

Séance mensuelle du Conseil de l'âge

16 avril 2026

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

Quel(s) modèle(s) pour demain (1) ?

- **Le modèle et les outils d'évaluation et de tarification des soins**
 - Introduction par Jean-Philippe Viquant, président du Conseil de l'âge
 - L'évaluation des besoins et les questions posées par le modèle Pathos et l'équation tarifaire par Romain Sibille, directeur adjoint de la direction de l'offre, Marina Bosquet et Christine Gaillandre Cléach, médecin conseil – CNSA
- **La promotion de la qualité et de l'efficacité des accompagnements en lien avec les modes de financements**
 - Les indicateurs de qualité ou d'efficacité par Anne Penneau, chercheuse à l'Irdes, conseillère scientifique du Conseil de l'âge
 - Les incitations véhiculées par la tarification – analyse sociale des outils de tarification des Ehpad par Hélène Croguennec-Le Saout, Centre d'étude des mouvements sociaux Inserm – EHESP
- **Synthèse : Quels enjeux et objets pour l'évolution de la tarification des Ehpad ?**
 - Président du Conseil de l'âge et secrétariat général

Le modèle et les outils d'évaluation et de tarification des soins

- Introduction par Jean-Philippe Vinquant, président du Conseil de l'âge
- L'évaluation des besoins et les questions posées par le modèle Pathos et l'équation tarifaire par Romain Sibille, directeur adjoint de la direction de l'offre, Marina Bosquet et Christine Gaillandre Cléach, médecin conseil – CNSA

Le modèle et les outils d'évaluation et de tarification des soins - Introduction

Jean-Philippe Viquant
Président du Conseil de l'âge

L'outil Pathos | Propriétés et usages (1)

- L'outil Pathos a été créé puis développé entre 1997 et 2000 par des médecins de l'assurance maladie et des gériatres.
- Il a été testé en France mais aussi en Belgique, et a été jugé robuste sur un plan médical et scientifique (reproductibilité)
- Concrètement, il évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.
 - *Thésaurus de 50 états pathologiques qualifié par un des 12 profils de soins possibles indiquant les soins requis par l'état pathologique compte tenu du contexte clinique*
 - *Le modèle mesure pour l'ensemble des couples état pathologique – profil présentés par une personne, les niveaux de soins requis à sa prise en charge dans huit postes de ressources - Médecin gériatre (généraliste), médecin psychiatre, soins infirmiers, rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricien, ...), psychothérapie ordonnancée (psychologue), biologie, imagerie, pharmacie et petit matériel*
 - *Ces huit indicateurs, calculés pour une population sur la base de niveaux moyens de soins requis par personne, sont exprimés en points, correspondant à des unités différentes selon les postes de soins*

L'outil Pathos | Propriétés et usages (2)

- En 2006-2007, à la suite de travaux de valorisation en points / euros, il est entré dans l'équation de tarification du forfait soins de l'ensemble des Ehpad médicalisés, sur le modèle « coupe réalisée par le médecin coordinateur / validation par l'ARS », et un plan de formation de ces acteurs
- La coupe Pathos donne une photographie d'une population à un moment donné
 - *Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) globalise les huit types de ressources à mobiliser en un indicateur unique*
- Un outil information Galaad a été mis à la disposition de tous les acteurs avec remontée dans une base nationale de CNSA des coupes saisies / validées. Il a été depuis réservé aux ARS et à la CNSA, les établissements ne pouvant plus l'utiliser qu'en « chargement » de leurs coupes
- Depuis, les réformes de la tarification / stratégies Ehpad ont conduit à mobiliser des volumes financiers toujours plus importants au titre du PMP, lequel augmente par ailleurs fortement au global des Ehpad.
- La CNSA porte la mission d'actualiser les référentiels de codage, de produire des guides et de promouvoir des formations à Pathos - le dernier document présentant le modèle Pathos et guide de formation date de 2022
 - *Elle adresse également des instructions aux ARS sur les modalités de validations des coupes Pathos et de déploiement des campagnes de formation*

L'outil Pathos | Constats et questions

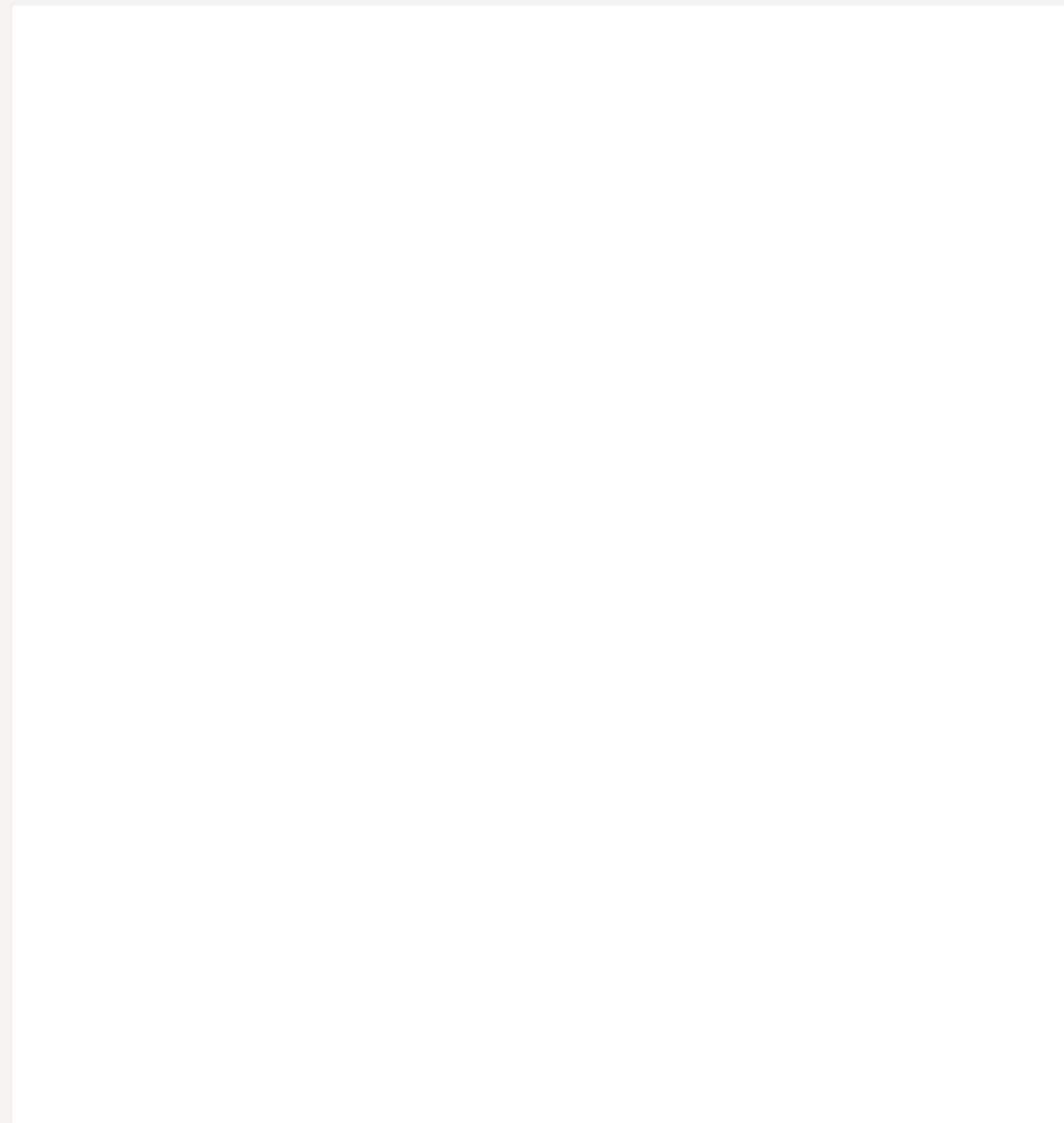
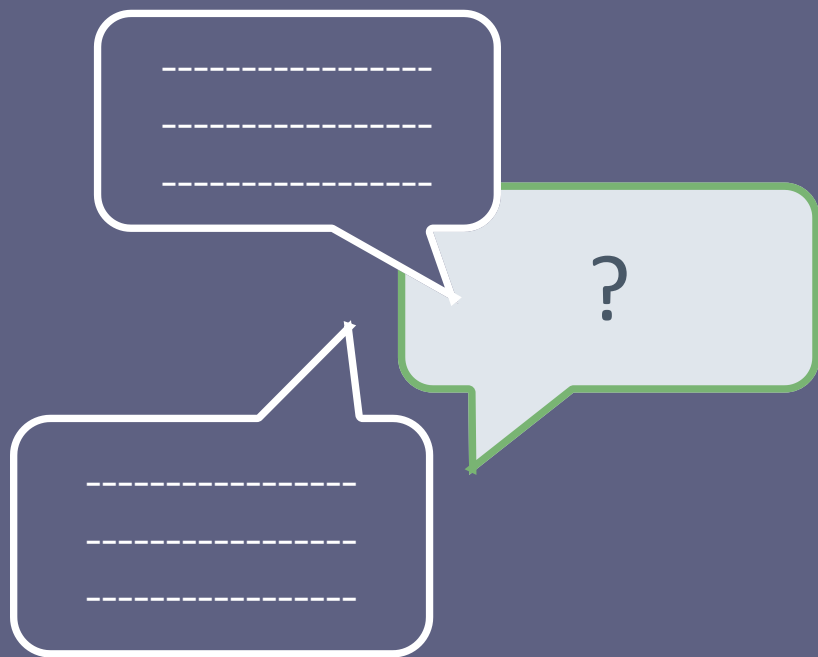
- Pour l'Igas (2021)
 - *Le système Pathos ne capte pas toujours correctement la complexité des pathologies des résidents, surtout ceux ayant des troubles psycho-comportementaux sévères ou des polypathologies ni ne saisissent toutes les dimensions des besoins en soins, notamment les aspects psycho-sociaux et environnementaux des résidents, limitant la capacité à planifier et à fournir des soins holistiques adaptés*
 - *Les profils de soins et les niveaux de dépendance évoluent avec le temps, mais le système Pathos n'est pas toujours mis à jour régulièrement pour refléter ces changements, ce qui rend difficile l'évaluation des besoins*
- La Cour des comptes (2022) recommande
 - *De procéder à la réforme envisagée des modalités de validation des coupes Pathos et GIR, en accompagnant les Ehpad dans la professionnalisation et la sécurisation du processus*
 - *De mieux valoriser la prévention, les thérapies non médicamenteuses et le suivi de l'évolution des pathologies par le biais d'une réforme des ordonnances Pathos*
- Le Conseil de l'âge souhaiterait porter un jugement sur l'outil Pathos, ses propriétés, son usage et ses évolutions possibles sous deux angles
 - *L'outil lui-même, ses ordonnances, ses propriétés*
 - *Les campagnes de coupe et leur validation*

