

REFONDATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE



Le pari de l'autonomie sur la dépendance

RAPPORT COMPLET

Septembre 2025

Sommaire

PREAMBULE.....	4
SYNTHESE	5
PARTIE 1	11
ÉTAT DES LIEUX DU SYSTEME ACTUEL.....	11
I. L'OFFRE ET DE LA DEMANDE.....	12
1.1. UNE DEMANDE INEVITABLEMENT EN FORTE HAUSSE A MOYEN TERME	12
1.2. UNE OFFRE ATOMISEE	14
1.2.1. Les opérateurs du domicile.....	15
1.2.2. Les résidences services seniors (RSS)	18
1.2.3. Les établissements et services médico-sociaux du grand âge	19
II. LE FINANCEMENT DU SYSTEME	21
2.1. UN FINANCEMENT PEU LISIBLE ET DIFFICILE A PILOTER	21
2.1.1. Plus de 90% du budget de la CNSA est financé par l'impôt	23
2.1.2. Les départements financent 17% de l'autonomie des personnes âgées	24
2.1.3. Une palette large d'aides sociales et fiscales	25
2.1.4. Le reste à charge de la dépendance	27
2.2. ÉTUDE COMPARATIVE DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE	29
2.3. LES DEPENSES PUBLIQUES DE PREVENTION DE LA PERSONNE AGÉE	33
III. LA GOUVERNANCE DU SYSTEME	34
3.1. LA GOUVERNANCE NATIONALE	34
3.1.1. Le Ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées	34
3.1.2. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	34
3.1.3. La caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).....	36
3.2. LA GOUVERNANCE REGIONALE ET LOCALE.....	38
3.2.1. Les Agences régionales de santé.....	38
3.2.2. Le conseil départemental	38
3.2.3. Les centres communaux d'action sociale (CCAS)	39
IV. LES SIX FAILLES DU SYSTEME ACTUEL	40
4.1. UNE GESTION DU RISQUE CENTREE SUR LA GRANDE DEPENDANCE : LE REEL MAILLON FAIBLE EST MAL PROTEGE ...	40
4.2. LE VIRAGE DOMICILIAIRE EST DEvenu UNE ARLESienne POLITIQUE	40
4.3. UNE GESTION FRAGMENTEE DU RISQUE A PARTIR DE L'OFFRE	41
4.4. UNE OFFRE QUI PEINE A REpondre AUX BESOINS REELS DE LA DEMANDE	42
4.5. UNE GOUVERNANCE A AJUSTER EN NATIONAL ET EN LOCAL.....	42
4.6. UN FINANCEMENT INSTABLE ET NON SOUTENABLE	43
PARTIE 2	45
PROSPECTIVE ECONOMIQUE ET SOCIALE DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE D'ICI A 2050	45
I. PROSPECTIVE DE LA PREVALENCE DU RISQUE D'ICI A 2050.....	46
1.1. UN RALENTISSEMENT TEMPORAIRE DE LA PROGRESSION DU RISQUE DEPUIS 2015	46
1.2. LE MUR DE 2030	49
1.3. SCENARIO DU VIRAGE DOMICILIAIRE A 75% EN 2050	52
II. MODELISATION DES BESOINS DE FINANCEMENT D'ICI A 2050	57
2.1. LES BESOINS DES SENIORS FRAGILES	57
2.2. PROSPECTIVE DES DEPENSES DES PERSONNES DEPENDANTES	59

III. LE COUT DE L'INACTION SUR LA PREVENTION DU RISQUE.....	63
IV. LA SILVER ECONOMIE : UN MARCHÉ À FORT POTENTIEL	66
PARTIE 3	68
LE NOUVEAU MODÈLE DE GESTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES :	68
LE PARI DE L'AUTONOMIE SUR LA DÉPENDANCE.....	68
I. UNE GESTION DU RISQUE EFFICACE SUR LE MAILLON FAIBLE DE LA POPULATION À RISQUE .	69
1.1. UNE DÉTECTION SYSTÉMATIQUE DES SENIORS FRAGILES AU MOMENT DE LA RETRAITE	69
1.2. LA PRIMAUTE DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE DANS UNE LOGIQUE HUMANISTE	71
II. LES TROIS PILIERS DU NOUVEAU MODÈLE	73
2.1. PILIER STRATÉGIQUE : REPENSER LA GESTION DU RISQUE	73
2.2. PILIER ÉCONOMIQUE & SOCIAL : PILOTER LES RESSOURCES À PARTIR DES BESOINS	74
2.3. PILIER POLITIQUE : RENFORCER LA CITOYENNETÉ SOCIALE	75
III. LES AXES DE DÉCLINAISON DU NOUVEAU MODÈLE.....	76
3.1. LA GOUVERNANCE DU NOUVEAU MODÈLE	76
3.1.1. <i>Les principes de la nouvelle gouvernance.....</i>	<i>76</i>
3.1.2. <i>La déclinaison de la nouvelle gouvernance</i>	<i>77</i>
3.2. LE FINANCEMENT DU NOUVEAU MODÈLE.....	86
3.2.1. <i>Les principes du nouveau financement</i>	<i>86</i>
3.2.2. <i>La déclinaison du nouveau financement.....</i>	<i>88</i>
3.3. L'ORGANISATION DU NOUVEAU MODÈLE	102
3.3.1. <i>Les principes d'organisation des acteurs de l'autonomie.....</i>	<i>102</i>
3.3.2. <i>La déclinaison de la nouvelle organisation des acteurs de la perte d'autonomie.....</i>	<i>103</i>
3.4. FAUT-IL DISSOCIER LA GESTION DES DEUX RISQUES SANTÉ & AUTONOMIE ?	110
CONCLUSION	111
LES DIX MESURES PHARES DE LA RÉFORME	112
BIBLIOGRAPHIE	114

« Si fondamentaux sont les problèmes de population qu'ils prennent de terribles revanches sur ceux qui les ignorent »

Alfred Sauvy

Démographe, Sociologue
Collège de France, 1986

***« Nous agissons tous les jours comme si quelque chose dépassait la vie humaine...
Mais quoi ? »***

Antoine de Saint-Exupéry

Artiste, aviateur, écrivain

Refondation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France

Préambule

Depuis 2018, les travaux entrepris par l'Institut Santé pour réformer le système de santé français ont abouti à l'élaboration d'un programme de refonte systémique prêt à être mis en œuvre¹.

Alors que les besoins de prise en charge du risque de perte d'autonomie des personnes âgées vont fortement augmenter à court et moyen terme, le système actuel rencontre de profondes difficultés à répondre à la demande actuelle. Les récents scandales dans les Ehpad ne représentent que la partie émergée d'une situation de grande tension économique et sociale dans le secteur.

Ainsi, l'Institut s'est engagé dans la recherche d'un nouveau modèle performant et soutenable de ce risque pour les vingt-cinq prochaines années.

À l'instar de nos travaux sur le nouveau système de santé, l'Institut a d'abord mené un travail interne de recherche scientifique pour identifier les premières pistes de solutions. Puis, une démarche de recherche de consensus a été lancée en externe auprès des principales parties prenantes, impliquant des acteurs aux profils, statuts et sensibilités représentatifs de la diversité du secteur.

Dans ce cadre, deux conférences de consensus ont été organisées les 14 et 27 mai 2025 : l'une portant sur l'organisation des acteurs et la gestion du risque, l'autre sur le financement et la gouvernance du secteur. Plusieurs interviews individuelles ont également été réalisées.

Malgré les difficultés rencontrées par le secteur et les failles constatées dans le modèle actuel, l'Institut Santé souhaite souligner la qualité remarquable du travail accompli jusqu'ici et le dévouement des acteurs engagés auprès des personnes âgées, dans un contexte difficile. Notre objectif est de contribuer à tracer des perspectives claires afin de préparer le système à relever les nouveaux défis, dans les meilleures conditions possibles pour toutes et tous.

Notre recherche s'est concentrée sur les personnes âgées dépendantes, sans inclure les personnes en situation de handicap, car la forte hausse des besoins en lien avec le vieillissement concerne surtout les premières. Un travail similaire serait utile pour les secondes.

Les résultats de ces travaux montrent une forte cohérence avec les propositions de réforme du systémique en santé, soulignant une continuité entre la gestion de ces deux risques. Les deux réformes sont applicables à court terme.

Pr. Frédéric Bizard
Président de l'Institut Santé

Le 4 septembre 2025

¹ *Quel avenir pour notre système de santé et son financement ? – Synthèse des travaux de l'Institut Santé. Juin 2025 - [Ici](https://www.institut-sante.org/wp-content/uploads/2025/02/Script-Refondation-InstitutSante-2025-VF.pdf) - <https://www.institut-sante.org/wp-content/uploads/2025/02/Script-Refondation-InstitutSante-2025-VF.pdf>*

Synthèse

Le système actuel de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées présente six failles que le nouveau modèle devra combler.

1. *Une gestion du risque centrée sur la grande dépendance* : sans point d'entrée systémique pour assurer le dépistage et la prise en des séniors fragiles, le système concentre les ressources sur les établissements et les GIR 1&2 (seulement 17% des ressources CNSA sur le domicile), au détriment des postes à fort rendement marginal pour le bien-être des personnes et la maîtrise des dépenses (prévention, domicile).
2. *L'arlésienne du virage domiciliaire* : malgré la volonté des Français de « vieillir chez soi », la répartition domicile/établissements n'évolue pas depuis 10 ans, 220 000 personnes GIR 3 & 4 sont indûment en établissement ; sachant que le surcoût de l'Ehpad vs domicile va de 17% (GIR 2) à 131% (GIR 3). Elle fait de ce grand âge un risque économique et social non maîtrisé, que le nouveau modèle devra transformer en opportunité sociétale. Si ce virage domiciliaire est recherché par les Pouvoirs Publics, il n'est pas assez assumé et affirmé ; il devrait être franc et irréversible, avec un débat sur les modalités pratiques et le calendrier.
3. *Une gestion fragmentée du risque à partir de l'offre* : les 4 composantes essentielles de la prise en charge (santé, aides, logement, vie sociale) ne sont pas intégrées, les interventions ponctuelles des opérateurs sont conçues à partir de l'offre (et non de la demande), la coordination et l'évaluation des parcours sont aléatoires, et l'usage des nouvelles technologies (télémédecine, domotique, IA, robotique) s'avère très insuffisant. La prise en charge dépend de l'offre existante, sans modèle national d'organisation.

Ces allocations et gestions sous-optimales des ressources conduisent à un système de type « tonneau des danaïdes », comme pour la santé (cf. le Ségur), secteur dans lequel la hausse des ressources financières n'améliore pas les performances (faible rentabilité marginale). Le système creuse les déficits sans améliorer la performance (impasse budgétaire, cf. le Plfss).

4. *Une offre en décalage avec la demande* : un tiers des personnes ne trouvent pas d'offre et 30% des plans d'aides ne sont pas intégralement consommés ; ceci du fait d'une gestion des ressources à partir de l'offre, d'un accès au marché bureaucratique reposant sur des règles peu transparentes et pouvant varier d'un département à l'autre, de tarifs trop bas (heure APA : 24,58€), et d'une faible lisibilité de l'offre pour une demande dont la liberté de choix est une chimère.
5. *Une gouvernance à ajuster* : le chevauchement des missions du département et de l'ARS rend la gouvernance peu efficace et peu lisible, l'étatisation de la CNSA bloque la démocratie sociale, l'absence de loi de programmation votée illustre la difficulté de la gouvernance actuelle à construire une stratégie nationale ; l'absence de définition de territoires opérationnels freine le bon fonctionnement du service public territorial.
6. *Un financement instable et non soutenable* : le budget de la CNSA repose à plus de 90% sur l'impôt, dont une part aléatoire de CSG, rendant son équilibre financier artificiel et au détriment de la branche santé ; l'absence de modèle assurantiel rend ce financement peu engageant et lisible pour des citoyens qui ont une faible conscience de ce risque (faible

adhésion citoyenne), peu ancré dans l'esprit de la sécurité sociale et peu capable de financer la montée en puissance inexorable des besoins pour cette branche.

L'addition de ces failles conduit au délitement concret et documenté du modèle républicain que la France tente de proposer à ses concitoyens en matière de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le système est en cours d'implosion, alors que les besoins de la prochaine décennie vont augmenter bien plus vite que ceux de la précédente.

La crise des Ehpad n'est que la partie émergée d'une crise plus profonde et systémique. La conviction du diagnostic par une majorité des acteurs est essentielle pour agir et déclencher le redressement systémique.

L'urgence d'agir avant le « mur de 2030 »

Un scénario plutôt optimiste prévoit une hausse de la prévalence des personnes dépendantes avec APA (GIR 1 à 4) allant de 1,4 M en 2025 à 1,9 M de personnes en 2050 (de 7,3% à 7,8% des seniors), dont une forte hausse dans la décennie 2030, pour un nombre total de personnes dépendantes passant de 2,7 M à 3,6 M sur la période. Quant aux personnes fragiles, à risque de basculer dans la dépendance, leur nombre augmenterait de 2,1 M en 2025 à 3,8 M en 2050.

Dans ce scénario, sans réforme, la hausse des dépenses publiques de la dépendance serait de 0,85% PIB, soit 80 Mrds € en euros courants d'ici à 2050, et de 0,2% PIB d'ici à 2030, soit 12 Mrds €. En effet, les dépenses progresseraient de 1,15% PIB (34 Mrds €) à près de 2% du PIB (115 Mrds €) en 2050, dont une évolution à 1,35 % PIB (46 Mrds €) dès 2030.

La réalisation du virage domiciliaire - qui suppose de passer d'un ratio volume domicile/établissement 60/40 en 2024 à un ratio 75/25 en 2050 - génère **12 Mrds € d'économies d'ici à 2050 (0,25% PIB) et 3 Mrds € d'ici à 2030**, auxquelles il faut ajouter les externalités positives sociales et économiques (qualité de vie, silver économie).

Ce scénario optimiste ne se réalisera qu'au prix d'une transformation du modèle comprenant une politique efficace de prévention, sans quoi la prévalence de la dépendance (GIR 1 à 4) sera comprise entre 2,1 et 2,5 M de personnes. Le coût de **l'inaction politique** en matière de prévention est compris entre **0,11% de PIB et 0,37% PIB en 2050 (6 à 22 Mrds €) selon le scénario, et entre 1,1 et 4,3 Mrds € dès 2030.**

La double peine s'applique à toute politique publique qui ne ferait pas rapidement la réforme systémique, ne réalisant ni le virage préventif ni le virage domiciliaire. Le coût pour les dépenses publiques serait alors compris entre **0,5 % et 0,8% PIB (30 et 48 Mrds €) en 2050, et entre 0,12% et 0,22% PIB (4 et 7,5 Mrds €) dès 2030.**

La silver économie dépend du succès des virages préventif et domiciliaire, puisqu'elle est centrée sur le soutien à domicile, la santé de la prévention primaire à la télémédecine, et le bien-vieillir. Le nouveau modèle intégrera pleinement la silver tech dans les services proposés (le principe de mutabilité du service public l'exige), et fixera un cadre politique, financier et opérationnel de long terme qui incitera les investisseurs et l'État à investir durablement dans ces technologies, ce qui pourrait faire de la France, demain, le leader européen de la silver tech. Le marché de la silver économie pourrait plus que doubler de **60 Mrds € à 130 Mrds dans d'ici à 2030.**

Pour un nouveau modèle fondé sur l'autonomie plutôt que sur la dépendance

L'Institut Santé a pris comme postulat de départ de rebâtir un système de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées sur des valeurs conformes au modèle social de 1945, i.e. un système universel et solidaire garantissant la liberté des acteurs, une égalité des chances (accès pour tous à des services de qualité), une solidarité (horizontale et verticale) et une responsabilité des acteurs. La sécurité sociale est placée au cœur du modèle en tant que financeur solidaire et pilier de la démocratie sociale et sanitaire.

Le succès du futur modèle repose sur une priorité : le dépistage et la prise en charge précoce des seniors fragiles, maillon faible de la chaîne du risque. Cette priorité sera confiée à la CNAV qui en assurera le pilotage, le financement et l'évaluation, sous la forme d'un programme dit de *care management* dédié aux seniors fragiles qui sont à haut risque de basculer dans la dépendance.

La CNAV réalisera une détection précoce des personnes fragiles à partir du départ en retraite de tous, et accompagnera les personnes dépistées fragiles dans la durée pour reporter le plus tard possible ou éviter leur entrée en dépendance. Ce programme entraînera une refonte des métiers du secteur visant à une montée en compétence et en attractivité.

Le principe de primauté de la dignité de la personne dans une logique humaniste

Prioriser l'autonomie sur la dépendance revient à remplir ce principe de primauté de la dignité de la personne. Pour une personne à 9/10 en autonomie, il y a une possibilité de réversibilité. La prise en charge doit prévenir l'entrée en dépendance et ramener la personne vers la pleine autonomie.

Avec un niveau de 1/10 en autonomie, la personne, très dépendante doit vivre pleinement le reste de sa capacité d'autonomie, avec une prise en charge centrée sur cette dernière. Ce principe de primauté de la dignité sert aussi à prévenir le risque de maltraitance, présent dans toute prise en charge de personnes fragiles, et le risque de sa banalisation. Ce principe de primauté de la dignité est un rempart vis-à-vis de ce risque.

Il doit se traduire concrètement dans le système : formation, évaluation des parcours, sanctions en cas de non-respect. La primauté doit être pleinement assumée et systématisée dans le pilotage du système, de l'organisation des services de l'État central à l'évaluation des parcours dans les territoires (quel que soit le lieu de prise en charge).

Trois piliers soutiennent le nouveau modèle.

Un pilier stratégique : réorganiser la gestion du risque. Il réorganise cette gestion à partir d'une approche préventive, individualisée et globale. Cela exige la création d'un nouveau métier de *Care manager* (100 000 emplois de plus d'ici 2050), la bascule d'une logique collective et institutionnelle vers une logique domiciliaire et individualisée (réforme des Ehpad) et la prise en compte systématique des 4 composantes principales du risque (sanitaire, médico-social, logement, vie sociale).

Un pilier économique et sociale : piloter les ressources à partir des besoins. Il pilote les ressources à partir des besoins et non de l'offre, ce qui passe par une évaluation des besoins

médico-sociaux et un schéma départemental des ressources pour y répondre, à intégrer dans une stratégie nationale de l'autonomie et une loi d'orientation et de programmation pluriannuelle, ainsi que par l'instauration d'un contrat de prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie (CPPA) entre les acteurs. Ce pilier garantit de répondre pleinement et de façon personnalisée aux besoins individuels, en organisant le système à partir de ces derniers.

Un pilier politique : renforcer la citoyenneté sociale. Renforcer, voire créer de la citoyenneté sociale sur le risque dépendance, exige le respect systématisé de la dignité de la personne, quel que soit son niveau de dépendance. Ce respect systématisé doit apparaître dans la stratégie nationale, dans tout plan d'aide et à chaque niveau de la gouvernance, et doit être associé à un financement lisible et contributif. *Le pari de l'autonomie sur la dépendance* implique un citoyen pleinement engagé dans la préservation de l'autonomie et bien représenté dans des instances démocratiques.

Déclinaison opérationnelle du nouveau modèle

Gouvernance : un État stratège et une gouvernance démocratisée

L'État stratège définit la politique d'autonomie à travers *une loi de programmation* et délègue (sous forme de *délégation de service public*) à la CNSA, à la CNAV et aux Conseils départementaux des missions et compétences distinctes et précises pour la bonne exécution de cette politique. L'État en région et en local (ARS remplacées par des directions spécialisées dans les Préfectures) est aussi le garant de *l'égalité territoriale* par la délivrance des autorisations aux opérateurs et le contrôle de la qualité des prestations selon des règles nationales transparentes et objectives.

Le Conseil de la CNSA sera transformé en Conseil d'administration avec un vrai pouvoir de contrôle et d'influence sur la direction générale de la Caisse. Il sera un vrai Parlement national du médico-social, le cœur de la démocratie sociale et médico-sociale, le lieu de débat et de réflexion sur l'optimisation opérationnelle permanente du système. L'État y sera très minoritaire et les membres seront représentatifs de tous les acteurs et des partenaires sociaux.

Le rôle du *Comité scientifique* sera renforcé pour augmenter la rationalité scientifique des réflexions et décisions. Un service « *économie et innovation* » à l'exécutif sera créé pour déterminer le juste prix des prestations. La CNSA aura l'obligation de maintenir l'équilibre des comptes à moyen terme.

Le département reste le chef de file opérationnel du système, dont l'objectif principal est de garantir que toute demande trouve une réponse adéquate, accessible et de la meilleure qualité possible. Il est l'opérateur du service public départemental de l'autonomie, avec un relai aux CCAS et aux CIAS pour le public le plus fragile, garantissant une capacité du système à agir en proximité pour tout public et pour tout besoin. Ce relai sera systématique et structuré. Il conçoit le schéma départemental de l'autonomie des besoins et évalue le parcours des personnes dépendantes au cours du temps.

La CNAV sera l'opérateur et le financeur de politique de dépistage et d'accompagnement des seniors fragiles, pour leur éviter de basculer vers la dépendance. Elle assurera la gestion de la prestation unique financée par les Départements pour le financement des prestations sociales des personnes dépendantes à bas revenus. La CNAV dispose déjà de l'expertise pour réaliser toutes ces missions.

Financement : un modèle tripartite, clair et soutenable

Dominé par l'instauration d'un *système assurantiel public*, il ancre la cinquième branche dans l'histoire de la sécurité sociale. Il comprend trois composantes :

- **Un filet « beveridgien »** financé par les impôts locaux (le Conseil départemental), pour financer la population dépendante la plus précaire et à bas revenus, qui sera couverte à quasiment 100% par une *prestation unique autonomie (PUA)*;
- **Un système assurantiel public** qui couvrira l'essentiel des dépenses autonomie du reste de la population dépendante, qui sera financé par un mix cotisations (CASA)/impôts nationaux (CSG), avec un reste à charge plafonné par un bouclier médico-social (un pourcentage du revenu disponible) ;
- **Un système assurantiel privé supplémentaire**, obligatoire à partir de 60 ans (mutualisation sur toute la population des séniors), qui couvrira des services non remboursés par l'assurance publique autonomie.

Ce nouveau financement est conçu pour répondre à la montée en puissance des besoins et à la nécessité de relever les tarifs des prestations accompagnant leur montée en gamme.

La prestation unique autonomie (PUA) – qui se substituera à l'APA, la PCH et à l'ASH pour les personnes âgées à bas revenus - sera financée par le Conseil départemental et gérée par la CNAV pour la prise en charge à quasiment 100%, moyennant un reste à charge symbolique de quelques euros, des personnes dont le revenu est inférieur à 80% de revenu médian.

L'assurance publique autonomie (la CNSA) financera le reste de la population dépendante. Elle sera financée par de l'impôt et une cotisation de type CASA payée par environ 50% des retraités, les plus aisés, qui montera en puissance d'ici à 2050 en s'appuyant sur la forte hausse de la population de retraités (effet volume), pour représenter 30% du financement de cette assurance en 2050.

Le nouveau modèle de gouvernance et de financement - plus lisible, plus simple et plus structuré – aura aussi la vertu de limiter les possibilités *de fraudes, d'abus et d'erreurs administratives* dont l'évaluation n'est pas vraiment réalisée aujourd'hui. Cette stratégie sera instaurée aussi bien à la CNAV qu'à la CNSA.

Organisation des acteurs : une offre recentrée sur les besoins

L'organisation des opérateurs de services sera centrée sur les besoins de la demande dans un système désintermédié par des plateformes numériques (et physiques), garantissant à chaque usager de disposer d'une réponse adaptée et d'un libre choix. La capacité du prestataire à intégrer les principales compétences dans son offre (sociales, médico-sociales, techniques) et l'obligation de respecter la mutabilité du service public par de l'innovation optimisera la qualité d'un service accessible à tous.

La transformation des Ehpad actuels - soit en établissements spécialisés de nouvelle génération pour la grande dépendance (type USLD), soit en établissement de type résidence service sénior

(RSS) ou en habitats inclusifs - permettra de réussir le développement des services à domicile et des résidences intermédiaires, et d'améliorer la prise en charge de la grande dépendance.

C'est un impératif politique de court terme pour bien allouer les investissements publics et privés dès 2026, sans quoi la réforme sera reportée à plusieurs années, obérant la capacité de gérer le mur de 2030. Cette transformation est aussi une condition indispensable pour que *le pari de l'autonomie sur la dépendance* et le respect de la dignité de la personne s'appliquent aussi et avant tout sur les plus vulnérables.

Faut-il dissocier la gestion des deux risques santé & autonomie ?

Si les risques sont étroitement liés, la bonne coordination de leur gestion reste à organiser, que ce soit sur le plan national ou local, que ce soit dans la conception de la politique que dans son exécution. Cette dissociation a des justifications et peut se concevoir, en revanche il faudra trouver les **ponts solides** entre la gestion des deux risques.

Ces ponts sont de plusieurs natures : **loi de programmation, territoires, contractualisation de la prise en charge, programmes de recherche**. La réforme systémique proposée par l'Institut Santé [en santé](#) et pour l'autonomie conduit à un rapprochement de la gestion des deux risques, pour en exploiter toutes les synergies tout en respectant les différences.

Les difficultés de faire voter un budget social fin 2024 (chute du gouvernement Barnier) et fin 2025, à partir d'une situation de déficit structurel très élevé et de système à bout de souffle en santé et en autonomie, pourraient être réglées par une loi de financement (LFSS) de transition fin 2025, avant la réforme systémique des deux risques en 2026, dont une loi de programmation en santé et en autonomie 2027-2031, qui serait votée fin 2026.

Si, dans l'idéal, ce projet devrait faire l'objet d'une campagne présidentielle, l'urgence du redressement pour ces deux systèmes sociaux, la faible appétence politique pour ces deux sujets en campagne présidentielle et le blocage politique actuel sur le budget social plaident pour agir dès 2026.

Le contenu des réformes est prêt pour les deux risques, il ne manque plus que la volonté politique d'agir !

Partie 1

État des lieux du système actuel

I. L'offre et de la demande

1.1. Une demande inévitablement en forte hausse à moyen terme

Le vieillissement de la population en France change de nature à partir de 2025, en se concentrant sur les plus de 75 ans. Il implique donc une hausse potentielle significative du risque de perte d'autonomie des personnes âgées.

De 2020 à 2050, la population des plus de 75 ans va augmenter de 90% (+5,8 M), et représenter une personne sur 6 en 2050, selon l'Insee. Les centenaires sont 31 644 en 2024, puis vont plus que doubler d'ici à 2040 (76 000), et quadrupler d'ici à 2050 (125 700).

Tableau 1 : Prévision démographique de la population française par âge d'ici à 2050

	2020		2030		2050		2050 vs 2020	
	N	%	N	%			N	%
<20 ans	16 084 743	24,0%	16 164 630	23,0%	16 507 575	22,3%	422 832	3%
20-60 ans	33 974 556	50,7%	33 313 194	47,4%	33 237 225	44,9%	-737 331	-2%
>60 ans	17 004 404	25,4%	20 803 176	29,6%	24 354 225	32,9%	7 349 821	43%
>75 ans	6 373 536	9,5%	8 574 282	12,2%	12 140 100	16,4%	5 766 564	90%
Total	67 063 703		70 281 000		74 025 000		6 961 297	10%

Sources : Insee, estimations de population, 2022, calculs Institut Santé

Il s'agit d'un vieillissement qui concerne surtout les plus de 75 ans, i.e. les personnes les plus âgées.

Pour que cette forte hausse de la population âgée ne soit pas considérée comme un « *risque* » pour le pays, il faut restructurer en conséquence nos système de santé et de perte d'autonomie des personnes âgées pour transformer cette menace en opportunité économique et sociale. C'est un des objectifs de ces travaux.

La vieillesse n'est ni une maladie ni un risque social en soi, elle devient source de péril social si elle est mal gérée à l'échelle collective.

Les déterminants de la perte d'autonomie

La dépendance s'installe en lien avec une ou plusieurs pathologies, souvent chroniques. C'est l'état d'une personne qui, par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique, ou d'une déficience d'une même nature, a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

La question de la dépendance est intrinsèquement liée à celle de la multimorbidité, qui n'est pas une spécificité du grand âge, même si elle augmente avec l'âge.

L'évolution de la multimorbidité en fonction de l'âge au sein d'une population est forte, avec 80% des patients de plus de 80 ans atteints de pathologies chroniques.

Une des leçons de ce phénomène est que la prévention de la dépendance est imbriquée dans la prévention en santé pour limiter la prévalence des ALD et reporter le plus tardivement possible l'entrée dans la maladie.

La population âgée actuellement concernée par le soutien à l'autonomie

Selon l'Insee, 7,2% de la population des plus de 60 ans ont bénéficié de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2022, soit 1,38 million de personnes selon un ratio 60%/40% entre APA domicile (828 000) et APA en établissement (552 000).

Selon le scénario central de projections réalisées par la Drees en 2011, il y aurait 1,5 million de bénéficiaires de l'APA en 2025, 2 millions en 2040, contre 1,2 million en 2012².

On constate une hausse réelle des bénéficiaires de l'APA de l'ordre de 138 000 personnes sur 10 ans (soit +11,5%), soit 13 800 bénéficiaires supplémentaires par an.

D'ici à 2040, selon le scénario de la Drees, on passerait à une hausse de 38 000 nouveaux bénéficiaires de l'APA par an entre 2023 et 2040.

Selon l'évolution réelle constatée jusqu'en 2022, **le nombre de bénéficiaires en 2025 sera de l'ordre de 1 420 000**, soit proche de ce que l'Insee prévoyait en 2013.

Nous mettrons à jour ces prévisions selon les dernières données de 2023 (cf. 3.1).

² APA à l'horizon 2040- Insee-N°11- Septembre 2013

1.2. Une offre atomisée

Un décompte de la Drees au 31/12/2021 donne la distribution suivante des quelques 13 000 structures et 900 000 places destinées aux personnes âgées vulnérables (hors Saad et HAD).

Tableau 2 : Nombre d'établissements et services médico-sociaux, & de places au 31/12/2021

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	France entière
Nombre d'établissements	7 482
Nombre total de places installées	613 937
Dont places en accueil temporaire (1)	13 671
Dont places en accueil de jour (5)	12 019
<i>Places par structure</i>	82
Résidence autonomie	
Nombre d'établissements	2 308
Nombre total de places installées	120 369
Dont places en accueil temporaire (1)	731
Dont places en accueil de jour (5)	58
<i>Places par structure</i>	52
Unités de soins de longue durée (USLD) (3)	
Nombre d'USLD	587
Nombre de lits	30 249
<i>Places par structure</i>	52
Centre de jour pour personnes âgées	
Nombre d'établissements	299
Nombre total de places installées	3 839
Dont places en accueil temporaire	2 149
<i>Places par structure</i>	13
Autres établissement pour personnes âgées (2)	
Nombre d'établissements	287
Nombre total de places installées	6 032
Dont places en accueil temporaire (1)	944
Dont places en accueil de jour (5)	74
<i>Places par structure</i>	21
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD + SPASAD)	
Nombre de services (4)	2 107
Nombre de places	127 262
<i>Places par structure</i>	60
TOTAL	
Structures	13 070
Places	901 688
<i>Places par structure</i>	69
(1) Y compris accueil de jour	
(2) Y compris Etablissements expérimentaux pour personnes âgées	
(3) Source SAE - Activité réalisée : Soins de longue durée (SLD)(4) Services autonomes et services rattachés à un établissement (y Compris les équipes mobiles Alzheimer)	
(4) Services autonomes et services rattachés à un établissement (y Compris les équipes mobiles Alzheimer)	
(5) Y compris accueil temporaire	
Sources: Établissements publics ou privés et services, places installées au 31.12.2021	
Sources : DREES, Finess, SAE	

1.2.1. Les opérateurs du domicile

Les services à la personne (SAP) sont des activités exercées à domicile et destinées à répondre aux besoins des particuliers. Ils sont au nombre de 26 activités, qui facilitent la vie quotidienne des familles et l'accompagnement des enfants en bas âge, des personnes fragiles, âgées ou handicapées.

Le secteur des SAP destinés aux personnes âgées à domicile comprend des opérateurs publics (dont les CCAS), privés non lucratifs (associations) et privés commerciaux.

Avant la réforme de 2023, les structures suivantes étaient principalement identifiées :

- Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ;
- Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ;
- Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) : Plateformes de Coordination et d'Orientation ; Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ;
- Plateformes de Répit et d'Accompagnement des Aidants ;
- Services de Téléassistance et Domotique ;
- Dispositifs Innovants et Numériques.

