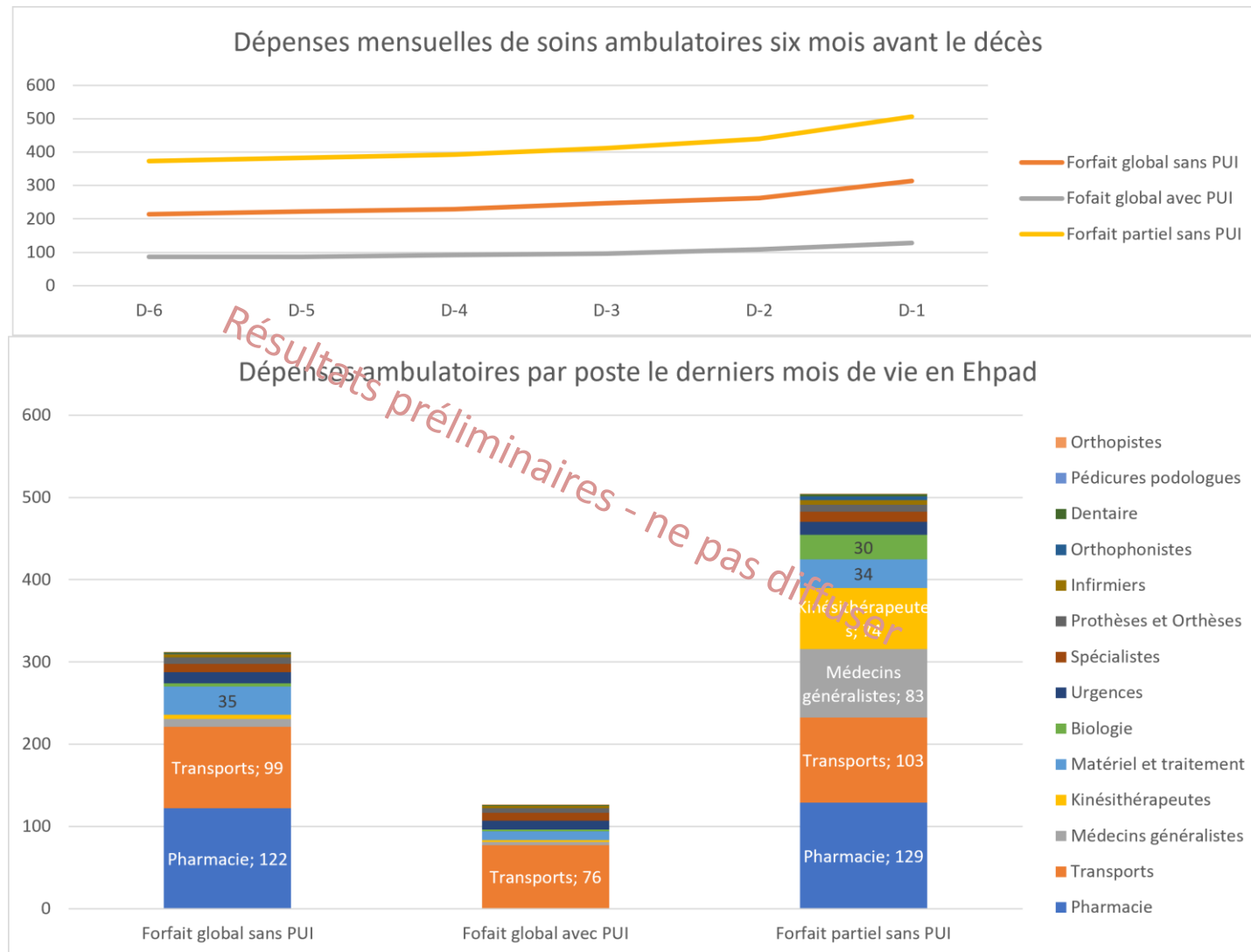


Champ : 75223 personnes entrées dans 6084 Ehpad en 2016, restées dans l'établissement entre 2016 et 2018

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Dépenses ambulatoires les six derniers mois de vie

Figure 11: Dépenses mensuelles les six derniers mois de vie standardisées par âge, sexe, pathologies