L'évaluation des besoins et les questions posées par le modèle Pathos et l'équation tarifaire

Romain Sibille, directeur adjoint de la
direction de l'offre, Marina Bosquet
et Christine Gaillandre Cléach,
médecin conseil

CNSA

Temps d'échanges



La promotion de la qualité et de l'efficacité des accompagnements en lien avec les modes de financements

- Les indicateurs de qualité ou d'efficacité par Anne Penneau, chercheuse à l'Irdes, conseillère scientifique du Conseil de l'âge
- Les incitations véhiculées par la tarification – analyse sociale des outils de tarification des Ehpad par Hélène Croguennec-Le Saout, Centre d'étude des mouvements sociaux Inserm – EHESP

Les indicateurs de qualité ou d'efficacité

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

En préambule - Le passage au forfait global réduit-il les hospitalisations et les coûts de soins ?

Le passage au forfait global s'accompagne :

- Augmentation de la probabilité d'employer directement des médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé, même si cet effet reste limité (la contractualisation étant souvent préférée au salariat)
- Les résidents entrant dans les établissements après le changement présentent un historique d'hospitalisation un peu plus conséquent.
- Après ajustement de ces différences, on observe pour les nouveaux entrants une baisse des hospitalisations après passage au forfait global
- Malgré cette baisse, les coûts globaux (dotation + dépenses ambulatoires et hospitalières des résidents) sont supérieurs après passage au forfait global

Présentation détaillée et discussion aux mardis de l'Irdes le 12 mai de 11h à 12h30

➤ [Lien pour s'y inscrire et y assister en distanciel ici](#)

Mesurer la qualité : les travaux fondateurs de Donabedian

- **Donabedian, 1988 : modèle conceptuel en trois dimensions :**
 - **Structures** : caractéristiques des ressources matérielles et humaines d'un établissement, comme les infrastructures, l'équipement, le personnel, ainsi que les systèmes organisationnels et financiers
 - **Processus** : actions et pratiques mises en place dans la prestation des soins, notamment les diagnostics, les traitements, leur suivi et la communication avec les patients
 - **Résultats** : impact des soins sur la santé et le bien-être des patients, notamment la capacité à éviter les événements indésirables, les changements cliniques ou fonctionnels, la qualité de vie et la satisfaction des patients

Le Resident Assessment Instrument (RAI)

- **Développé dans les années 1990 aux États-Unis**
- **Minimum Data Set (MDS), un questionnaire détaillé couvrant une large gamme d'indicateurs :**
 - tels que l'état fonctionnel, cognitif et émotionnel, les diagnostics médicaux, les traitements, ainsi que les préférences personnelles des résidents
- **Evaluation cliniques intégrés à l'entrée dans l'établissement puis régulièrement (tous les 3 mois)**
- **Utilisé/adapté par de nombreux pays pour évaluer la qualité et même parfois ajuster les financements (Etat-Unis, Canada, Suisse, Irlande, Singapour, etc.)**

Encadré. Exemple d'indicateurs du MDS-RAI 2 aux Etats-Unis

Quelques exemples d'indicateurs mesurés dans le *Resident Assessment Instrument* (RAI).

Mesures de sécurité des patients

- Pourcentage de résidents à faible risque présentant des escarres.
- Pourcentage de résidents ayant une infection urinaire.
- Nombre de défaillances constatées lors des inspections de sécurité incendie.

Mesures d'efficacité

- Pourcentage de résidents ayant perdu un poids excessif.
- Pourcentage de résidents dont le besoin d'aide pour les activités quotidiennes a augmenté.
- Pourcentage de patients récemment hospitalisés présentant des symptômes de délire.

Mesures de l'expérience de la personne

- Pourcentage de résidents ayant passé la majeure partie de leur temps au lit ou sur une chaise dans leur chambre au cours des sept derniers jours.
- Pourcentage de résidents ayant une aggravation de l'humeur dépressive ou anxieuse.
- Pourcentage de résidents déclarant que le personnel a été agréable lors de l'accompagnement pour prendre une douche ou s'habiller.

Mesures de réactivité (*timeliness*)

- Pourcentage de résidents ayant été évalués et ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque.
- Note moyenne des résidents sur la rapidité avec laquelle le personnel répond lorsqu'ils demandent de l'aide.

Social Care Related Quality of Life (SCRQoL)

- **2010, Angleterre : L'ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit)**
- **Questionnaires fréquents sur huit dimensions principales:**
 - Contrôle sur la vie quotidienne
 - Soins personnels et hygiène
 - Alimentation et nutrition
 - Sécurité personnelle
 - Participation sociale
 - Occupation et activités
 - Confort de vie
 - Bien-être personnel

Work-Related Quality of Life (WRQoL)

- **Qualité de vie au travail est un bon proxy de la qualité de l'établissement**
- **Revue de littérature (Silarova et al., 2022) a repéré 68 études sur le sujet entre novembre 2019 et juillet 2020.**
- **Cinq composantes clés de la qualité de vie au travail ont été distinguées :**
 - les caractéristiques de l'organisation et du travail
 - le bien-être et la santé mentale du personnel soignant
 - le bien-être et la santé physique
 - les répercussions du travail sur la vie privée
 - l'identité professionnelle.
- **Absence de consensus sur la définition et les indicateurs permettant de mesurer la qualité de vie au travail**

Les données Françaises

	Indicateurs de structure	Indicateurs de processus	Indicateurs de résultats
Enquêtes EHPA	Taux d'encadrements et ressources humaines ; caractéristiques du bâtiment	Coordination et contractualisation avec équipes externes	
Tableau de bord de la performance	Taux d'encadrements et ressources humaines ; Ressources matérielles et financières	Contractualisation ; Partenariats, conventions et coopérations	
ERRD (CNSA)	Taux d'encadrements et ressources humaines		
Resid-ESMS (SNDS)		Vaccinations ; télémédecine; HAD; nb de médecins prescripteurs différents; etc.	Hospitalisation; recours aux urgences; qualité de prescription médicamenteuse
Rama	Capacité d'accueil et matériel médical; ressources humaines	Données sur les protocoles (chutes, nutrition, contention, douleur et escarres) ; risque infectieux et gestion des médicaments; les conventions et partenariats ;	les évaluations (cognitives, visuelles, auditives, prévention de l'incontinence, fin de vie et projet individuel)
Evaluation HAS		Procédures sur 9 thématiques	

Besoins de regroupement entre les sources de données :

- La Base inter-administrative annuelle des établissements et services médico-sociaux (Badiane)
- Croisements évaluation HAS indicateurs de structure/processus et résultats mesurés par les sources de données d'enquêtes et administratives

Les incitations véhiculées par la tarification – analyse sociale des outils de tarification des Ehpad

Hélène Croguennec-Le Saout, Centre
d'étude des mouvements sociaux

Inserm

EHESP



RÉFLEXIONS SUR LES INCITATIONS VÉHICULÉES PAR
LE MODÈLE DE FINANCEMENT DES EHPAD

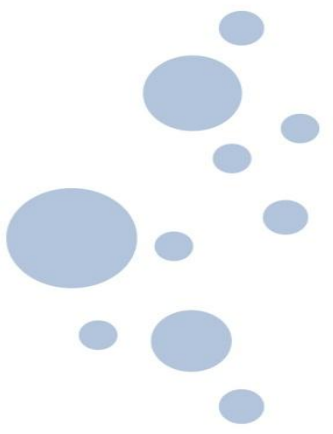
HELENE.CROGUENNEC-LESAOUT@EHESP.FR

16 AVRIL 2026

Cems
Centre d'étude des
mouvements sociaux

L'ÉCOLE
DES HAUTES
ÉTUDES EN
SCIENCES
SOCIALES

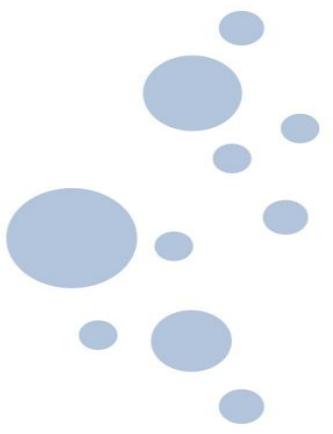




DANS QUELLE MESURE L'AIDE À L'AUTONOMIE EST-ELLE
PRESCRITE PAR L'**INFRASTRUCTURE DU FINANCEMENT**?