La mise en place des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en 2023 n'a pas vraiment atteint son objectif de fluidifier la coordination des parcours dans le secteur médico-social. Ces structures sont mal connues des professionnels, au point que les anciennes structures de type MAIA et CLIC qui devaient être remplacées à terme par les DAC restent souvent dans le paysage.

C'est le syndrome de l'empilement des structures d'une réforme à l'autre sans réelle étude d'impact de l'échec des structures que l'on veut changer et sans étude d'impact des changements.

Le secteur SAD souffre d'une forte atomisation de l'offre des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). On en compte plus de 7 000 sur le territoire français³. La loi ASV de 2015 a unifié les deux régimes juridiques applicables aux SAAD.

Malgré cela, le dispositif restait très complexe, avec deux types de services :

- Les acteurs historiques : Des services autorisés et habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Les acteurs récents : des services autorisés et non habilités à l'aide sociale, ayant une autorisation spécifique pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH et qui fixent librement leurs tarifs (dans la limite d'un taux d'évolution fixé par arrêté).

D'après le rapport de 2020 du HCFEA, les conditions de travail des professionnels (salariés d'un SAAD ou directement employés par une personne âgée) sont très difficiles. Le secteur cumule une faible rémunération, de la pénibilité, de l'isolement et une faible reconnaissance sociale.

³ « Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile » - HCFEA – Rapport publié le 20/04/2020

A partir de la réforme de 2023

En 2023, la France a entrepris une réforme majeure des services à la personne, visant à améliorer l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à domicile. Les principales mesures sont les suivantes.

Création des Services Autonomie à Domicile (SAD)

Le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 a instauré les **Services Autonomie à Domicile**, fusionnant les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Cette unification vise à offrir une prise en charge globale et coordonnée des bénéficiaires, simplifiant ainsi les démarches pour les usagers et leurs aidants.

Renforcement des missions des SAD

Les SAD se voient attribuer de nouvelles missions, notamment :

- **Prévention et repérage des fragilités** : identifier en amont les signes de perte d'autonomie pour intervenir précocement.
- **Soutien aux aidants** : fournir un accompagnement et des ressources aux proches aidants.
- **Lutte contre la maltraitance** : mettre en place des mécanismes de détection et de prévention des abus envers les personnes vulnérables.

Ces missions visent à améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile et à renforcer le lien social.

Mise en conformité et accompagnement des structures existantes

Les services actuels disposent d'un **délai de deux ans**, à compter de juillet 2023, pour se conformer aux nouvelles exigences du cahier des charges des Services Autonomie à Domicile.

Un plan d'accompagnement est mis en place pour soutenir les gestionnaires et les autorités locales dans cette transition, sous la supervision de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS).

Pour simplifier le choix des citoyens, l'État a forcé les SSIAD à se regrouper avec des SAAD, ces derniers n'étant pas contraints de le faire. En réalité, peu de SSIAD ont trouvé de partenaire pour former un groupement de coopération médico-sociale (GCSMS).

D'après le [site sanitaire-social](#), le **nombre de SSIAD serait de 1937 services**. D'après le décompte de la Drees (tableau 3), le nombre de SPASAD serait ainsi de 170 structures.

Les **Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** et les SAAD sont au cœur des préoccupations sociétales actuelles et de la prise en charge d'une population de plus en plus

âgée. Il faut néanmoins distinguer **les services selon le degré de dépendance de la personne à laquelle ils s'adressent**. Un service d'aide à domicile se retrouve souvent seul à intervenir.

75 % des bénéficiaires d'une aide à domicile ne reçoivent pas les soins d'autres intervenants professionnels tels que ceux des soins infirmiers à domicile (SSIAD), ce qui semble donner crédit à un regroupement Aides et Soins.

La frontière entre les actes relevant d'un personnel soignant et ceux qui peuvent être effectués par une aide à domicile est **parfois difficile à définir**. Il faut alors faire la différence entre pathologie et dépendance.

Si la réforme de 2023 visant à unifier les activités des SSIAD et SAAD fait sens, l'historique des Spasad en montre les limites.

Créés par le décret du 25 juin 2004, les Spasad apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes atteintes de pathologies chroniques à domicile. Ils assurent les missions d'un Ssiad et celles d'un Saad.

En 2015, le constat avait été fait d'un faible développement de ces structures en France (une centaine à l'époque) et d'une inégale répartition sur le territoire, démontrant **les difficultés à associer l'aide et le soin dans une même structure**. Nous verrons que cette association est une clé importante dans le nouveau modèle pour développer avec succès une activité de care management.

Au-delà de cette association, les services à la personne intègrent relativement peu **la dimension logement** alors que celle-ci est un des trois domaines clés (Santé + SAP + Logement) pour réussir le virage domiciliaire.

Une réflexion est à mener pour savoir si **le secteur du SAP ne pourrait pas davantage intégrer les produits et services destinés à adapter le logement au risque dépendance**.

Des ressources humaines de plus d'un million de personnes mais en tension

Le secteur des services à la personne compte environ **1,2 million de personnes employées réparties à travers 26 activités** (enfance, soutien à l'autonomie, ménages...), répondant aux besoins des particuliers dans leur vie quotidienne. Ces métiers sont occupés par des femmes pour 90% des effectifs.

En 2025, **350 000 postes seraient à pourvoir** parmi les postes d'infirmiers, d'aides-soignantes et d'auxiliaires de vie, entre autres, selon la plateforme ALADOM. Le vieillissement de la population ne cesse de faire croître la demande et de mettre sous tension le marché du travail dans ce secteur.

Le secteur dispose **de nombreux atouts** pour attirer les candidats par la grande diversité des activités concernés :

- La croissance durable de la demande ;
- Le choix large de structures dans le privé comme dans le public ;
- Le travail sur de l'humain ;

- L'absence de diplômes nécessaires dans la plupart des cas et les possibilités d'évolution de carrière.

Le secteur pâtit d'une image pas toujours positive, notamment due aux scandales récents dans le milieu des établissements de soins médico-sociaux, et d'une réputation **de métiers difficiles dont la rémunération n'est pas à la hauteur des efforts**.

Même si les exigences de diplômes ne sont pas un obstacle, les qualités de patience et d'empathie sont indispensables pour réussir dans le secteur.

1.2.2. Les résidences services seniors (RSS)

Si le domicile « privé » ordinaire reste majoritaire pour les personnes âgées considérées comme vivant à domicile, les **domiciles dits regroupés ou partagés** dédiés aux personnes âgées se développent certes trop lentement mais se développent quand même depuis plusieurs années.

Leur rôle dans la gestion de ce mur de 2030 va devenir crucial puisque **ce nouveau maillon de la chaîne aidera à renforcer le virage domiciliaire intégral**, i.e. celui qui fasse en sorte que toute personne n'exigeant pas une prise en charge médicale lourde et/ou un accompagnement lourd permanent ne soit pas en établissement spécialisé.

Ces habitats intermédiaires représentent en quelque sorte les maisons de retraite des années 80, évitant aux personnes âgées de se confronter à l'isolement, souvent après le décès du conjoint(e).

Il en existe différents types dont les :

- Résidences autonomie (anciennement appelés logements-foyers) ;
- Résidences services seniors (RSS) ;
- Habitats inclusifs, participatifs et intergénérationnels.

Les personnes âgées vivant dans ces habitats peuvent selon le type d'habitat être **encore autonomes ou pré-fragiles, ou avoir un besoin de soutien à l'autonomie**.

Elles peuvent être amenées à y vieillir et avoir besoin de recourir à des services à domicile **pour elles-mêmes** (aide à la vie quotidienne, prise de repas, aide à la mobilité, aux déplacements et aux démarches, etc.), ou **pour la vie de la collectivité** (aide-ménagère, préparation des repas, convivialité, participation et citoyenneté, etc.).

Ces habitats proposent des logements adaptés dans un environnement sécurisé, facilitant le maintien du lien social et une offre de services plus ou moins riche selon les formes d'habitat et la demande des personnes.

Ils bénéficient d'un intérêt croissant des personnes âgées d'aujourd'hui, car ils leur permettent de rester « *chez elles* », si possible en proximité géographique de leur ancien domicile. **Ils véhiculent par ailleurs une représentation plus positive de la vieillesse.**

Ils incarnent des *valeurs morales* jugées plus conformes au « *bien vieillir* », au « *vieillir dans la dignité* », un véritable chez soi qui s'appuient sur des principes fédérateurs comme **le libre choix, la citoyenneté, l'intégration, l'autonomie et la solidarité**.

Cette forme d'habitat inclusif, complétant un secteur du SAD renforcé et mieux valorisé, devrait conférer à l'ensemble du secteur du **grand vieillissement ces principes fédérateurs**. Cet âge avancé de la vie est d'autant plus craint par la population que les choix semblent contraints et son accès difficile pour la classe moyenne.

Un déploiement encore limité

D'après la Drees (cf. Tableau 3), à fin 2021 on comptait 2308 habitants partagés pour 120 369 résidents, soit 52 résidents par habitat.

D'après les données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le nombre de projets est passé de 658 en 2021 à 2 283 en 2024 (hausse de 13% en 2024).

Malgré cette progression, de nombreux acteurs, comme le Réseau de l'habitat partagé et accompagné (Hapa), considèrent que le modèle souffre aujourd'hui « *d'un cadre juridique, réglementaire et opérationnel [...] insuffisant ou ambigu, ce qui freine son déploiement et menace sa pérennité* ».

Ils appellent par exemple à « *clarifier* » l'aide à la vie partagée (AVP), qui assure une partie du financement de ce type d'habitat.

1.2.3. Les établissements et services médico-sociaux du grand âge

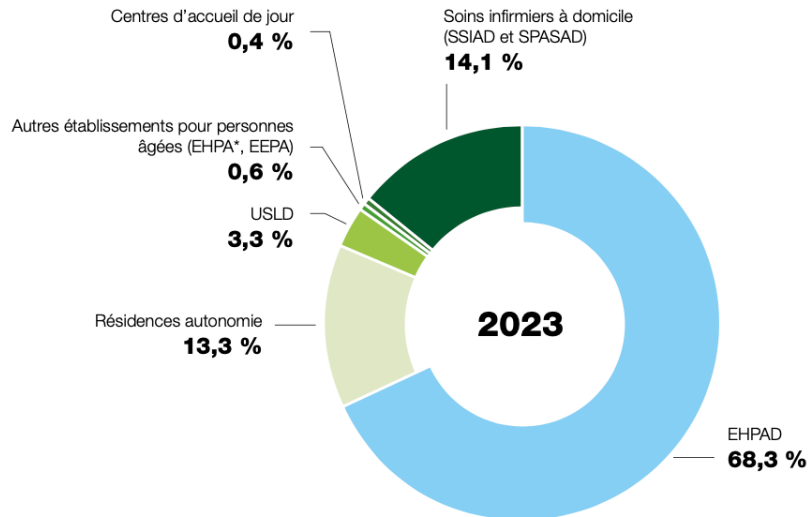
En 2023, on dénombre 615 315 places pour personnes âgées dépendantes, tous types d'hébergements confondus, dans 7 443 Ehpad, soit 83 places par établissement en moyenne⁴, représentant 68% des places totales.

La répartition par secteur des Ehpad est de 44% dans le public, 31% dans le privé associatif et 25% dans le privé commercial.

Chaque Ehpad est tenu à une obligation de contractualiser et de suivi avec l'ARS et le Département. Si l'ARS et le Département jouent un rôle d'autorisation de fonctionnement à l'ouverture d'un Ehpad (délivrance d'une autorisation officielle par un arrêté conjoint et visite de conformité), ils ont également une obligation de suivi de gestion de l'Ehpad, **matérialisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** que les établissements doivent conclure avant le 31 décembre 2024.

Graph 1 : Répartition des 900 000 places installées en hébergement et soins à domicile pour personnes âgées

⁴ Source : Finess, au 31/12/2023



*EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées percevant ou ne percevant pas de crédits de l'assurance maladie.

Source : FINESS, 31/12/2023 et SAE 2022, 31/12/2022 pour les USLD.

Financement des établissements

Les soins personnels et médicaux sont pris en charge par les Pouvoirs Publics, alors que le tarif de l'hébergement (immobilier, entretien des locaux, restauration et animations) est à la charge des résidents.

Une étude Irdes⁵ informe que le prix d'hébergement varie de **1600 € à plus de 6000 € par mois**, sachant que ce tarif est fixé librement par l'établissement, à l'exception de celui des places habilitées à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH).

En 2015, **75% des places Ehpads étaient habilitées à l'ASH**, sauf pour le privé à but lucratif où le ratio est de 18%. Avec un tarif brut moyen mensuel de 2800 €, le privé à but lucratif est 900 € plus cher que les autres secteurs (soit +47%). Ce prix est largement dépendant de l'intensité concurrentielle du territoire.

L'étude Irdes conclut que le prix plus élevé n'est pas associé à une meilleure qualité de prise en charge. Le niveau d'encadrement par le personnel est légèrement plus faible dans le privé à but lucratif.

Ce dernier dispose d'établissements plus récents, avec plus souvent des jardins et de la climatisation. Le non lucratif offre plus d'espace, et des infrastructures mieux adaptées aux lits médicalisés.

⁵ Les Ehpads les plus chers ne sont pas les meilleurs. Anne Peneau & Zeynep Or. Irdes. N°295. Décembre 2024

II. Le financement du système

2.1. Un financement peu lisible et difficile à piloter

Les dépenses publiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées (appelée « *effort national en faveur du soutien à l'autonomie des PA* ») ont été de 29,5 Mrds € en 2023 (1,06 % PIB).

Ces dépenses sont réparties entre :

- **La CNSA pour près des deux-tiers** à (18,8 Mrds €), principalement pour les établissements ;
- **La CNAM pour 15%** (4,3 Mrds €), surtout pour les soins de ville des personnes âgées dépendantes à domicile ;
- **Les départements pour 17%** (5 Mrds €), principalement pour le financement de l'APA ;
- **L'État pour 5%** (1,4 Mrds €), dont le crédit d'impôt de l'emploi d'un salarié à domicile.

Tableau 3 : Dépenses publiques par financeur de l'autonomie des personnes âgées en 2023

Dépenses en faveur des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie	Montants 2023 (Md €)	Part, en %
Sécurité sociale	23,1	78%
Branche autonomie - CNSA	18,8	64%
ONDAM médicosocial - personnes âgées	14,6	50%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement	0,4	1%
Concours aux départements - APA	2,8	9%
Autres concours	0,8	3%
MAIA	0,1	0%
Dépenses d'animation, prévention et études et autres actions	0,2	1%
Branche maladie - CNAM	4,3	15%
Unités de soins de longue durée (USLD)	1,3	5%
Dépenses de soins de ville en direction de personnes âgées dépendantes à domicile	2,8	9%
Fonds d'intervention régional (consultations mémoire, équipes mobiles gériatrie)	0,2	1%
Départements	5,0	17%
Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA, à domicile et en établissements) nette des transferts de la CNSA	4,1	14%
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	1,0	3%
Etat	1,4	5%
Crédit d'impôt au titre de l'emploi d'un salarié à domicile dans le cadre de l'APA	0,5	2%
Programme "Handicap et Dépendance"	0,2	1%
Programme "Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi"	0,0	0%
Compensation d'exonérations de cotisations*	0,7	2%
Total Personnes âgées	29,5	100%

* aide à domicile employée par un particulier fragile, par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile.

Note : Les montants relatifs à la branche autonomie diffèrent de ceux présentés dans la première partie, du fait de l'exclusion, dans l'ENSA, des dépenses de prévention de la fragilité et des prises en charge de GIR 5 et 6 (cf. encadré 15).

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFiP, Drees et DSS

Un reste à charge de l'ordre de 21% des dépenses totales

Selon une étude de la Drees de 2017⁶, le reste à charge pour les personnes âgées étaient de 21% des dépenses totales pour la perte d'autonomie, soit autour de 8 Mrds€ en 2023. Ce reste à charge se répartit à 61% sur l'hébergement, 38% les services de perte d'autonomie et 1% les soins.

Avec ce reste à charge, les dépenses totales de perte d'autonomie sont de l'ordre de 37,5 Mrds € en 2023.

Les personnes âgées dépendantes représentent un tiers des dépenses totales du soutien à l'autonomie (ENSA)

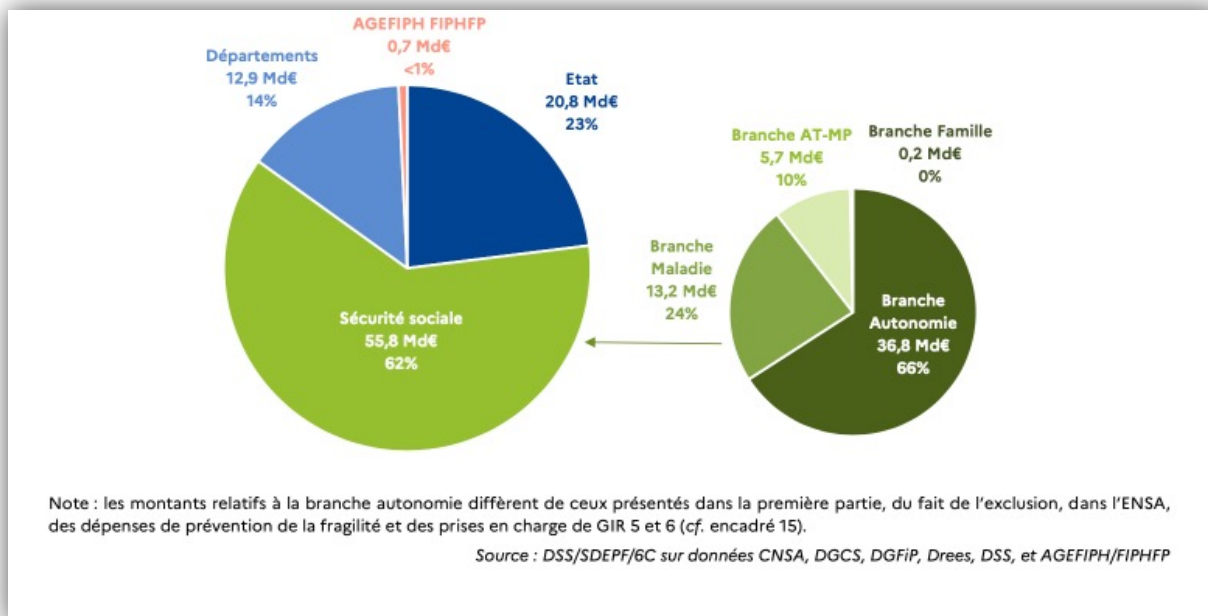
Le financement public total, appelé l'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie (ENSA), s'est établi à 90 Mrds € en 2023, soit environ 3% PIB, selon l'annexe 7 de la LFSS 2025 dont :

- 62% pour la sécurité sociale ;
- 23% pour l'État ;
- 14% pour les départements ;
- 1% pour AGEFIPH et FIPHFP (associations pour la gestion des fonds pour l'insertion des personnes handicapées).

Sur ces 90Mrds €, seul un tiers (29 Mrds €, soit 1% PIB) est destiné aux personnes âgées et 61 Mrds aux personnes en situation de handicap et d'invalidité.

Les dépenses de la sécurité sociale pour l'autonomie étaient de 56 Mrds € en 2023, dont 66% provenait de la CNSA (37 Mrds €), le reste était issu des branches maladie et accidents du travail.

Graph 2 : Répartition de l'ENSA par financeur en 2023 (en Md€)



Source : Annexe 7 de la LFSS 2025

⁶ Études & résultats – DREES- N° 1032- Paru le 12/10/2017

2.1.1. Plus de 90% du budget de la CNSA est financé par l'impôt

Depuis la loi du 7 août 2020, la sécurité sociale dispose d'une cinquième branche dédiée au financement de l'autonomie. Depuis la LFSS 2021, la CNSA a le statut de caisse nationale de sécurité sociale, disposant de recettes propres, alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie.

On observe une forte hausse des dépenses autonomie depuis 2020, notamment en faveur de mesures pour améliorer l'attractivité des métiers (Ségur), même si les aides à domicile n'ont pas été intégrées dans le Ségur. Le taux de croissance moyen annuel des dépenses de la CNSA de 2023 à 2025 a été de 6,4%.

Tableau 4 : Dépenses publiques incluses dans le périmètre de la branche autonomie (CNSA)

Mrds€, %	2023		2024		2025		
	Mrds€	Répartition en %	Mrds€	Répartition en %	Mrds€	Répartition en %	TCAM 2023-2025
ESMS	30,5	81%	31,7	79%	33,7	79%	5,2%
Prestations en espèces	1,6	4%	2,1	5%	2,3	5%	21,9%
Concours aux départements	4,8	13%	5,4	13%	5,5	13%	7,3%
Autres	0,7	2%	0,9	2%	0,9	2%	14,3%
TOTAL	37,6	100%	40,1	100%	42,4	100%	6,4%

Source : DSS/SDEPF/6C, sur données PLFSS pour 2025

Sur les 37,6 Mrds€ de budget de la CNSA en 2023, 50% a été dédié aux personnes âgées en 2023.

Les recettes de cette branche autonomie sont de 41,8 Mrds € en 2024, réparties selon 4 sources :

- La CSG : 36,6 Mrds € (88%) ;
- La journée de solidarité (CSA, 0,30% payée par l'employeur) : 2,5 Mrds (6%) ;
- La contribution additionnelle de solidarité (Casa, 0,3% sur les retraites, pensions d'invalidité et allocations de préretraites) : 0,9 Mrds € (2%) ;
- Autres (Dotations État Ségur, Taxes sur les salaires, autres) : 1,8 Mrd € (4%).

Ainsi, la CNSA est une branche de la sécurité sociale financée essentiellement par l'impôt, avec un financement contributif dédié très faible (moins de 10% des recettes).

Le financement public de la dépendance est principalement de type étatique /beveridgien et quasiment pas de type assurantiel/bismarckien. L'extension du risque de la perte d'autonomie pose la question de rendre le financement davantage assurantiel avec un financement contributif dédié comme en Allemagne et au Japon. La part d'un financement privé assurantiel ou direct est aussi à considérer.

Le solde de cette branche autonomie est donc **positif de 1,2 Mrd € en 2024**. Ce résultat comptable positif a un caractère artificiel car il est réalisé par une part substantielle de CSG, qui fait défaut à la branche santé, dont le déficit annuel structurel dépasse les 15 Mrds € de 2025 à 2029 selon le PLFSS 2026.

L'étude détaillée des dépenses 2023 révèle que 81% des dépenses sont dédiées aux établissements, et 13% sont transférés aux départements. Le financement des établissements et services médicosociaux (ESMS) transite principalement par l'objectif global de dépenses (OGD), qui est une sous-composante de l'ONDAM, pour un total de 30 Md€.

Tableau 5 : Dépenses 2023 entrant dans le périmètre de la branche autonomie (en Mrds€)

DEPENSES	37,6	100%
FINANCEMENT des ESMS	30,5	81%
Prestations OGD*	29,9	80%
OGD - Personnes âgées (PA)	15,2	40%
OGD - Personnes en situation de handicap (PH)	14,7	39%
Subventions d'investissement (dont numérique)	0,4	1%
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées	0,4	1%
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées	0,0	0%
FMIS et ANAQCS	0,0	0%
Fonds d'urgence aux ESMS	0,1	0%
PRESTATIONS EN ESPECE	1,6	4%
AEEH	1,5	4%
AVPF, AVA, AJPA & Aides aux aidants	0,2	0%
CONCOURS VERSES AUX DEPARTEMENTS	4,8	13%
APA	2,8	7%
PCH	0,9	2%
Dotation complémentaire - dotation qualité (LFSS 2022)	0,2	1%
Tarif plancher	0,3	1%
Aide à la vie partagée - AVP	0,0	0%
Revalorisations ESMS financés par les CD - Art. 43	0,1	0%
Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile - soutien à la filière BAD	0,2	1%
Provisions pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	0,1	0%
Conférence des financeurs perte d'autonomie (Autres actions prévention et Forfait autonomie)	0,2	0%
FONCTIONS SUPPORT	0,4	1%
MDPH	0,2	0%
Concours - Maisons départementales personnes handicapées - MDPH	0,1	0%
Dotation MDPH	0,1	0%
Subventions fonctionnement & Dépenses d'animation, prévention et études	0,1	0%
Participation aux dépenses du FIR	0,2	0%
GEM	0,1	0%
MAIA	0,1	0%
Habitat inclusif	0,0	0%
CHARGES DE GESTION COURANTE	0,2	1%
AUTRES CHARGES NETTES	0,0	0%

Note : la ligne MDPH couvre à la fois les concours aux départements et les subventions directes de la CNSA

*Les dépenses d'OGD présentées ci-dessus relève de l'ONDAM comptable. Les dépenses relevant du champ de l'ONDAM varient selon l'approche, économique d'une part, et comptable de l'autre. Les légers écarts entre ces deux agrégats proviennent du fait que, dans l'approche comptable retracée ici, les charges de l'année N sont établies définitivement lors de la clôture des comptes en mars N+1, en intégrant des provisions pour les dépenses encore incertaines, tandis que, dans l'approche économique, le montant d'ONDAM est actualisé ultérieurement en fonction des derniers constats sur les dépenses de l'année N.

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024

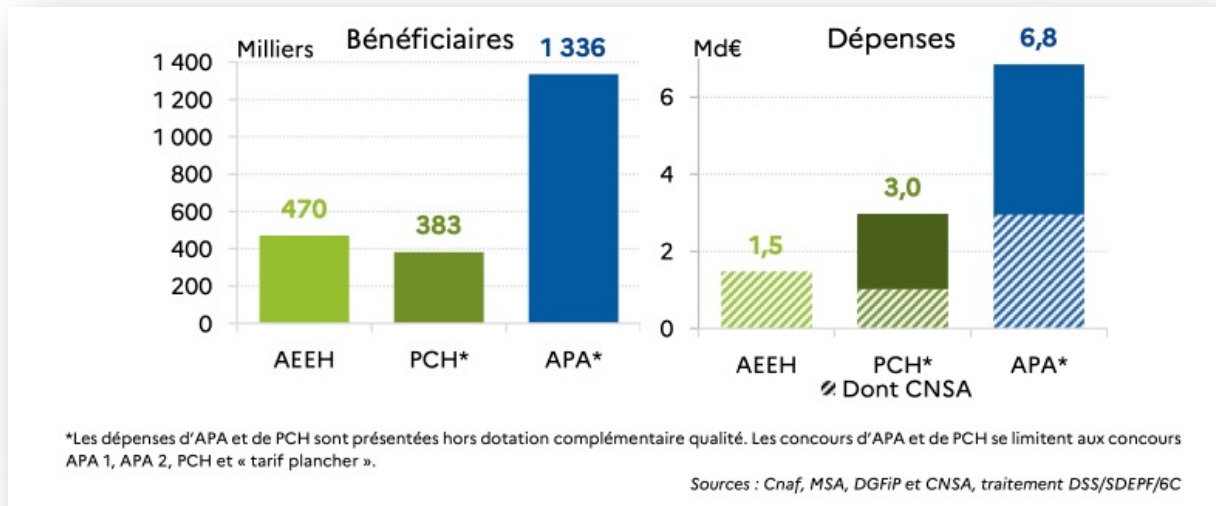
2.1.2. Les départements financent 17% de l'autonomie des personnes âgées

Les départements ont financé 5,1 Mrds € en 2023 pour l'autonomie des personnes âgées (soit 17% du total) dont 4 Mrds € pour l'APA et 1,1 Mrd pour l'ASH. La dépense totale des départements pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées est de 12,9 Mrds €.

L'allocation pour la perte d'autonomie (APA) a concerné 1,34 million de personnes âgées pour un montant total de 6,8 Mrds € en 2023, soit un montant annuel proche de 5 100 € par bénéficiaire (425 € par mois).

La PCH a concerné 383 000 personnes pour un montant total de 3 Mrds €, soit un montant par bénéficiaire de l'ordre de 7 830 € par an (650 € par mois) en 2023. Les départements en ont financé 70% (2,1 Mrds €). La CNSA a financé 41% (2,8 Mds €) de l'APA, et 30% (0,9 Mrd€) de la PCH en 2023.

Graph 3 : Bénéficiaires (en milliers) et dépenses (en milliards €) des principales prestations sociales de la branche autonomie en 2023



2.1.3. Une palette large d'aides sociales et fiscales

Les prestations destinées à ces personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie se distinguent par 3 facteurs :

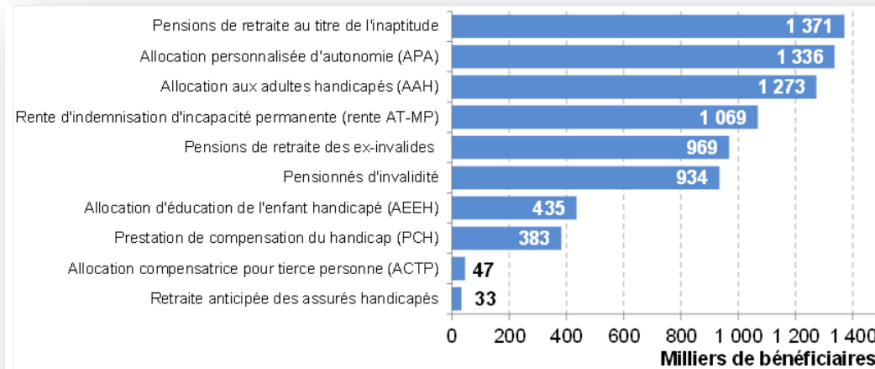
- L'objectif qu'elles visent à remplir ;
- La manière dont elles sont servies ;
- La population ciblée.

On identifie dix aides et dispositifs en faveur de ces personnes.

L'APA ne représente qu'une partie du financement à envisager pour la prise en charge de la dépendance. D'autres aides peuvent être actuellement mobilisées, telles que l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les personnes en établissement, l'aide-ménagère pour les personnes âgées ou handicapées, ainsi que la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes ayant obtenu l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) avant 60 ans.

L'ASH s'adresse à 0,6% des personnes de 60 ans et plus. L'aide-ménagère⁷ correspond à des effectifs réduits (0,1% à 0,2% des séniors).

Graph 7 : Bénéficiaires des aides et dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie



Sources : Cnaf et MSA pour l'AAH et l'AEEH ; Cnam pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité permanente ; Cnav et autres régimes de retraites pour les pensions des ex-invalides, les pensions d'invalidité et la retraite anticipée ; Drees pour l'ACTP, la PCH et l'APA (données France entière hors Mayotte) ; estimation à partir des données Drees pour les pensions d'invalidité. Ces effectifs ne peuvent pas être additionnés, une même personne pouvant bénéficier de plusieurs aides ou dispositifs.

Par ailleurs, les personnes qui étaient bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) peuvent conserver ces aides après 60 ans ou opter pour l'APA. Ainsi, 0,7 % des personnes âgées de 60 ans ou plus en bénéficient⁸.

Au total, environ 8,3% de la population âgée de 60 ans ou plus est couverte par au moins une des prestations départementales destinées aux personnes âgées ou aux personnes handicapées. 92% de ces personnes aidées sont financées par l'APA.

Les aides familiales et professionnelles sont davantage complémentaires que substituables ce qui rend difficile une anticipation mécanique des besoins.

En France métropolitaine, **3,9 millions de proches aidants** sont déclarés par les séniors. Ils leur apportent une aide régulière pour au moins l'un des trois grands types d'aide (vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle), dont 3,4 millions pour les seules aides aux actes de la vie quotidienne⁹.

Les seniors vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, EHPA, USLD) sont, quant à eux, aidés par 720 000 proches aidants.

⁷ D'autres aides ménagères peuvent être versées par les caisses de retraite aux personnes âgées dont les revenus dépassent le plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), mais elles ne sont pas comptabilisées ici.

⁸ [L'aide sociale aux personnes âgées et handicapées – Edition 2024 - Drees](#)

⁹ [Idem](#) 11

En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé¹⁰.

Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses.

- Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage ;
- 19 % le sont uniquement par des professionnels ;
- Le tiers restant reçoit à la fois une aide de l'entourage et d'aidants professionnels.

Des exonérations fiscales et sociales

Au-delà des prestations sociales dédiées à la dépendance figurent un ensemble significatif d'exonérations sociales et fiscales, de réductions d'impôts pour les personnes âgées en établissement, de crédit d'impôts sur les équipements liés à la perte d'autonomie, d'exonérations fiscales et de réductions d'impôts pour l'emploi de personnels ou le recours à des prestations d'aides à domicile.