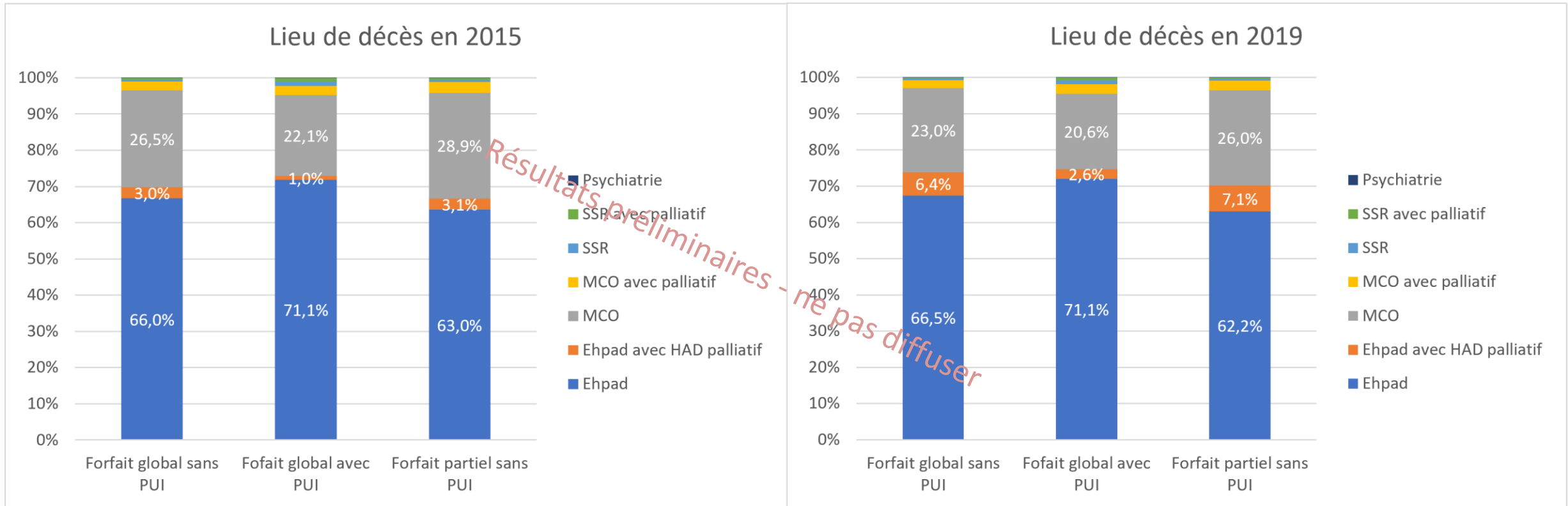


Champ : 124 441 personnes décédés en 2019

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Lieu de décès des résidents d'Ehpad

Figure 12: Proportion de résidents décédés par lieu standardisé par âge, sexe, pathologies