Bowker & Leigh Star (2023) : « Une **infrastructure** (...) s'entend comme un réseau complexe et mouvant de relations et d'interactions qui se tissent entre des personnes, des organisations, des objets et des technologies. [...] ».



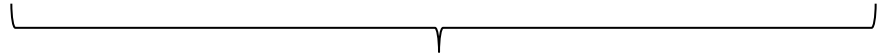
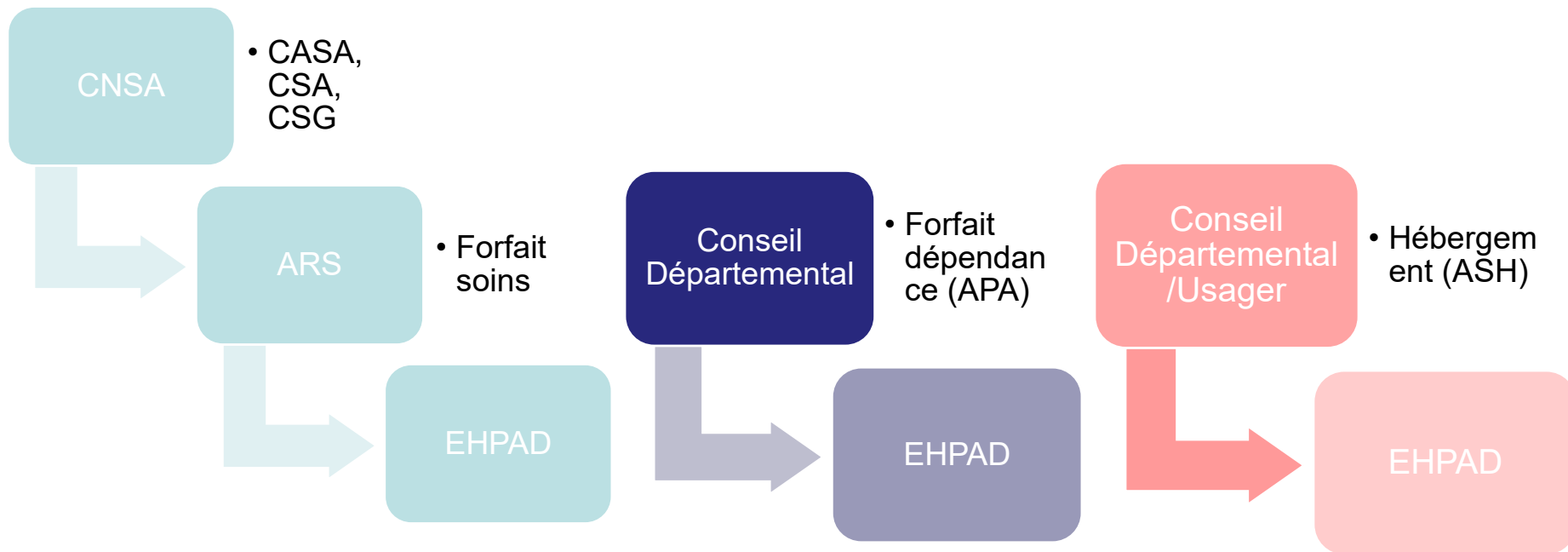
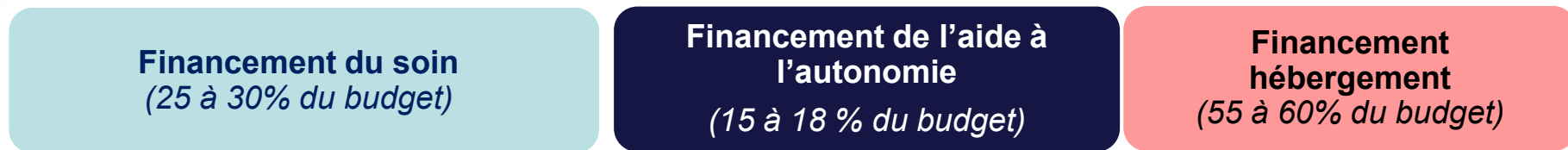


Résultat (1)

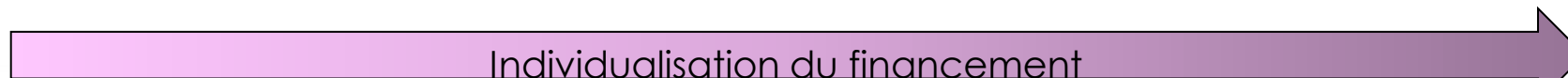
UNE SOCIALISATION
ASYMÉTRIQUE DU
FINANCEMENT DES SOINS EN
FONCTION DE LEUR
DÉFINITION