Une partie des dépenses d'assurance maladie (Ondam médico-social, soins infirmiers et dispositifs médicaux) et d'assurance vieillesse (aide-ménagère, action sociale en faveur des personnes âgées) est consacrée à la perte d'autonomie. Il en est de même d'une partie des aides au logement (personnes en établissement) et de l'aide sociale des départements.

L'État encourage le soutien à domicile des seniors à travers divers avantages fiscaux.

Un **crédit d'impôt de 50%** existe sur les dépenses engagées pour l'emploi d'une aide à domicile, dans la limite de 12 000 € par an.

Exonérations d'impôts locaux

Les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier d'exonérations de taxe foncière et de taxe d'habitation sous certaines conditions.

2.1.4. Le reste à charge de la dépendance

La reste à charge actuel du domicile

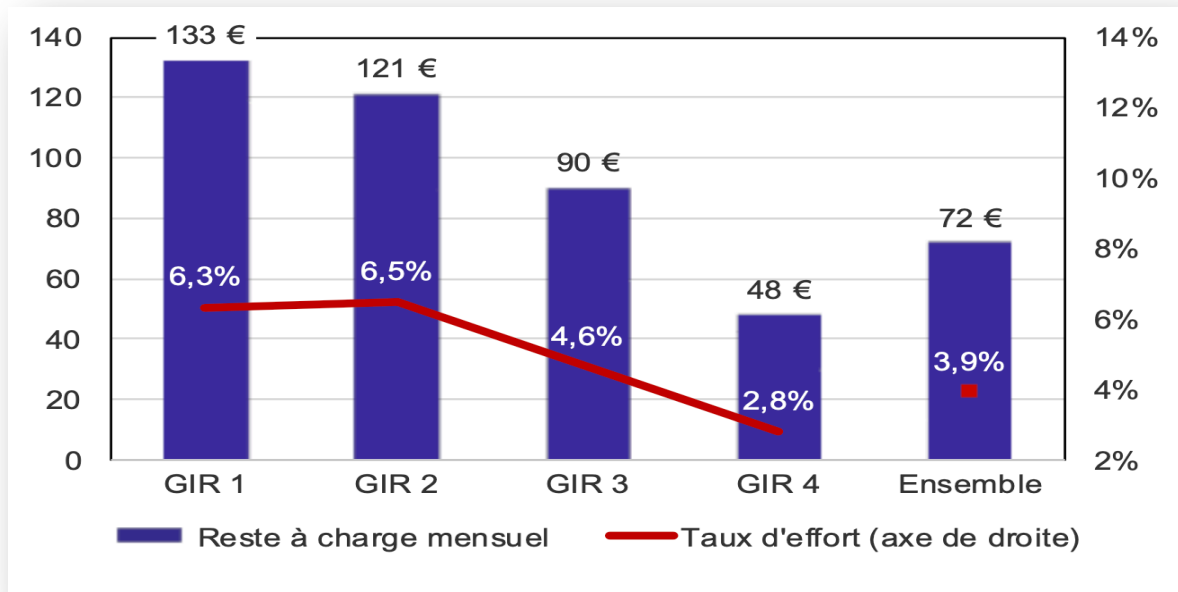
La prise en charge de la perte d'autonomie des bénéficiaires de l'APA à domicile coûtait en 2019 **564 € par mois** : 75% (420 €) de ce besoin est couvert par l'APA ; 7% par une réduction d'impôt (40€) ; 6% par un crédit d'impôt en cas de recours à un salarié à domicile (34€) ; 72€ restent à la charge du bénéficiaire (12%)¹¹.

Le reste à charge à domicile variait de 48€ à 133 € selon le GIR, pour un taux d'effort allant de 2,8% à 6,3% (en moyenne de 72 € et 3,9%). Ces reste à charge ont sensiblement augmenté depuis 2019 selon les acteurs.

¹⁰ Idem 11

¹¹ Source : Drees – L'aide et l'action sociales en France (Edition 2019)

Graph 4 : Reste à charge mensuel et taux d'effort de la prise en charge de la dépendance à domicile en fonction du GIR en 2019



Source : France assureurs, FNMF

Le reste à charge de la dépendance dans les établissements

La modélisation devra tenir compte des autres sources de financement et du niveau de reste à charge souhaité au domicile et en établissements.

Quelques données essentielles :

- **Durée moyenne de perception de l'APA en Ehpad** : 4,1 ans en général ; 3,1 ans pour les dépendants lourds¹² ;
- **Reste à charge en établissement** : 1850€ par mois après aides diverses, niveau médian avant aide sociale à l'hébergement (ASH) qui excède les ressources de la personne âgée dans 75% des cas¹³. Ce reste à charge varie selon la structure (public ou privé) et selon la localisation ;

¹² Source : Drees, Dossier N°29, Octobre 2018

¹³ Source : Rapport Libault, 2019

2.2. Étude comparative des coûts de prise en charge

L'étude comparative des coûts de prise en charge des personnes âgées bénéficiaires de l'APA entre le domicile et l'établissement (Ehpad) a été réalisée **sur l'année 2019 par la direction de la sécurité sociale¹⁴**.

Les bénéficiaires de l'APA étaient 1,3 million en 2019, dont 36% classés GIR 1 ou 2, 2% en GIR 3 et 44% en GIR 4.

42% des personnes avec APA étaient en Ehpad (546 000) et 58% à domicile (754 000). Les bénéficiaires de l'APA en USLD n'étaient pas incluses dans l'étude).

Selon l'étude, 60% des personnes en Ehpad étaient GIR 1 ou 2 contre 19% des personnes à domicile. Près de 6 résidents sur 10 à domicile sont classés GIR 4, contre 25% en Ehpad.

Un coût global deux fois plus élevé en établissement

Les dépenses globales de prise en charge des personnes dépendantes atteignaient 19,1 Mrds € dans les Ehpad contre 9,3 Mrds € pour le domicile (soit une répartition 2/3//1/3). 70% de ce surcoût est naturellement lié au coût de l'hébergement, le reste est dû aux coûts des soins, sachant que les personnes en établissement sont en général en moins bonne santé.

La prise en charge collective en Ehpad fait baisser le coût de la dépendance par rapport à la prise en charge individuelle à domicile, malgré un niveau de dépendance plus élevé.

Tableau 6 : Répartition des financements alloués à l'accueil des bénéficiaires de l'APA en Ehpad et au domicile, selon le type de prise en charge et selon le financeur, en 2019

2019, Mrds €, %	EHPAD		DOMICILE	
	Mrds €	% total	Mrds €	% total
Soins	7,9	41%	4,2	45%
Dépendance	3,5	18%	5,1	55%
Hébergement	7,7	40%	0,1	1%
Total	19,1	100%	9,3	100%
CNSA	8,8	46%	3,1	33%
Départements	2,7	14%	2,0	22%
État	1,0	5%	1,1	12%
AMO	0,0	0%	2,5	27%
Ménages	6,7	35%	0,5	5%
Total	19,1	100%	9,3	99%
<i>Sources: CNAM, CNSA, Drees, DSS; calculs DSS, F.Bizard</i>				
<i>Champ: personnes âgées de 80 ans et plus pour AMO, GIR 1 à 4 pour le reste</i>				

¹⁴ Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence. Les comptes de la sécurité sociale – Septembre 2021

Pour les Ehpad, les surcoûts constatés dans la prise en charge **sont supportés par la CNSA**, qui financent 46% de la totalité (vs 33% à domicile), et **par les ménages**.

Pour le domicile, du fait de la part forte des dépenses de dépendance, les départements et l'État prennent une part plus élevée du financement. Les soins y sont remboursés par l'AMO et non par la CNSA.

Un coût moyen par personne dépendante trois fois plus élevé en Ehpad

Un niveau deux fois plus élevé de dépenses en Ehpad, malgré 200 000 personnes prises en charge de moins (-37%), que pour le domicile signifie un coût moyen par personne près **de trois fois plus élevé en Ehpad, soit environ 35 000 € vs 12 000 € par an à domicile**.

Si les différences de coûts pour les ménages et l'assurance maladie sont liées à des raisons structurelles, les surcoûts par financeur dans les Ehpad concernent :

- La CNSA (+74%) du fait du financement des soins en établissement (c'est l'AMO au domicile) ;
- Les départements (+46%), du fait d'une valeur individuelle de l'APA plus élevée et de l'ASH ;
- L'État (+12%).

Par rapport au coût moyen par personne tous lieux confondus, **la prise en charge en Ehpad est 60% plus élevée et celle au domicile 44% inférieure**.

Tableau 7 : Coût moyen par personne par an en GIR-1-4 selon le lieu de résidence et répartition par financeur

2019	Etablissement		Domicile		Tous lieux confondus		Ecart étab vs dom
	€	% total	€	% total	€	% total	
CNSA	15 900	46%	4 100	33%	9 000	41%	74%
Départements	5 000	14%	2 700	22%	3 700	17%	46%
État	1 700	5%	1 500	12%	1 600	7%	12%
AMO	0	0%	3 400	28%	2 000	9%	
Ménages	12 300	35%	600	5%	5 500	25%	95%
Total	34 900	100%	12 300	100%	21 800	100%	65%

Sources: CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS; calculs SS, Institut Santé

Du fait d'un effet de structure significatif concernant la répartition des GIR en Ehpad et au domicile, une étude par GIR des différences de coûts entre le domicile et l'Ehpad s'impose.

Le domicile est compétitif dès le GIR 2 pour les dépenses publiques

L'écart de dépenses publiques entre l'Ehpad et le domicile s'accroît sensiblement du GIR 2 au GIR 4, passant de **+17% en GIR 2 à +131% en GIR 4**. Ainsi, le surcoût annuel unitaire des Ehpad pour les dépenses publiques est de 6 300 € (+45%) en GIR 3 et de 9 300 € (+131%) en GIR 4.

En effet, la prise en charge d'une personne classée GIR 4 est quatre fois plus coûteuse en Ehpad qu'au domicile au global (28 700 € vs 7 500 €).

En moyenne, la prise en charge au domicile est deux fois moins chère en dépenses publiques qu'en établissement (11 700€ vs 22 600€ par an).

Seule une personne en GIR 1 coûte moins cher en dépenses publiques en établissement. Dès le GIR 2, le domicile fait faire des économies significatives. Le RAC hors allocations (dont ASH) est de 35% des dépenses totales en établissement contre 5% à domicile.

Tableau 8 : Coût moyen comparé par personne par an par GIR selon la prise en charge et répartition par financeur entre établissement et domicile en 2019

2019, €, %	GIR 1			GIR 2			GIR 3			GIR 4			GIR 1-4		
	Etab	Domicile	Ecart Evs D	Etab	Domicile	Ecart Evs D	Etab	Domicile	Ecart Evs D	Etab	Domicile	Ecart Evs D	Etab	Domicile	Ecart Evs D
Soins	18 700	17 000	10%	16 100	10 400	55%	13 200	7 000	89%	9 300	2 900	221%	14 400	5 400	167%
Dépendance	7 200	15 700	-54%	7 200	11 900	-39%	5 400	7 600	-29%	5 400	4 400	23%	6 500	6 700	-3%
Hébergement	14 000	200	6900%	14 000	200	6900%	14 000	200	6900%	14 000	200	6900%	14 000	200	6900%
Total	39 900	32 900	21%	37 300	22 500	66%	32 600	14 800	120%	28 700	7 500	283%	34 900	12 300	184%
CNSA	20 500	11 400	80%	17 900	7 600	136%	14 300	4 900	192%	10 400	2 400	333%	15 900	4 100	288%
Départements	5 500	6 800	-19%	5 500	4 900	12%	4 300	3 100	39%	4 300	1 800	139%	5 000	2 700	85%
État	1 700	3 100	-45%	1 700	2 500	-32%	1 700	1 700	0%	1 700	1 100	55%	1 700	1 500	13%
AMO	0	10 500	-100%	0	6 400	-100%	0	4 300	-100%	0	1 800	-100%	0	3 400	-100%
Ménages	12 200	1 100	1009%	12 300	1 000	1130%	12 300	700	1657%	12 300	400	2975%	12 300	600	1950%
Total	39 900	32 900	21%	37 400	22 400	67%	32 600	14 700	122%	28 700	7 500	283%	34 900	12 300	184%
Dépenses publiques	27 700	31 800	-13%	25 100	21 400	17%	20 300	14 000	45%	16 400	7 100	131%	22 600	11 700	93%
Ménages	12 200	1 100	1009%	12 300	1 000	1130%	12 300	700	1657%	12 300	400	2975%	12 300	600	1950%

Sources: CNAM, INSEE, CNAF, CNSA, Drees et DSS; calculs DSS, Institut Santé

Le virage domiciliaire généralisé à un maximum de personnes peu dépendantes s'impose donc comme une condition de soutenabilité financière de la dépendance dans les prochaines années.

Une gestion de la dépendance qui permettrait de conserver au domicile les 82 000 personnes en GIR 3 et les 136 500 personnes de GIR 4 actuellement en Ehpad **ferait économiser près de 2 Mrds € de dépenses publiques selon les données de 2019.**

Pour chaque millier de personnes de GIR 3 ou 4 prises en charge au domicile plutôt qu'en Ehpad, c'est plus de 100 M € d'économies en dépenses publiques en 2025, sans compter que ce seraient autant de personnes dépendantes qui eussent satisfait davantage leurs préférences individuelles.

Une forte hétérogénéité géographique des bénéficiaires de l'APA en établissements

Le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté de 0,6% en 2022, pour atteindre 1 336 300 personnes, dont 41% vivent en établissement et 59% à domicile.

Plus d'un tiers des personnes de plus de 85 ans perçoivent l'APA fin 2022¹⁵.

La part de bénéficiaires APA vivant en établissement varie de 6% à 68% selon les départements. Elle est forte dans l'Ouest (>55%) de la France et <30% en Corse et régions d'outre-mer.

La structure de l'offre médico-sociale du domicile et des établissements dans les territoires est donc déterminante. La demande s'adapte à l'offre et non l'inverse.

En 2023¹⁶, parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile : 20% (160 000) sont très dépendants (2% GIR 1 et 18% GIR 2), 22% sont GIR 3 et 58% GIR 4.

Parmi les bénéficiaires de l'APA en établissement, 57% (310 000) sont très dépendants (13% GIR 1, 44% GIR 2), 19% sont GIR 3 et 24% GIR 4.

En partant de l'hypothèse théorique selon laquelle les personnes en GIR 1 et 2 devraient majoritairement être accueillies dans un établissement, tandis que celles en GIR 3 et 4 devraient pouvoir rester à domicile, on observe une inadéquation dans la répartition de la demande au sein de l'offre médico-sociale. En effet, près de **220 000 personnes dépendantes en GIR 3 et 4 vivent en établissement alors qu'elles pourraient résider au domicile.**

Cette répartition inadaptée entraîne un coût économique et social considérable. A l'exception des établissements, elle se révèle défavorable pour l'ensemble des parties prenantes.

Elle s'avère incompatible avec un modèle de gestion efficient et soutenable de la perte d'autonomie. **Nous sommes dans un cas typique de système sous-optimal, qui se traduit par un gain marginal faible pour chaque euro supplémentaire investi.**

¹⁵ *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées – Fiche 6 – APA- Edition 2024 - Drees*

¹⁶ *Drees, enquête aide sociale – Publiée par l'Insee le 18/03/2025*

2.3. Les dépenses publiques de prévention de la personne âgée

Les dépenses publiques de prévention de la fragilité des personnes âgées ne sont pas incluses dans le périmètre de l'ENSA. Elles sont de **1,6 Mrd € en 2023**, soit environ **5,5% des dépenses en faveur de l'autonomie des personnes âgées**. Elles sont assumées à 90% par la sécurité sociale.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) a pour mission de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou règlementaires, notamment en ce qui concerne l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Des Ehpad sont aussi financés par cette conférence.

La CNAV (assurance retraite) réalise et finance des actions collectives de prévention et de l'accompagnement à domicile des retraités fragilisés au domicile. L'accompagnement à domicile par la CNAV a concerné 314 000 personnes en 2024 à travers le plan d'aides OSCAR (393 M€). Les actions collectives de prévention ont concerné 465 000 retraités en 2024.

La branche autonomie (CNSA) en finance 50%, principalement par le financement des Ehpad ou Ssiad accueillant des résidents évalués en Gir 5 & 6 (38%), et par le versement du forfait autonomie en résidence autonomie et le financement d'actions de prévention via la conférence des financeurs.

Tableau 9 : Dépenses publiques de prévention de la fragilité des personnes âgées en 2023

Dépenses en faveur de la prévention de la fragilité des personnes âgées	Montants 2023 (millions €)	Part, en %
Sécurité sociale	1 380	87%
Branche autonomie - CNSA	800	51%
ONDAM médicosocial - personnes âgées, GIR 5-6	600	38%
Actions de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs...)	160	10%
Plan d'aide à la modernisation des établissements et à l'investissement	40	3%
Branche maladie - assurance maladie	5	0%
Unités de soins de longue durée (USLD)	5	0%
Assurance retraite	570	39%
Action sociale	570	39%
Départements	200	13%
Frais de séjour en établissement pour personnes âgées (hors APA, dont aide sociale à l'hébergement)	200	13%
Total Personnes âgées	1 580	100%

Sources : Annexe 7 de la LFSS 2024

Si les moyens financiers alloués à la prévention sont significatifs (5,4% des dépenses publiques), le tableau précédent montre que cette prévention est éclatée entre plusieurs acteurs. Elle n'est pas intégrée dans une stratégie nationale et peu évaluée.

III. La gouvernance du système

3.1. La gouvernance nationale

[La loi du 8 avril 2024](#) prévoyait d'ici fin 2024, puis tous les 5 ans, « *une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge* », qui devait déterminer la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie.

Or, aucune loi de programmation n'a été adoptée à ce jour et aucun projet n'est en vue, démontrant les difficultés en l'état de la gouvernance à définir une stratégie de long terme ambitieuse et soutenable financièrement. A défaut, le système navigue à vue, à coup de fonds d'aides d'urgences pour garder l'offre de services à flot.

3.1.1. Le Ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

[Il prépare et met en œuvre](#) la politique du gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale et du handicap¹⁷.

Outre cette mission politique, le Ministère manque manifestement d'un appui institutionnel pour construire une loi de programmation.

3.1.2. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Mise en place en mai 2005 par la loi du 30 juin 2004, la CNSA est depuis 2021 la caisse gestionnaire de la branche Autonomie de la Sécurité sociale.

Huit missions ont été confiées à la CNSA :

- 1/ Équilibrer les comptes de la branche ;
- 2/ Garantir l'équité, la qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées et handicapées ;
- 3/ Financer et piloter les dispositifs :
 - La politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement,
 - Les établissements et services sociaux et médico-sociaux,
 - Les prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants,
 - L'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie.
- 4/ Informer les PA, les PH et leurs aidants ;
- 5/ Contribuer à la recherche et à l'innovation ;
- 6/ Contribuer à la réflexion sur les politiques de l'autonomie ;
- 7/ Participer à l'attractivité des métiers ;
- 8/ Représentation de la CNSA en Europe.

¹⁷ Décret n°2022-837 du 1^{er} juin 2022 relatif aux attributions du ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées - [ici](#)

Alors que les autres branches de la sécurité sociale font l'objet d'une gouvernance paritaire, la CNSA a tenté de regrouper l'ensemble des acteurs du secteur, en plus des syndicats patronaux et salariés.

Le Conseil de la CNSA est l'organe de gouvernance de la caisse.

Le Conseil détermine par ses délibérations :

- Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion ;
- Les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions avec les départements, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées ;
- Les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses ;
- Les orientations des rapports de la Caisse avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers, qui œuvrent dans son champ de compétence.

Le Conseil se veut un **Parlement du secteur médico-social. L'est-il réellement ?**

Le Conseil est composé de 52 membres et leurs suppléants, et est présidé par Jean-René Lecerf, élu le 16 février 2022. Il regroupe l'ensemble des acteurs à l'exception de ceux du secteur privé commercial.

Outre cette représentation tronquée de l'offre, l'État est dominant dans les droits de vote. Parmi les 92 voix au total, l'État en dispose de 41 soit 45%. Les délibérations du Conseil sont adoptées à la majorité des suffrages exprimés.

Il est donc relativement aisé pour l'État d'atteindre la majorité des suffrages exprimés.

Afin d'harmoniser l'hétérogénéité des financements d'un département à l'autre et les liens entre les départements et l'ARS, la CNSA a créé la Conférence des financeurs, devenue la Commission des financeurs.

La commission des financeurs

Elle a pour objectif de coordonner dans chaque département les actions de prévention de la perte d'autonomie et leur financement, dans le cadre d'une stratégie commune.

Elle est aussi compétente pour les habitats inclusifs. Elle a pour mission d'identifier les besoins, les publics et les territoires à soutenir et élaborer un programme coordonné de financement de ces habitats inclusifs.

La CNSA anime les commissions des financeurs au niveau national. Chaque département est quant à lui responsable de l'animation de la commission des financeurs sur son territoire : la commission des financeurs est présidée par le président du conseil départemental ; le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant en assure la vice-présidence.

Les opérateurs privés ne font pas partie de cette commission, qui est pourtant censée coordonner leurs actions.

Même si le Président du Conseil départemental préside la commission, l'ARS a probablement le dernier mot pour harmoniser la politique de financement des départements.

En résumé, l'État est le seul vrai décisionnaire à l'échelle nationale dans la gouvernance de la CNSA et le seul vrai décisionnaire dans la Commission des financeurs.

L'absence de réels contre-pouvoirs favorise une gestion trop technocratique de la politique de la dépendance et freine l'émergence d'une **démocratie médico-sociale et sociale solide et vivante**, pourtant essentielle à une gouvernance efficace.

Les opérateurs associatifs et privés commerciaux sont très peu présents dans l'organisation des services, alors qu'ils en sont les effecteurs. Ils ont la compétence métier et connaissent le mieux les besoins des personnes.

La direction générale : cœur du réacteur du pilotage de la CNSA

Le véritable pilote de la CNSA est le directeur général, nommé en Conseil de Ministre. Le directeur et les membres de son cabinet gèrent la politique de la dépendance selon leur expertise et leur vision.

3.1.3. La caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

L'assurance retraite, piloté par la CNAV, est le service public de la retraite. Elle garantit un accompagnement fiable et personnalisé vers un passage à la retraite simple et fluide, puis son déroulement dans la sérénité.

Parmi ses six missions figure la prévention de la perte d'autonomie et le soutien des retraités fragilisés. Elle mène plusieurs actions de prévention en faveur du bien-vieillir et de la préservation de l'autonomie des retraités dont :

- Informer et développer une culture du bien-vieillir à hauteur de tous les assurés ;
- Agir en prévention des 60 ans ;
- Accompagner les plus fragiles au moment clé du passage à la retraite.

Les chiffres clés de l'action sociale en 2024 démontrent un niveau d'investissement et d'expertise significatif de la CNAV dans la prévention des seniors fragiles.

Les actions collectives de prévention

- 465 313 retraités ont participé à une action collective de prévention ;
- 185 903 retraités ont suivi un atelier de prévention toutes thématiques confondues et parmi eux 42 330 d'entre ont choisi un programme centré sur l'activité physique adaptée ;
- 75 000 retraités ont par ailleurs participé à des activités orientées lutte contre l'isolement social.

De l'accompagnement à domicile des retraités fragilisés

- 392 719 632 euros d'aides versées ;
- 313 963 bénéficiaires d'un rendez-vous à d'évaluation globale de leurs besoins à domicile, 274 214 bénéficiaires d'un plan d'aides OSCAR (accompagnement pérenne) ;
- 55 673 bénéficiaires d'une aide technique ;
- 82.7 ans d'âge moyen des bénéficiaires, 73.7 % sont des femmes, 30% ont un revenu inférieur à 1 115 euros ; 90 % des bénéficiaires satisfaits.

Pour mener à bien ses missions, l'Assurance retraite s'appuie sur un réseau composé d'une Caisse nationale, de 15 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), de quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer et d'une caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte.

Contrairement à la CNSA, la CNAV dispose [d'un conseil d'administration](#) avec [un pouvoir sur la gestion et la politique de la caisse](#). Il contrôle l'activité de l'organisme. Il est composé des représentants des salariés et du patronat et de personnes qualifiées. Il est présidé par Éric Blachon (CGT-FO).

Une équipe de direction assure la gestion et bon fonctionnement de l'Assurance retraite. Elle est pilotée par un directeur, Renaud Villard, nommé en Conseil des Ministres après consultation du CA.

3.2. La gouvernance régionale et locale

3.2.1. Les Agences régionales de santé

Les agences régionales de santé sont censées [piloter et réguler](#) l'offre d'accompagnement médico-social. Elles interviennent davantage sur les établissements que sur les services à domicile.

[L'analyse de leurs missions pour l'accompagnement des personnes âgées](#) révèle des doublons avec les Conseils départementaux, nuisibles à la lisibilité de la gouvernance par les opérateurs du secteur et par les citoyens.

Il s'agit en réalité d'une gouvernance au moins bicéphale entre le conseil départemental et l'ARS, voir tricéphale si on y ajoute la CNSA.

Leur implication est forte sur la commission des financeurs, la mise en place des Conseils départementaux de l'autonomie et Citoyenneté et sur la fusion des Ssiad et des Saad.

Cette gouvernance locale et régionale est donc à reconstruire dans le sens de la simplification, la lisibilité, l'efficacité, l'optimisation de la qualité et l'efficacité économique. Elle devra garantir que tout senior en situation de fragilité puisse bénéficier de ses droits en matière d'autonomie ce qui est loin d'être le cas à ce jour.

Cette gouvernance locale génère une bureaucratie en matière d'accès au marché qui freine le développement de l'offre et génère des inégalités territoriales (cf annexe 4).

3.2.2. Le conseil départemental

Concernant la gouvernance des services d'aide à domicile, le [rapport du HCFEA de 2020](#) la qualifiait ainsi :

« Les politiques départementales de soutien à l'autonomie, sur lesquelles on manque de visibilité et de remontées au niveau national, sont particulièrement hétérogènes en termes d'organisation et de financement.

Le pilotage et l'organisation territoriale de l'offre apparaissent insuffisants, la complexité du système de financement et la sous-tarification actuelle des services fragilisent déjà depuis quelques années le modèle économique des structures, qui pour certaines peinent à survivre. On manque d'ailleurs à ce sujet d'études globales et suffisamment robustes sur les coûts réels et les besoins financiers des services.

Tous ces facteurs viennent limiter la capacité du secteur à se moderniser alors qu'une rénovation apparaît nécessaire, et pèsent inévitablement sur la qualité de l'accompagnement offert aux personnes à leur domicile. »

Le Conseil départemental dispose de [quatre missions principales](#) :

- 1/ Accorder les aides financières : assure le versement de l'APA et de l'ASH ;
- 2/ Autoriser, contrôler et fixer les prix et tarifs : délivre les autorisations des SAAD, des Ehpad et des RSS ; Contrôle les SAAD, des Ehpad et des RSS ;

- 3/ Fixer les tarifs des prestations offertes par les établissements et services habilités ;
- 4/ Orienter et accompagner les personnes âgées : vers les points d'informations locaux, les réseaux de professionnels ; évaluation de la perte d'autonomie.

Les départements expriment depuis plusieurs années des difficultés financières croissantes pour mener à bien leurs missions, en particulier dans le financement des allocations. Les 104 départements ont publié le [18 juin 2025 un appel au secours](#) face à leur incapacité de mener à bien leurs missions sans réforme.

Ces difficultés se traduisent par des prises de décision isolées de certains départements de réduire des plans d'aides ou de refuser des autorisations à certains prestataires, créant des inégalités entre les citoyens selon leur lieu de résidence et une incapacité de certains opérateurs de conduire leurs activités dans certains départements.

Ce phénomène prend des proportions inédites en 2025 face à la montée en puissance concomitante des besoins financiers de l'autonomie et des difficultés financières des départements. Une [enquête du Monde](#) vient d'en donner quelques exemples¹⁸ : « *le volume des heures APA est une variable tentante pour réaliser des économies. En Gironde ...les équipes départementales ont reçu comme consigne de limiter le nombre d'interventions à dix heures pour les GIR 4... Depuis 2 ans, une petite dizaine de conseils départementaux ont décidé de ne plus verser de dotations majorées à certains SAAD...* »

C'est l'implosion du modèle républicain qui s'accélère. Le nouveau modèle devra remédier à cette situation.

3.2.3. Les centres communaux d'action sociale (CCAS)

Les CCAS (centres communaux d'action sociale) ont la charge de l'action sociale dans les communes. Lorsqu'il n'y a pas de CCAS, notamment dans les communes de moins de 1500 habitants, c'est directement la mairie ou l'intercommunalité si elle dispose d'un centre intercommunal d'action sociale (CICAS) qui en ont la responsabilité.

Les CCAS ont 4 missions majeures pour les personnes âgées :

- 1/ Aide sociale légale : instruction des demandes d'aide (APA, RSA, aides au logement, etc.) ; secours d'urgence, aide en nature, prêts sans intérêt, aide alimentaire...
 - 2/ Soutien aux personnes âgées : aide au soutien à domicile, accompagnement administratif, mise en relation avec des services spécialisés ;
 - 3/ Mise en œuvre des actions d'administration et de soutien : lutte contre l'isolement : organisation d'activités sociales et culturelles pour les personnes âgées ou isolées ; accès à la culture et aux loisirs, adaptation du logement ;
 - 4/ Orientation : information et orientation vers les dispositifs sociaux adaptés à chaque situation.
- La meilleure coordination des parcours des personnes âgées et l'amélioration de l'articulation entre l'offre et la demande nécessitera de renforcer le rôle des CCAS dans la gouvernance du futur système.

¹⁸ Le coût de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes s'envole du fait de la rigueur budgétaire. Par Béatrice Jérôme – Le 21/08/2025 - [ici](#)

IV. Les six failles du système actuel

4.1. Une gestion du risque centrée sur la grande dépendance : le réel maillon faible est mal protégé

Le système actuel agit principalement en aval du risque dépendance, une fois que la personne à risque a été évaluée et diagnostiquée avec un certain niveau de dépendance. Malgré l'existence d'un financement disparate dédié à la prévention du sénior fragile, une gestion stratégique et systémique de la prévention, spécifiquement sur différentes pathologies chroniques du vieillissement, n'a pas été instaurée.

Il n'existe pas réellement de point d'entrée systémique dans le parcours de la gestion du risque : c'est lorsque la perte d'autonomie est constatée que le système s'active, i.e. trop tard. Une fois les aidants épuisés, la personne dépendante arrive le plus souvent dans un établissement en GIR assez élevé et dans un état déclinant.

Le système actuel est de fait concentré sur les établissements, i.e. la gestion des personnes les plus dépendantes (GIR 1 & 2) et délaisse de façon relative les autres. C'est ainsi que seulement 17% du financement de la CNSA, caisse d'assurance de la gestion du risque dépendance, sont consacrés à la gestion de la dépendance à domicile.

Le système se concentre sur les postes les plus coûteux et qui ont le plus faible rendement marginal pour améliorer la qualité de vie des personnes à risque et pour maîtriser la dépense publique.

Hors établissements, la gestion de la dépendance est peu structurée et peu évaluée. Elle est laissée au bon vouloir des Départements qui connaissent de sérieuses difficultés financières, conduisant à des choix politiques différenciés d'un département à l'autre, sans justification autre que la réalisation d'économies.

4.2. Le virage domiciliaire est devenu une arlésienne politique

La conséquence de la première faille est d'avoir fait du virage domiciliaire une arlésienne. Toujours annoncé, jamais réalisé ! C'est probablement la preuve qu'une transformation structurelle du système est nécessaire pour le rendre réalité.

Ce virage désigne la volonté de privilégier le soutien à domicile des personnes âgées plutôt que leur placement en établissement spécialisé. Le soutien à domicile permet aux personnes âgées ou dépendantes de vivre chez elles en recevant l'aide nécessaire pour rester autonomes et en sécurité.

94% des Français souhaitent vieillir chez eux, selon [une étude réalisée par l'IFOP](#) pour Arpavie en 2022 et selon une enquête Harris interactive, la même année. 92% des citoyens pensent que rester le plus longtemps possible à domicile leur permettrait de vivre une « *vieillesse satisfaisante* ».

Le choix du « *vieillir chez soi* » est donc largement plébiscité par la population. On peut parler d'un choix sociétal de vieillir à son domicile. Sur le plan politique, le virage domiciliaire est constamment annoncé mais jamais pris en France.