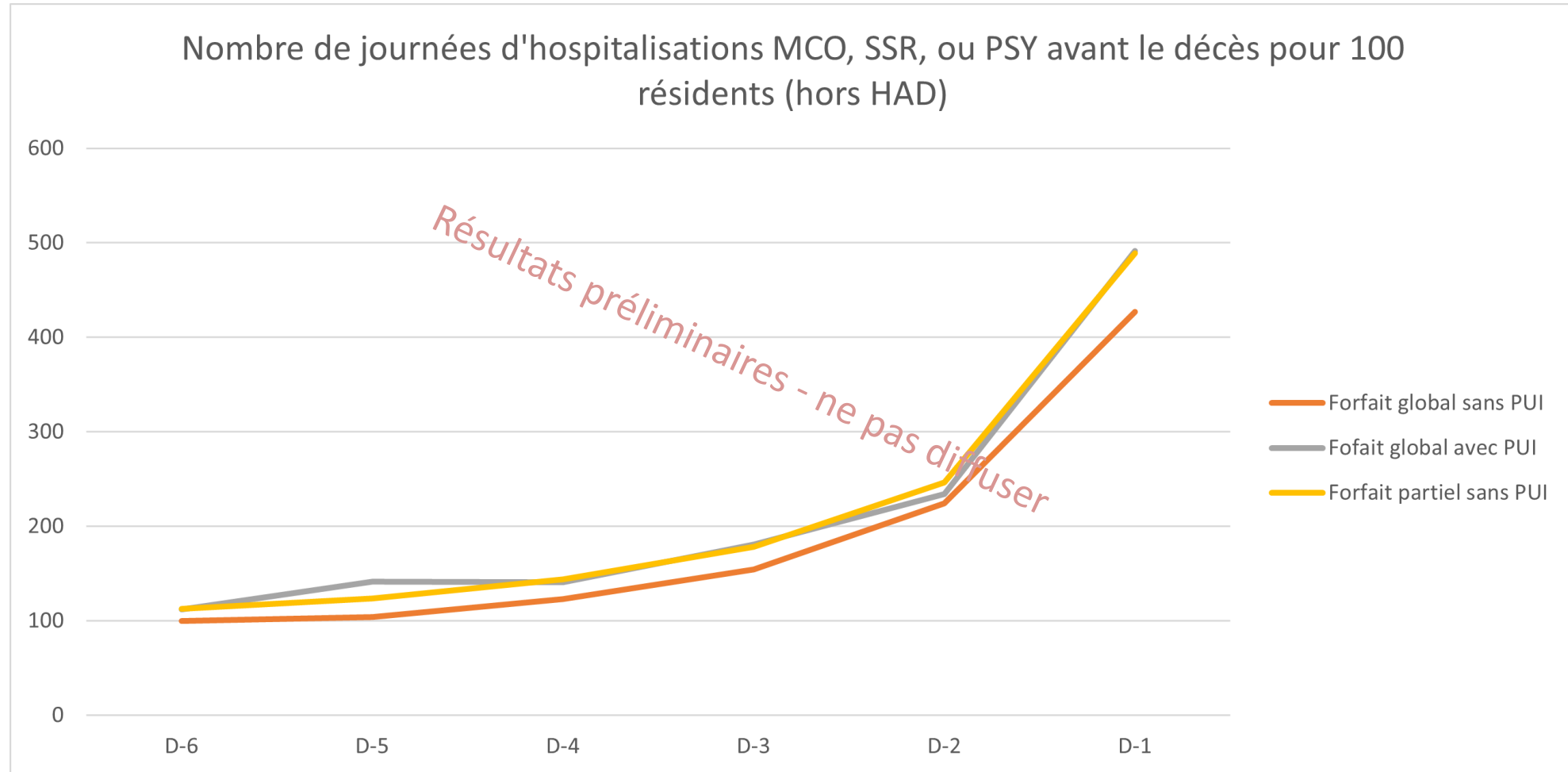


Champ : 124 441 personnes décédés en 2019

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Hospitalisations les six derniers mois de vie en Ehpad

Figure 13: Nb journées d'hospitalisation mensuelles les six derniers mois de vie standardisées par âge, sexe, pathologies

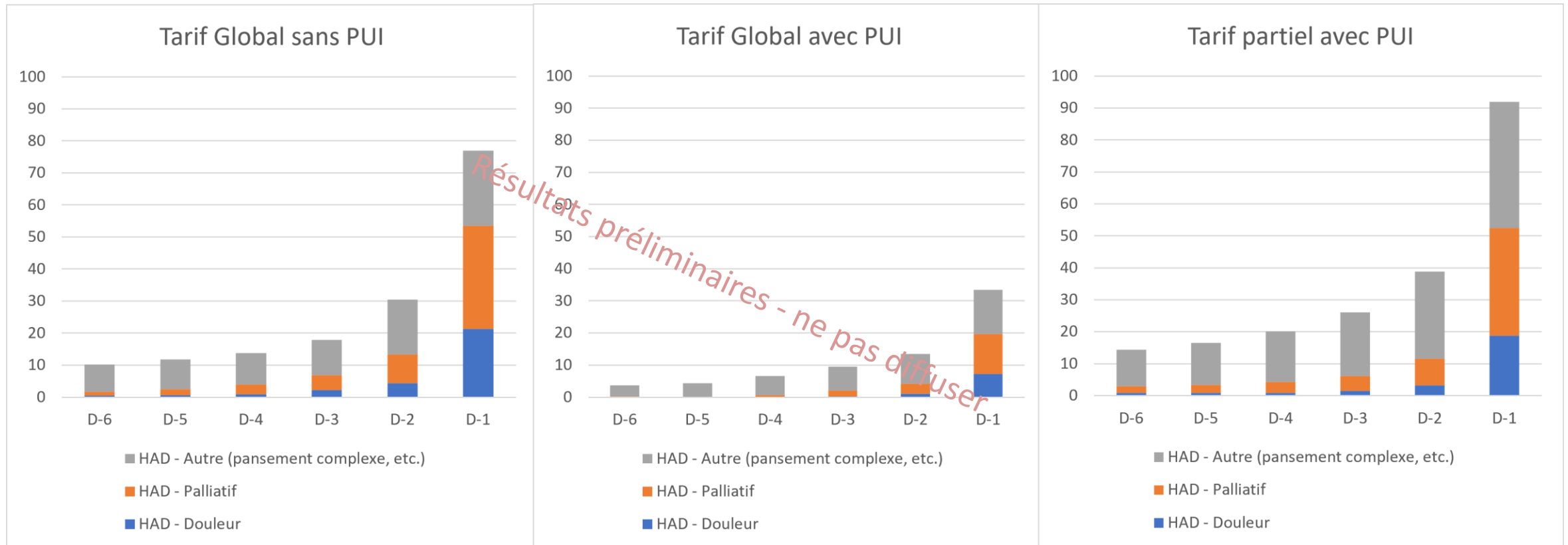


Champ : 124 441 personnes décédés en 2019

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

HAD les six derniers mois de vie en Ehpad

Figure 14: Nb séjours d'hospitalisation en HAD mensuelles les six derniers mois de vie standardisées par âge, sexe, pathologies



Champ : 124 441 personnes décédés en 2019

Source : SDNS, Sidoba, calculs auteurs

Evaluation d'impact passage au forfait global

- Equipe de recherche : Pauline Culioli, Anne Penneau, Delphine Roy
- Idée : regarder les trajectoires des établissements qui passent du tarif partiel au tarif global entre 2015 et 2019
 - Le tarif global change-t-il **l'organisation des soins** de l'Ehpad ?
 - ▶ Emploi de personnel médical (médecins et auxiliaires médicaux)
 - ▶ Nombre d'intervenants distincts
 - Le tarif global améliore-t-il **la qualité des soins** ?
 - ▶ Jours d'hospitalisations
 - ▶ Passages aux urgences
 - ▶ Taux d'encadrement
 - ▶ Prescriptions médicamenteuses problématiques
- Données :
 - Enquêtes EHPA 2015 et 2019 (informations sur les résidents et les employés des établissements)
 - Appariement SNDS - EHPA (consommation de soins des résidents en Ehpad) 2014-2019
 - On identifie **165 établissements passant au TG**

Sélection d'établissements "contrôles"

On associe chaque établissement passant au TG à des établissements qui restent au TP sur toute la période et ayant des caractéristiques proches, afin de pouvoir les comparer.