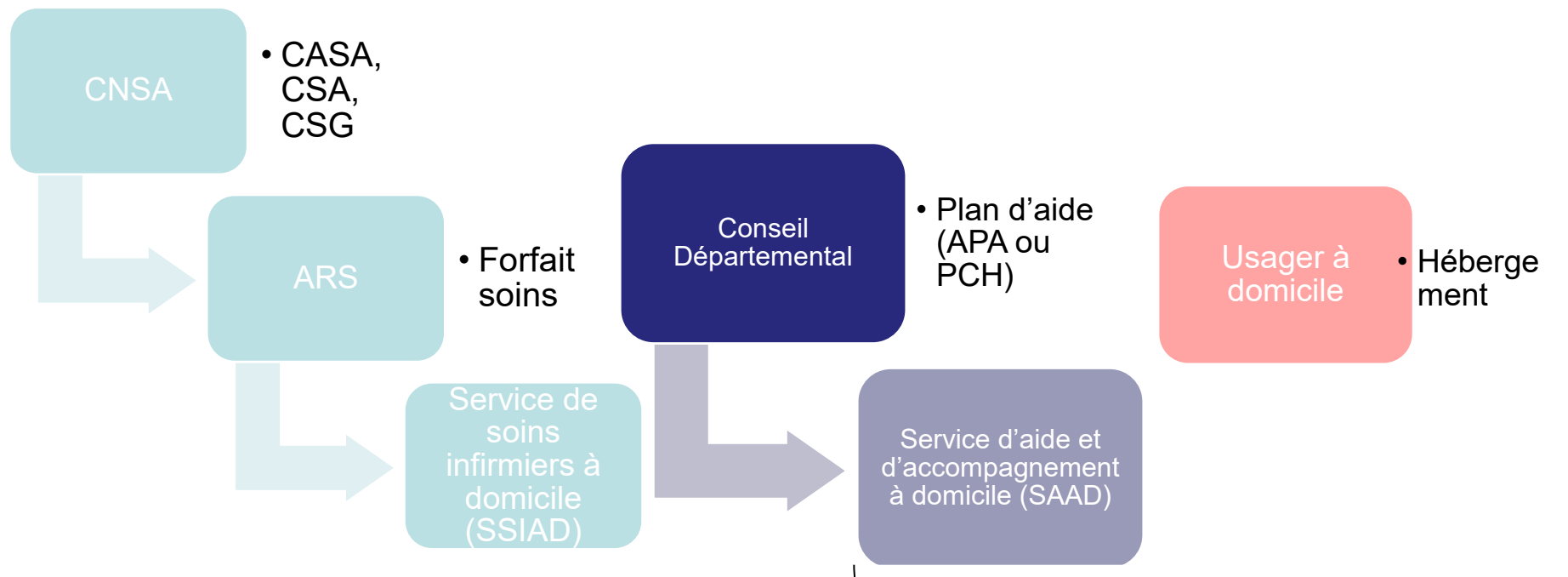
LE CIRCUIT DE FINANCEMENT DES EHPAD



R.A.C USAGER



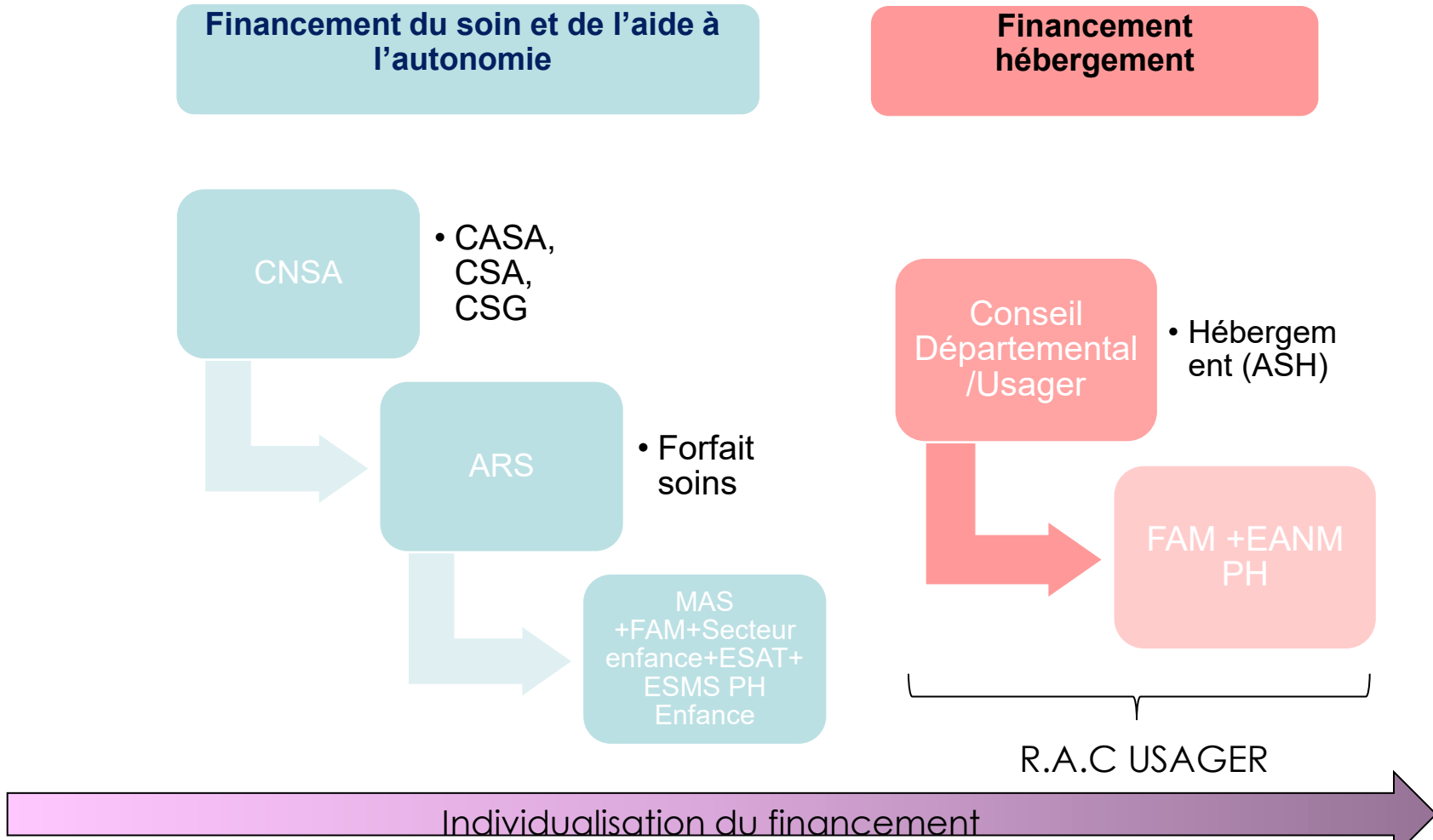
LE CIRCUIT DE FINANCEMENT DES SERVICES AUTONOMIE À DOMICILE (SAD)



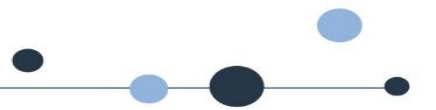
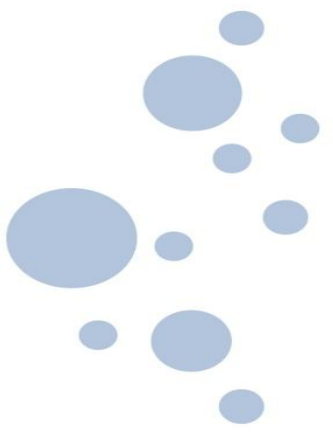
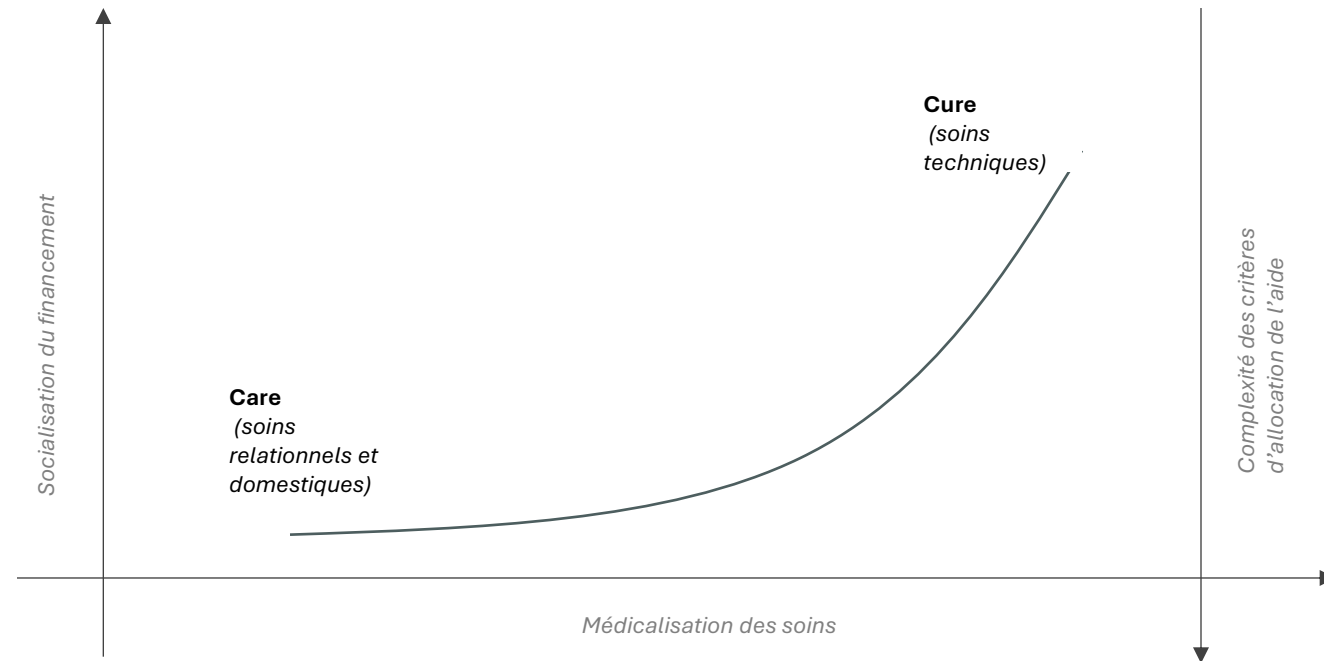
R.A.C USAGER



LE CIRCUIT DE FINANCEMENT DES ESMS DANS LE CHAMP DU HANDICAP



UNE CONCEPTION FAMILIALISTE PERSISTANTE DU CARE





UNE CONCEPTION FAMILIALISTE PERSISTANTE DU CARE

✓ **Obligation alimentaire**

Le Code Civil (article 205 et 371-2) impose aux enfants de subvenir aux besoins de leurs parents dépendants et réciproquement, priorisant une solidarité familiale.

✓ **Financement domestique**


Les soins d'entretien (restauration, alimentation, blanchisserie, animation) restent principalement à la charge des usagers ou de leurs familles

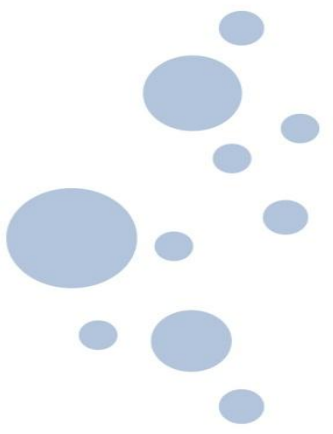
✓ **Contribution des aidant.es**

Face aux coûts élevés, la contribution en nature des aidantes représente souvent la seule alternative à la consommation du patrimoine familial.

*« Je suis la fille de monsieur et madame L., qui sont rentrés à l'EHPAD en 2013 et en 2015. Et en fait, le lien que j'ai avec cet établissement c'est que ma maman est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Et étant aidante, j'allais chez eux tous les jours. De 8h à 20h, ils ont eu de la chance, j'étais justement au chômage. Et en fait, je n'en pouvais plus en tant qu'aidante. »
(Fille d'un couple de résidents en EHPAD)*

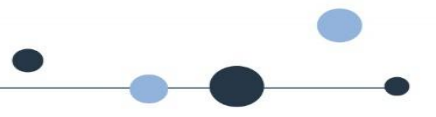
Selon **Lohmann & Zagel** (2015), les politiques familialistes favorisent les dépendances entre les membres de la famille en minimisant leurs conséquences économiques et sociales.