Jusqu'à aujourd'hui, la perte d'autonomie a été considérée essentiellement sous l'angle de l'Ehpad. La majorité des ressources financières des plans de l'État depuis 20 ans y a été consacrée.

Dans le cadre de réflexion du Groupe VYV, il est estimé en 2021 que pour dix euros supplémentaires accordés à l'autonomie, neuf euros vont à l'Ehpad et un euro vers le domicile. Plus de moyens ont été injectés dans les services à domicile à partir de mars 2022, mais dans des proportions moindres que dans les établissements, réduisant à trop peu cet investissement pour impacter de façon visible le virage domiciliaire.

Depuis 20 ans, la France a fait le choix de prioriser l'installation des individus dépendants dans des établissements, avec une approche collective de cette gestion du risque. En intervenant le plus tard possible dans l'expression du risque dépendance, elle a aussi fait le choix de médicaliser l'approche au détriment de la prévention et du service à la personne au domicile.

L'approche individuelle au domicile a été laissée aux familles selon une vision traditionnelle de la responsabilité familiale des personnes âgées, qui n'est plus adaptée à nos sociétés contemporaines.

Le virage domiciliaire doit faire évoluer la stratégie de gestion du risque d'un prisme dominant collectif et médical vers un prisme dominant individuel et des services à la personne au domicile.

Cette transformation de la gestion du risque serait porteuse d'espérance pour cette génération du grand âge et pour la société en général. Elle devrait donner une meilleure image à ce secteur qui est trop souvent associé à l'image de la mort plutôt que de la vie.

Le virage domiciliaire est incontournable si on veut disposer d'un système performant dans la gestion du risque, humaniste et soutenable financièrement.

4.3. Une gestion fragmentée du risque à partir de l'offre

Les 4 composantes principales du risque dépendance - sanitaire, médico-social, logement, vie sociale – ne sont pas intégrées dans une approche holistique de la gestion du risque. Malgré les efforts pour décroïsonner le système, les intervenants et les métiers restent cloisonnés.

Le système est pensé à partir d'interventions ponctuelles de prestataires de services qui viennent réaliser une prestation spécifique, sans réflexion sur l'ensemble du parcours de la personne.

La coordination des parcours en dehors des établissements est faible, ainsi que l'évaluation des services délivrés et l'évolution de l'état de santé de la personne, au moins sur le plan de l'évolution de sa perte d'autonomie.

Malgré la profusion d'innovations technologiques en rapport avec la gestion de ce risque au domicile, le taux d'équipement des domiciles reste faible. L'usage en général des innovations technologiques (numérique, IA, domotique, robotique) est très sous-optimal.

Conséquences de ces trois failles : un modèle de type « tonneau des danaïdes »

Ces allocations et gestions sous-optimales des ressources conduisent à un système de type « tonneau des danaïdes », comme pour la santé, dans lequel la hausse des ressources financières n'améliore pas les performances (faible rentabilité marginale).

4.4. Une offre qui peine à répondre aux besoins réels de la demande

Le parcours de la personne âgée dépendante est construit à partir de l'offre médico-sociale présente dans le département, et non à partir des besoins et des préférences individuelles de la personne. Ainsi, on observe qu'un tiers de ces personnes ne trouvent pas de solutions adaptées à leurs besoins et plus de 30% des plans d'aides ne sont pas intégralement consommés.

Il existe donc une inadéquation de l'offre par rapport à la demande, qui a plusieurs causes. D'abord la situation économique dégradée du secteur médico-social qui survit grâce à des fonds d'urgences, sans visibilité à moyen terme. Cela se traduit par des difficultés de recrutement pour répondre à la demande.

Ensuite, le système d'accès au marché est relativement bureaucratique et se déroule selon des règles peu transparentes et pouvant diverger d'un département à l'autre pour des raisons économiques et/ou politiques. Au manque de visibilité à moyen terme s'ajoutent les difficultés pour un acteur d'avoir un développement national rapide du fait d'autorisations ou agréments à obtenir dans chaque département.

Du côté de la demande, le système est peu lisible aussi bien dans son fonctionnement général que pour connaître l'ensemble de l'offre disponible. L'absence d'évaluation des parcours et des prestataires rend quasiment impossible le choix de l'offre sur le critère de la qualité. Souvent confrontée à une pénurie, la liberté de choix de son prestataire est souvent une illusion dans de nombreux territoires.

Enfin, la faiblesse des tarifs pratiqués pour rémunérer les prestataires ajoute de la tension pour répondre à la demande, sachant que la faiblesse des marges dégagées fait vite basculer la prise en charge d'un cas complexe dans le rouge financièrement.

Si le marché de ce secteur doit être régulé pour garantir une équité d'accès aux services et la soutenabilité du système, le mode de régulation actuelle ne permet ni l'un ni l'autre.

4.5. Une gouvernance à ajuster en national et en local

La gouvernance nationale actuelle de la CNSA et du Ministère doit intégrer les défis à venir en matière de prévalence de la perte d'autonomie mais se heurtent à la soutenabilité financière dans le contexte actuel des comptes publics.

La loi d'orientation et de programmation du grand âge a été votée dans le principe mais la première version se fait attendre. La construction ne peut se faire que dans une logique Bottom-up, partant des besoins médico-sociaux des personnes dans les territoires, ce que le système ne permet pas aujourd'hui.

Les errements du service public départemental de l'autonomie, qui devrait pourtant être un dispositif structurant essentiel, montrent que la territorialisation reste à construire. On peut faire un parallèle entre la création d'un service public territorialisé pour l'autonomie et la [proposition de l'Institut Santé](#) de créer un service public territorial de santé.

Pour qu'un tel service existe, encore faut-il définir le territoire. On notera que le service public départemental de l'autonomie s'est d'abord appelé service public territorial dans la loi. On retrouve ici la complémentarité et la cohérence entre les deux réformes systémiques proposées par l'Institut Santé pour la santé et l'autonomie.

Le territoire de santé pourrait servir d'unité de base territoriale au service public en santé et pour l'autonomie.

Sur le plan local, les missions se recoupent assez largement entre l'État via les Agences régionales de santé et les Conseils départementaux, pour l'accès au marché et l'évaluation des offreurs de services notamment. La clarification du rôle des pouvoirs publics locaux passera aussi par la suppression des situations où le régulateur est juge et partie et par la définition d'une délégation de service public lisible.

La place des collectivités locales est à repenser, sachant que la gestion des cas complexes exige de la proximité et une bonne connaissance des territoires.

Les failles de la gouvernance conduisent le système à être relativement désarmé face aux phénomènes de fraudes, abus et erreurs administratives qui sont des risques à gérer sérieusement dans toute activité humaine.

4.6. Un financement instable et non soutenable

Près des deux tiers du financement public de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes provient de la CNSA, 15% de la CNAM, 17% des départements et 5% de l'État.

La CNSA est supposée représentée la cinquième branche de la sécurité sociale, i.e. un système assurantiel public. Plus de 90% du financement provenant de l'impôt, le système de financement n'a pas encore de modèle assurantiel. C'est une allocation de ressources issus d'un impôt destiné à plusieurs postes de protection sociale et au remboursement de la dette.

L'atteinte de l'équilibre financier de la branche est assez artificielle, reposant sur une allocation aléatoire de CSG, pour couvrir les dépenses. Cet équilibre se fait aux dépens de la branche santé, dont le financement par la CSG est devenu prioritaire à la suite de la suppression de la cotisation sociale salarié.

Le financement actuel de la CNSA ne peut pas assurer la montée en puissance inéluctable des besoins de l'autonomie dans les années à venir sans condamner la viabilité de la branche santé.

Les Français ne cotisant quasiment pas pour ce risque (CSA et CASA sont très faibles), ils y sont très peu sensibilisés comme le démontrent les enquêtes. Ce désintérêt n'est pas tenable face à l'ampleur du phénomène à venir.

La part du financement assumée par les départements - les allocations APA, PCH et ASH – va inévitablement augmenter, alors que ces derniers tirent la sonnette d'alarme sur leurs difficultés financières. Cette source-là est donc aussi fragile et ne peut pas être motrice dans la couverture de la hausse des besoins à venir.

Cette situation financière explique l'impasse dans laquelle se trouve le secteur pour répondre à la hausse des besoins. Il va falloir sortir du cadre existant et construire un financement pérenne et compatible avec les contraintes économiques et financières.

Partie 2

Prospective économique et sociale du risque de perte d'autonomie d'ici à 2050

I. Prospective de la prévalence du risque d'ici à 2050

1.1. Un ralentissement temporaire de la progression du risque depuis 2015

En 2022, [selon l'enquête Autonomie de la Drees 2022](#), les personnes âgées vivant à domicile sont moins souvent en perte d'autonomie qu'en 2015¹⁹. Les plus de 60 ans représentaient 16,6 millions de personnes (24,8% de la population) en 2015 contre 18,7 millions en 2022 (27,4%).

Parmi les 16,7 millions de séniors vivant à domicile en 2022 (90%), 3 % à 8 % sont en perte d'autonomie au sens du groupe iso-ressources (GIR), selon que l'on en retienne une définition restreinte ou large, soit de 500 000 à 1,3 million de personnes concernées par ce risque.

Entre 2015 et 2022, parmi les 60 ans ou plus vivant à leur domicile, la prévalence de la perte d'autonomie, établie à partir de l'estimation « large » du GIR a reculé, passant de 10,1 % de cette population en 2015 à 7,6 % en 2022, soit une baisse de 2,5 points.

Cette baisse a compensé la hausse du nombre de seniors sur la période, si bien que le nombre de personnes concernées a diminué (-180 000 personnes). Dans le même temps, la proportion de personnes âgées accueillies en établissement a elle aussi baissé.

Comme le montre le tableau suivant, le recul de 2,5 points des personnes dépendantes est lié à un effet structure pour une faible part (0,5 point), et à une baisse du taux de perte d'autonomie dans chaque classe d'âge (-2 points). Cette baisse de la perte d'autonomie des 75 ans et plus y contribue pour l'essentiel (1,5 point).

Tableau 10 : Évolution de la perte d'autonomie entre 2015 et 2022 des personnes de 60 ans et plus, résidant à domicile.

	CARE, 2015		AUTONOMIE, 2022		Contribution à la différence de la part de personnes en perte d'autonomie entre 2015 et 2022 ¹	dont effet d'évolution de la structure par âge ¹	dont effet d'évolution du taux de perte d'autonomie par âge ¹
	Part de la population vivant à domicile (en %)	Part de seniors en perte d'autonomie (en %)	Part de la population vivant à domicile (en %)	Part de seniors en perte d'autonomie (en %)			
60-69 ans	48	4,3	46	3,5	-0,3	0,1	-0,4
70-74 ans	16	5,2	21	4,5	-0,3	-0,2	-0,1
75 ans ou plus	36	20,0	33	15,4	-1,9	-0,4	-1,5
Ensemble	100	10,1	100	7,6	-2,5	-0,5	-2,0

1. Contribution en points de pourcentage.

Note > Les effets de structure et d'évolution de ce tableau sont calculés à partir de tranches d'âges de cinq ans, et agrégés ensuite.

Lecture > Selon les enquêtes CARE et Autonomie, les individus de 75 ans ou plus, qui représentent 33 % de la population vivant à domicile et dont 15,4 % des individus sont en situation de perte d'autonomie en 2022, contribuent pour 1,9 point à la baisse du taux de personnes en perte d'autonomie dans l'ensemble de la population des personnes de 60 ans ou plus (qui est de 2,5 points). Cette contribution est d'abord liée à un effet d'évolution du taux de perte d'autonomie dans cette classe d'âge (effet de -1,5 point).

Champ > Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile en 2022 (respectivement 2015), n'ayant pas déménagé à l'étranger ou dans les DOM entre la collecte de l'enquête VQS 2021 (respectivement 2014) et celle de l'enquête Autonomie (respectivement CARE), France métropolitaine.

Source > DREES, enquête Autonomie Ménages, 2022, et enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) Ménages, volet seniors, 2015.

¹⁹ [Perte d'autonomie à domicile - Enquête autonomie 2022 - Drees - N° 1318 - Novembre 2024](#)

La raison principale de la baisse de la prévalence de la dépendance chez les plus de 60 ans vivant au domicile est la hausse de l'espérance de vie sans perte d'autonomie (de 0,8 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes). Les femmes vivent 85% de cette espérance de vie après 60 ans sans perte d'autonomie ; ce pourcentage est de 90% pour les hommes.

Fin 2022, une personne de 60 ans a une espérance de vie de 25,8 années dont 2,4 ans (9,3%) en moyenne avec APA.

Un rebond de la prévalence de la perte d'autonomie inévitable à partir de 2026

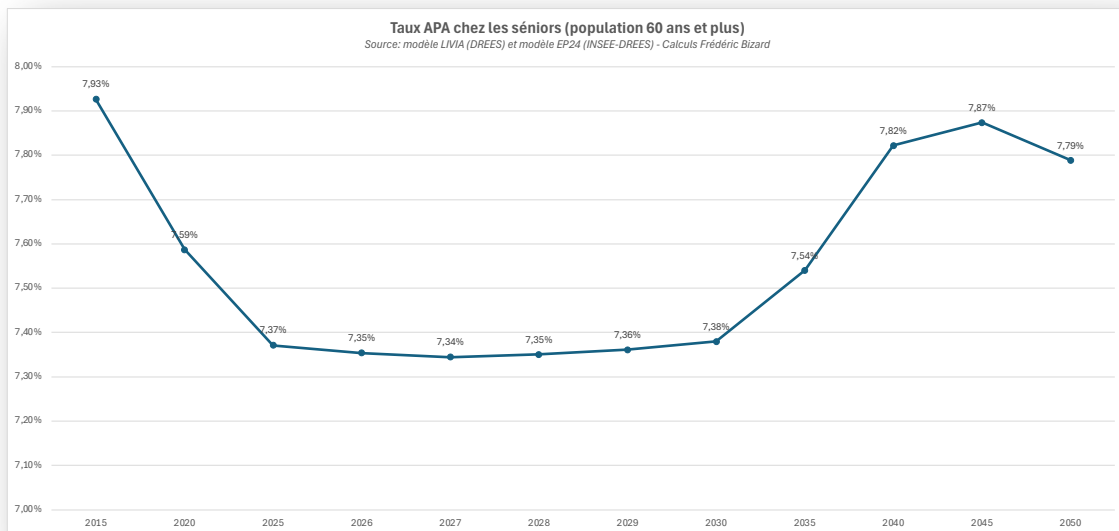
Si les résultats des enquêtes épidémiologiques sont intéressants sur le plan qualitatif, pour analyser l'évolution dans un passé récent de la dépendance en France, une certaine prudence s'impose sur les conclusions à tirer concernant la tendance épidémiologique de fond pour les années à venir.

Les modèles LIVIA (Drees) et EP24 (Drees, Insee) développés à partir de plusieurs enquêtes sont réputés comme les plus robustes. Nous nous appuyons sur leurs données de prévalence pour construire nos modèles économiques de gestion de la dépendance jusqu'en 2050.

Le scénario « *intermédiaire* »²⁰ de ces modèles prévoit une baisse des taux de bénéficiaires APA de 2015 à 2025, avec un point d'inflexion en 2026 à 7,35%.

Ce taux évoluerait à 7,4% en 2030 puis augmenterait d'un point à 7,54% en 2035 et à un pic de 7,87% en 2045, avant de baisser légèrement à 7,8%. On a donc bien une accélération du risque de perte d'autonomie à partir de ce mur de 2030, où les générations nées entre 1945 et 1960 se rapprocheront ou dépasseront les 80 ans.

Graph 5 : Taux de bénéficiaires de l'APA parmi les seniors d'ici à 2040



Sources : modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) -Scénario intermédiaire- Institut Santé

²⁰ Le scénario « intermédiaire » est un scénario relativement optimiste de l'évolution de la prévalence en France. Il prend l'hypothèse que : « les gains d'espérance de vie à 60 ans correspondent en totalité à des gains d'années de vie en autonomie ; la durée moyenne passée en dépendance modérée reste donc constante au fil du temps ».

Ainsi, malgré l'évolution positive de la prévalence de la dépendance en France ces dix dernières années, notre pays n'échappera pas à une forte montée des besoins, que le nouveau modèle devra intégrer. **Cette courbe montre l'urgence de la réforme systémique si le pays veut éviter une crise majeure sur cette problématique dans les années à venir.**

1.2. Le mur de 2030

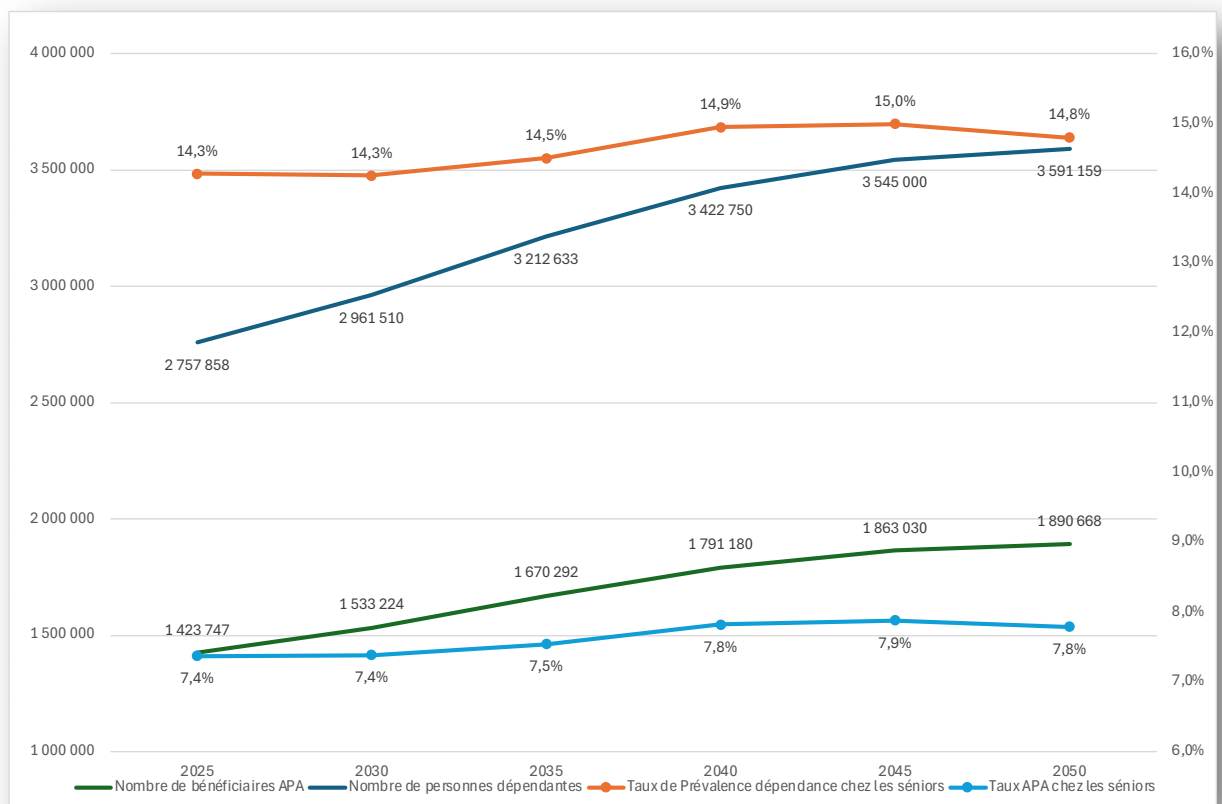
La loi d'airain de la démographie place les pouvoirs publics face à un compte à rebours dont on peut fixer la fin à 2030. Au-delà de ce point, tout effort de réforme sera vain tant les besoins seront exponentiels. Les cycles d'investissement et de transformation des modèles étant de l'ordre de 3 à 5 ans dans ce secteur comme en santé, on en déduit facilement l'urgence de la réforme.

L'évolution de la démographie d'ici à 2050 montre clairement un vieillissement de la population centré sur les plus de 75 ans dans les années 2020 et 2030. Les plus de 75 ans augmentent de 2 millions dans la décennie 2020 et de 1,5 million dans les décennies 2030 et 2040. Ils vont représenter 12,2% de la population en 2030 (contre 10,4% en 2025), 14,3% en 2040 et 16,4% en 2050.

Le début de ce mur démarre dès l'année 2026 où la première génération des boomers atteindra 80 ans. Ce point d'inflexion en 2026 est confirmé par la courbe précédente des taux d'APA dans la population des 60 ans et plus.

En utilisant le scénario « *intermédiaire* » des modèles Lipvia et EP 24, qui a démontré sa fiabilité sur les données 2015 à 2024, on peut réaliser des prévisions de la prévalence de la dépendance entre 2025 et 2050 en s'appuyant sur les principales données de la science.

Évolution du nombre (échelle de gauche) et du taux (échelle de droite) de bénéficiaires à l'APA et du nombre de personnes dépendantes de 2025 à 2050



Source : Modèle LIVIA (DREES)&modèle EP24 (INSEE-DREES)-Scénario intermédiaire-Calculs Institut Santé

La plus forte croissance de la prévalence de la dépendance en France se déroulera dans la décennie 2030. Si la hausse de la population des plus de 60 ans ralentit à partir de 2030, cette population supplémentaire de séniors présente des taux de dépendance et donc de bénéficiaires APA nettement plus élevés après 2030 (cf. tableau suivant).

Ainsi, le taux de dépendance chez la quantité additionnelle de « séniors » entre 2030 et 2035 est de 18,3% et atteint un pic de 28% entre 2035 et 2040.

Tableau 11 : Croissance du nombre et du taux de la prévalence de la dépendance entre 2025 et 2050 – Scénario intermédiaire

11 a : Croissance moyenne annuelle sur chaque période de 5 ans

N, %	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2040-2045	2045-2050
Population >60ans	292 272	275 056	149 536	150 350	124 758
Nombre de personnes dépendantes	40 730	50 225	42 023	24 450	9 232
Nombre de bénéficiaires APA	21 895	27 414	24 178	14 370	5 528
Taux dépendance des séniors	13,9%	18,3%	28,1%	16,3%	7,4%
Taux APA des séniors	7,5%	10,0%	16,2%	9,6%	4,4%
Taux APA des dépendants	53,8%	54,6%	57,5%	58,8%	59,9%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

11 b : Croissance sur la période donnée des cinq ans

N, %	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2040-2045	2045-2050
Population >60ans	1 461 360	1 375 280	747 680	751 750	623 790
Nombre de personnes dépendantes	203 652	251 123	210 117	122 250	46 159
Nombre de bénéficiaires APA	109 477	137 068	120 888	71 850	27 638
Taux dépendance des séniors	13,9%	18,3%	28,1%	16,3%	7,4%
Taux APA des séniors	7,5%	10,0%	16,2%	9,6%	4,4%
Taux APA des dépendants	53,8%	54,6%	57,5%	58,8%	59,9%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

Avec 2,1 millions de séniors supplémentaires dans la décennie 2030, on constate 461 000 personnes dépendantes supplémentaires, soit 22% contre seulement 14% entre 2025 et 2030. Le pic du taux de prévalence des séniors, en se basant sur la hausse de cette population, se déroule entre 2035 et 2040.

Le seuil de 3 millions de personnes dépendantes serait franchi en 2031 selon le scénario intermédiaire du modèle Livia, et les 3,5 millions en 2043.

Selon ce scénario, la France aurait 665 000 personnes dépendantes supplémentaires de 2025 à 2040, dont près de 370 000 (55%) seraient GIR 1-4, bénéficiaires de l'APA.

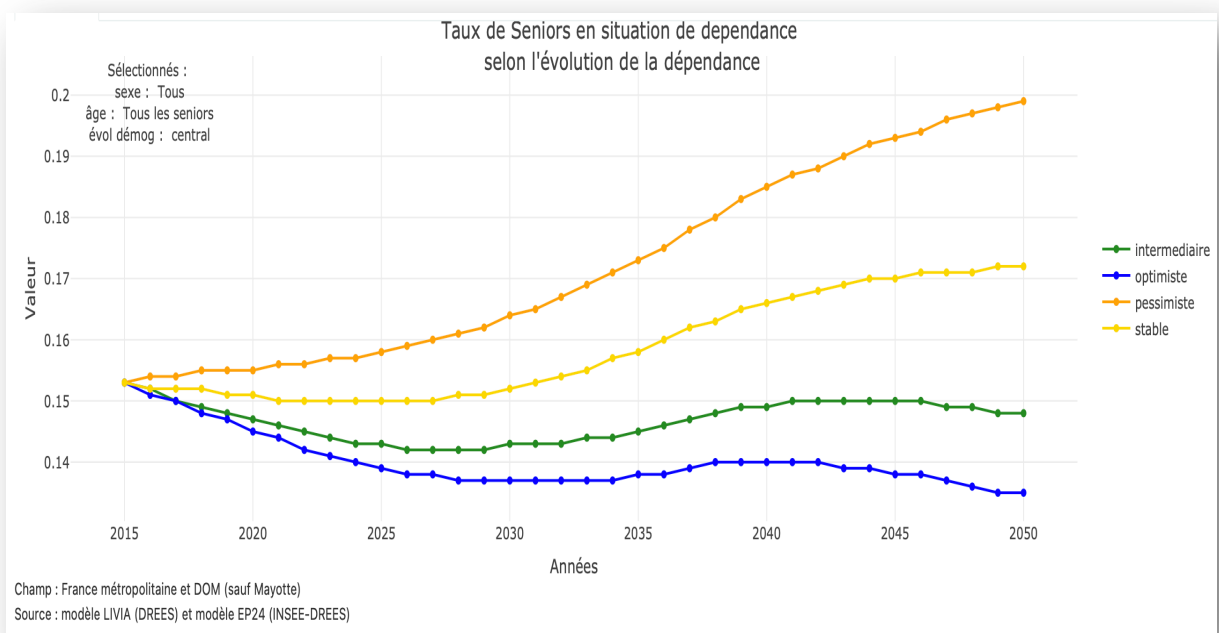
Une stagnation du taux de prévalence globale qui exigera une politique de prévention efficace

Ce scénario intermédiaire représente une version assez optimiste de l'évolution de la prévalence de la dépendance parmi la population des séniors. Dans ce scénario, les gains d'espérance de vie à 60 ans correspondent en totalité à des gains d'année de vie en autonomie ; la durée moyenne passée en dépendance modérée est supposée rester constante au fil du temps.

Dans ce scénario, la progression du taux de prévalence va de 14,3% en 2025 des séniors à un pic de 15% en 2045 puis une baisse à 14,8% en 2050.

Rappelons que le modèle LIVIA comporte quatre scénarii – optimiste, intermédiaire, stable et pessimiste - dont les deux derniers prévoient un taux de dépendance à 17,2% et 19,9% en 2050, respectivement.

Évolution des taux de dépendance de la population séniors de 2015 à 2050



Source : modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire

La réalisation du scénario intermédiaire d'ici à 2050 nécessitera l'instauration d'une politique de prévention de la dépendance structurée et efficace, sans quoi la France se situera dans l'un des autres scénarii stable ou pessimiste (voir III de cette partie 2).

Notons que le scénario stable – dans lequel la part des années en dépendance modérée dans l'espérance de vie à 60 ans reste constante – prévoit en 2050 une prévalence de 4,17 millions de personnes dépendantes, soit 580 000 personnes dépendantes supplémentaires par rapport au scénario intermédiaire.

Quant au scénario pessimiste – dans lequel les taux de dépendance par âge restent constants, les gains d'espérance de vie sans perte de dépendance sont faibles –, il prévoit en 2050 une prévalence de 4,8 millions de personnes dépendantes, soit 1,24 million de patients supplémentaires par rapport au scénario intermédiaire.

1.3. Scénario du virage domiciliaire à 75% en 2050

La prospective des besoins financiers futurs de la gestion du risque dépendance d'ici à 2050 dépendra de trois critères essentiels :

- La prévalence de la dépendance et l'intensité de cette dépendance, dont dépendra le taux de bénéficiaires APA parmi les personnes dépendantes (qualité du vieillissement, progrès médical) ;
- La valeur des prestations ;
- Les choix politiques concernant le virage domiciliaire.

La distribution actuelle entre le nombre de bénéficiaires APA domicile et établissements est de 60%/40%, avec une faible évolution depuis une décennie puisque la part de l'APA domicile était de 59% en 2015.

La valeur mensuelle de l'APA domicile est à peine plus élevée (de 24 € soit 6%, en moyenne) que celle de l'APA établissements, malgré le fait que l'accompagnement individuel a un coût unitaire sensiblement plus élevé que l'accompagnement collectif. Les dépenses totales APA sont autour de **6,9 Mrds d'euros en 2023 (0,24% PIB), dont 4,2 Mrds d'euros pour le domicile.**

Pour un virage domiciliaire avec 75% des personnes dépendantes à domicile

Dans l'hypothèse d'un virage domiciliaire accéléré dans les prochaines années, avec un objectif de 75% des personnes bénéficiaires de l'APA prises en charge à domicile en 2050, on obtient un montant total de l'APA de 9,3 Mrds € en 2030 (0,27% PIB), de 14,4 Mrds € en 2040 et de 20 Mrds € en 2050 (0,34% PIB).

Graph 7 : Évolution des dépenses APA dans l'hypothèse d'un virage domiciliaire avec un objectif de 75% en 2050 pour les bénéficiaires de l'APA

		R	R	R	R	P	P	P	P	P	P
		2015	2020	2022	2023	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Nombre de bénéficiaires	milliers										
	APA Domicile	748	782	794	816	842	981	1 119	1 290	1 379	1 418
	APA Etablissements	517	534	542	549	538	552	551	502	484	473
	APA Total	1 265	1 316	1 336	1 365	1 380	1 533	1 670	1 791	1 863	1 891
	Part de APA domicile	59%	59%	59%	60%	61%	64%	67%	72%	74%	75%
Dépenses annuelles	M€ courants										
	APA Domicile	3 263	3 730	4 025	4 225	4 529	6 072	7 963	10 553	12 974	15 346
	APA Etablissements	2 338	2 500	2 587	2 681	2 732	3 222	3 700	3 871	4 300	4 825
	APA Total	5 622	6 277	6 662	6 906	7 261	9 293	11 663	14 425	17 274	20 171
	APA total en % PIB		0,27%		0,24%	0,24%	0,27%		0,32%		0,34%
	Part de APA domicile	58%	59%	60%	61%	62%	65%	68%	73%	75%	76%
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire,											
	APA Domicile	365	396	423	431	448	516	593	682	784	902
	APA Etablissements	379	386	399	407	423	486	559	643	740	851
	APA Total	372	395	417	425	438	505	582	671	773	889

Hypothèses: Hausse moyenne annuelle de l'APA de 3% en nominal en établissement et à domicile

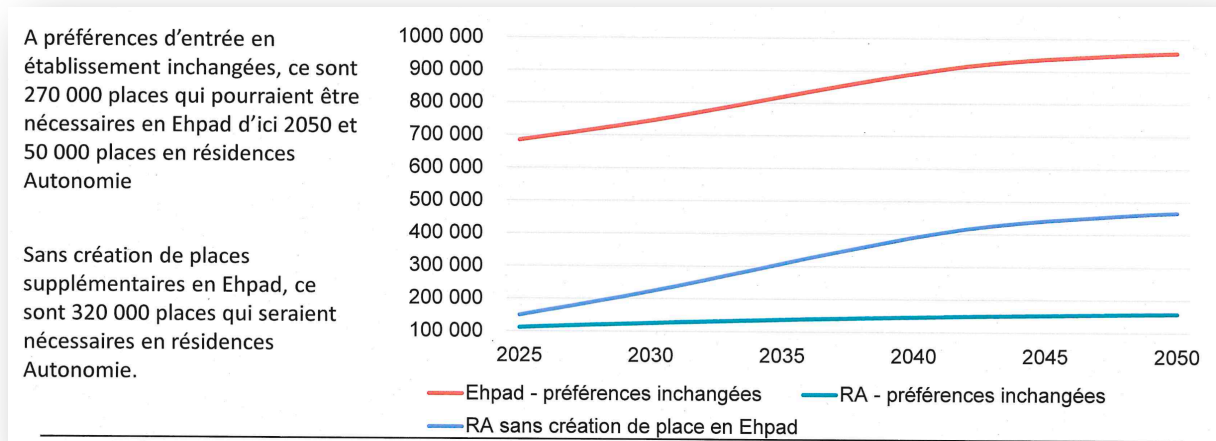
Source: Drees - Enquête aide sociale (réel) - Prévisions selon modèle LIVA (DREES) & modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

Les dépenses de l'APA évolueraient d'un quart de point PIB en 2025 à un tiers en 2050.