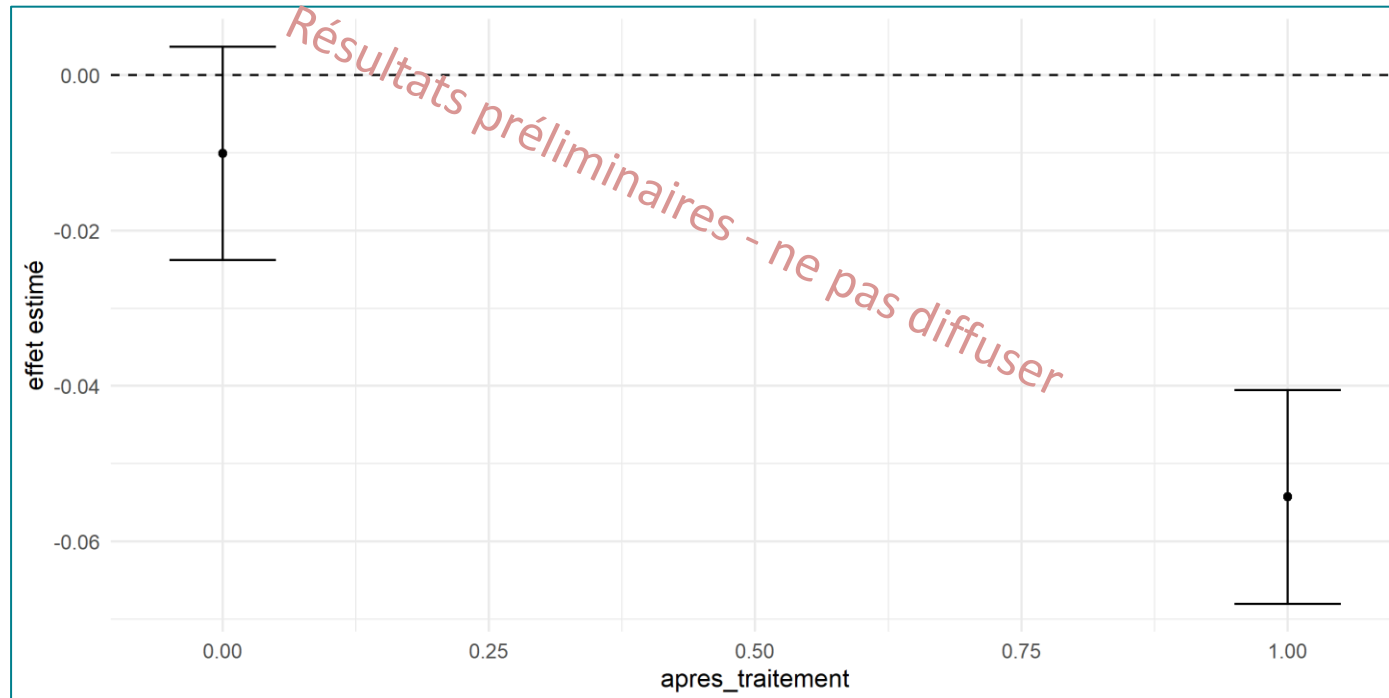
- On prend obligatoirement des établissements du même statut juridique et de la même région (sauf pour les publics hospitaliers, trop peu nombreux)
- On choisit des établissements avec un nombre de jours d'hospitalisation et une dépense en ambulatoire proche (avant la date du passage au TG)

Nombre de jours d'hospitalisations (résultats provisoires)

- En moyenne, les établissements passant au TG ont 0,42 jours d'hospitalisation en MCO/résident/mois avant le passage au TG
- L'effet du passage serait alors de -0,054 jours/résidents/mois, soit une baisse de 13%.

Données à confirmer lors de travaux complémentaires à venir

Figure 15: Effet du passage au TG sur le nombre de jours d'hospitalisation en MCO



Retours d'expériences sur le passage au tarif global

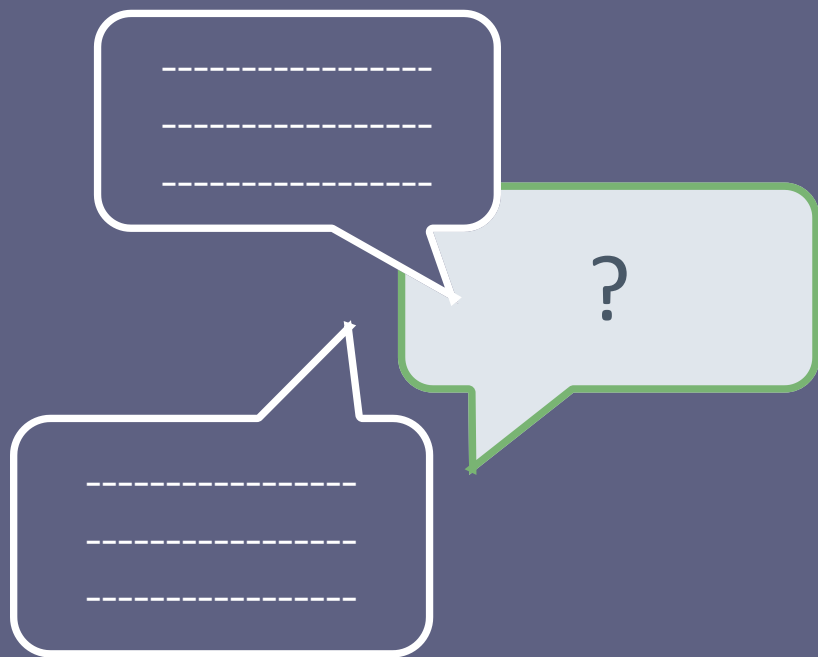
Groupe LNA (« le noble âge »)