Résultat (2)

LA CLASSIFICATION
HIÉRARCHISANTE ET LA
DÉCOMPOSITION
« TAYLORIENNE » DES SOINS
DANS LA PRATIQUE





UNE CLASSIFICATION DES SOINS LOIN D'ÊTRE NEUTRE EN PRATIQUE

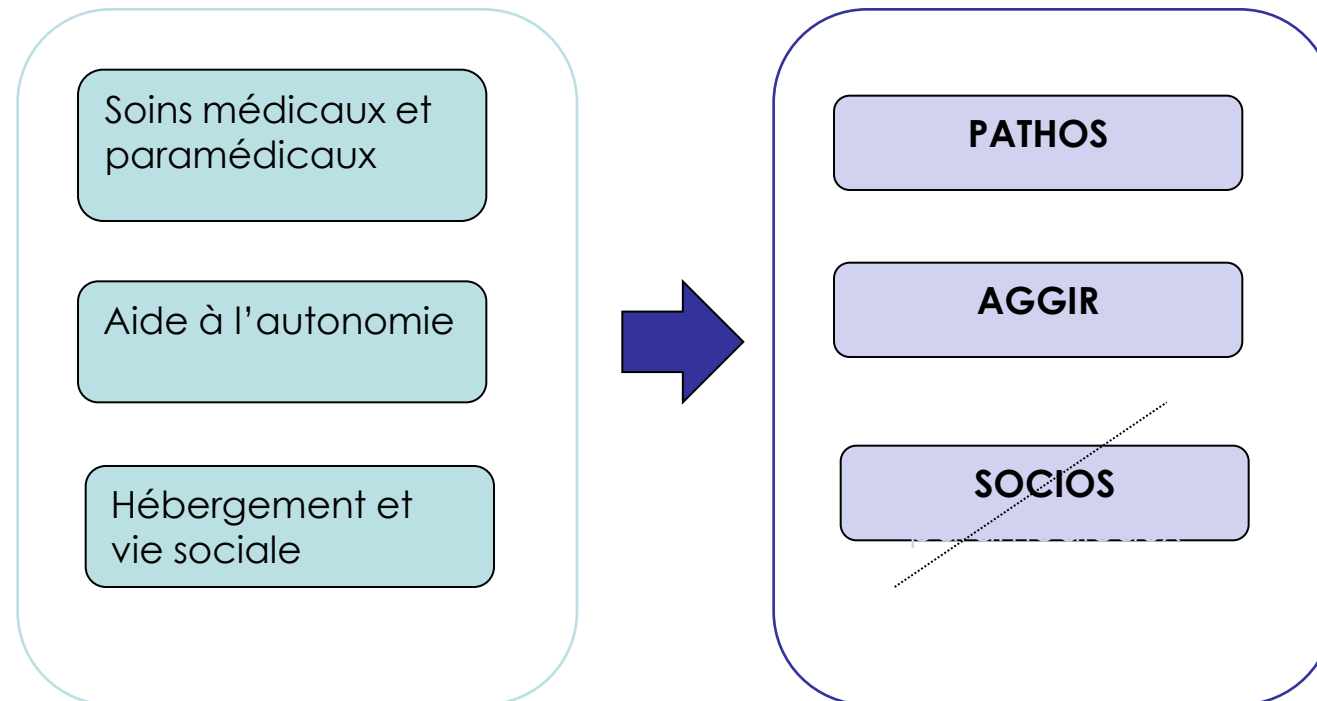
« Faire ce que le résident veut faire parfois c'est aller boire un verre au PMU du coin ! Sortir quoi ! (...) c'est vrai que quand tu fais ça alors que tu as des collègues qui sont en train de faire des soins ou de coucher des personnes à deux... Tu culpabilises. (...) Même si je suis très relationnel tout ça, les soins passent quand même avant, le café de 11h on le fera si on a le temps !" (AS en EHPAD)

« Classer, c'est instituer des différences socialement pertinentes et leur donner un statut de réalité objective. » (Hennequelle & Jatteau, 2021 : 41)



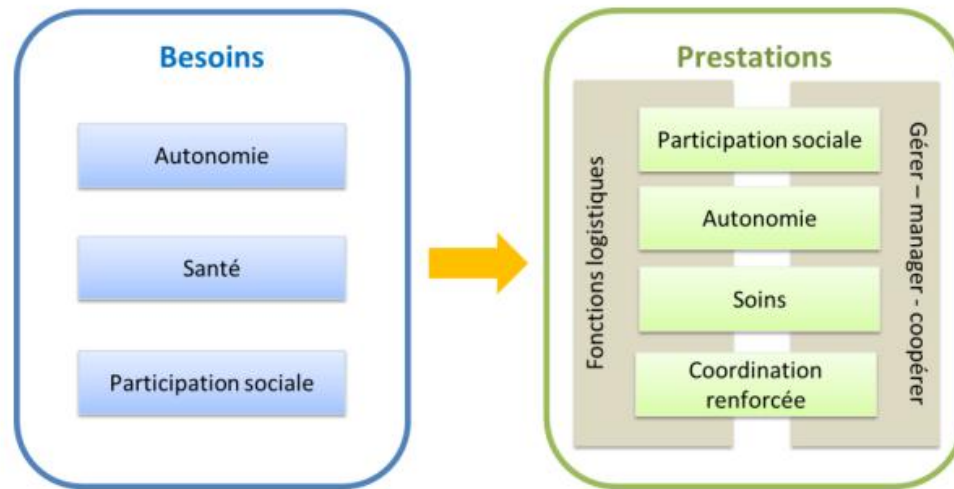
LA CLASSIFICATION DES SOINS, MAL NÉCESSAIRE POUR METTRE FIN À LA TOUR DE BABEL ?

Les outils de classification puis de quantification
de l'accompagnement en EHPAD



LA CLASSIFICATION DES SOINS, MAL NÉCESSAIRE POUR METTRE FIN À LA TOUR DE BABEL ?

Fig 1 - Présentation des nomenclatures SERAFIN-PH



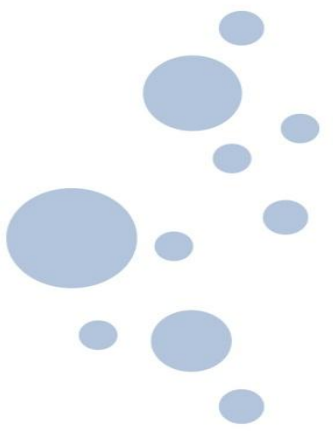
Source : Guide descriptif SERAFIN-PH des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations (2020)

ILLUSTRATION : USAGE DES NOMENCLATURES DANS LE CADRE D'UN PROJET PERSONNALISÉ

Illustration:

Objectif 1 : « Effectuer seul les trajets domicile- ESAT »	Actions à entreprendre	Ressources personnelles	Ressources ESMS	Ressources territoire	Ressources entourage
Besoin 1.1.1.8 « Besoin en matière de fonction locomotrice »	1) Réduire les gestes involontaires dans le bus.	Georges a gagné en autonomie depuis l'année précédente et contrôle mieux ses mouvements en position assise.	Prestation 2.1.2 « Rééducation et réadaptation fonctionnelle » : Sylvie, psychomotricienne du SPASAD, intervient à domicile le mercredi à 18 h pour travailler sur les postures et le contrôle des réflexes moteurs. Accentuation des séances sur les postures « debout ».	Prestation (ESAT) 3.1.5.2 « Appui-ressource et partenariats institutionnels » : La société des bus « superbus » reçoit chaque année une plaquette de présentation de l'ESAT et un livret de bonnes pratiques sur les conduites à tenir pour prévenir les troubles du mouvement involontaire (ex. : éviter bruits type klaxon et changement brutal de vitesse). Prestation (chauffeur de bus) 2.2.1.3 « Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité » : Le chauffeur de bus s'assure d'avoir une conduite qui limite le déclenchement de troubles liés au stress.	Prestation (ESAT) 3.1.5.2 « Appui-ressource et partenariats institutionnels » : L'ESAT a informé Violaine, sœur de Georges et référente de son parcours, des moyens de prévenir ces troubles et des techniques pour les atténuer s'ils se manifestent. Prestation 2.1.2 (Violaine) « Rééducation et réadaptation fonctionnelle » : Accompagnement un week-end sur deux de Georges par Violaine qui est amenée, grâce aux informations reçues de l'ESAT, à utiliser des techniques permettant de réduire la survenue et l'intensité des troubles moteurs.

Source : Groupe de Travail SERAFIN-PH



Résultat (3)

L'AMBITION D'UN
FINANCEMENT OBJECTIVÉ
À L'AUNE DE
L'ISOMORPHISME ENTRE
SECTEUR SANITAIRE ET
MÉDICO-SOCIAL





LES OUTILS DE L'OBJECTIVITÉ (1)

« C'est le postulat pour le boulot de l'aide-soignante, elle ne s'appelle pas Germaine, elle ne s'appelle pas Paulette [...] Attention aux réflexions subjectives. Nous, les évaluateurs, nous nous battons contre la subjectivité. Mesurons, et là on verra... » (Gériatre formateur et évaluateur en EHPAD, Entretien du 9/04/2024)

L'objectivité n'est pas un idéal universel et intemporel, mais une construction sociale et historique, influencée par les contextes culturels et scientifiques (Daston et al., 2012).