Une diminution progressive des résidents dans des établissements restructurés

La politique actuelle de la perte d'autonomie est contradictoire. Elle prône le virage domiciliaire tout en projetant une hausse significative des besoins d'hébergement dans les établissements. Ainsi, le Ministère chargé de l'autonomie et du handicap a présenté le 3 juin 2025 une projection à 2050 comprenant un besoin de 270 000 places supplémentaires en Ehpad et 50 000 en résidence autonomie.

Graph 8 : Projection des besoins d'hébergement selon le ministère



Source : Ministère chargé de l'autonomie et du handicap – 3/06/2025

Cette projection impliquerait la création de plus de 2 700 Ehpad supplémentaires, ce qui reviendrait à condamner le financement du virage domiciliaire. Le nouveau modèle proposé par l'Institut santé implique une réduction de ce type d'établissements et un développement des résidences type RSS (cf. partie 3).

Elle serait aussi un sérieux frein au développement de la silver économie, qui exige de privilégier le soutien à domicile.

Cette projection reflète **une politique en faveur du virage domiciliaire recherché par les Pouvoirs Publics mais pas assez assumée et affirmée. Elle devrait être franche et irréversible, tout en générant un débat sur les modalités pratiques et le calendrier.**

Nous verrons dans la troisième partie que le virage domiciliaire sollicite une profonde restructuration du secteur des établissements qui accueillent des personnes âgées, en particulier le segment dominant des Ehpad qui en accueillent plus de 80%.

Les besoins d'hébergement conditionnant l'avenir des investissements, de la formation et du recrutement des ressources humaines, le choix politique d'une réforme systémique devrait être acté rapidement pour orienter correctement les investissements. Il en va de la viabilité à court terme du système universel et solidaire dans un environnement fortement contraint en ressources.

Le virage domiciliaire impliquera une baisse significative à terme du nombre de personnes âgées dépendantes avec APA dans les établissements. Par rapport à un pic aujourd'hui de l'ordre de 600 000 personnes, le nombre de bénéficiaires APA en établissement serait autour de 550 000 résidents dans les années 2030, puis de 500 000 dans les années 2040 et 470 000 dans les années 2050 dans le nouveau modèle.

Cette baisse de l'ordre de 130 000 résidents APA en 25 ans devrait générer une sortie de l'ordre de 1600 établissements (sur un total de près de 7500 établissements actuellement) du segment des établissements médicalisés pour personnes âgées. Nous ne recommandons pas la fermeture de ces établissements mais leur transformation vers un modèle de type RSS.

Le nombre de bénéficiaires APA en établissement indique un ordre de grandeur et non un chiffre précis du nombre de résidents dans les établissements. Ainsi la dernière enquête EHPA 2019 de la Drees indiquait au 31/12/2019 la présence de 730 000 résidents en établissements, dont :

- 594 700 en Ehpad ;
- 29 800 en Unités de soins de longue durée ;
- 5 900 en Ehpa (établissements d'hébergements pour personnes âgées) ;
- 99 600 en résidence autonomie.

Projection des bénéficiaires de l'APA par GIR avec le virage domiciliaire

En 2023, les données de la Drees montrent que 20% des personnes à domicile sont GIR 1 ou 2 et 47% des personnes en établissement. Au total, 35% des bénéficiaires APA est GIR 1 ou 2, 21% GIR 3 et 44% GIR 4.

Le tableau suivant de la répartition des GIR par lieu de résidence montre une situation très **sous-optimale sur le plan économique et social**, si on considère que les GIR 1 & 2 devraient être essentiellement en établissement et les GIR 3 & 4 à domicile, à quelques exceptions près. 20% des personnes à domicile sont GIR 1 ou 2 et 43% des personnes en établissement sont GIR 3 ou 4.

Tableau 13 : Bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance et par lieu de prise en charge en 2023

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
Lieu / GIR					
En %					
Domicile	2%	18%	22%	58%	100%
Etablissement	13%	44%	19%	24%	100%
Total	6%	28%	21%	44%	100%
En nombre					
Domicile	16 320	146 860	179 520	473 280	815 980
Etablissement	71 370	241 560	104 310	131 760	549 000
Total	87 690	388 420	283 830	605 040	1 364 980
Part en domicile par GIR	19%	38%	63%	78%	
Part en établissement par GIR	81%	62%	37%	22%	
Total	100%	100%	100%	100%	
Champ: France hors Mayotte					
Source: Drees, enquête Aide sociale - Insee le 18/3/2025 - Calculs Institut Santé					

En supposant que la répartition par GIR des personnes dépendantes soit stable d'ici à 2050 dans le scénario intermédiaire, le virage domiciliaire à 75% des bénéficiaires APA conduirait à une répartition plus optimale pour la prise en charge, ce qui est un apport fondamental du virage domiciliaire.

Le virage domiciliaire est avant tout un devoir de la société pour garantir le bien-être de la population dans le respect des préférences individuelles. Mais c'est aussi une exigence économique pour optimiser l'allocation des ressources du secteur médico-social.

Nous avons vu dans la partie 1 (tableau 8) que le séjour en établissement était systématiquement plus coûteux en dépenses publiques à partir du GIR 2 (+17% en GIR 2 à +131% en GIR 4) que le séjour à domicile.

La bonne allocation de personnes très dépendantes en établissements spécialisés, exigeant un encadrement uniquement possible dans ces établissements, et des autres personnes à domicile (y compris les RSS) est un facteur clé de soutenabilité et d'efficacité du système. Ce sera le cas dans notre nouveau modèle, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 14 : Bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance et par lieu de prise en charge en 2050 selon le modèle de l'Institut Santé

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
En %					
Domicile	1%	14%	26%	59%	100%
Etablissement	23%	72%	5%	0,3%	100%
Total	6%	28%	21%	44%	100%
En nombre					
Domicile	14 180	198 520	368 680	836 620	1 418 000
Etablissement	107 301	339 605	24 523	1 571	473 000
Total	121 481	538 125	393 203	838 191	1 891 000
<i>Hypothèses: répartition par GIR des bénéficiaires APA est stable d'ici à 2050</i>					
<i>Source: Drees, enquête Aide sociale - Insee le 18/3/2025 - Calculs Institut Santé</i>					

Près d'une personne dépendante sur deux ne touche pas l'APA

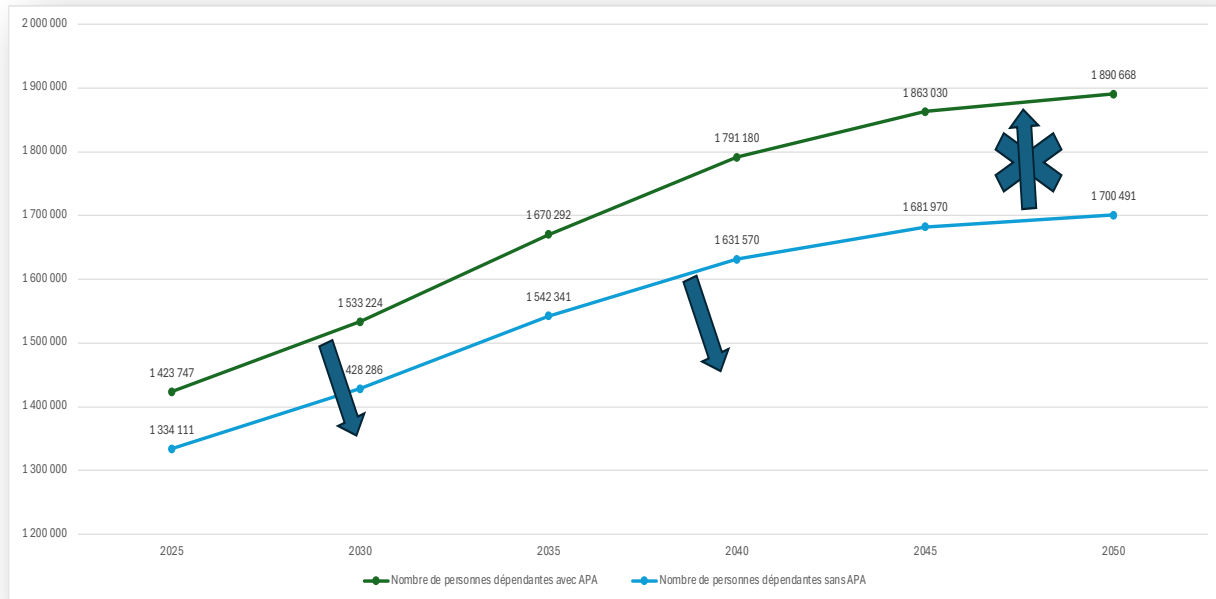
Une réflexion est à mener sur les quelque 1,7 million de personnes dépendantes qui ne perçoivent pas l'APA et qui ont un besoin d'accompagnement et de financement.

Ces personnes sont en théorie classées en GIR 5 & 6, les deux derniers Groupes Iso-ressources de la grille nationale AGGIR. Ils correspondent aux degrés de dépendance les plus faibles de cet outil permettant d'évaluer la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus.

Les personnes en Gir 5 sont en dépendance légère, i.e. relativement autonomes dans leurs activités. Elles se déplacent seules, mais peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et des ménages.

Il faut surtout les conserver le plus longtemps possible dans cet état, ce qui nécessite un accompagnement.

Graph 9 : Évolution du nombre de personnes dépendantes de 2025 à 2050, avec et sans APA



Source : modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

L'efficacité de la gestion des personnes dépendantes sans APA (courbe bleue) est vitale pour la soutenabilité du système.

Il faut viser à limiter le nombre de ce groupe (ainsi que celui du groupe de personnes dépendantes avec APA) en valeur absolue d'une part et à limiter le transfert des personnes de ce groupe vers le groupe des personnes avec APA (courbe verte) d'autre part.

II. Modélisation des besoins de financement d'ici à 2050

2.1. Les besoins des seniors fragiles

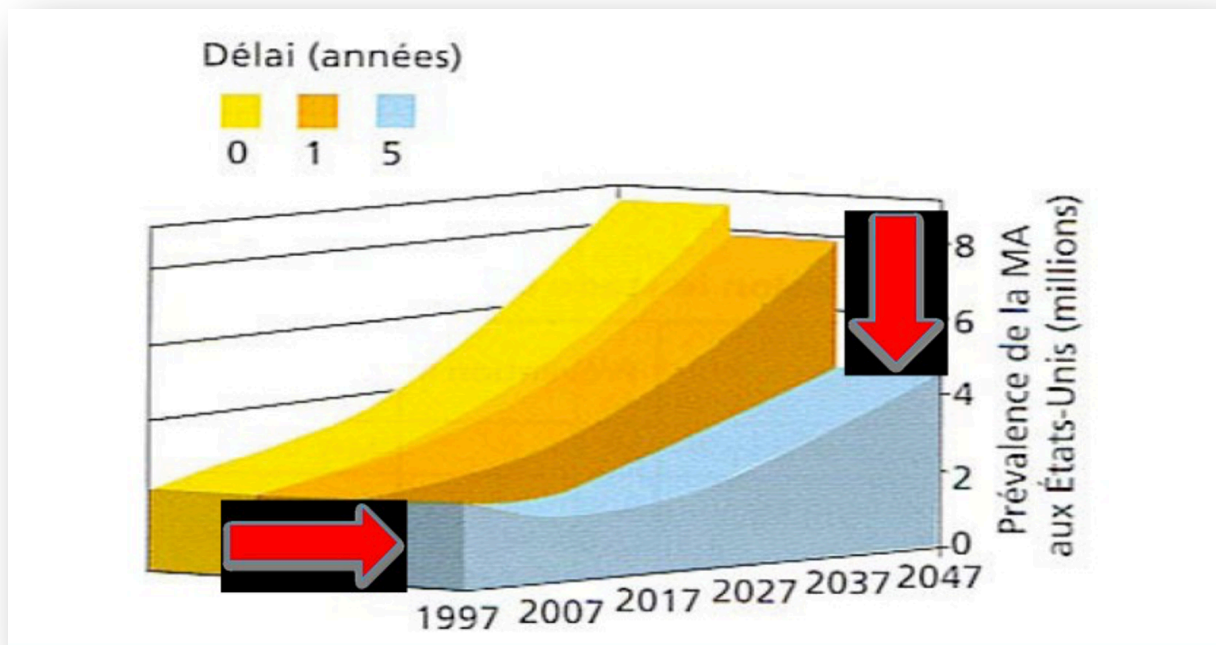
La gestion efficace du risque dépendance exige d'identifier le plus tôt possible les seniors fragiles pour les accompagner dans un plan d'aides piloté par un care manager (cf partie1).

C'est ce maillon faible du risque dépendance sur lequel le système de prévention doit se focaliser. Pour cela, il faut les dépister précocement et les accompagner efficacement.

Une étude américaine publiée en 1998²¹ a montré que la prévalence de la maladie d'Alzheimer aux USA était de 2,3 millions en 1997. Elle devrait quadrupler d'ici à 2047. Selon cette étude, si des interventions médico-sociales étaient menées pour reporter le début de la maladie de :

- +1 an, la prévalence baisserait de 800 000 cas ;
- +2 ans, la prévalence baisserait de 2 millions de cas.

Schéma 1 : Effets potentiels d'une intervention qui retarderait l'âge de début d'une maladie chronique telle que la maladie Alzheimer



Source : [R Brookmeyer](#), [S Gray](#), [C Kawas](#) - [ici](#)

Dans notre nouveau modèle, une politique de prise en charge de la population de seniors fragiles par des *care managers* aura pour vocation de ramener un maximum de cette population dans

²¹ Brookmeyer R, Gray S, Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the US and the public health impact of delaying disease onset. *Am J Public Health*, 1998 Sept. [Ici](#)

un profil robuste et de reporter le plus tard possible l'évolution de certains de ces seniors dans la dépendance.

Des personnes fragiles souvent plus précaires

En 2023, 27% de la population (18,6 M) a plus de 60 ans, dont 36% (6,8 M) a plus de 75 ans et 12% plus de 85 ans (2,3 M). En 2050, la part des plus de 60 ans serait de 33% (24,3 M), dont 50% auront plus de 75 ans.

Si le niveau de vie des seniors est en moyenne légèrement plus élevé que l'ensemble de la population, celui des personnes âgées en restriction d'activité est plus souvent modeste.

Ainsi le taux de pauvreté des plus de 60 ans est de 11,1% contre 15,7% pour les moins de 60 ans, mais de 16,5% parmi les seniors en restriction d'activité²².

Nous avons vu dans la partie 1 que 14,3% de la population des seniors étaient considérés comme dépendants en 2025, cette proportion progressant à 14,8% en 2050. Selon la Drees²³, 26% des seniors déclarent au moins une restriction d'activité sévère, soit 4,9 M en 2023, contre 47% chez les 75 ans et plus (ce qui revient à 13,8% des 60-75 ans).

A partir de l'évaluation des personnes disposant d'au moins une restriction d'activités, on peut estimer le nombre de personnes fragiles non dépendantes (et non bénéficiaires de l'APA).

On estime un taux de prévalence de la fragilité (personnes fragiles mais non dépendantes APA) qui augmente de 11,2% et 15,6% de la population des seniors d'ici à 2050.

Tableau 15 : Évaluation de la prévalence des seniors fragiles non dépendants d'ici à 2050

	2023	2050
>60 ans	18 662 427	24 354 225
Au moins une restriction d'activité (26%)	4 852 231	7 394 182
Nombre de seniors dépendants	2 757 858	3 591 159
Nombre de seniors fragiles non dépendants APA	2 094 373	3 803 023
Taux de fragilité	11,2%	15,6%
Sources : Drees - Calculs Institut Santé		

L'impact du vieillissement accéléré sur le quart de siècle 2025-2050 conduit à une hausse du nombre de personnes fragiles de l'ordre de 1,7 million sur la période, soit plus de 60 000 personnes fragiles supplémentaires par an.

La gestion de ces personnes fragiles sera confiée à la CNAV qui dispose déjà d'un budget et d'un programme dédiés (cf. partie 1 ; 3.1.3). La montée en puissance de ces actions sera un axe clé du nouveau modèle (partie 3 ; 3.3.2).

²² *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées – Éditions 2024 - Drees*

²³ [*Perte d'autonomie à domicile – Études et résultats – Novembre 2024- N° 1318*](#)

2.2. Prospective des dépenses des personnes dépendantes

A partir des prévisions du scénario intermédiaire du modèle Livia, nous obtenons une évaluation du nombre de personnes dépendantes bénéficiaires ou non de l'APA d'ici à 2050.

A partir de cette prospective de la prévalence, nous évaluons l'évolution des coûts moyens de la prise en charge en établissement et à domicile en prenant en compte l'inflation et les salaires. Cette prévision des dépenses publiques est réalisée en euros courants et en % du PIB.

Elle prend en compte deux scénarii :

- Sans le virage domiciliaire, avec le maintien du ratio domicile/établissement actuel d'ici à 2050 (60/40).
- Avec le virage domiciliaire, avec une évolution de ce ratio à 75/25 d'ici à 2050.

Voyons d'abord l'hypothèse sans le virage domiciliaire. La répartition en 2050 des personnes dépendantes est donc de 60/40 entre le domicile et les établissements.

Concernant le coût prévisionnel par personne, le modèle prévoit un rattrapage des tarifs de prise en charge sur la période 2025-20230 avec une hausse annuelle de 5%, contre 3,6% par an de 2030 à 2035 et 4% ensuite.

Les dépenses publiques évoluent de 1,15% du PIB (34,2 Mrds €) en 2025, à 1,35% PIB en 2030 et 1,97% PIB en 2050.

Tableau 16 : Évaluation de la dépense publique pour l'autonomie des personnes âgées de 2025 à 2050, sans le virage domiciliaire

N, €		2025	2030	2035	2040	2045	2050
Prévalence (N)	Etablissements	583 736	613 290	668 117	716 472	745 212	756 267
	Domicile	826 000	919 934	1 002 175	1 074 708	1 117 818	1 134 401
	Total	1 409 736	1 533 224	1 670 292	1 791 180	1 863 030	1 890 668
Coûts par personne (€)	Etablissements	34 677	43 346	51 148	61 378	73 654	88 384
	Domicile	16 931	21 164	24 974	29 968	35 962	43 154
	Total	20 242 105 888	26 583 651 002	34 173 032 524	43 975 582 382	54 887 483 439	66 842 092 513
Dépenses totales (€)	Etablissements	13 985 171 200	19 469 491 642	25 027 847 795	32 207 097 271	40 198 819 943	48 954 207 283
	Domicile	34 227 277 088	46 053 142 643	59 200 880 319	76 182 679 653	95 086 303 381	115 796 299 796
	Total	1,15%	1,34%	1,49%	1,68%	1,84%	1,97%
Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé							
Hypothèses	Conservation du rapport 60/40 dans la répartition des seniors dépendants domicile/établissement						
	Scénario économique médian (productivité réelle 1,3 % - chômage 7 %), effectifs de personnes âgées dépendantes intermédiaires (GIR 1 à 4, tous modes d'hébergement confondus, France entière) et indexations « mi-prix, mi-salaires ».						
	Hausse des coûts par personne de 25% en 2025-2030, de 18% de 2030-2035 puis de 20% ensuite sur les périodes quinquennales						

Des prévisions de l'Institut Santé proches de celle de la Drees de 2017

Selon une étude de 2017 de la Drees²⁴, les dépenses totales (publiques et privées) de prise en charge des personnes âgées dépendantes étaient de 30 Mrds € en 2014, soit 1,4 % PIB. En

²⁴ Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici en 2060 - Octobre 2017 - Drees- N° 1032, ici

considérant uniquement les dépenses publiques, on obtient 1,11% PIB et 23,7 Mrds €, soit près de 80% de la dépense totale. Ces sommes couvrent les soins, la dépendance et l'hébergement.

Tableau 17 : Prévisions de la dépense publique en % PIB des personnes âgées dépendantes d'ici à 2050 selon l'étude 2017 de la Drees, et écart avec le modèle Institut Santé sans virage domiciliaire

Années	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
% PIB	1,25%	1,32%	1,40%	1,54%	1,70%	1,81%	1,90%
Ecart Drees / Institut Santé		0,07%	0,07%	0,05%	0,02%	-0,02%	-0,07%

Source : Étude Drees, Octobre 2017, N° 1032 – Calculs Institut Santé

Comme dans notre modèle, la croissance la plus forte dans les prévisions de la Drees se réalise de 2030 à 2045, avec un pic entre 2035 et 2040. Le modèle de la Drees est assis sur une répartition quasi constante entre l'établissement et le domicile. On observe un écart quasi nul en 2040 et de 0,07 point de PIB en 2050 par rapport au scénario de l'Institut Santé sans le virage domiciliaire.

Le coût de l'inaction politique sur le virage domiciliaire

Le scénario de l'Institut Santé d'un virage domiciliaire progressif atteignant 75% en 2050 permet de mesurer les économies générées par cette politique, que nous pouvons considérer aussi comme un coût de l'inaction politique en le comparant au scénario sans le virage domiciliaire.

Pour le calculer, on projette les dépenses publiques autonomie d'ici à 2050 avec le virage domiciliaire à 75%.

Tableau 18 : Évaluation de la dépense publique autonomie des personnes âgées de 2025 à 2050, avec le virage domiciliaire

N, €		2025	2030	2035	2040	2045	2050
Prévalence (N)	Etablissements	583 736	551 961	551 196	501 531	484 388	472 667
	Domicile	826 000	981 263	1 119 096	1 289 650	1 378 642	1 418 001
	Total	1 409 736	1 533 224	1 670 292	1 791 180	1 863 030	1 890 668
Coûts par personne (€)							
	Etablissements	34 677	43 346	51 148	61 378	73 654	88 384
	Domicile	16 931	21 164	24 974	29 968	35 962	43 154
Dépenses totales (€)	Etablissements	20 242 105 888	23 925 285 901	28 192 751 833	30 782 907 668	35 676 864 235	41 776 307 820
	Domicile	13 985 171 200	20 767 457 751	27 947 766 338	38 648 520 082	49 578 542 726	61 192 759 104
	Total (€)	34 227 277 088	44 692 743 652	56 140 518 171	69 431 427 749	85 255 406 961	102 969 066 925
	% de PIB	1,15%	1,30%	1,41%	1,53%	1,65%	1,75%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

Hypothèses		0,017544627
	Evolution vers un ratio 75/25 dans la répartition des seniors dépendants domicile/établissement	
	Scénario économique médian (productivité réelle 1,3 % - chômage 7 %), effectifs de personnes âgées dépendantes intermédiaires (GIR 1 à 4, tous modes d'hébergement confondus, France entière) et indexations « mi-prix, mi-salaires ».	
	Hausse de 15% en 2025-2030, de 18% de 2030-2035 puis de 20% ensuite sur les périodes quinquennales	

Par différence des dépenses entre les deux scénarii de notre modèle, nous obtenons les coûts de l'inaction politique de la non-réalisation du virage domiciliaire d'ici à 2050.

Tableau 19 : Écart des dépenses publiques avec ou sans virage domiciliaire pour les personnes âgées dépendantes d'ici à 2050

		2030	2035	2040	2045	2050
Dépenses totales (M€)	Sans virage domiciliaire	46 053	59 201	76 183	95 086	115 796
	Avec virage domiciliaire	44 693	56 141	69 431	85 255	102 969
Dépenses totales (%PIB)	Sans virage domiciliaire	1,34%	1,49%	1,68%	1,84%	1,97%
	Avec virage domiciliaire	1,30%	1,41%	1,53%	1,65%	1,75%
Coût de l'inaction	En M€	1 360	3 060	6 751	9 831	12 827
	en %	3%	5%	10%	12%	12%
	En % PIB	0,04%	0,08%	0,15%	0,19%	0,22%

Source : modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario intermédiaire - Calculs Institut Santé

Le coût est significatif puisqu'il atteint **0,15% PIB en 2040 et 0,22% PIB en 2050**. A ce coût s'ajoute le reste à charge élevé des établissements et le coût social des personnes qui souhaiteraient rester à domicile au lieu de devoir aller en établissement.

A ce coût s'ajoute aussi celui du faible développement de la silver économie qui est consubstantiel de la réalisation du virage domiciliaire.

Le virage domiciliaire modifie la répartition des dépenses

La projection des dépenses à 2050 dépend en partie du lieu de la prise en charge (surtout pour la part de l'hébergement et pour les coûts de la dépendance).

Sans considérer le virage domiciliaire, nous obtenons des résultats proches de ceux de l'étude de la Drees de 2017.

Tableau 20 : Répartition des dépenses publiques autonomie en 2050, sans virage domiciliaire, selon le modèle de l'Institut Santé

20 a : Dépenses en % des dépenses publiques

En % des dépenses publiques	2030	2045	2050
Santé	48%	48%	47%
Perte d'autonomie	39%	38%	38%
Hébergement	14%	14%	15%
Total	100%	100%	100%

Source : Étude Drees, Octobre 2017, N° 1032 – Calculs Institut Santé

20 b : Dépenses en millions d'euros courants

En M €	2030	2045	2050
Santé	22 040	45 179	54 947
Perte d'autonomie	17 763	36 248	43 958
Hébergement	6 250	13 659	16 891
Total	46 053	95 086	115 796
<i>Source : Travaux Institut Santé – Calculs Institut Santé</i>			

En considérant un virage domiciliaire à 75% en 2050, on obtient une répartition en 2050 laissant une plus grande part à la perte d'autonomie (44% au lieu de 38%) et une moindre part à l'hébergement (9% au lieu de 15%).

Il s'agit de dépenses publiques, sachant qu'il existe un reste à charge de l'ordre de 20% des dépenses totales (35% en établissement et 5% à domicile) dans le système actuel.

Tableau 21 : Répartition des dépenses publiques autonomie en 2050, avec virage domiciliaire selon le modèle de l'Institut Santé

21 a : en % des dépenses publiques totales

En % des dépenses publiques	2030	2045	2050
Santé	48%	48%	47%
Perte d'autonomie	39%	42%	44%
Hébergement	14%	10%	9%
Total	100%	100%	100%

Source : Travaux de l'Institut Santé 2025 – Calculs Institut Santé

21 b : En millions d'euros courants

En M €	2030	2045	2050
Santé	21 389	40 508	48 861
Perte d'autonomie	17 239	35 807	45 306
Hébergement	6 065	8 526	9 267
Total	44 693	85 255	102 969

Source : Travaux de l'Institut Santé 2025 - Scénario Intermédiaire modèle Livia – Calculs Institut Santé

22 c : En % PIB

En % PIB	2030	2045	2050
Santé	0,62%	0,78%	0,83%
Perte d'autonomie	0,50%	0,69%	0,77%
Hébergement	0,18%	0,16%	0,16%
Total	1,30%	1,65%	1,75%

Source : Travaux de l'Institut Santé 2025 - Scénario Intermédiaire modèle Livia – Calculs Institut Santé

III. Le coût de l'inaction sur la prévention du risque

Comme pour le virage domiciliaire, nous avons fait le choix d'utiliser le concept économique de « *coût de l'inaction* » utilisé dans certains pays anglo-saxons. Alors que la France évalue des économies générées par des actions ponctuelles, l'exigence de réforme systémique pour réaliser autant le virage domiciliaire que le virage préventif s'exprime mieux dans un concept qui mesure en réalité l'absence de réforme systémique.

Le coût de l'inaction politique le plus élevé serait probablement de ne pas mettre en place de politiques du bien vieillir et de prévention du risque dépendance efficaces, qui conduirait à une hausse de la prévalence de la perte d'autonomie supérieure au scénario intermédiaire utilisé jusqu'à présent.

Rappelons que ce scénario intermédiaire du modèle Livia part de l'hypothèse que les gains d'espérance de vie à 60 ans des prochaines années correspondent en totalité à des gains de vie sans perte d'autonomie.

Pour évaluer ce coût, nous allons prendre deux autres scénarii moins optimistes du modèle Livia :

- **Scénario stable** : La part des années en dépendance modérée dans l'espérance de vie à 60 ans reste constante ;
- **Scénario pessimiste** : le taux de dépendance par âge reste constant, les gains d'espérance de vie des seniors sans perte d'autonomie sont faibles.

Pour ces deux scénarii, nous calculerons les dépenses prévisionnelles des personnes âgées dépendantes selon les deux hypothèses avec et sans virage domiciliaire à 75% en 2050. Nous en déduirons ensuite le coût de l'inaction de ce virage pour chaque scénario puis le coût de la double inaction en matière de virage domiciliaire et de prévention de la dépendance.

Scénario stable

Tableau 22 : Évaluation de la dépense publique autonomie de la personne âgée, sans virage domiciliaire, dans le scénario stable de 2025 à 2050

Nombre de personnes		2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Etablissements	583 736	650 634	721 275	787 588	835 108	864 460
	Domicile	826 000	975 951	1 081 912	1 181 382	1 252 662	1 296 689
	Total	1 409 736	1 626 585	1 803 187	1 968 970	2 087 770	2 161 149
Coûts par personne (€)							
	Etablissements	34 677	43 346	51 148	61 378	73 654	88 384
	Domicile	16 931	21 164	24 974	29 968	35 962	43 154
Dépenses totales (€)	Etablissements	20 242 105 888	28 202 381 364	36 891 965 427	48 340 525 858	61 508 646 453	76 404 594 245
	Domicile	13 985 171 200	20 655 026 964	27 019 155 965	35 403 920 406	45 048 066 495	55 957 648 893
	Total (€)	34 227 277 088	48 857 408 328	63 911 121 392	83 744 446 264	106 556 712 947	132 362 243 137
	% de PIB	1,15%	1,42%	1,61%	1,84%	2,06%	2,26%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario stable - Calculs Institut Santé

Hypothèses	Conservation du rapport 60/40 dans la répartition des seniors dépendants domicile/établissement
	Scénario économique médian (productivité réelle 1,3 % - chômage 7 %), effectifs de personnes âgées dépendantes intermédiaires (GIR 1 à 4, tous modes d'hébergement confondus, France entière) et indexations « mi-prix, mi-salaires ».
	Hausse de 15% en 2025-2030, de 18% de 2030-2035 puis de 20% ensuite sur les périodes quinquennales

Tableau 23 : Évaluation de la dépense publique autonomie de la personne âgée, avec virage domiciliaire, dans le scénario stable de 2025 à 2050

Nombre de personnes N		2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Etablissements	583 736	585 571	595 052	551 312	542 820	540 287
	Domicile	826 000	1 041 014	1 208 135	1 417 658	1 544 950	1 620 862
	Total	1 409 736	1 626 585	1 803 187	1 968 970	2 087 770	2 161 149
Coûts par personne (€)							
	Etablissements	34 677	39 878	47 056	56 468	67 761	81 313
	Domicile	16 931	19 471	22 976	27 571	33 085	39 702
Dépenses totales (€)	Etablissements	20 242 105 888	23 351 571 769	28 001 001 759	31 131 298 653	36 782 170 579	43 932 641 691
	Domicile	13 985 171 200	20 269 466 461	27 757 679 561	39 085 928 128	51 114 539 449	64 351 296 226
	Total (€)	34 227 277 088	43 621 038 230	55 758 681 321	70 217 226 781	87 896 710 028	108 283 937 917
	% de PIB	1,15%	1,26%	1,40%	1,55%	1,70%	1,85%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario stable - Calculs Institut Santé

Hypothèses Evolution vers un ratio 75/25 dans la répartition des séniors dépendants domicile/établissement

Scénario économique médian (productivité réelle 1,3 % - chômage 7 %), effectifs de personnes âgées dépendantes intermédiaires (GIR 1 à 4, tous modes d'hébergement confondus, France entière) et indexations « mi-prix, mi-salaires ».