Christophe Boulanger, directeur des opérations
du médico-social

Robin Mor, directeur des affaires publiques

Marie Portal, directrice relations autorités
publiques

Temps d'échanges



La filière gériatrique, les liens entre les Ehpad et les ressources sanitaires

DGOS

Virginie Hoareau, adjointe à la sous-directrice de
la prise en charge hospitalière et parcours ville
hôpital

Pauline Emo, chargée de mission au sein du
bureau P2 pathologie chronique et vieillissement



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Poursuite des auditions sur « Le périmètre pertinent d'organisation et d'intervention des Ehpad » - Efficience et liens avec les soins de ville

Intervention DGOS

Sommaire

- I. Enjeux démographiques et inégalités territoriales dans un contexte financier contraint
- II. Travaux relatifs aux filières gériatriques et à l'organisation territoriale de la prise en charge des PA
- III. Moyens et leviers d'actions mobilisés par la DGOS pour améliorer les parcours de soins



I. Enjeux démographiques et inégalités territoriales dans un contexte financier contraint

Éléments de contexte (1)

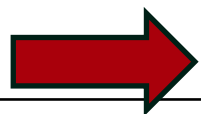
Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter de 25% d'ici 2030 s'élevant à 8,5 millions en 2030 contre 6,9 millions en 2023

- Le vieillissement de la population **toucherait tous les départements de France métropolitaine** dans des proportions importantes;
- Dans **62 départements** de France métropolitaine, plus de **30 %** des habitants auraient 65 ans ou plus en 2070, alors qu'en 2018, la part des plus de 65 ans est inférieure à 30 % dans tous les départements;
- L'ensemble des services hospitaliers sera impacté par la transition démographique alors que les PA de 75 ans et plus représentent déjà une part importante des hospitalisations (1 séjour en MCO sur 5) avec des durées moyennes de séjours plus longues

Source: Rapport IGAS « Mieux prévenir les hospitalisations non pertinentes des personnes âgées »

Éléments de contexte (2)

- Besoin d'évolution identifié depuis plusieurs années (feuille de route EHPAD/USLD 2021-2023 et rapport Libault sur le Grand âge et l'autonomie...)
- Nécessité de bien positionner les acteurs : EHPAD et les structures sanitaires afin que les ressources soient correctement allouées et réduire les disparités
- Plus récemment, un rapport IGAS (2024) remis à l'administration préconise de faire évoluer:
 - **d'une part le financement des dispositifs relatifs à la prise en charge des PA – suite à la création du compartiment « objectifs de santé publique » /LFSS 2024 -> création d'un compartiment « objectifs de santé publique Personnes âgées »**
 - **d'autre part, le pilotage du parcours de soins des personnes âgées**
- Cahier des charges du service public départemental de l'autonomie (SPDA) publié le 4 juin 2025
- Travaux du HCFEA



Répondre aux enjeux soutenabilité de notre modèle de prise en charge qui implique d'agir fortement sur les hospitalisations évitables

Éléments de contexte (3)

- Si certains départements ont déjà réalisé leur transition démographique et connaîtront une dynamique de moindre ampleur, d'autres devront faire face à une augmentation très rapide du nombre de PA dans les cinq à dix prochaines années (ex: la Creuse, la Nièvre, la Corrèze);
- L'ensemble des DROM va connaître une augmentation très importante du nombre de PA (ex: triplement en Guyane d'ici 2040)
- Les difficultés de recrutement des professionnels de santé et des auxiliaires de vie ont d'ores et déjà des conséquences sur le parcours des personnes âgées;
- Alors que le médecin traitant occupe une place centrale dans les parcours, la densité médicale diminue et les disparités territoriales sont très fortes (ex: densité très faible en Centre-Val-de-Loire et dans les territoires limitrophes de l'Île-de-France):
- Dans certaines zones, les IPA (mention pathologies chroniques stabilisées) et l'HAD sont encore en cours de déploiement;

 **Répondre aux inégalités territoriales et éviter les zones blanches**



II. Travaux relatifs aux filières gériatriques et à l'organisation territoriale de la prise en charge des PA

Objectifs de travaux

- **Abroger la circulaire du 38 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques**
- **Elaborer une instruction sur l'organisation territoriale de la prise en charge des PA incluant les filières gériatriques** afin notamment :
 - ✓ d'intégrer dans l'instruction l'ensemble des dispositifs déployés depuis 2007 (admission directe non programmée, appuis gériatriques, actes de télémédecine...);
 - ✓ Structurer des organisations territoriales décloisonnées permettant d'améliorer les parcours de soins des personnes âgées sur le territoire