METTRE EN ÉQUATION LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL (1)

Forfait soins = Tarif x [GMP + (PMP x 2.59)] x capacité autorisée

Calculé à partir
de la cotation
Gir

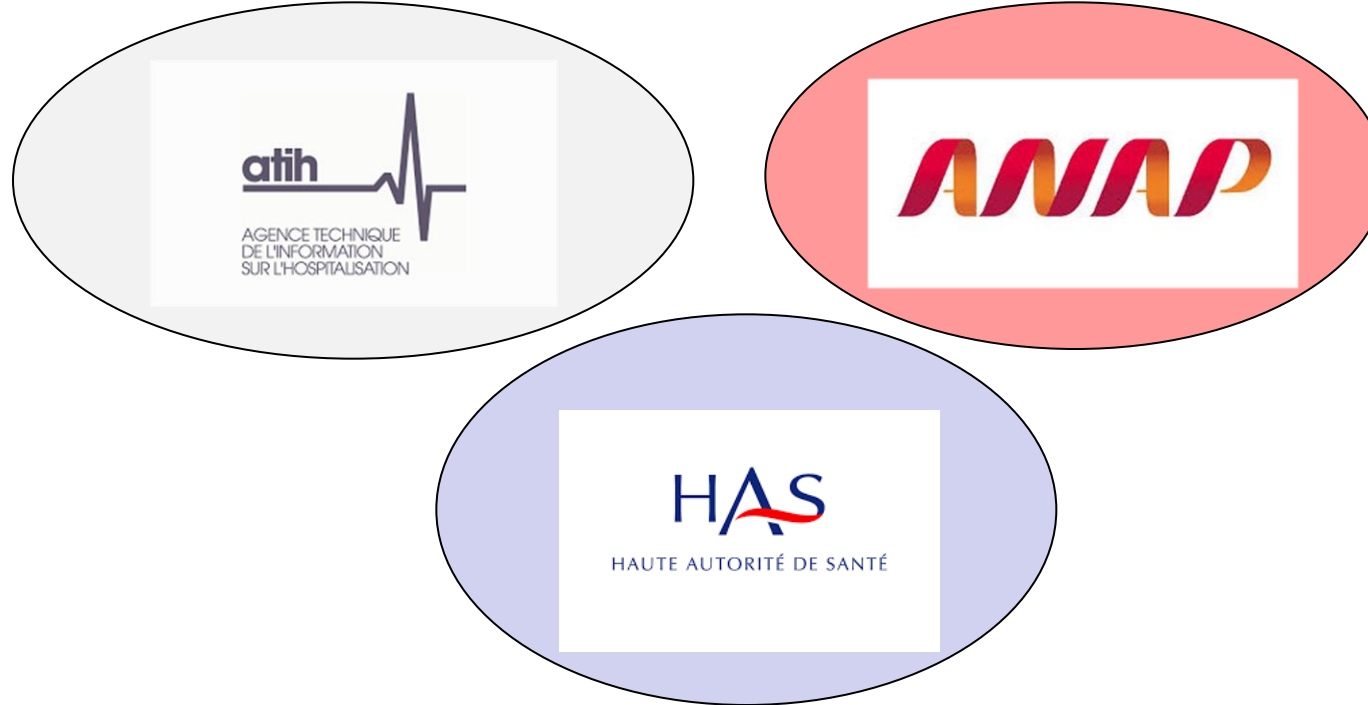
Calculé à partir
de l'algorithme
PATHOS

Forfait dépendance = Valeur point Gir x Niveau perte autonomie
moyen des personnes
hébergées x Capacité autorisée

Fixé par
chaque conseil
départemental

Calculé à partir
de la cotation
Gir

LES ACTEURS DE L'OBJECTIVITÉ : ISOMORPHISME SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL



L'isomorphisme est le processus par lequel des organisations tendent à se ressembler en adoptant des structures, des pratiques et des discours similaires, sous l'effet de contraintes institutionnelles. (DiMaggio & Powell, 1983)

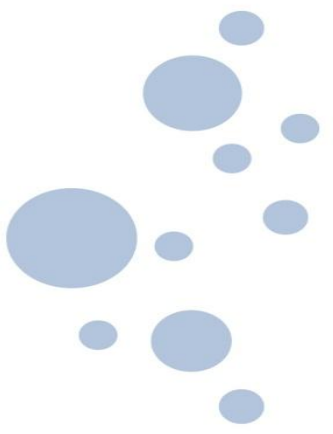


L'ÈRE DU PILOTAGE PAR LA DATA

*« Mais il faut savoir que dans la majorité des cas, **c'est son utilité première, les indicateurs du tableau de bord de la performance portent sur des choses qui sont mesurables, qui sont chiffrables et qui dans le principe doivent être réutilisables pour calculer des indicateurs, des ratios, des quotas, et qui vont permettre de se comparer.** Poser une question « oui/non » n'a pas beaucoup de sens dans le tableau de bord qui doit me permettre de savoir comment je me situe par rapport aux autres . (...)»*

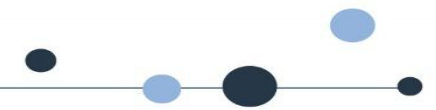
(Membre de l'ANAP, Entretien du 15/05/2023)





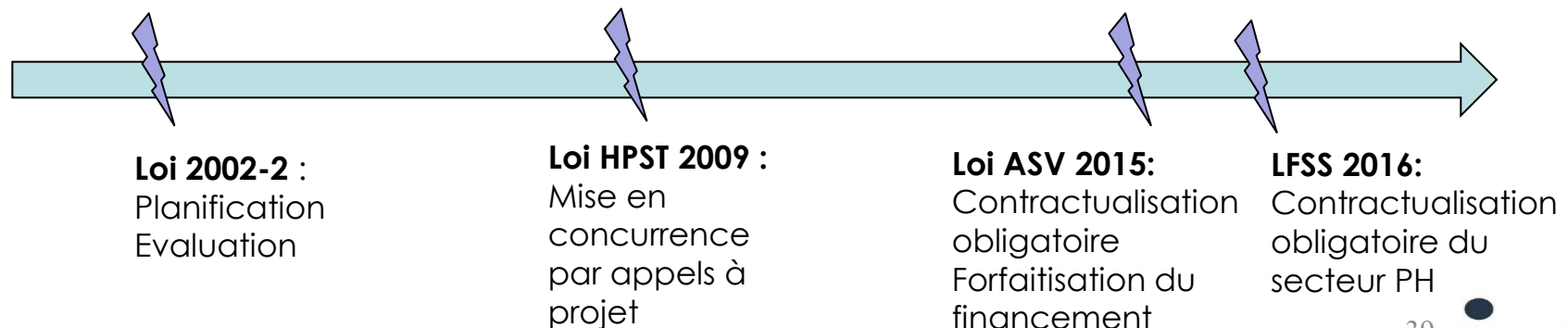
Résultat (4)

LE PARADOXE DE
L'INDIVIDUALISATION DE
L'ACCOMPAGNEMENT ET
DE LA STANDARDISATION
DES SOINS



LE PARADOXE CENTRAL : STANDARDISATION OU INDIVIDUALISATION ? (1)

- ✓ Démultiplication des outils de gouvernance à distance (Epstein, 2015) à la faveur des évolutions législatives successives :
- Loi du 20 juillet 2001 relative à l'Aide à l'Autonomie : Solvabilisation individualisée de la perte d'autonomie (APA)
- Loi 2002-2 : outils de planification et d'évaluation
- Loi HPST de 2009 : AAP
- Loi ASV de 2015 : outil de contractualisation (CPOM), nouveau cadre budgétaire (EPRD) et réforme de la tarification (équations tarifaires) pour les EHPAD
- LFSS de 2016 : outil de contractualisation (CPOM), nouveau cadre budgétaire (EPRD) pour le secteur PH





LE PARADOXE CENTRAL : STANDARDISATION OU INDIVIDUALISATION ? (2)

- ✓ Mouvement de personnalisation du secteur social et médico-social qui conditionne désormais toute mesure d'accompagnement thérapeutique ou social au consentement et à l'information éclairée du résident. (Vidal-Naquet, 2018)
- Loi 2002-2 : CVS obligatoire, contrat de séjour, charte des droits et des libertés, projet d'accompagnement personnalisé (art L311-3 du CASF)...
- Loi du 24 juillet 2019 : Réforme de l'évaluation des ESSMS qui met au centre des évaluations la personne accompagnée.



DE L'INDIVIDUALISATION DES SOINS À LA CLIENTÉLISATION DE L'USAGER


- « CLIENT », POLYSÉMIE DU MOT ET DES PRATIQUES -

« **C'est important de le mettre dans une position de client** [le résident] parce qu'on n'a pas à prendre le pas non plus. On sent que dans un EHPAD, **la force de l'institution peut prendre le pas sur les libertés de la personne**, entrer dans une chambre sans frapper vous voyez par exemple, c'est des mauvais réflexes qu'on peut vite avoir alors que pour le coup on est chez eux. **Je pense que ce terme de client il faut l'utiliser pour rappeler qu'on a un service à rendre.** » (Personnel infirmier en EHPAD)

« Le nombre de fois où j'entends de la part des familles ou des résidents :
« pour 2000€/mois vous pouvez bien faire ça ! » » (Aide-soignante en EHPAD agacée relatant les propos des familles et résidents)



CONCLUSION

- ✓ Tentative de quantification de l'aide à l'autonomie participe *in fine* à la standardisation de l'accompagnement
 - ✓ Les circuits de financement contribuent à hiérarchiser les soins
 - ✓ Le mode de financement conditionne les relations au sein des EHPAD
 - ✓ La privatisation du *care* résulte en partie de la persistance d'un modèle familialiste
 - ✓ Apport de la sociologie des circuits financiers pour analyser les évolutions de l'État providence (Chiapello & Violle, 2025)
- 



BIBLIOGRAPHIE

Ansaloni, M., & Smith, A. (2017). Des marchés au service de l'État ? *Gouvernement et action publique*, VOL. 6(4), 9-28. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gap.174.0009>

Chiapello, È., & Violle, A. (2025). *Sociologie des circuits financiers. Les infrastructures de l'argent et leurs politiques*. Presses universitaires du Septentrion.