Hausse de 15% en 2025-2030, de 18% de 2030-2035 puis de 20% ensuite sur les périodes quinquennales

Scénario pessimiste

Tableau 24 : Évaluation de la dépense publique autonomie de la personne âgée, sans virage domiciliaire, dans le scénario pessimiste de 2025 à 2050

Nombre de personnes		2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Etablissements	583 736	694 616	781 501	866 806	936 031	988 496
	Domicile	826 000	1 041 924	1 172 252	1 300 209	1 404 046	1 482 743
	Total	1 409 736	1 736 540	1 953 753	2 167 015	2 340 077	2 471 239
Coûts par personne (€)							
	Etablissements	34 677	43 346	51 148	61 378	73 654	88 384
	Domicile	16 931	21 164	24 974	29 968	35 962	43 154
Dépenses totales (€)	Etablissements	20 242 105 888	30 108 825 136	39 972 442 198	53 202 763 192	68 941 966 244	87 367 420 329
	Domicile	13 985 171 200	22 051 279 536	29 275 253 772	38 964 954 559	50 492 125 234	63 986 668 338
	Total (€)	34 227 277 088	52 160 104 672	69 247 695 970	92 167 717 751	119 434 091 477	151 354 088 667
	% de PIB	1,15%	1,51%	1,74%	2,03%	2,31%	2,58%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario pessimiste - Calculs Institut Santé

Hypothèses Conservation du rapport 60/40 dans la répartition des séniors dépendants domicile/établissement

Scénario économique médian (productivité réelle 1,3 % - chômage 7 %), effectifs de personnes âgées dépendantes intermédiaires (GIR 1 à 4, tous modes d'hébergement confondus, France entière) et indexations « mi-prix, mi-salaires ».

Hausse de 15% en 2025-2030, de 18% de 2030-2035 puis de 20% ensuite sur les périodes quinquennales

Tableau 25 : Évaluation de la dépense publique autonomie de la personne âgée avec virage domiciliaire dans le scénario pessimiste de 2025 à 2050

Nombre de personnes N		2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Etablissements	583 736	625 154	644 738	606 764	608 420	617 810
	Domicile	826 000	1 111 386	1 309 015	1 560 251	1 731 657	1 853 429
	Total	1 409 736	1 736 540	1 953 753	2 167 015	2 340 077	2 471 239
Coûts par personne (€)							
	Etablissements	34 677	39 878	47 056	56 468	67 761	81 313
	Domicile	16 931	19 471	22 976	27 571	33 085	39 702
Dépenses totales (€)	Etablissements	20 242 105 888	24 930 107 213	30 339 083 628	34 262 579 496	41 227 295 814	50 236 266 689
	Domicile	13 985 171 200	21 639 655 651	30 075 444 042	43 017 309 833	57 291 731 432	73 584 668 589
	Total (€)	34 227 277 088	46 569 762 864	60 414 527 670	77 279 889 329	98 519 027 245	123 820 935 278
	% de PIB	1,15%	1,35%	1,52%	1,70%	1,90%	2,11%

Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Scénario pessimiste - Calculs Institut Santé

Hypothèses Evolution vers un ratio 75/25 dans la répartition des séniors dépendants domicile/établissement

Scénario économique médian (productivité réelle 1,3 % - chômage 7 %), effectifs de personnes âgées dépendantes intermédiaires (GIR 1 à 4, tous modes d'hébergement confondus, France entière) et indexations « mi-prix, mi-salaires ».

Hausse de 15% en 2025-2030, de 18% de 2030-2035 puis de 20% ensuite sur les périodes quinquennales

Le coût de l'inaction politique en matière de prévention du bien vieillir

En considérant l'hypothèse du virage domiciliaire pour les trois scénarii, nous pouvons mesurer le coût (brut) de l'inaction politique dans la prévention. On obtient **un coût compris entre 0,11% PIB et 0,37% PIB**. A ces coûts s'ajoutent les externalités négatives (économiques et sociales) de la hausse de la prévalence de la dépendance dans la société.

Tableau 26 : Le coût de l'inaction politique en prévention du bien vieillir (en milliards d'euros courants, en % PIB, avec virage domiciliaire, de 2030 à 2050)

		2030	2035	2040	2045	2050
En M€	Stable	1 180	1 875	2 240	3 727	6 189
	Pessimiste	4 281	6 719	9 449	14 481	21 851
En % PIB	Stable	0,03%	0,05%	0,05%	0,07%	0,11%
	Pessimiste	0,12%	0,17%	0,21%	0,28%	0,37%
Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Travaux Institut Santé 2025						

La double peine d'une inaction politique en prévention et dans le virage domiciliaire

L'absence de virage domiciliaire pour les scénarii stable et pessimiste revient à mesurer la double peine pour la France. Avec le scénario pessimiste, l'absence de virage domiciliaire aurait un coût de l'ordre de 0,82% du PIB (près de 50 Mrds € en 2050) et de 0,50% de PIB avec le scénario stable (près de 30 Mrds €).

L'investissement dans la politique de prévention suggérée par notre nouveau modèle aurait donc une rentabilité forte sur le plan financier, économique et humain.

Tableau 27 : La double peine : coûts de l'inaction politique dans la politique de prévention et dans le virage domiciliaire (en milliards d'euros courants, en % PIB) de 2030 à 2050

		2030	2035	2040	2045	2050
En M€	Stable	4 165	7 771	14 313	21 301	29 393
	Pessimiste	7 467	13 107	22 736	34 179	48 385
En % PIB	Stable	0,12%	0,20%	0,32%	0,41%	0,50%
	Pessimiste	0,22%	0,33%	0,50%	0,66%	0,82%
Source: modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES) - Institut Santé 2025						

IV. La silver économie : un marché à fort potentiel

La gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées n'est pas qu'une affaire d'organisation d'une politique publique et de maîtrise de dépenses publiques, c'est aussi créer les conditions pour saisir des opportunités de développement économique considérables. C'est transformer un secteur aujourd'hui en grande souffrance économique et sociale en une machine à fabriquer de la croissance économique et de la cohésion sociale.

La *silver économie*, appelée aussi *économie des seniors*, désigne l'ensemble des activités économiques et sociales destinées à répondre aux besoins des personnes âgées. Avec l'arrivée du mur de 2030 énoncé précédemment, ce secteur s'impose comme une priorité stratégique, autant pour améliorer la qualité de vie des seniors que pour stimuler **l'innovation technologique et l'économie**.

La silver économie dépend du succès du virage domiciliaire

Ce secteur est structuré autour de trois axes : le soutien à domicile, la santé et le bien-vieillir.

Le soutien à domicile doit permettre aux seniors de rester dans leur environnement familial, ou à défaut d'avoir un nouveau domicile dans une résidence services seniors, tout en préservant leur autonomie. Ce domaine englobe les services à la personne, des solutions de transport adaptées, des outils de communication simplifiés, des dispositifs de sécurité tels que la téléassistance et l'adaptation des logements aux besoins spécifiques.

La santé s'étend de la prévention primaire à la télémédecine, en passant par les objets connectés et les solutions nutritionnelles.

L'axe du **bien-vieillir** regroupe toutes les initiatives visant à améliorer la qualité de vie des seniors, que ce soit par le biais des loisirs, des commerces dédiés et des opportunités professionnelles dédiées.

Même si l'État a tenté de favoriser l'extension de la silver économie ces dernières années, le modèle actuel de gestion de la dépendance centré sur les établissements, et non sur le préventif et le domiciliaire, n'est pas compatible avec l'exploitation pleine et entière du potentiel de ce secteur.

Le nouveau modèle proposé par l'Institut Santé est un engagement politique de long terme pour mettre à disposition des seniors une politique publique soutenable pour les trois axes de la silver économie. Il doit inciter fortement le secteur privé, dont la French tech, à investir massivement dans chaque axe avec la garantie d'une politique publique cohérente et stable dans cette direction.

Le modèle doit faire le pari de l'innovation technologique accessible individuellement et de la prolongation le plus longtemps possible de l'autonomie (le pari de l'autonomie sur la dépendance). Ces innovations servent davantage à gérer l'autonomie que la dépendance, donc le modèle doit aussi faire ce pari.

Un marché qui peut doubler d'ici aux années 2030

Le marché de la silver économie est estimé par Xerfi²⁵ à hauteur de 60 milliards d'euros au début des années 2020, soit autour de 2% du PIB, avec un potentiel de développement à 130 milliards d'euros à l'horizon 2030, soit 3,8% de PIB, selon le Ministère de l'économie et des Finances²⁶.

Les opportunités de ce secteur sont multiples et accessibles pour les start-ups, les PME, les ETI et les grands groupes. Avec un modèle public centré sur la prévention du risque et le soutien à domicile, soutenable à long terme, l'écosystème sera très attractif pour l'investissement et les innovations.

En solvabilisant un marché dont la croissance est garantie pour plusieurs décennies, l'État par une politique publique visionnaire, juste et ambitieuse, devrait être un pilier porteur pour un secteur à très fort potentiel économique.

Créer un leadership en Europe sur la silver tech

C'est en partie par les innovations technologiques et sociales que la transition vers un vieillissement démographique inéluctable, centré sur le grand âge dans les années à venir, sera compatible avec une amélioration de la qualité de vie des seniors et un fort dynamisme économique.

La silver économie est un levier de développement économique national mais aussi local à l'échelle des territoires, dont certains, en milieu rural, possèdent une part surreprésentée de personnes âgées. Il existe une logique d'économie circulaire et les emplois créés sont pour la plupart non délocalisables.

Les innovations technologiques, les services adaptés et les produits de santé connectés vont transformer le quotidien des seniors, tout en ouvrant de nouvelles perspectives pour les entrepreneurs.

Le succès de la French tech peut permettre à la France de devenir *un leader européen dans la silver tech*. Les avancées technologiques dans la télémédecine, la robotique et l'intelligence artificielle, entre autres, ouvrent un champ immense d'opportunités entrepreneuriales pour améliorer la vie des personnes âgées, pour optimiser leur autonomie.

Le nouveau modèle présenté en partie 3 intègre les conditions de succès de l'expansion de la silver économie en France qui sont :

- Investir massivement dans la prévention du risque dépendance : le pari de l'autonomie sur la dépendance ;
- Garantir une vision de long terme (pluriannuelle) de la politique publique en faveur du soutien à domicile et de l'autonomie ;
- Disposer d'une gouvernance lisible et efficace de l'action publique pour favoriser l'investissement ;
- Solvabiliser le marché par une mutualisation du financement à dominante publique, mais soutenable ;
- Systémiser l'intégration des innovations technologiques dans le service public de l'autonomie.

²⁵ *Le marché de la silver économie à l'horizon 2028 – Xerfi – Novembre 2024 - [ici](#)*

²⁶ *Qu'est-ce que la silver économie ou économie des seniors ? – Par Bercy infos, le 13/06/2024, [ici](#)*

Partie 3

Le nouveau modèle de
gestion de la perte
d'autonomie des
personnes âgées :

**Le pari de l'autonomie
sur la dépendance**

L'Institut Santé a pris comme postulat de départ de rebâtir un système de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées sur des valeurs conformes au modèle social de 1945, ie un système universel et solidaire garantissant la liberté des acteurs, leur égalité des chances (accès pour tous à des services de qualité), la solidarité (horizontale et verticale) et la responsabilité des acteurs. La sécurité sociale est placée au cœur du modèle en tant que financeur solidaire et pilier de la démocratie sociale et sanitaire.

I. Une gestion du risque efficace sur le maillon faible de la population à risque

La performance de tout système de gestion d'un risque social est de rendre systémique tout facteur clé de succès de cette gestion du risque. Être fort sur le dépistage et la prise en charge du maillon faible de la chaîne du risque fait partie de ces facteurs-clés.

Il s'agit ici de la détection précoce des séniors fragiles et leur accompagnement dans la durée pour leur éviter et/ou reporter le plus tard possible la bascule dans une situation de perte d'autonomie, sachant que l'état fragile d'une personne est réversible et peut évoluer vers un état robuste.

1.1. Une détection systématique des séniors fragiles au moment de la retraite

Cette détection est actuellement partiellement réalisée par plusieurs acteurs dont la CNAV, qui prend en charge près de 300 000 séniors fragiles dans son plan OSCAR, à la suite d'une évaluation avec la grille FRAGIRE. Elle est loin d'être systémique.

Nous avons évalué que le nombre de séniors fragiles devrait évoluer de 2,1 millions en 2025 à 3,8 millions en 2050, soit un taux de fragilité parmi les plus de 60 ans en croissance de 11% à 15% de cette population.

Le nouveau modèle comprendra la réalisation d'un bilan de fragilité (ou de vulnérabilité) pour tous les séniors au moment du départ en retraite, qui pourrait se réaliser à travers la grille FRAGIRE de la CNAV.

Depuis 2014, la direction de l'action sociale de la CNAV s'est dotée de ce nouvel outil de détection de la fragilité, pour cibler les personnes à risque de perte d'autonomie et leur proposer des programmes de prévention correspondant à leurs besoins.

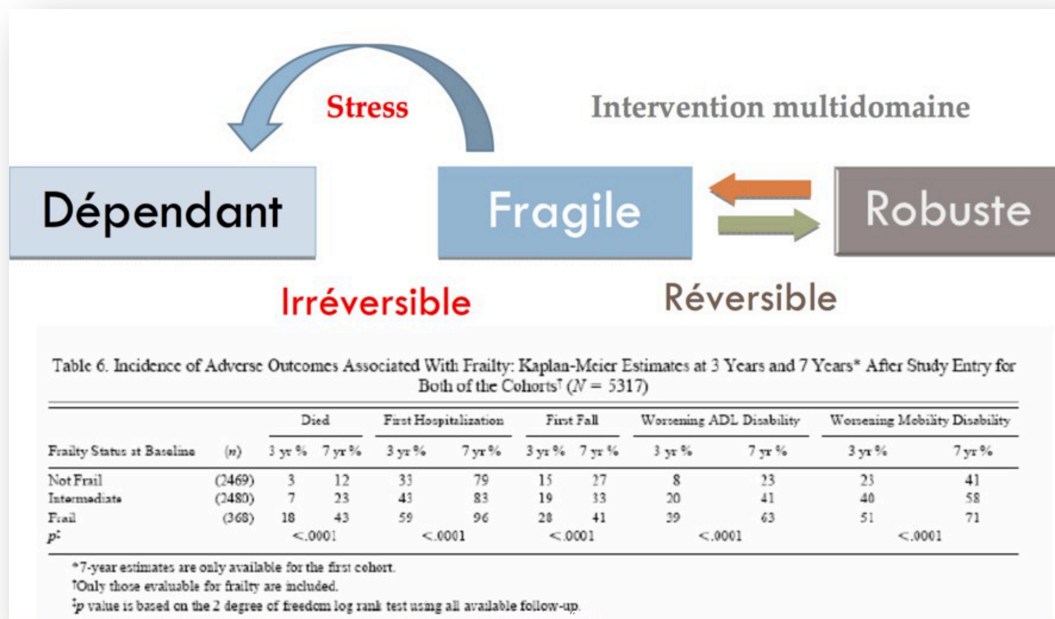
Des études universitaires²⁷ ont démontré la fiabilité de cette grille dans l'évaluation de la fragilité des séniors et le développement d'une politique de prévention ciblée. Ce programme de **Care management** exigera de créer un métier de care manager, disposant de compétences du social et du paramédical. **La réorganisation des métiers est en enjeu majeur de la réforme.**

²⁷ Dont le rapport de recherche de la fondation Descartes – Magali Dumontet, Nicolas Sirven – Décembre 2016

La CNAV a la capacité d'industrialiser la réalisation de ce bilan de fragilité pour tous les seniors au moment de la retraite, **d'identifier les profils fragiles et de mener un programme de prévention adaptée à chacun**. Les personnes de profil fragile devront passer **une consultation médicale** pour évaluer leur état de santé et renforcer la connaissance des risques liés à leur fragilité.

Cette évaluation de la fragilité a une dimension prédictive de l'évolution de l'état général de la santé et de la qualité de vie de l'individu. Sur le plan scientifique, des études ont conduit à la classification suivante des niveaux de fragilité.

Schéma 2 : Classification de la population âgée à partir de leur fragilité (Source : Pr. C. Jeandel)



La politique de prévention du risque dépendance sera confiée à la CNAV qui en assurera le **financement, le pilotage et l'évaluation**. Elle devra s'inscrire dans la stratégie nationale de la perte d'autonomie, intégrée dans la loi d'orientation et de programmation pluriannuelle.

Soit la personne souffre d'une ou plusieurs affections de longue durée, elle est considérée fragile, et il s'agit de mettre en place **un contrat thérapeutique** pour la prise en charge des ALD comme proposé par l'Institut Santé. Un plan de prévention du risque dépendance viendrait compléter la prise en charge de l'ALD.

Outre la prise en charge sanitaire, cette personne fragile aura besoin d'un **plan d'accompagnement** de type OSCAR, piloté par la CNAV et impliquant un Care manager. Même avec une affection de longue durée, une personne au profil fragile peut évoluer vers un profil robuste si sa maladie est stabilisée et si son profil médico-social s'est améliorée.

L'aspect réversible de l'état d'une personne est une donnée essentielle à considérer. Il n'y a pas de fatalité à ce que l'état général d'une personne se dégrade dans le processus de vieillissement.

L'objectif à systématiser pour chaque senior est de reporter le plus tard possible le moment de cette dégradation.

Le pari de l'autonomie sur la dépendance implique qu'une politique efficace de prévention peut reporter l'entrée dans le risque dépendance, en amoindrir l'intensité, voire l'éviter.

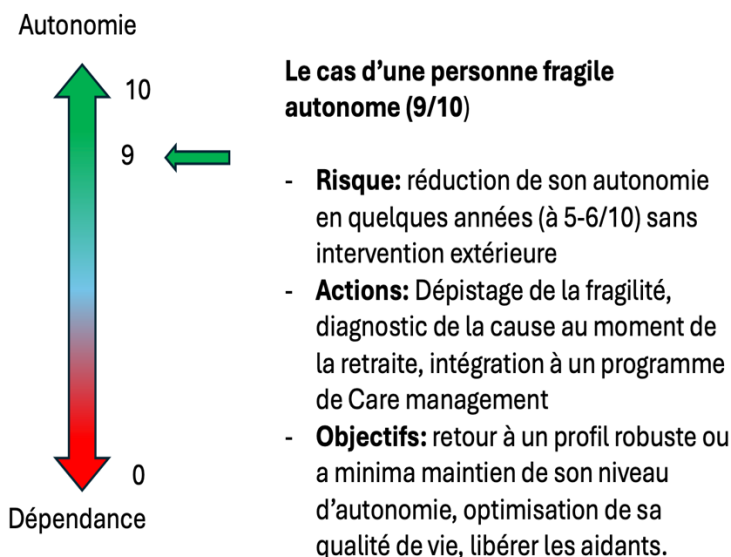
Si la personne est considérée comme robuste, il faut maintenir cette bonne santé et cette robustesse le plus longtemps possible, notamment en s'inspirant du [programme Icope](#). Le report de l'âge d'entrée dans la maladie, autrement dit l'extension de l'espérance de vie sans incapacité devrait faire l'objet d'un plan de prévention primaire.

C'est l'objet du compte personnel de prévention proposé par l'Institut Santé dans le programme de refondation de notre système de santé.

1.2. La primauté de la dignité de la personne dans une logique humaniste

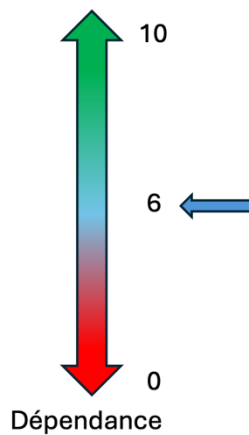
La priorité donnée à l'autonomie sur la dépendance exprime une volonté de systématiser ce principe de primauté.

Prenons trois profils de personnes en considérant une mesure de l'autonomie de 0 à 10, et voyons les actions et objectifs à instaurer.



Source : Institut Santé

Autonomie



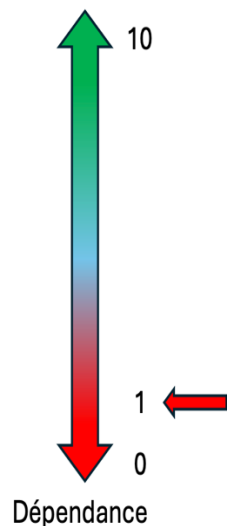
Le cas d'une personne en dépendance modérée, à domicile (6/10)

- **Risque:** réduction de son autonomie en quelques années (2-3/10) & de sa capacité à rester au domicile; isolement, ALD.
- **Actions:** Plan d'aides centré sur l'autonomie (le 6), intégrant les 4 composantes du risque et la silver tech, maintien du lien social
- **Objectifs:** Amélioration de son autonomie ou à minima maintien (du 6); renforcer sa capacité à vivre à son domicile; soulager les aidants.



Source : Institut Santé

Autonomie



Le cas d'une personne en dépendance lourde, en établissement (1/10)

- **Risque:** vie réduite aux fonctions vitales, pas de lien social, attente de la mort
- **Actions:** Plan d'aides centré sur la mobilisation et la valorisation de l'autonomie (le 1), lien social maintenu, tout en garantissant sa sécurité
- **Objectifs:** Sécuriser au mieux le quotidien, tout en développant la capacité restante d'autonomie



Source : Institut Santé

Prioriser l'autonomie sur la dépendance revient à remplir ce principe de primauté de la dignité de la personne :

Pour une personne à 9/10 en autonomie, il y a une possibilité de réversibilité. La prise en charge doit prévenir l'entrée en dépendance et ramener la personne vers la pleine autonomie.

Avec un niveau de 1/10 en autonomie, la personne, très dépendante, doit vivre pleinement le reste de sa capacité d'autonomie, avec une prise en charge centrée sur cette dernière.

Ce principe de primauté de la dignité sert aussi à prévenir le **risque de maltraitance**, présent dans toute prise en charge de personnes fragiles, et le **risque** de sa banalisation. Ce principe de primauté de la dignité est un rempart vis-à-vis de ce risque.

Il doit se traduire concrètement dans le système : formation, évaluation des parcours, sanctions en cas de non-respect.

La primauté doit être pleinement **assumée et systématisée** dans le pilotage du système, de l'organisation des services de l'État central à l'évaluation des parcours dans les territoires (quel que soit le lieu de prise en charge).

II. Les trois piliers du nouveau modèle

2.1. Pilier Stratégique : repenser la gestion du risque

Pour une approche préventive, individualisée et globale du risque de la perte d'autonomie

Ce pilier incarne le *pari de l'autonomie sur la dépendance*.

- Élargir la focale de gestion du risque centrée aujourd'hui sur la personne dépendante déclarée vers l'amont du risque, sur le sénior fragile ;
- Passer d'une gestion dominante collective et institutionnelle vers une approche dominante domiciliaire et individualisée ;
- Systématiser la prise en compte multidimensionnelle de la personne (santé, logement, aides, vie sociale) à toutes les étapes de la gestion du risque, en y intégrant un usage systématique des innovations technologiques.

Comme évoqué précédemment, un programme de prévention dit de *care management* dédié aux séniors fragiles qui sont à haut risque de basculer dans la dépendance sera instauré sous le pilotage de la CNAV.

Son financement, pilotage et évaluation sera prévue dans la stratégie nationale et intégrée dans la *loi d'orientation et de programmation* pluriannuelle, votée au Parlement.

Cette activité de *care management* sera délivrée par la CNAV qui pourra s'appuyer sur les nouvelles structures SAD (services autonomie à domicile) issues des fusions en cours des SSIAD et des SAAD, sur des indépendants, et par la montée en puissance d'un métier dédié au care management, que les prestataires du domicile pourraient intégrer.

Un *référentiel de qualité* des plans d'aides des personnes âgées dépendantes en fonction de leur GIR sera constitué par la Haute autorité de santé (qui a intégré l'ANESM en 2018), en association avec la CNSA pour améliorer le niveau de qualité des programmes de prise en charge à domicile et dans les établissements de la perte d'autonomie des GIR 1 à 4.

Ce référentiel servirait de base pour la tarification des prestations (intégrant les innovations technologiques) et pour une évaluation annuelle des prises en charge, quel que soit le lieu de cette dernière. Cette évaluation sera obligatoire et réalisée par le Conseil départemental. Elle devra conduire à une optimisation du contenu du plan d'aides si nécessaire.

L'approche globale de la gestion du risque conduira à intégrer à toutes les étapes de l'évolution du risque – du sénior fragile au sénior dépendant GIR 1 - toutes les dimensions de la prise en charge d'une personne vulnérable (sanitaire, médico-social, logement, vie sociale).

Le pari de l'autonomie sur la dépendance s'applique autant à une personne en GIR 1, puisque sa prise en charge doit valoriser le mieux possible ses ressources d'autonomie qu'il lui reste.

2.2. Pilier économique & social : Piloter les ressources à partir des besoins

Pour basculer d'une gestion des ressources centrée sur l'offre vers une gestion centrée sur la demande, il est nécessaire de :

- Réaliser une *évaluation annuelle des besoins médico-sociaux* dans les territoires par le Conseil départemental pour construire le budget national de la perte d'autonomie ;
- Élaborer un *schéma départemental annuel des ressources* nécessaires pour répondre aux besoins de perte d'autonomie ;
- Mettre en place un *contrat de prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie* entre la personne dépendante, un coordinateur de la prise en charge et le Conseil départemental.

Ce pilier garantit de répondre pleinement et de façon personnalisée aux besoins individuels, en organisant le système à partir de ces derniers.

Le nouveau système de santé élaboré par l'Institut Santé a organisé la territorialisation de la santé à partir de quelque 340 territoires de santé qui constituent l'unité géographique de référence pour le pilotage du système. Ces territoires regroupent autour de 200 000 habitants, en fonction des départements, et s'intègrent dans les limites de ces derniers.

On peut noter que le modèle MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) a été étendu en 2011 pour couvrir 98% du pays à travers 352 dispositifs (recensement 2016). Son remplacement par les DAC n'est pas encore finalisé. La territorialisation de ces dispositifs a donc déjà été tentée mais pas systémisée.

En fonction de l'avancée de la réforme systémique en santé et de la constitution de ces territoires de santé, la base de recensement des besoins en médico-sociaux se ferait à l'échelle des territoires de santé ou à défaut à l'échelle du département. Ce recensement des besoins s'inscrirait dans un diagnostic territorial médico-social.

A partir de ce recensement, chaque Conseil départemental devrait réaliser un schéma départemental de réponse aux besoins médico-sociaux par territoire, un plan équivalent sur le Plan territorial de santé recommandé dans la réforme de la santé.

Si ce schéma aura un horizon de 5 ans, il devra être actualisé chaque année.

Pour s'assurer de répondre précisément et de façon personnalisée à la demande, un contrat de prise en charge de l'autonomie (CPA) devra être instauré.

Sur le modèle du contrat thérapeutique en santé proposé par l'Institut Santé, ce contrat contiendrait le contenu du plan d'aides personnalisé de la personne âgée dépendante, les objectifs à atteindre et les modalités d'évaluation de la prise en charge.

Ce contrat sera signé par le bénéficiaire du plan d'aides, le coordinateur du plan d'aides (le SAD) et le Conseil départemental. Il clarifiera les droits et devoirs des acteurs, garantira une recherche d'optimisation de l'usage des ressources et de la satisfaction des bénéficiaires.

Cette évaluation systématique de la demande, son intégration dans un schéma départemental et la signature d'un contrat (CPA) seraient les leviers de bascule vers un modèle de gestion des ressources à partir de la demande. Ces dispositifs seront identiques dans tout le pays et selon des règles définies nationalement et appliquées dans chaque département.

2.3. Pilier Politique : renforcer la citoyenneté sociale

Ce troisième pilier a pour objet un renforcement de la citoyenneté sociale envers le vieillissement et la perte d'autonomie. Il comprend six composantes :

- Un enjeu d'éducation et de sensibilisation sur le vieillissement dès l'école et tout au long de la vie ;
- Un renforcement des actions du bien vieillir à partir de 50 ans ;
- Un plan ciblé sur les plus fragiles au moment de la retraite ;
- Un financement sous forme assurantielle publique (dominante) et privée (supplémentaire) ;
- Une prise en charge systémique et obligatoire centrée sur la dignité de la personne quel que soit son niveau de dépendance, dans tous les plans d'aides ;
- Une représentation active et renforcée des personnes âgées dans les instances de régulation du système, dont la CNSA et les Conseils départementaux.

Malgré le vieillissement accéléré de la population, la prise de conscience collective du risque perte d'autonomie reste assez faible en France.

L'enquête du Cercle Vulnérabilités et Sociétés est édifiante sur ce point. 72% des Français ne se sentent pas concernés par ce risque et la même proportion n'a pas pris d'initiative pour l'anticiper²⁸. Cette part monte à 80% pour les plus de 50% selon cette enquête, réalisée en mai 2025.

Cette situation est incompatible avec une protection sociale efficace et inclusive sur un risque dont la montée en puissance est inexorable à court et moyen terme. *Le pari de l'autonomie sur la dépendance* implique un engagement du citoyen dans la gestion du risque.

Au-delà de la gestion de la perte d'autonomie, c'est l'avenir de notre société - où les plus de 60 ans représenteront un tiers de la population et les plus de 75 ans plus de 15% à l'horizon 2040-2050 - dans un environnement de savoir-vivre entre les générations, de cohésion sociale, qui est en jeu. Notre capacité à faire nation dans ce nouveau contexte doit être repensé, notamment à travers la réforme de notre protection sociale.

Ce pilier est de nature éminemment humaniste. La dimension citoyenne doit être traitée de façon politique. L'enjeu citoyen devrait être incorporée de façon visible et efficace dans toutes les politiques publiques concernées (éducation, santé, médico-social, ville).

Les instances régulatrices impliquées dans le grand âge devraient en faire un enjeu prioritaire, à commencer par une prise en compte dans leurs instances de gouvernance.

Le rôle et le poids des actions et participation des personnes âgées devraient être renforcées dans une logique de droits et devoirs.

L'intégration du respect de la dignité humaine des personnes très dépendantes (Gir 1) - obligeant par exemple l'existence de lieux de vie privés accessibles de façon temporaire et régulier à proximité des unités de soins spécialisés - devrait être un marqueur de cette dimension citoyenne de la prise en charge de la vulnérabilité du grand âge dans notre pays.

²⁸ Étude du cercle des vulnérabilités et société de mai 2025- Fehap, OCIRP, Synerpa – [ici](#)

III. Les axes de déclinaison du nouveau modèle

3.1. La gouvernance du nouveau modèle

3.1.1. Les principes de la nouvelle gouvernance

La gouvernance d'un système social a pour finalité de permettre une régulation efficace pour atteindre les objectifs économiques, sociaux et éthiques du système. Elle doit définir la relation de pouvoir des institutions les unes par rapport aux autres.

Le premier acteur de cette gouvernance est l'État qui dispose d'un pouvoir de coercition pour imposer des contraintes sur les organisations et sur les individus. Pour cela, il dispose d'un large panel d'instruments légaux – lois, décrets, ordonnances, règlements administratifs, arrêtés, recommandations – produits par l'État lui-même ou par des institutions à qui il a délégué ce pouvoir.

Le secteur de la dépendance, comme celui de la santé, ne peut pas reposer sur la seule loi du marché pour fonctionner. Le marché médico-social n'étant pas pur et parfait, constitué de nombreuses défaillances de marché, l'allocation des ressources impose un régulateur extérieur au marché.

Cela ne signifie pas que le fonctionnement du secteur doit être très étatique et sans mécanisme de marché. C'est une régulation équilibrée qui doit s'assurer que les trois piliers porteurs du modèle soient respectés et s'appuient sur une gouvernance efficace.

Cette régulation nécessite la mise en place d'une gouvernance efficace pour atteindre ce qu'on appelle *l'optimum de Pareto* : « une allocation des ressources sans alternative, tous les agents économiques sont dans une situation telle qu'il est impossible d'améliorer le sort de l'un d'entre eux sans réduire la satisfaction d'un autre ».

Les rôles de la gouvernance sont multiples, entre autres de :

- Corriger les défaillances de marché : gérer les externalités et les biens tutélaires²⁹ ; aider les citoyens à faire des choix éclairés ; protéger les acheteurs incapables d'évaluer la qualité des biens et services ; contrôler la demande induite ; contrer les monopoles ;
- Parfaire ce que le marché dans le secteur médico-social ne peut pas faire seul : assurer un accès équitable aux biens et services de qualité pour tous ;
- Établir les conditions des échanges de marché : protection des droits des usagers ; efficience et solvabilité des prestataires de services ; droits de propriétés et brevets...

Considérant les six défaillances du système actuel évoquées dans la première partie, la nouvelle gouvernance devra remplir plusieurs conditions :

²⁹ Un bien sur la consommation duquel l'État exerce une « tutelle », c'est-à-dire qu'il intervient pour encourager ou décourager le public de le consommer. Un bien peut être tutélaire lorsque les citoyens font une mauvaise estimation de l'utilité ou de la désutilité de la consommation d'un bien.