Première étape des travaux

Instruction structurée autour de deux dimensions

- 1) Une organisation territoriale permettant la prise en charge globale des personnes âgées de 75 ans et plus sur un territoire (en incitant l'hôpital à travailler avec les acteurs de la ville et du médico-social)
- 1) Au sein de cette organisation, réaffirmer le rôle de second ou troisième recours de la filière gériatrique pour la prise en charge de patients polypathologiques et dépendants ou à risque de dépendance





Prochaines étapes

Proposer en janvier aux parties prenantes du secteur des GT thématiques portant notamment sur les sujets suivants :

- **la définition des grands objectifs et des missions des organisations territoriales/filières;**
- **la prévention;**
- **le découplage et l'articulation entre les secteurs hôpital/médico-social/ville;**
- **la proximité/l'allers vers pour apporter des soins aux personnes âgées dans leur lieu de vie**



III. Moyens et leviers d'actions mobilisés par la DGOS pour améliorer les parcours de soins

Des mesures qui se déploient à travers différentes stratégies nationales formalisées dont :

La stratégie nationale soins d'accompagnement et soins palliatifs 2024-2034

La feuille de route de développement de l'HAD 2021-2026

La stratégie maladies neurodégénératives 2025-2030

Des dispositifs spécifiques pour améliorer la prise en charge des personnes âgées:

1. Pérenniser les **astreintes sanitaires** au bénéfice des établissements d'hébergement des personnes âgées mises en place pendant la crise du COVID-19
2. Poursuivre le **déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG)** sur les lieux de vie des personnes âgées
3. **Développer les admissions directes non programmées des personnes âgées de plus 75 ans** pour éviter les passages aux urgences inutiles
4. Poursuivre le développement **des évaluations anticipées en EHPAD par les équipes d'HAD**

1. Pérenniser les astreintes sanitaires au bénéfice des établissements d'hébergement des personnes âgées mises en place pendant la crise du COVID-19

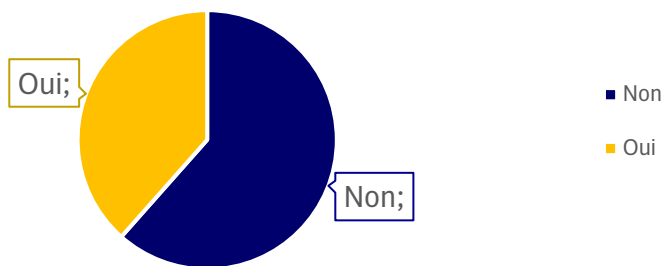
Définition

L'appui territorial gériatrique offre une **expertise non-programmée, sous la forme de conseils, de participation à une décision collégiale, une capacité d'orientation, voire d'hospitalisation** au sein la filière aux **professionnels de santé d'un territoire prenant en charge des personnes âgées en EHPAD et autres ESMS ou à domicile.**

La DGOS a soutenu et accompagné le déploiement des appuis gériatriques territoriaux par **un cadre d'orientation de leurs interventions publié en 2022.**

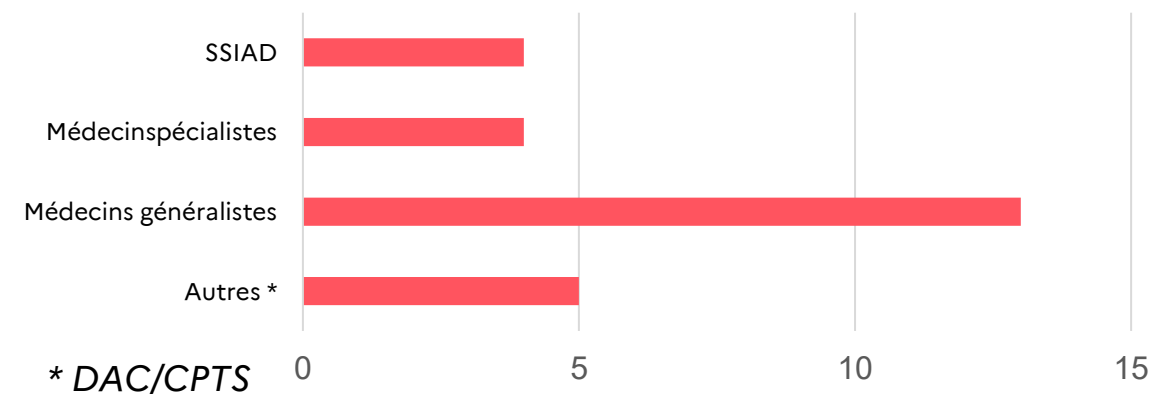
Quelques chiffres

Le territoire régional est entièrement couvert d'un Appui gériatrique "Hotline"