Da Silva, N. (2018). L'industrialisation de la médecine libérale. Une approche par l'Économie des conventions. *Management & Avenir Santé*, 3(1), 13-30. <https://doi.org/10.3917/mavs.003.0013>

Daston, L., Galison, P., Latour, B., Renaut, S., & Quiniou, H. (2012). *Objectivité*. Les Presses du réel.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>

Fraser, N. (1994). After The Family Wage : Gender Equity and the Welfare State. *Political Theory*, 22(4), 591-618. <https://doi.org/10.1177/0090591794022004003>

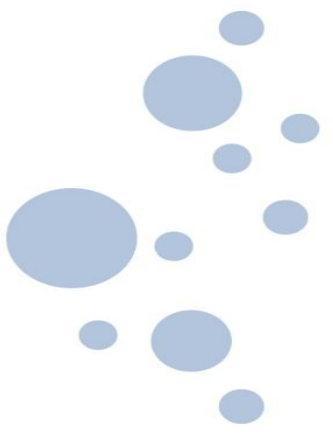
Hassenteufel, P. (1997). *Les Medecins Face A l'État. Une Comparaison Européenne*. Les Presses de Sciences Po.

Lohmann, H., & Zagel, H. (2015). Family policy in comparative perspective : The concepts and measurement of familization and defamilization. *Journal of European Social Policy*, 26. <https://doi.org/10.1177/0958928715621712>

Nelson, B. J. (1992). The Role of Sex and Gender in Comparative Political Analysis : Individuals, Institutions, and Regimes. *American Political Science Review*, 86(2), 491-495. <https://doi.org/10.2307/1964240>

Zelizer, V. a. (2016). *La Signification sociale de l'argent*. Média Diffusion.





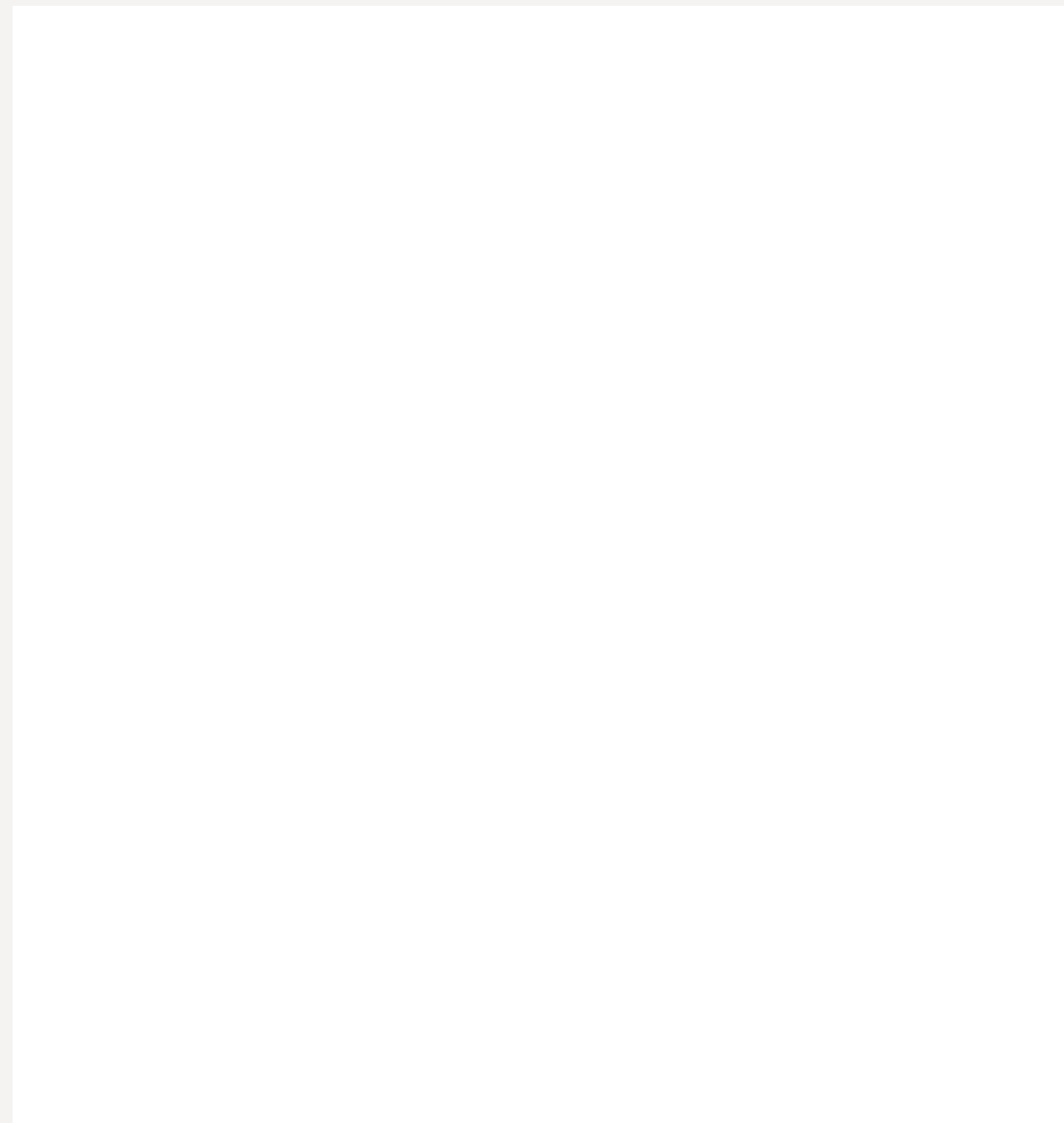
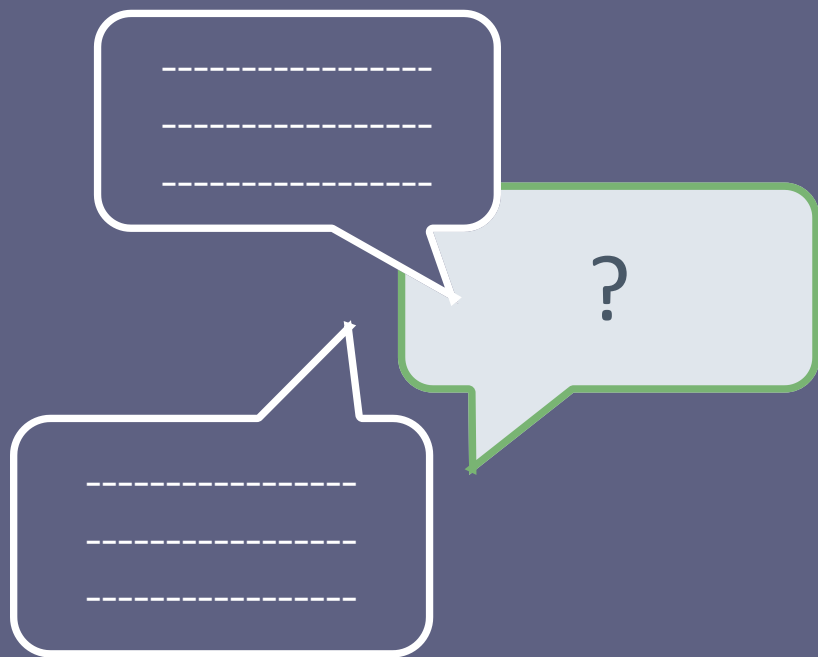
MERCI POUR VOTRE ATTENTION, JE
SUIS À VOTRE DISPOSITION POUR
RÉPONDRE À VOS QUESTIONS !



HELENE.CROGUENNEC-LESAOUT@EHESP.FR



Temps d'échanges



Synthèse : Quels enjeux et objets pour l'évolution de la tarification des Ehpad ?

Président du Conseil de l'âge et
secrétariat général du HCFEA

Le modèle de financement des Ehpad : le financement de soins de longue durée par des forfaits prospectifs moyens à la place autorisée |

Sur la partie « soins de longue durée » du financement, correspondant peu ou prou aux sections « soins » et « dépendance », la construction au fil des réformes se veut fondée sur des principes à la fois d'objectivité, de prévisibilité et de neutralité du financement...