- Garantir un pilotage efficace de l'évaluation des besoins à partir des territoires et l'élaboration d'une stratégie nationale de l'autonomie, qui sera intégrée dans la loi de programmation ;
- Garantir un pilotage efficace de l'équilibre des comptes de la branche autonomie tout en étant connecté aux réalités sociales et aux besoins réels du secteur ;
- Clarifier les rôles entre les institutions publiques pour éviter tout doublon sur les mêmes responsabilités et toute situation de jute et partie ;
- S'assurer que tout transfert de compétences à une instance décentralisée soit accompagné d'une garantie d'égalité des droits et devoirs des acteurs entre les territoires ;
- Assurer un contrôle efficace et transparent de la qualité des services et de la sécurité des personnes en tenant compte de leur vulnérabilité ;
- Renforcer les droits des bénéficiaires à travers une démocratie sociale et médico-sociale forte et vivante.

3.1.2. La déclinaison de la nouvelle gouvernance

Un état stratège au national

L'État central devra concevoir la politique de l'autonomie à travers une loi d'orientation et de programmation de l'autonomie à 5 ans. Il s'appuiera pour cela sur la CNSA et sur les schémas départementaux de l'autonomie des Conseils départementaux.

La [réforme systémique](#) de la santé proposée par l'Institut Santé intègre la nécessité de concevoir une loi d'orientation et de programmation en santé, d'une part, de réformer l'organisation de l'État sanitaire et de territorialiser la gestion opérationnelle en conséquence pour être capable de concevoir une telle loi, d'autre part.

D'abord, ce besoin commun en santé et pour la dépendance d'une telle loi de programmation n'est pas un hasard. Il exprime le besoin, pour ces deux risques liés, de disposer d'une vision et d'objectifs de moyen terme pour piloter le court terme. C'est un principe de santé publique.

On peut s'étonner qu'une telle loi ait été décidée pour gérer un secteur (la dépendance) qui équivaut à 1% PIB de dépenses publiques et pas pour un secteur (la santé) qui dépense 9% PIB.

Les deux sujets traitent de santé publique et s'appuient sur des cycles longs d'investissements qui exigent que l'État donne une vision d'au moins cinq ans aux opérateurs.

Ensuite, une telle loi d'orientation et de programmation exige de mener un processus régulier d'évaluation des besoins en santé et en médico-social dans chaque territoire, et d'en tirer une simulation des besoins nationaux et une stratégie nationale de gestion de ces deux risques.

Actuellement, les deux systèmes n'ont pas la capacité de réaliser cet exercice, notamment du fait de l'absence de définition d'un territoire commun et unique en santé, et commun au médico-social.

L'État central via la Haute autorité de santé devrait aussi être le garant d'une harmonisation du contenu des plans d'aides en fonction du degré de dépendance sur l'ensemble des territoires à travers un référentiel national unique (guidelines).

L'État devrait déléguer (délégation de service public) à travers des conventions vers :

- *La CNSA*, l'essentiel du financement de la dépendance, de la définition des tarifs et du pilotage de la politique de la dépendance ;
- *La CNAV*, l'essentiel du financement, du pilotage et de l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie des seniors fragiles, et la gestion opérationnelle du financement de la prestation unique autonomie ;
- *Au Conseil départemental*, le pilotage du schéma départemental autonomie, des parcours des personnes dépendantes (Services, RSS, établissements, MDPA) et le financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie et de la prestation unique autonomie.

Le rôle de la Haute autorité de santé est aussi à renforcer dans le médico-social, notamment sur les critères minima à respecter sur la qualité et les parcours d'aide et de soins, à travers un référentiel national.

Un État régulateur et évaluateur en région et localement

Si les services de l'État en santé en région et en départements, aujourd'hui portés par les ARS, étaient intégrés dans les Préfectures (région, département) – selon la [proposition de l'Institut Santé](#) –, il serait indispensable que le secteur médico-social dispose de services de l'État dédiés et distincts du sanitaire dans les Préfectures.

Que ce soit à travers des services préfectoraux ou des agences régionales, les missions seraient identiques.

L'État en région et dans les départements - via les ARS ou les services préfectoraux - sera responsable de la politique d'autorisation des opérateurs de services de l'autonomie au domicile (RSS inclus) et des établissements, selon des règles nationales et transparentes, et de la bonne exécution de la loi de programmation localement.

Du fait de la présence de personnes vulnérables dans ce secteur, l'État doit s'assurer du respect par les opérateurs d'un cahier des charges qualité concernant la formation des managers et du personnel en contact avec les personnes âgées.

L'existence d'une financiarisation de certains groupes (surtout dans les Ehpad) et la recherche d'une optimisation de l'efficacité de l'utilisation de l'argent public implique que l'État s'assure aussi du respect du reporting de la transparence financière exigée par la loi de la part des opérateurs privés et publics.

Tableau 28 : Tableau comparatif de la gouvernance par l'État avant et après la réforme

Institution	Organe de gouvernance	Missions actuelles	Futures missions
État	Ministère	Préparer et mettre en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de l'autonomie et du handicap.	Préparer et mettre en œuvre la politique du Gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de l'autonomie et du handicap.
			Concevoir, en association avec la CNSA, la stratégie nationale de la politique d'autonomie et assurer sa bonne exécution
			Concevoir la loi d'orientation et de programmation pour l'autonomie et assurer sa bonne exécution
			Créer le cadre et signer les conventions d'objectifs et de gestion avec la CNSA, la CNAV et les Conseils départementaux pour les délégation de service public qui sont accordées à chacune de ces institutions
	Agences régionales de santé (ou services préfectoraux dédiés) en région et en départements	Piloter la politique régionale d'accompagnement médico-sociale des personnes en situation de perte d'autonomie et de handicap	Accorder les autorisations et agréments aux opérateurs : délivrer les autorisations des SAAD, des Ehpad et des RSS, selon des règles nationales identiques
		Des missions en doublon avec les Conseils départementaux sur l'accompagnement des Personnes âgées	Contrôler la qualité et la sécurité des opérateurs : SAAD & SSIAD, Établissements ; RSS & équivalents, selon des règles nationales identiques.
		Identifier les besoins des PA ;	Concevoir des guidelines, via la Haute autorité de santé, de prise en charge des personnes âgées dépendantes
		§ Accompagner les PA : organiser les parcours de vie ;	Piloter la politique de bientraitance dans les établissements et sanctionner toute dérive;
		§ Coordonner les actions des différents intervenants ;	Piloter le reporting de transparence financière demandée aux opérateurs privés et publics, et de reporting de la qualité et de la formation des managers et du personnel en contact avec personnes âgées
		§ Piloter la politique de bientraitance dans les établissements ;	Garantir et évaluer localement la bonne exécution de la loi de programmation
		§ Conduire la déclinaison territoriale du plan national des maladies neuro-dégénératives.	

Source : Institut Santé

CNSA : Un Conseil renforcé et des missions revisitées

Pour la CNSA, comme pour la CNAM, le pouvoir de gestion est quasi exclusivement dans les mains de l'exécutif. Le Conseil dispose d'un droit de regard sur la gestion et sur la qualité des prestations. Ce n'est pas le cas à la CNAV où le pouvoir de gestion est dans les mains des représentants des cotisants à travers une démocratie sociale active.

Ce déséquilibre de la gouvernance de la CNSA conduit à une vision *dominante technocratique et comptable de la dépendance*, qui est trop restrictive et qui freine la capacité du système à s'adapter à son environnement. C'est un frein à la réforme systémique qu'il faut lever.

Le Conseil de la CNSA devrait être transformé en Conseil d'Administration avec un vrai pouvoir de contrôle et d'influence sur la direction générale de la Caisse.

Il devrait jouer un rôle de *Parlement national du médico-social* pour la gestion stratégique et financière, et pour les choix de prestations de l'autonomie.

L'État définit la politique générale de l'autonomie, le cadre stratégique à long terme, il confie à la caisse l'exécution de cette politique. La Caisse fait vivre une vraie démocratie sociale et médico-sociale, permettant un fonctionnement démocratique du système mais aussi l'utilisation des compétences et expériences opérationnelles. La Caisse dispose d'une technostucture permettant la bonne administration du système.

Ce *Parlement* devrait être le lieu de débat et de réflexion sur l'évolution de la prise en charge de l'autonomie, grâce à l'action de ses membres et à travers l'audition des experts du secteur.

Le rôle du *comité scientifique* existant à la CNSA serait renforcé pour que les décisions soient prises à partir de données scientifiques les plus récentes, de faits démontrés et non à partir d'opinions.

Le renforcement de la science (à travers la production de connaissance, d'études et d'avis) dans la prise de décision est un axe important du nouveau modèle.

Le Conseil de la CNSA est d'apparence plurielle et démocratique mais en réalité contrôlé par l'État. L'État ne devrait pas y avoir de pouvoir de contrôle dans les décisions, et y être minoritaire.

Le fonctionnement du Conseil permettra une représentativité équitable des acteurs et empêcher toute possibilité de blocage du processus décisionnel.

Les missions actuelles de la CNSA resteraient quasiment identiques, à l'exception du :

- Financement de l'investissement dans les dispositifs de soutien à l'autonomie, confié aux Conseils départementaux ;
- Contrôle et fixation des tarifs des prestations, nouvelle mission actuellement confiée aux Conseils départementaux.

Cette tarification se fera en tenant compte de la réalité économique en matière de coûts du travail d'une ressource humaine dont l'objectif du nouveau modèle est de la faire monter en compétences, afin de rendre les professions plus attractives qu'elles ne le sont actuellement.

L'utilisation systématique et généralisée des innovations technologiques sera intégrée dans l'évaluation des tarifs. C'est une composante essentielle de tout service public (principe de mutabilité).

Pour effectuer avec professionnalisme cette mission, la CNSA aura besoin d'un service « *économie et innovation* », composé d'experts économiques pour fixer le « *juste prix* » des prestations au fil de l'évolution des technologies et des prestations.

Sur proposition de la direction de la CNSA, les tarifs seront approuvés par le Conseil, ce Parlement du secteur médico-social, qui devrait disposer d'un droit de veto.

La CNSA sera **comptable de l'équilibre des comptes à moyen terme**, faisant d'une année de déficit en période de crise économique une exception qui doit être compensée les années suivantes. L'équilibre des comptes dans la durée serait gravé dans le marbre du fonctionnement de la CNSA, selon des modalités à décider par le politique.

Une réflexion sur l'évolution des modes de paiements des prestations devra être engagée pour évaluer l'impact d'un paiement incluant de la capitation (paiement mensuel en fonction de prestations sociales d'un plan d'aides), associée à un paiement à l'heure.

Tableau 29 : Tableau comparatif de la gouvernance de la perte d'autonomie par la CNSA avant et après la réforme

Institution	Organes de gouvernance	Missions actuelles	Futures missions
CNSA	Conseil & Direction générale	L'État est largement dominant dans les droits de vote. Parmi les 92 voix au total, l'État en dispose de 41 soit 45%. Les délibérations du Conseil sont adoptées à la majorité des suffrages exprimés.	Le Conseil devient un Conseil d'administration composé des représentants des principaux acteurs du système, dont les droits de vote sont équitablement répartis, sans domination de l'État
		Équilibrer les comptes de la branche	Équilibrer les comptes de la branche
		Garantir l'équité, la qualité et l'efficacité de la PEC	Financer les établissements et services sociaux et médico-sociaux
		Financer et piloter les dispositifs : o La politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, o les établissements et services sociaux et médico-sociaux, o les prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants, o l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie.	Contribuer à la réflexion sur la politique nationale de l'autonomie et à la construction de la loi d'orientation et de programmation de l'autonomie ;
		Informers les PA, les PH et leurs aidants	Contrôler et fixer les tarifs des prestations, en tenant compte des réalités économiques du coût du travail et de l'intégration des innovations technologiques (département économie et innovation)
		Contribuer à la recherche et à l'innovation	Représentation de la CNSA En Europe
		Contribuer à la réflexion sur les politiques de l'autonomie	Participer à l'attractivité des métiers
		Participer à l'attractivité des métiers	Contribuer à la recherche et à l'innovation
		Représentation de la CNSA En Europe	Pédagogie citoyenne sur le bon usage des prestations pour lutter contre le non-recours, la fraude et les abus

Source : Institut Santé

Départements et CCAS : un binôme au cœur de la gouvernance opérationnelle

Le département est aujourd'hui une source de financement des aides financières, d'investissement dans les structures, de régulateur des opérateurs du domicile et des établissements, d'adressage des patients, d'évaluateurs des patients...

Il fait un peu tout, et pour beaucoup de missions, « *en association* » avec [les ARS](#) et [la CNSA](#).

Le nouveau système doit clarifier les rôles de ces institutions publiques pour rendre le système lisible aux yeux des acteurs (dont les citoyens), pour que chaque intervenant soit bien comptable de ses responsabilités et puisse les exercer avec un vrai pouvoir d'agir.

Département : chef de file opérationnel et investisseur d'avenir

Les départements se sont munis de ressources importantes et ont développé une réelle expertise en matière de gestion des problématiques sociales et médico-sociales. Ils jouent un rôle dit de chef de file du secteur que le nouveau système conservera, tout en répondant aux exigences de la nouvelle gouvernance énoncées supra.

Pour cela, il devra animer une ressource de travailleurs sociaux dédiés à cette tâche dont il serait bon de faire évoluer les compétences. C'est notamment nécessaire pour la création du/des poste(s) de *care management* qui serai(en)t le coordinateur du plan d'aides dédié aux personnes fragiles (GIR 5 & 6), et probablement aux personnes dépendantes à domicile (GIR 3 & 4).

Ces *care managers* seraient un nouveau métier disposant de compétences en matière social et sanitaire, destiné à accompagner des personnes fragiles de la petite enfance au grand âge.

Ce serait des techniciens bac + 2 ou 3 qui vont au domicile des personnes, les évaluent et font des comptes-rendus de l'état de fragilité et de dépendance, donnant lieu à des plans d'aides si nécessaire. Ils ont aussi la charge de coordonner les parcours des plans d'aides des personnes.

La CNSA ne disposant pas en interne de personnel dédié à cette tâche, la création d'un GIE du personnel médico-social dédié au repérage et à l'évaluation des personnes fragiles et dépendantes pourrait être utile, de façon à unifier cette communauté et harmoniser le mieux possible leurs missions.

Ce GIE regrouperait les professionnels des services internes du département et tous les professionnels de l'évaluation du département extérieurs au Conseil départemental (utilisés par la CNAV entre autres). Le rôle de ce GIE piloté par le Conseil départemental serait l'acquisition d'une culture commune et le développement d'une évaluation la plus objective possible de tout le public cible (les fragiles, les dépendants et les robustes).

Ce repérage et cette évaluation sont stratégiques dans la bonne gestion du risque dépendance dans le nouveau modèle, d'où l'importance de cette culture et de cette objectivation. Il faut que l'évaluation d'un professionnel soit opposable aux autres acteurs. Ce GIE peut y contribuer.

Les départements garderaient *la liberté de choix* du mode opérationnel pour exercer leurs missions de repérage, d'évaluation et de suivi des plans d'aides. Ils peuvent l'internaliser avec du personnel salarié du Conseil départemental ou déléguer ces missions de service public à un prestataire privé agréé, selon un cadre de délégation défini nationalement.

Une fois les personnes évaluées par ce personnel, un plan d'aides leur est proposé à partir des recommandations nationales de la HAS. Ce plan d'aides doit contenir les services les plus innovants disponibles sur le marché, i.e. utilisant les dernières innovations technologiques (numérique, IA, domotique, robotique).

Avec ce plan d'aides défini, l'usager disposera d'un libre choix de son prestataire à partir d'une offre disponible sur une plateforme numérique mise à jour par les services du Conseil départemental.

Le Conseil départemental est aujourd'hui juge et partie : il est à la fois l'évaluateur des personnes, le concepteur des plans d'aides, le financeur de ces plans et l'instance qui autorise les opérateurs à exercer leurs activités.

Dans le nouveau modèle il ne sera plus responsable des autorisations (confiées aux ARS), ni de la gestion du financement direct des plans d'aides (confiée à la CNAV et à la CNSA), ni de la définition de leur contenu (confié à la HAS pour les standards de qualité). Cette décharge des missions doit lui permettre d'être pleinement efficace et d'investir à hauteur des besoins sur les missions clés résumées dans le tableau suivant.

Outre la clarification qui passe par la distinction des missions avec l'ARS et la CNSA, l'innovation apportée par le nouveau modèle passe par la création d'un binôme opérationnel entre le Conseil départemental et la collectivité locale, soit à l'échelle de la ville en zone urbaine ou de la Communauté de communes en zone rurale.

L'idée de ce binôme est de disposer d'un relai local pour gérer tout besoin et service qui exige un accompagnement de proximité de la personne dans son parcours par un opérateur public. Tout système de protection sociale efficace doit être fort sur le maillon faible du risque.

Le CCAS : relai pour les publics fragiles

Nous avons identifié le sénior fragile qui devra faire l'objet d'un accompagnement dédié par les équipes et programmes de la CNAV. Pour le relai de la CCAS, il s'agit de la personne âgée dépendante fragile, i.e. le « *public fragile* » de la dépendance.

Cette fragilité n'est pas seulement liée à son état de santé dégradé qui la rend dépendante mais surtout lié à son isolement social, familial et/ou à sa fragilité socio-économique. On peut parler d'une cible de personnes âgées dépendantes socio-économiquement fragiles et précaires.

Pour ces personnes, le Centre communal d'action sociale jouerait le rôle de prise de relai du Conseil départemental pour un accompagnement de proximité dédié à ces personnes. Ce suivi serait essentiellement pour les personnes âgées dépendantes au domicile mais pas exclusivement.

Si les CCAS jouent déjà fréquemment ce rôle de soutien ultime pour les personnes âgées fragiles et précaires, le nouveau système doit le rendre systémique, donc systématique, connu de tous les citoyens et efficace.

Le pilotage opérationnel de la perte d'autonomie serait donc à *double lame* : une première lame départementale et une deuxième lame pour les cas complexes à travers les CCAS (ou les CIAS). Ce binôme devrait garantir que chaque personne dépendante, même les plus fragiles, soit bien évaluée, dispose d'un plan d'aides adapté et d'une offre de qualité pour y répondre, ait son parcours évalué et ajusté si besoin chaque année.

La garantie du libre choix des personnes, de leur sécurité et de la dignité humaine doit être au cœur de l'évaluation. Cette dernière devrait comporter une évaluation précise de la satisfaction des patients et de leur entourage proche.

Tableau 30 : Tableau comparatif de la gouvernance de la perte d'autonomie par le Département et les collectivités locales avant et après la réforme

Institution	Organe de gouvernance	Missions actuelles	Futures missions
Département	Conseil départemental	Accorder les aides financières : Assure le versement de l'APA et de l'ASH	Chef de file du médico-social et du pilotage du service public départemental de l'autonomie
		Autoriser, contrôler et fixer les prix et tarifs : Délivre les autorisations des SAAD, des Ehpad et des RSS ;	Orienter et accompagner les personnes âgées : Évaluer la perte d'autonomie des personnes, constituer le plan d'aides ; confier le sénior dépendant isolé à un agent du CCAS
		Contrôler les SAAD, Ehpad et RSS	Piloter le service public départemental de l'autonomie : garantir l'effectivité du SPDA avec un objectif de réponse adaptée à 100% de la demande; mettre à jour les plateformes numériques d'adressage des patients dépendants vers une offre de proximité
		Fixer les tarifs des prestations offertes par les établissements et services habilités	Piloter et gérer les maisons départementales de l'autonomie
		Orienter et accompagner les PA : vers les points d'informations locaux, les réseaux de professionnels ; évaluation de la perte d'autonomie ;	Financer les investissements dans le champ du soutien à l'autonomie.
			Concevoir le schéma départemental des besoins et réponses et l'actualiser chaque année
			Evaluer annuellement la performance des plans d'aides pour chaque personne dépendante et les ajuster si nécessaire.
Collectivités locales	Centre communal d'action sociale (CCAS) et/ou Centre intercommunal d'action sociale (CIAS)	Aide sociale légale : instruction des demandes d'aide (APA, RSA, aides au logement, etc.) ; secours d'urgence, aide en nature, prêts sans intérêt, aide alimentaire...	Aide sociale légale : instruction des demandes d'aide (APA, RSA, aides au logement, etc.) ; secours d'urgence, aide en nature, prêts sans intérêt, aide alimentaire...
		Soutien aux personnes âgées : aide au maintien à domicile, accompagnement administratif, mise en relation avec des services spécialisés	Soutien aux personnes âgées : aide au maintien à domicile, accompagnement administratif, mise en relation avec des services spécialisés
		Mise en œuvre des actions d'administration et de soutien : Lutte contre l'isolement : organisation d'activités sociales et culturelles pour les personnes âgées ou isolées ; accès à la culture et aux loisirs, adaptation du logement	Mise en œuvre des actions d'administration et de soutien : Lutte contre l'isolement : organisation d'activités sociales et culturelles pour les personnes âgées ou isolées ; accès à la culture et aux loisirs, adaptation du logement
		Orientation : information et orientation vers les dispositifs sociaux adaptés à chaque situation	Orientation : information et orientation vers les dispositifs sociaux adaptés à chaque situation
			Relai du Conseil départemental pour la gestion du SPDA pour les patients complexes, dont les personnes isolées et/ou en situation de précarité (public fragile)

Source : Institut Santé

L'assurance vieillesse (CNAV & CARSAT) : prévention des personnes fragiles et gestion du financement de la prestation unique autonomie

Pour mener à bien ses missions, l'Assurance retraite s'appuie sur un réseau composé d'une Caisse nationale, de 15 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), de quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer et d'une Caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte.

Actuellement, la CNAV pilote des actions de prévention en faveur du bien vieillir et de la préservation de l'autonomie des retraités. Elle dispose des ressources humaines et techniques, et d'une réelle expertise dans cette mission de prévention de la perte d'autonomie des seniors fragiles. En tant que caisse nationale d'assurance retraite, la CNAV dispose de toutes les bases de données socio-économiques sur les actifs et les retraités.

Elle est l'opérateur le mieux placé pour repérer en amont les seniors fragiles, notamment grâce à l'usage de l'IA sur ces bases de données. La CNAV dispose des ressources humaines et numériques pour gérer sans investissement majeur et dans des conditions d'efficacité optimales la montée en puissance de la prévention du risque dépendance et la gestion de la prestation unique autonomie.

Faire de la CNAV l'opérateur principal de la prévention des seniors fragiles et de la gestion du paiement de la prestation unique autonomie est pertinent pour au moins trois raisons :

- La tâche est conforme à l'esprit et aux missions de la branche assurance vieillesse ;
- Le métier cœur de la CNAV est le suivi de la carrière des actifs et la gestion de la retraite de base. Grâce aux progrès du numérique actuels et à venir, cette gestion va s'automatiser de plus en plus. La Caisse va pouvoir transférer des ressources humaines de la gestion de la retraite vers la gestion de l'autonomie dans les prochaines années ;
- La Cnav fait partie des caisses nationales (avec l'URSSAF et la Cnam) avec des coûts de gestion les plus faibles, elle peut donc verser la prestation avec un haut niveau d'efficacité.

Tableau 31 : Tableau comparatif de la gouvernance de la perte d'autonomie par la CNAV avant et après la réforme

Institution	Organe de gouvernance	Missions actuelles	Futures missions
L'Assurance retraite	LA CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) et les 15 CARSAT (caisse d'assurance retraite et de santé au travail)	Actions de prévention en faveur du bien-vieillir et de la préservation de l'autonomie des retraités	Actions de prévention en faveur du bien-vieillir, de la préservation de l'autonomie des retraités
		Informier et développer une culture du bien-vieillir à hauteur de tous les assurés	Informier et développer une culture du bien-vieillir à hauteur de tous les assurés
		Agir en prévention des plus de 60 ans	Agir en prévention des plus de 60 ans
		Accompagner les plus fragiles au moment clé du passage à la retraite	Repérer les seniors fragiles de plus de 60 ans et les accompagner pour prévenir le risque de perte d'autonomie et améliorer leur qualité de vie
			Identification des fragiles par le questionnaire Fragile adapté pour évaluer massivement les personnes au moment de la retraite
			Financement des plans d'aides des personnes fragiles
			Pilotage et évaluation de ces plans d'aide via les Care managers
			Verserment de la Prestation unique autonomie (PUA) qui résulte de la fusion de l'APA, de la PCH et de l'ASH aux bénéficiaires

Source : *Modèle autonomie Institut Santé*

3.2. Le financement du nouveau modèle

3.2.1. Les principes du nouveau financement

Le nouveau modèle cherche à remplir plusieurs objectifs :

- Proposer une approche universelle et solidaire de la gestion du risque, aussi bien dans la protection des séniors fragiles que dans la prise en charge des séniors dépendants ;
- Matérialiser la cinquième branche de la sécurité sociale par la création d'une approche assurantielle publique dotée de ressources dédiées et soutenables à court et long terme ;
- Garantir la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité et à l'équité dans le financement, ainsi que sa lisibilité et son acceptation sociale (citoyenneté sociale de l'autonomie) ;
- Rester dans l'ADN historique de la sécurité sociale qui ne fait pas de la gratuité la règle dominante mais l'exception (conditions d'exonération du ticket modérateur en santé) ;
- Rendre accessible à tous ceux qui en ont besoin des prestations non financées par la sécurité sociale mais importantes pour la qualité de vie des personnes ;
- Rééquilibrer notre modèle social en faveur *des jeunes et des actifs* : les transferts sociaux nets – différence entre sommes perçues et prélevées – sont presque dix fois plus élevés pour une personne de plus de 60 ans que pour un jeune de moins de 25 ans ;
- Faire de ce financement un *modèle de solidarité positif* pour l'ensemble de la société, d'une génération qui bénéficie encore des transferts sociaux importants et qui prend sa part dans le financement d'un nouveau risque, qui les concerne exclusivement ;
- Comme les autres branches de la sécurité sociale, la branche autonomie devrait être gérée à l'équilibre de façon obligatoire et inscrite dans la loi, avec un *pilotage par les soldes*.

Cet équilibre est une obligation budgétaire et morale, sans quoi cela revient à reporter les dépenses non financées à court terme sur les générations futures et à dégrader la qualité de leur protection sociale (les quelque 20 Mrds € de prélèvements servant chaque année à rembourser la dette sociale actuelle sont autant de milliards qui ne servent pas à protéger les citoyens).

Le pilotage du budget autonomie par les soldes, principe applicable à tout budget public, signifie que la gestion du budget se focalise autant sur les recettes que sur les dépenses, tenant compte de l'impact des dépenses sur le développement économique, dont dépend le dynamisme des recettes. C'est aussi la prise en compte de l'efficacité de la dépense, par l'entremise de externalités notamment.

La montée en puissance des besoins sera en grand partie financée par la population des retraités (la moitié la plus aisée), qui va fortement croître jusqu'en 2040 (principe d'une base large pour des taux bas).

Sachant que 75% des dépenses sociales en France sont dédiées aux retraites et à la santé - dépendance, essentiellement consommées par les séniors et financées par les actifs, il est pertinent économiquement et socialement de tenter de financer la montée en puissance de ce risque surtout à partir de la population des retraités.

Si la maîtrise des dépenses publiques est un impératif dans le nouveau modèle, ce dernier cherchera à mettre en place un modèle social solidaire et universel qui tend vers l'égalité des chances envers ce risque, tout en optimisant le potentiel de croissance économique.

Selon le principe originel de la sécurité sociale, une participation forfaitaire citoyenne (10 à 15 % de la valeur du plan d'aides) serait instauré, avec des conditions d'exonération dont la principale serait la faiblesse des revenus.

Un plafonnement du reste à charge serait fixé en fonction du revenu (bouclier en % de revenu disponible, par exemple 5%) pour protéger la classe moyenne et garantir l'universalité et l'égalité.

Pour cela, il faut réussir à ce que les personnes dépendantes ne pèsent pas excessivement sur les proches actifs aidants, qui doivent souvent se mettre en temps partiel ou arrêter de travailler.

La relance de l'attractivité du secteur médico-social permis par le nouveau modèle, avec un usage systématique des innovations technologiques et une montée en compétences des métiers, sera aussi un levier pour développer l'activité économique d'un secteur à fort potentiel (silver économie).

En réduisant le besoin en aidants, le nouveau modèle sera aussi un levier pour *augmenter le taux d'emploi dans notre pays*, qui est sensiblement plus faible chez les seniors (ainsi que chez les jeunes et les femmes) que dans les pays comparables.

En effet, en 2024, alors que l'Allemagne emploie 75,2 % de ses 55-64 ans et que ce taux atteint 75,3 % aux Pays-Bas, la France peine à atteindre 60 %. Le taux d'emploi des seniors en France est en deçà de la moyenne des pays de l'OCDE (64,6%) et de celle des pays de l'Union européenne (UE) (65,2%)³⁰.

En se comparant à l'Allemagne, le potentiel de hausse du nombre de personnes en emplois sur cette tranche d'âge est de l'ordre de 1,3 million, ce qui correspond à une hausse du PIB de 1,3 à 2,6% en fonction des hypothèses de productivité.

Enfin, un financement privé mutualisé sera proposé à travers un système mutualiste qui prolongerait le système de contrat supplémentaire proposé par l'Institut Santé pour la santé. Les sujets des prêts viagers hypothécaires ou des viagers solidaires ne seront pas traités ici.

S'ils peuvent participer utilement au financement de ce risque pour certaines personnes, la réflexion sur un modèle de protection sociale universel prend pour cible le citoyen qui ne possède pas de patrimoine conséquent.

C'est la raison d'être d'un système public de protection sociale : garantir à tout citoyen de pouvoir subvenir à ses besoins, quel que soit son niveau de vulnérabilité et sa situation économique, et si possible sans compromettre le patrimoine de la classe moyenne.

Si ceux qui en ont la capacité veulent utiliser leur patrimoine pour disposer de services non fournis par la collectivité, ils doivent pouvoir le faire mais ce n'est pas la fonction du système universel.

³⁰ Source : Rapport d'information n° 616 (2014-2025) déposé le 14 mai 2025 – [Sénat - ici](#)

Un arsenal structurel anti-dérives (fraudes, abus, erreurs)

Le nouveau modèle de gouvernance et de financement - plus lisible, plus simple et plus structurée que le système actuel – aura aussi la vertu de limiter la possibilités *de fraudes, d'abus et d'erreurs administratives* dont l'évaluation n'est pas vraiment réalisée aujourd'hui.

Cependant, la grande complexité du système actuel et l'absence de stratégie nationale de dépistage et de lutte contre ces dérives sont plutôt favorables à leur expansion dans le système actuel.

Cette stratégie sera instaurée aussi bien à la CNAV qu'à la CNSA.

3.2.2. La déclinaison du nouveau financement

Financement des séniors fragiles

Ce financement sera réalisé essentiellement par l'assurance retraite (la CNAV), qui en assure déjà une partie significative et qui sera le principal opérateur du repérage et du pilotage des actions préventives envers ce public fragile.

De la force et de l'efficacité du système de gestion des personnes fragiles dépendra la capacité du nouveau modèle à optimiser la prise en charge des personnes dépendantes avec un service de grande qualité, dans des conditions soutenables financièrement (scénario intermédiaire et non pas le stable ou le pessimiste du modèle Livia).

L'orientation d'une fraction, qui restera modeste, des prestations de retraites à la prévention du risque dépendance fait partie intégrante des missions de l'assurance retraite. Cette dernière est la mieux placée pour évaluer correctement le besoin de ce financement et la bonne gestion de ces ressources.

Financement de la gestion de la perte d'autonomie

Le financement de l'autonomie aura trois composantes :

- **Un filet beveridgien financé par les impôts locaux (le Conseil départemental)**, pour financer la population dépendante la plus précaire et à bas revenus, qui sera couverte à quasiment 100% par une *prestation universelle autonomie* ;
- **Un système assurantiel public** qui couvrira l'essentiel des dépenses autonomie du reste de la population dépendante, qui sera financé par un mix cotisations/impôts nationaux ;
- **Un système assurantiel privé de type mutualiste**, obligatoire à partir de 60 ans, qui couvrira des services non remboursés par l'assurance publique autonomie, qui sera un volet du contrat supplémentaire santé mutualiste proposé par [l'Institut Santé](#) dans son plan de refondation du système de santé.

Financement par une prestation unique autonomie (PUA)

Le nouveau modèle garantira à tous les retraités dépendants - disposant d'un revenu inférieur à 80% du niveau de vie médian³¹ - un financement à *quasiment* 100% de leurs besoins relatifs à leur perte d'autonomie grâce à une prestation unique autonomie (PUA). Cette prestation sera soumise à des conditions de ressources, définies par un plafond de 80% du niveau de vie médian des retraités, à titre indicatif.