Des projets en cours dans 6 régions pour couvrir l'intégralité des territoires

Type de professionnels qui sollicitent les appuis gériatriques



2. Poursuivre le déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur les lieux de vie des personnes âgées

Les EMG interviennent en EHPAD ou autres établissements hébergeant des personnes âgées ou à domicile en **qualité d'équipe hospitalière experte et pluridisciplinaire de second recours en prévention secondaire des décompensations de pathologies chroniques et des hospitalisations potentiellement évitables des personnes âgées et des passages par les urgences.**

Entre 2019 et 2022, la DGOS a soutenu et accompagné le déploiement des **EMG par un cadre d'orientation de leurs interventions.**

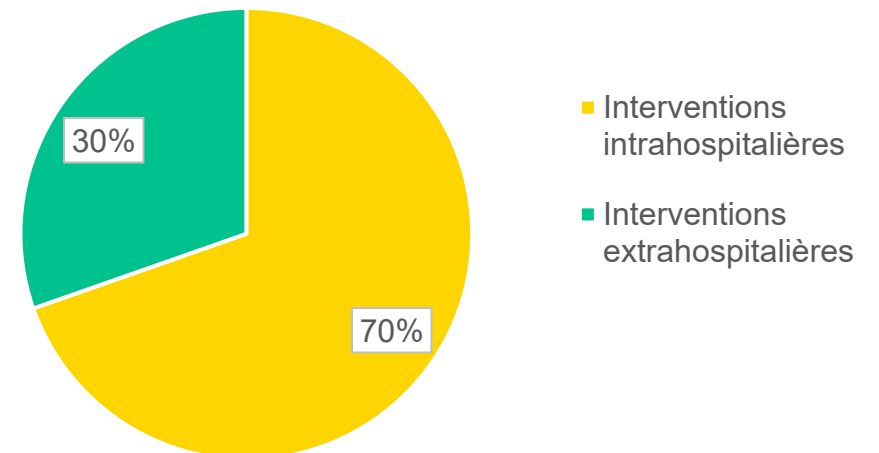
Quelques chiffres

385 établissements déclaraient disposer d'une EMG en 2024.

~**29 000** interventions intrahospitalières

~**13 000** interventions extrahospitalières

Total des interventions des EMG par type



3. Développer les admissions directes non programmées des personnes âgées de plus 75 ans

Définition

La mesure ADNP est une des mesures du pacte de refondation des urgences et a ainsi été introduite en 2019. Cette mesure ciblée sur les personnes âgées de plus de 75 ans vise à diminuer le nombre de passages par les urgences avant une hospitalisation lorsque celui-ci est évitable.

La variable ADNP a été introduite en mars 2022 dans le PMSI MCO ce qui permet de suivre de manière fine le nombre de séjours réalisés dans le cadre d'une ADNP.

Depuis 2020, un bilan des parcours ADNP, des démarches régionales et des projets financés est demandé aux ARS. Ce bilan qualitatif permet de suivre le déploiement de la mesure ADNP en région

Quelques chiffres

Année	Nombre d'admissions directes non programmées depuis le domicile ou assimilé des personnes de 75 ans et plus
2022	149 746
2023	197 227
2024	209 524

Les critères pour coder une ADNP sont les suivants :

- Une **admission directe**:
 - > une **admission** en service d'hospitalisation à partir du domicile de la personne âgée (dont domicile de substitution) sans passage par le service des urgences ;
 - > une admission qui fait suite à la demande urgente d'hospitalisation d'un médecin (notamment médecins de ville, du SAMU/SAS ou d'un EHPAD);
- Une admission **non programmée** : une **admission inopinée non prévue 48H avant sa réalisation effective**