- **Objectivité** : le niveau des dotations est défini à partir des besoins des personnes, évalués sur des critères et des outils nationaux, permettant de définir un « score » exprimé en nombre de points
- **Prévisibilité** : un financement ex ante (prospectif) à la ressource sur un périmètre de soins requis fléchant des interventions de professionnels « sur liste », notifié annuellement et versés mensuellement, dont les seules variations à la hausse ou à la baisse sont liées au taux d'occupation effectif des chambres
- **Neutralité** : le niveau de financement doit assurer une juste couverture des coûts liés à la réponse aux besoins des résidents, dans une logique « pas de perte / pas de gain », avec des niveaux de points soit nationaux (dotation soins) soit départementaux, qui dépendent du choix de périmètre tarifaire (Tarif partiel / Tarif global, avec ou sans médicaments) et non des profils de charges « individuel » ou par statut des organismes gestionnaires

Pour rappel : La partie « hébergement » du financement des Ehpad, qui sont des foyers logement à destination d'habitation, repose sur le résident (et/ou ses obligés alimentaires), pouvant bénéficier le cas échéant d'aides sociales et fiscales. La facturation se fait sur la base d'un socle réglementaire de prestations et de prestations facultatives auxquelles correspondent des tarifs journaliers.

Le point sur l'avancée des travaux sur les Ehpad | Les constats déjà partagés

- Un modèle de financement complexe qui pose des questions (*présentations par les ARS à la séance d'octobre 2025 ; Irdes – IPP et groupe LNA en décembre 2025 et par la CNSA en janvier 2026*)

- *Sur le forfait soin - les modalités de l'équation tarifaire*

- Ce qu'elle intègre ou pas, les besoins de rénovation des grilles
- Les différences (nature, champ, coût) entre le tarif partiel et le tarif global

- *Sur le forfait « dépendance »*

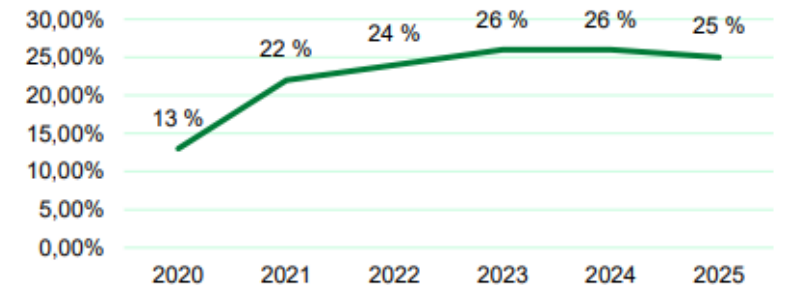
- Les différences territoriales selon les valeurs de point départementales
- Les tentatives d'uniformisation

- *Sur les liens entre les forfaits et les financements complémentaires*

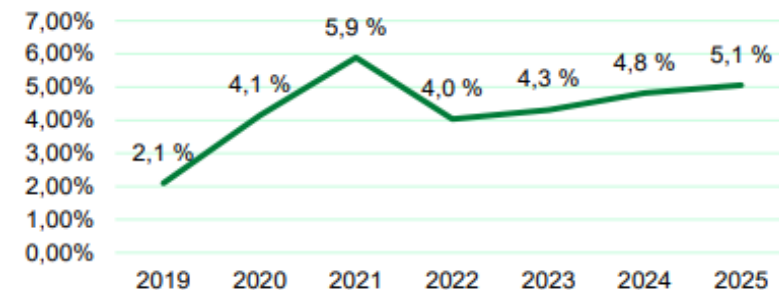
- *Sur la prise en compte de la progression des pathologies neuro-évolutives et la fin de vie*

(Irdes-IPP – séance de décembre 2025 ;
Séance à venir du 16 avril 2026)

Evolution de la part des financements complémentaires dans la section soins des EHPAD



Evolution de la part crédits non reconductibles dans la section soins des EHPAD



Source CNSA

Le modèle de financement des Ehpad | Les questions qui restent ouvertes (1)

- Est-ce que les outils de mesure des besoins et de « scoring » ont ou ont gardé de bonne qualité prédictive des besoins des résidents et des ressources à mobiliser ?
 - *Est-ce qu'ils sont bien utilisés en termes de codage ? Est-ce qu'il existe des biais ?*
 - *Est-ce que les acteurs ont la capacité à réaliser les coupes, et à les valider ?*
 - *Est-ce que le temps passé sur ces process sont proportionnés aux modulations qu'ils entraînent, est-ce qu'il y aurait moyen de simplifier ?*
- Est-ce que le périmètre, le type de soins et le type de professionnels financés dans le cadre de la tarification correspond bien aux profils et besoins des personnes, tels qu'ils ont le cas échéant évolué, ainsi qu'à un souci de bonne intégration et coordination des soins ?
 - *Est-ce que le périmètre des quatre tarifs actuels est optimal par rapport aux besoins en soins courant des résidents et efficient en termes de coût global à la fois pour la branche autonomie mais aussi en intégrant les dépenses d'assurance maladie (soins de ville, hospitalisation) ?*
 - On retrouve la question du Tarif partiel et du Tarif global de la dépense de médicaments déjà abordée
 - *Est-ce que la valorisation « en euros » au travers valeur / les valeurs du point épousent bien les grands déterminants des charges des établissements au titre des soins, à la fois en « macro » (ils n'ont pas une contribution négative au résultat d'exploitation) mais aussi en prenant en compte la question des écarts de coûts qui peuvent exister en particulier quand ils sont liés à la législation soit de sécurité sociale, soit fiscale ?*
- Quelle vision prospective sur les publics et la place future de l'Ehpad dans les accompagnements à horizon 2030 et 2040 ?
 - *Est-ce que la décision de ne pas créer de places supplémentaires d'Ehpad va entraîner un resserrement sur les publics les plus en besoin de soins et d'aide à l'autonomie (GIR 1 et 2, forts Pathos) ?*

Le modèle de financement des Ehpad | Les questions qui restent ouvertes (2)

- Sur ces deux derniers points, la croissance des financements complémentaires en proportion montre une forme d'incapacité du modèle d'équation « score plus valeur de point » à « distribuer » aux établissements
 - *Les besoins liés au profil de certaines catégories de résidents ou de missions renforcées des Ehpad*
 - *Le financement des surcoûts salariaux bruts ou chargés des cotisations sociales des décisions prises par les pouvoirs publics*
 - Prime Grand âge, augmentation des cotisations « employeurs » à la CNRACL
- Est-ce qu'il faut endiguer cette « fuite » vers les financements complémentaires et si oui comment?
 - *Nous devons réfléchir aux voies de réintégration de certaines missions et financements distribués de façon disparate aux établissements, et qui une fois attribués sont largement « cristallisés ». D'autant que la suppression de l'outil des CPOM pose la question de leur devenir*
 - Delta de financement des Ehpad avec PASA ou UHR, infirmières de nuit >>> doivent bénéficier à tous ou à plus d'établissements.
 - Réintégration de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire en équation ?
 - La prise en compte des décisions de revalorisation des salaires, des différentiels pérennes de charges.
- Comment réintégrer ces éléments : dans l'équation et / ou dans la valeur du point ?
 - *Distribuer plus de points au titre de l'équation ?*
 - *Avoir une action sur le niveau et la valeur nationale du point ?*
 - *Adopter des valeurs de points différenciés en fonction des catégories d'établissements ?*

Le modèle de financement des Ehpad | Les questions qui restent ouvertes (3)

- Comment établir un périmètre de soins que l'Ehpad mobilise sur ses propres financements et de plus prendre en compte l'efficacité globale des soins et des accompagnements
 - *Le caractère trop étroit du tarif partiel.*
 - *Les avantages du tarif global, plus coûteux mais qui pousse à faire évoluer l'organisation, les tâches, les métiers*
- Quels sont les besoins qui sont pris en compte ?
 - *Comment intégrer les actions de prévention ? Les interventions d'autres catégories de professionnels ?*
 - *Faut-il intégrer aussi l'apport du numérique – les besoins d'investissement (non financés sur le tarif soins) ?*
- Est-ce que le modèle de tarification prend en compte la qualité ? Est-ce qu'il est incitatif ou non à toujours améliorer la qualité ?
 - *Soit des organisations et des process mis en œuvre*
 - *Soit des résultats atteints en termes de qualité des soins ? De bien être des résidents ?*
 - Des modes d'allocation des ressources qui sont plus incitatifs et qui sont plus contrôlés en termes de soins effectivement délivrés de qualité ?

Le modèle de financement des Ehpad | Premières pistes de réflexion pour les orientations

Pour le Conseil de l'âge, un système complexe de financement et de tarification dont les principes et outils ne sont pas fondamentalement remis en cause, mais qui apparaît comme à bout de souffle ou en partie dévoyé, avec des moyens en accroissement mais encore insuffisants

La prise en compte de ces enjeux invite à aller plus loin qu'un simple ajustement du modèle « Ehpad » et donc à en repenser plus globalement :

- *Les « équilibres », notamment la capacité à faire coexister des règles tarifaires uniformes avec des structures aux réalités économiques et organisationnelles très différentes*
- *La « nature » du modèle de financement, aujourd'hui centré sur des dotations administrées, pour aller vers une approche davantage attentive à la prévention, aux parcours, aux ressources effectivement mobilisées et à la qualité produite*
- *Les « frontières » des Ehpad, de ses murs à son territoire, comme acteur de la performance globale des accompagnements et de la qualité de vie des personnes âgées ;*
- *Le « concept » des établissements, qui doivent à la fois se renforcer dans leur capacité à répondre à des besoins plus importants des résidents et dans leur dimension « lieu de vie et d'interactions sociale »*

Temps d'échanges