4. Poursuivre le développement **des évaluations anticipées en EHPAD par les équipes d'HAD**

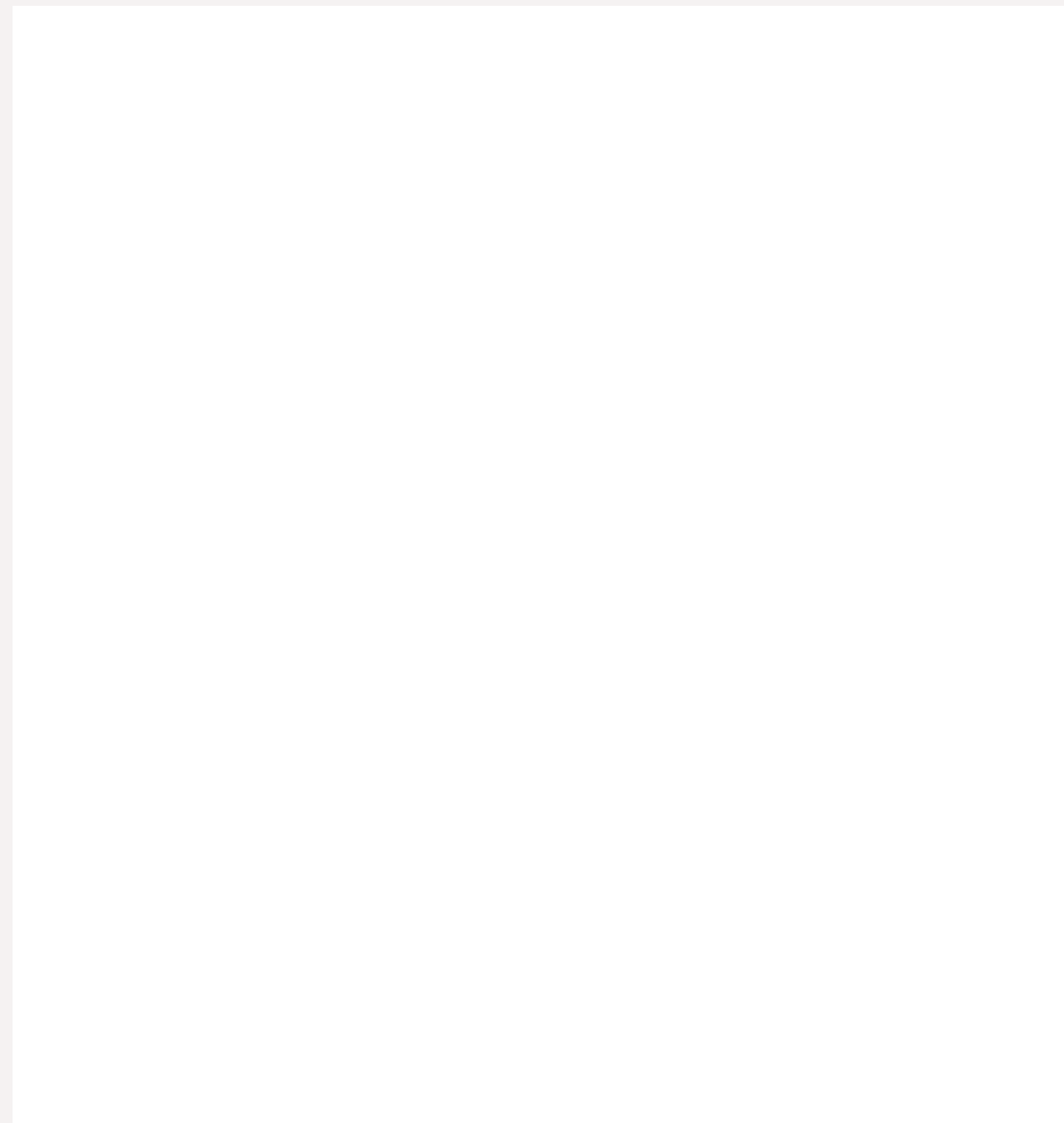
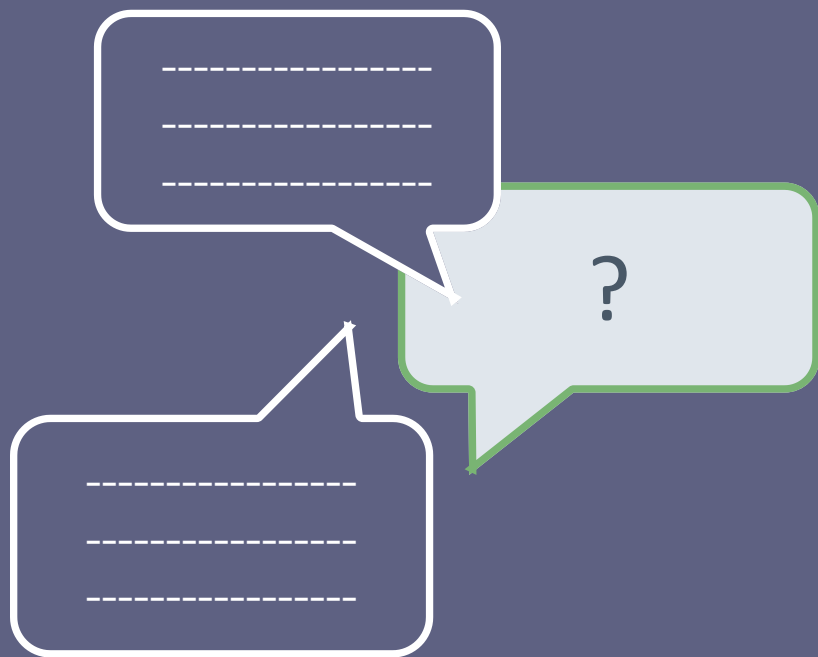
Définition

Sur la base du retour d'expérience de la crise sanitaire, un dispositif d'évaluation anticipée est financé depuis 2021. Ce dispositif permet d'organiser la préadmission en HAD de résidents d'EHPAD afin d'accélérer la mise en place d'une HAD en cas de dégradation de l'état de santé du résident et d'éviter son passage aux urgences.

Quelques chiffres

Cette mesure a concerné 183 établissements d'HAD qui ont réalisé au total 9 308 évaluations anticipées en 2024 (versus 6 880 évaluations anticipées en 2023).

Temps d'échanges



Complémentarité des interventions soignantes « externes » avec celles que délivrent ou pourraient délivrer les Ehpad

Dr. Odile Reynaud Lévy,

Gériatre au CHU Sainte Marguerite (AP-HM),
présidente de l'Association Nationale des
Médecins Coordonateurs et du secteur
médico-social (MCOOR)

Temps d'échanges