Nous recommandons un reste à charge de quelques euros par mois pour prendre en compte le sujet de la dignité de la personne et de la citoyenneté sociale. Même pour une personne précaire et vulnérable, la participation de quelques euros peut avoir une valeur symbolique utile pour elle-même et pour la cohésion sociale. Elle doit rester symbolique.

De même, il semble important que tout bénéficiaire de la PUA reçoive *un relevé mensuel du coût de sa prise en charge par la collectivité*, pour une prise de conscience de la valeur de cette solidarité et un renforcement de l'adhésion au système. Il en sera de même pour tout bénéficiaire d'un plan d'aides.

Cette prestation unique résultera de la fusion des aides suivantes : PCH, APA et ASH. Elle fonctionnera selon [le modèle actuel de la PCH](#) d'un financement en nature et non en espèces. Elle financerait les besoins en aides humaines et techniques de la personne dépendante et précaire.

Pour les personnes dépendantes en établissement, cette prestation sera unique et couvrira l'ensemble des prestations hors soins.

Elle sera financée par les départements et versée par l'assurance retraite (la CNAV) aux bénéficiaires. Les aides existantes précitées sont déjà majoritairement financées par les départements. Cependant, ces derniers ont d'extrêmes difficultés à assumer les dépenses actuelles.

[L'appel du 18 juin 2025](#)³² des 104 départements de France par la voix du président de Départements de France tire la sonnette d'alarme sur l'incapacité des départements à assumer la montée en puissance du financement des dépenses sociales en rapport avec la précarité (RSA, ASH), le handicap et l'autonomie (APA, PCH) dans les années à venir.

« Un tiers des départements est en situation d'asphyxie budgétaire », « nous défendons ... les fondements d'une solidarité nationale robuste et d'un modèle soutenable », selon cet appel.

Si un financement départemental garantissant une solidarité locale doit persister dans le nouveau modèle, cet appel montre les limites financières de cette approche locale.

Un filet beveridgien pour la population vulnérable et précaire

³¹ Niveau de vie médian estimé selon le COR à 2000 € en 2024

³² Finances publiques : « C'est le jour du dépassement pour les départements » - François Sauvadet- Les Échos - 18 juin 2025 - [ici](#)

Nous suggérons de limiter cette solidarité locale au financement d'un filet de sécurité de type beveridgien pour la population précaire et celle à bas revenus, afin de garantir à cette population un accès sans barrière financière aux mêmes prestations que le reste de la population.

En 2024³³, il y aurait [deux millions de retraités](#) en-dessous du seuil de pauvreté (1 216 €, soit 60% du revenu médian), soit environ 11,8% des retraités. Si la prestation PUA couvre les retraités dépendants disposant de moins de 80% du niveau de vie médian de la population, elle devrait concerner potentiellement autour de 25% à 30% des personnes âgées dépendantes.

Le revenu annuel de 80% du revenu médian correspond à la tranche basse du troisième décile parmi les ménages retraités selon une [étude du COR](#)³⁴. Sachant que la prévalence de la dépendance est plus forte parmi les ménages à bas revenus, on peut considérer que la part des retraités dépendants éligibles à la PUA sera comprise entre 25% et 30%.

La part des départements, aujourd'hui de 17% des dépenses totales pour les personnes âgées dépendantes, sera plafonnée à 15% dans le nouveau modèle d'ici à 2050. Ce plafonnement tient compte des difficultés financières de ces collectivités mais aussi des besoins conséquents d'investissement dans la transition écologique (infrastructures solaires, transport, handicap...), entre autres, qu'elles doivent assumer.

Les épisodes de canicule des dernières années viennent rappeler que notre pays n'a pas encore réalisé tous les investissements nécessaires pour s'adapter au changement climatique déjà installé.

Ce plafonnement en dépenses sociales dans la dépendance répond aussi à un besoin de dépenses accru de ces collectivités dans la gestion des parcours des personnes âgées, qui nécessitent du personnel qualifié et correctement rémunéré.

Le versement de la prestation par la CNAV s'explique par un besoin d'optimisation de la gestion de ressources impliquant de minimiser les coûts de gestion des prestations. La CNAV peut gérer cette prestation avec moins d'1% de frais de gestion et sans investissement dans la gestion numérique des bases de données.

Les Conseils départementaux ne disposent ni des bases de données ni de l'expertise d'industrialisation des versements de ce type de prestation comparables à celles de la CNAV.

Cette dernière est la mieux placée pour verser la PUA à moindre coûts, en sélectionnant les personnes éligibles, en minimisant les risques d'erreur. Faire dépendre l'éligibilité de cette PUA des revenus exige de suivre chaque année l'évolution de ces revenus, ce qui serait compliqué pour les Conseils départementaux. La gestion industrielle du versement d'une telle prestation fait partie du savoir-faire existant de la CNAV.

Enfin, les départements dans le nouveau modèle joueront un rôle clé de chef de file du service public départemental de l'autonomie (SPDA). Ils seraient aussi une instance d'investissement dans les structures en lien avec l'autonomie. Il semble donc pertinent de ne pas les charger davantage dans une tâche qui peut être mieux exécutée par une caisse nationale.

³³ Retraités pauvres, un constat alarmant – Unsa retraités – Le 8 octobre 2024 - [ici](#)

³⁴ Le niveau de vie des retraités – Le COR – 16 février 2023 - [ici](#)

La prise en charge à 100% des plans d'aides sera conditionnée au bon suivi du parcours contenu dans le contrat personnalisé de prise en charge de l'autonomie (CPA) et à l'acceptation de son évaluation annuelle.

Ce sera au care manager de s'assurer de ce bon respect. En cas de négligences répétées de l'utilisateur vis-à-vis de ce plan d'aides, des sanctions financières sous forme d'une baisse du remboursement pourraient être prises.

Une assurance publique autonomie (5^{ème} branche) au cœur du financement du système et de la vie démocratique

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est aujourd'hui financée à 92% par de l'impôt et 8% par des cotisations dédiées :

- La contribution sociale autonomie (CSA) reversée par l'employeur pour le jour de solidarité travaillé et non rémunéré des actifs (6%, 2,5 Mrds € en 2023) ;
- La contribution additionnelle de solidarité (CASA) de 0,3% appliquée aux retraites (avec des revenus de plus de 1400 €), pensions d'invalidité et allocations pré-retraites (900 M€, 2%).

La décision politique en 2020 de faire du financement de la perte d'autonomie une branche pleine et entière de la sécurité sociale nécessite d'instaurer un financement contributif dédié, symbolisant le double principe de solidarité horizontale et verticale du financement de ce risque : « *de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins* ».

Si on souhaite sortir les Français d'une forme de déni de ce risque de perte d'autonomie, une source de financement publique exclusivement dédiée à ce risque, dans une proportion significative, est nécessaire. Ce n'est pas la somme actuelle de quelques euros des cotisations (moins de 10€ en moyenne par mois pour ceux qui paient) qui va remplir ce rôle.

Les multiples types de financements de prestations de la CSG – famille, chômage, santé, perte d'autonomie et remboursement de la dette sociale – ne font pas de cet impôt un marqueur fort de financement du risque dépendance pour les Français.

Ces dernières années, l'allocation de la CSG au financement de ces cinq postes principaux a démontré une certaine navigation à vue de la gestion de cet impôt par l'État. Avec la dissociation de la cinquième branche autonomie, on a assisté à un transfert de cette CSG vers cette branche.

Un reste à charge plafonné

Le financement des prestations par l'assurance publique autonomie comprendrait une participation forfaitaire de l'assuré de l'ordre de 10% à 15% de la valeur des prestations, qui serait plafonné à un pourcentage du revenu disponible des patients (bouclier médico-social).

Comme pour la prestation universelle autonomie, la condition du remboursement au taux du droit commun devrait être conditionné au respect des droits et devoirs contenus dans le CPA.

Le renforcement de l'assurance publique autonomie présente plusieurs avantages, dont :

- La garantie d'un financement dédié pérenne et soutenable ;
- Le renforcement de la citoyenneté sociale pour le risque autonomie par le financement ;
- La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale concrète pas uniquement comptablement, en y dédiant une cotisation justifiant le pilotage par la démocratie sociale - le Parlement national médico-social représenté par le Conseil - et pas seulement pas l'État ;
- L'équilibre les sources de financement de la branche entre des cotisations et de l'impôt, plus pertinent économiquement pour financer des dépenses sociales.

Participer au rééquilibrage de la branche santé

Le haut niveau de déficit de l'assurance maladie, installé dans la durée (entre 15 et 20 Mrds € de 2024 à 2030, n'étant pas [soutenable pour la sécurité sociale](#)³⁵, le nouveau modèle de financement pour l'autonomie prend en compte un transfert d'une partie de la CSG dédiée à cette branche vers la santé dans les années à venir.

Le retour vers une trajectoire budgétaire à l'équilibre en santé exige une refonte du système, dont le déséquilibre financier est la conséquence de son incapacité en l'état à répondre aux défis démographiques, épidémiologiques et technologiques.

En parallèle de cette refonte, la conception d'une structuration soutenable de financement de la santé s'impose et passe par une hausse des sources de financement à base large (CSG, TVA).

Tableau 32 : Allocation de la CSG dans la protection sociale en pourcentage de 2019 à 2022

³⁵ Sécurité sociale : mort ou renaissance ! – Pr Frédéric Bizard – Les Échos – [4 décembre 2024 - ici](#)

REVENUS D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Taux unique 9,2 %	2019	2020	2021	2022
Maladie (Cnam) ¹	5,95	5,95	4,25	4,25
Famille (Cnaf) ²	0,95	0,95	0,95	0,95
Chômage (Unédic) ³	1,47	1,47	1,47	1,47
Autonomie (CNSA) ⁴	0,23	0,23	1,93	1,93
Remboursement de la dette (Cades) ⁵	0,60	0,60	0,60	0,60

REVENUS DE REMPLACEMENT (RETRAITE ET INVALIDITÉ)

Taux normal 8,3 %	2019	2020	2021	2022
Maladie (Cnam) ¹	4,77	4,77	1,88	1,88
Famille (Cnaf) ²	0,95	0,95	0,95	0,95
Solidarité vieillesse (FSV) ⁶	1,98	1,98	2,94	2,94
Autonomie (CNSA) ⁴	-	-	1,93	1,93
Remboursement de la dette (Cades) ⁵	0,60	0,60	0,60	0,60

Taux intermédiaire 6,6 %	2019	2020	2021	2022
Maladie (Cnam) ¹	3,07	3,07	0,18	0,18
Famille (Cnaf) ²	0,95	0,95	0,95	0,95
Solidarité vieillesse (FSV) ⁶	1,98	1,98	2,94	2,94
Autonomie (CNSA) ⁴	-	-	1,93	1,93
Remboursement de la dette (Cades) ⁵	0,60	0,60	0,60	0,60

Taux réduit 3,8 %	2019	2020	2021	2022
Maladie (Cnam) ¹	3,20	3,20	1,27	1,27
Autonomie (CNSA) ⁴	-	-	1,93	1,93
Remboursement de la dette (Cades) ⁵	0,60	0,60	0,60	0,60

Source : LFSS 2022

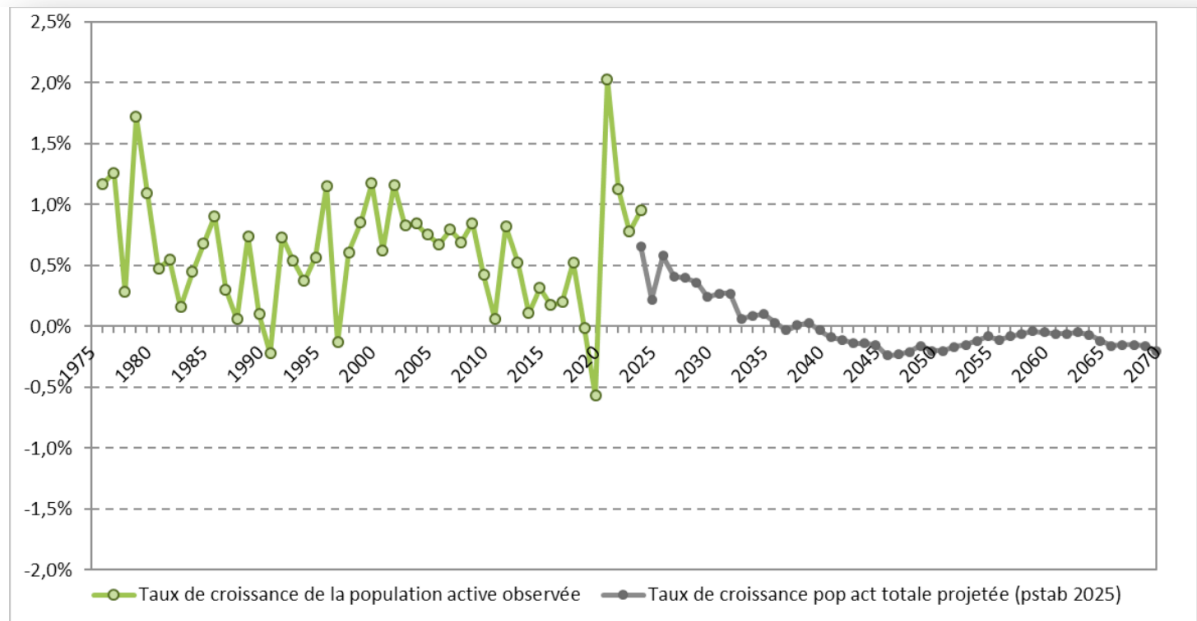
Fin de la hausse de la population active en 2035

Le risque autonomie représente aujourd'hui de l'ordre d'1,2% de PIB des dépenses publiques, avec une hausse qui va tendre vers 2% de PIB dans les 20 ans à venir, à condition de mener une politique de prévention efficace et de réussir le virage domiciliaire. Sans quoi les 2% de PIB seront nettement dépassés comme le montrent nos calculs sur les coûts de l'inaction (partie 2, III).

La population active³⁶ devrait croître légèrement jusqu'en 2034, stagner de 2034 à 2044, puis baisser ensuite de 0,2% par an de 2045 à 2055 (-60 000 personnes par an en moyenne)³⁷ selon l'Insee.

Elle était de 31,3 millions d'actifs en 2024, dont 29 millions occupaient un emploi et 2,3 millions étaient au chômage³⁸. Le taux d'activité en 2024 était de 74,4%, soit 0,5 point de plus qu'en 2023 et le plus haut niveau depuis que l'Insee le mesure au sens du BIT (1975).

Graph 9 : Taux de croissance de la population active observée et projetée



Étant donné le haut niveau de prélèvement existant sur cette population active, et les besoins croissants à venir en retraites et santé, notre recommandation est de ne pas faire porter la hausse des efforts de financement de l'autonomie sur cette population dans les années à venir.

Une population des retraités en forte croissance

³⁶ La population active recouvre l'ensemble des personnes de 15 ans ou plus susceptibles de contribuer à la production nationale, i.e. qui sont soit en emploi soit au chômage.

³⁷ Bechichi N., Fabre M. et Olivia T. (2022), « Projections de population active : le nombre d'actifs diminuerait à partir de 2040 », Insee Références – Edition 2022 – Éclairages, juin. Voir également, Bechichi N., Fabre M. et Olivia T. (2023), Une actualisation des projections de population active tenant compte de la réforme des retraites de 2023, Insee Références, Emploi, chômage, revenus du travail, juin.

³⁸ Rapport du COR - Juin 2025 - P35

La population des retraités de droit direct ³⁹ devrait augmenter de 17,1 millions en 2023 à près de 21,6 millions en 2070. Cette progression serait très rapide en 2035 à 2040, du fait de l'arrivée à la retraite des générations encore nombreuses des boomers.

Cette forte hausse de la population de retraités à cette période coïncide avec le pic des dépenses supplémentaires à financer pour l'autonomie. Elle augmenterait après légèrement de 2040 à 2050, et serait stable ensuite⁴⁰.

Enfin, il semble exclu d'alourdir le coût du travail dans le contexte économique actuel, où la France a besoin de se réindustrialiser et d'augmenter son taux d'emploi pour faire face aux différents défis économiques et sociaux.

La population active supporte déjà un poids élevé de la solidarité intergénérationnelle, aussi bien sur le plan humain vis-vis des enfants avant 50 ans, et des seniors en tant qu'aidants après 50 ans, que sur le plan financier avec un financement majoritaire des dépenses sociales, surtout consommées par les plus de 60 ans.

Pour toutes ces raisons, il est logique et juste de faire reposer la cotisation sociale dédiée à cette assurance publique de l'autonomie exclusivement sur les retraités, au moins ceux qui sont en mesure de supporter le financement sans dégrader leur qualité de vie.

Instaurer une cotisation autonomie sans nuire au pouvoir d'achat des retraités

L'idée est de concevoir le financement assurantiel public, à partir d'une cotisation autonomie (de type CASA), à un niveau significatif dans le financement de la dépendance pour financer au moins 70% des personnes âgées dépendantes (qui ne sont pas financées par la prestation universelle).

La CASA actuelle est payée par les ménages retraités dont les [revenus sont supérieurs à 25 703€](#), soit environ la moitié des retraités. Ces retraités paient la CSG à un taux de 6,6% (intermédiaire) ou de 8,3% (normal) en fonction de leurs revenus (ceux qui ont un taux de CSG de 0% ou 3,8% ne paient pas la CASA).

En l'état, la cotisation CASA de 0,3% a rapporté 900 M€ en 2023. Concernant environ la moitié des retraités en 2023, elle représente une charge annuelle de l'ordre de 110 € par retraité.

Si on veut faire passer les recettes de la CASA à 3 Mrds€, il faut augmenter la CASA à 1% des revenus et à 2% pour des recettes de 6 Mrds €. L'idée est de s'appuyer sur la forte hausse de la population des retraités dans les années à venir (effet volume) pour augmenter suffisamment la valeur des recettes d'une assurance publique autonomie, en plus de la CSG, avec des taux raisonnables.

Cette installation de la cotisation autonomie est à lisser dans le temps avec la CSG sur les revenus payés par les retraités concernés par la CASA.

³⁹ Le nombre de retraités est estimé à partir des données des modèles Ancêtre et Trajectoire de la Drees

⁴⁰ Idem 34

En dehors de la CASA, les retraités concernés paient aujourd’hui la CSG (6,6% ou 8,3%), la CRDS (0,5%) et une cotisation de 1% sur les retraites complémentaires uniquement pour l’assurance maladie.

Tableau 33 : État des lieux des charges sociales des retraités en 2022 en fonction de leur revenu fiscal de référence (Source : LFSS 2022)

Cotisations protection sociale	Colonne 1. Taux zéro	Colonne 2. Taux réduit	Colonne 3. Taux médian	Colonne 4. Taux normal
	RFR inférieur ou égal à :	RFR allant de :	RFR allant de :	RFR supérieur à :
1 part	11 431 €	11 431 à 14 944 €	14 945 € à 23 193 €	23 193 €
1,5 part	14 483 €	14 483 à 18 934 €	18 935 € à 29 384 €	29 384 €
2 parts	17 535 €	17 535 à 22 924 €	22 925 € à 35 575 €	35 575 €
2,5 parts	20 587 €	20 587 à 26 914 €	26 915 € à 41 766 €	41 767 €
3 parts	23 639 €	23 639 à 30 904 €	30 905 € à 47 957 €	47 957 €
Demi-part en plus	3 052 €	3 990 €	6 191 €	6 191 €
CSG (assurance maladie, famille)	Exonération	3,8 % (2)	6,6% (3)	8,3% (4)
CRDS (dette de la sécu)	Exonération	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Casa (solidarité pour l’autonomie)	Exonération	Exonération	0,3 %	0,3 %
Assurance-maladie (1)	Exonération	Exonération	1 %	1 %

Note : Comme prévu par le CSS, les seuils 2021 sont revalorisés de 0,2% et les montants obtenus sont arrondis à l’euro le plus proche, la fraction d’euro égale à 0,50 étant comptée pour 1.

(1) Sur les retraites complémentaires uniquement (sauf la majoration pour enfants) ; déductible du revenu imposable.

(2) Entièrement déductible du revenu imposable.

(3) Dont 4,2% déductibles du revenu imposable.

(4) Dont 5,9% déductibles du revenu imposable.

Ces montants ne concernent que la métropole. Pour les Dom les montants sont supérieurs.

Un financement assurantiel privé mutualiste supplémentaire

La refonte du système de santé proposée par [l’Institut Santé](#) différencie le champ de financement de l’assureur public de celui des assureurs privés⁴¹. Ce modèle de financeur unique par prestation optimise l’efficacité du financement et redonne des marges de manœuvre pour financer l’innovation et la prévention.

Il induit la création **d’un contrat d’assurance santé supplémentaire privé** (et non complémentaire) qui dispose de trois caractéristiques :

- **Interdiction de toute discrimination des assurés,**
- **Affiliation obligatoire,**
- **Subventionnement des plus défavorisés.**

⁴¹ *Quel avenir pour le système de santé français et son financement ? - P18 – Institut santé – Juin 2025 - [Ici](#)*

Les garanties minimales contenus dans un contrat standard étalon (dit contrat responsable aujourd'hui) seraient votées au Parlement. Ce contrat devra être commercialisé par tous les opérateurs, libre à eux d'ajouter toutes les options supplémentaires facultatives souhaitées.

Un volet « *dépendance* » pourrait être ajouté à ce contrat standard étalon et serait obligatoire à partir de 60 ans. Ce financement serait orienté pour ses *garanties socles* (contenu dans les garanties minimales) vers des services non financés par l'assurance publique autonomie mais considérés comme devant être accessibles à tous (par exemple ménages, courses, aides administratives, transports non sanitaires, animaux domestiques...).

Sur recommandations de la HAS et de la CNSA, le Parlement voterait le contenu de ce panier de services inclus dans le contrat supplémentaire privé socle lors du vote du budget de la sécurité sociale à l'automne.

Au-delà de ce socle, chaque assuré pourrait souscrire à des garanties supplémentaires proposées par les assureurs pour financer des prestations non couvertes par l'assureur public et par le contrat socle.

La réforme du financement de la santé proposée par l'Institut Santé revient à différencier les champs d'intervention de l'assureur public (AMO) des assureurs privés, instaurant un modèle de payeur unique par prestation.

Le contrat privé supplémentaire des mutuelles serait souscrit par toute la population selon une affiliation individuelle (fin des contrats collectifs en santé), ce qui entraînerait une baisse significative des prix des contrats individuels actuellement souscrits par les retraités (du fait de la mutualisation du risque sur toute la population avec les mêmes contrats).

Ainsi, ce surcoût du volet autonomie dans les futurs contrats supplémentaires santé sera sans impact négatif sur le pouvoir d'achat des retraités.

A défaut de faire la réforme du financement en santé, ce volet pourrait être ajouté aux contrats des complémentaires santé actuelles comme le suggère la Mutualité française mais nous y voyons trois inconvénients :

- L'impact négatif sur le pouvoir d'achat des retraités de la classe moyenne ;
- Des garanties supplémentaires dans un contrat qui a une logique complémentaire ;
- La participation des actifs au financement de ce volet.

Le financement en chiffres du nouveau modèle

Les prévisions de dépenses d'ici à 2050 ont été établis en partie 2, dans l'hypothèse d'un virage domiciliaire et selon le scénario intermédiaire de Livia. Nous partons de la structure de financement actuelle des dépenses publiques pour la dépendance.

Tableau 34 : Dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes par financeur en 2023

		Mrds €	% Total
Sécurité sociale			
	CNSA	18,8	64%
	CNAM	4,3	15%
Départements		5	17%
État		1,4	5%
TOTAL		29,5	100%
<i>Sources: DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, Drees et DSS</i>			

L'instauration d'un système assurantiel public dédié à la dépendance entraînerait une hausse de la part des cotisations sociales dans le financement. Nous considérons que cette part passerait de 8% en 2025 en 30% en 2050 pour la CNSA, et de 10% à 24% pour l'ensemble de la dépendance.

Ces cotisations reposeraient sur la population des retraités les plus aisés, en s'appuyant à la fois sur un effet volume et un effet taux. En prenant l'hypothèse actuelle de la base éligible à la CASA, ces cotisations concerneraient environ la moitié de la population des retraités, soit 10 à 11 millions de personnes en 2050.

Le modèle proposé intègre aussi une évolution nécessaire du financement de la santé, pour prendre en compte la baisse du ratio actifs/inactifs entre 2025 et 2050 (de 1,72 à 1,36). Les parts de la CSG et de la TVA augmenteraient et celle des cotisations patronales baisseraient.

Tableau 35 : Sources de financement de la CNSA et de la CNAM de 2023 à 2050

	CSG	Cotisations	TVA	Autres taxes
CNSA modèle actuel en 2023	88%	8%	0%	4%
CNSA nouveau modèle en 2050	66%	30%	0%	4%
CNAM modèle actuel en 2023	23%	37%	21%	19%
CNAM nouveau modèle en 2050	30%	30%	25%	15%
<i>Sources: Commission des comptes de la sécurité sociale - Institut Santé</i>				

Que ce soit pour la santé et pour l'autonomie, cette répartition du financement répond au double objectif d'identifier une cotisation dédiée à une assurance publique spécifique solidaire et universelle, d'une part, et de disposer d'une base large de sources de financement pour répondre à la dynamique des besoins sans trop peser sur les coûts du travail, d'autre part.

Pour modéliser le nouveau système de financement de l'autonomie, nous partons de la structure existante.

Tableau 36 : Sources de financement de la perte d'autonomie des personnes âgées en 2023 (en Mrds €, en % du total et en % PIB)

	Modèle	2023		
		Actuel	%Total	%PIB
CNSA		18,8	63,7%	0,67%
	Cotisations sociales	1,50	5,1%	0,05%
	CSG	16,54	56,1%	0,59%
	Autres impôts & taxes	0,752	2,5%	0,03%
CNAM		4,3	14,6%	0,15%
	Cotisations sociales	1,591	5,4%	0,06%
	CSG	0,989	3,4%	0,04%
	TVA	0,903	3,1%	0,03%
	Autres impôts & taxes	0,817	2,8%	0,03%
Départements	Impôts locaux	5	16,9%	0,18%
État	Impôts	1,4	4,7%	0,05%
Mutuelles	Contrat obligatoire	0	0%	0%
Total		29,5	100%	1,05%

Sources: LFSS 2025 - Institut Santé

L'idée est de lisser l'évolution des sources de financement entre 2025 et 2050, pour atteindre plusieurs objectifs :

- Instaurer et développer l'assurance publique autonomie ;
- Rééquilibrer les sources de financement en santé tenant compte de la baisse du ratio actifs/inactifs ;
- Plafonner la part des départements à 15% du financement total en 2050 ;
- Réaliser un transfert d'une part minoritaire de la dépense publique vers un système privé mutualisé pour mieux maîtriser cette dépense publique.

L'essentiel de l'effort de financement est ainsi porté par la CNSA dont la part de financement passe de 63,8% à 68%, soit 0,77% PIB en 2025 à 1,2% PIB en 2050. La CNSA porte 73% de l'effort de financement en part de PIB (0,43% sur 0,59%).

Répartition du financement de l'autonomie des personnes âgées par financeur dans le nouveau modèle de 2025 à 2050 (avec les virages domiciliaire et préventif)

	Sources	2025			2030			2040			2050		
		Actuel	%Total	%PIB	%Total	Mtrds €	% PIB	%Total	Mtrds €	% PIB	%Total	Mtrds €	% PIB
CNSA		21,8	63,7%	0,77%	64%	28,6	0,8%	65%	45,1	1,0%	66%	68	1,2%
	Cotisations sociales	1,7	5,1%	0,06%	6,4%	2,9	0,1%	13,0%	9,0	0,2%	19,8%	20,4	0,3%
	CSG	19,2	56,1%	0,68%	55,0%	24,6	0,7%	49,4%	34,3	0,8%	43,6%	44,9	0,8%
	Autres impôts & taxes	0,9	2,5%	0,03%	2,6%	1,1	0,0%	2,6%	1,8	0,0%	2,6%	2,7	0,0%
CNAM		5,0	14,6%	0,18%	14,7%	6,6	0,2%	14,9%	10,3	0,2%	15%	15,5	0,3%
	Cotisations sociales	1,8	5,4%	0,07%	5,3%	2,4	0,1%	4,9%	3,4	0,1%	4,5%	4,6	0,1%
	CSG	1,1	3,4%	0,04%	3,5%	1,6	0,0%	4,0%	2,8	0,1%	4,5%	4,6	0,1%
	TVA	1,0	3,1%	0,04%	3,2%	1,4	0,0%	3,5%	2,4	0,1%	3,8%	3,9	0,1%
	Autres impôts & taxes	0,9	2,8%	0,03%	2,6%	1,2	0,0%	2,5%	1,7	0,0%	2,3%	2,3	0,0%
Départements	Impôts locaux	5,8	16,9%	0,21%	16,5%	7,4	0,2%	16%	11,0	0,2%	15%	15,5	0,26%
État	Impôts	1,6	4,7%	0,06%	4%	1,8	0,1%	2%	1,4	0,0%	1,0%	1,0	0,0%
Mutuelles	Contrat obligatoire	0,0	0,0%	0,00%	1%	0,3	0,0%	2%	1,6	0,0%	3,0%	3,1	0,1%
Total		34,2	100,0%	1,21%	100%	44,7	1,30%	100%	69,4	1,53%	100%	103	1,76%

Sources : Modèle Institut Santé

À la suite de la projection du financement d'ici à 2050, on en déduit la distribution des sources de financement dans le nouveau modèle.

Parmi les sources de financement, ce sont les cotisations qui portent l'essentiel de l'effort de financement, en particulier celles de la nouvelle assurance publique autonomie financée par la moitié des retraités.

Au-delà des cotisations, l'effort en part de PIB des autres sources de financement est très modeste et sans impact significatif dans la durée pour les financeurs.

Tableau 38 : Financement du nouveau modèle de perte d'autonomie par source de financement

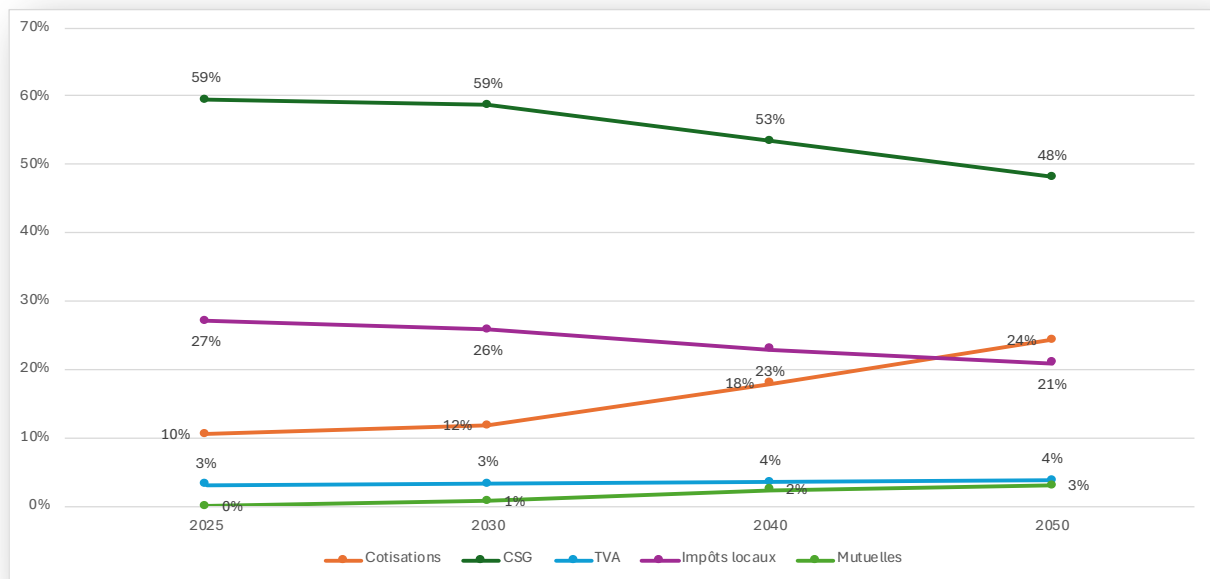
	2025			2030			2040			2050		
	Mrds €	% total	% PIB	Mrds €	% total	% PIB	Mrds €	% total	% PIB	Mrds €	% total	% PIB
Cotisations	3,6	10%	0,13%	5,2	12%	0,15%	12,4	18%	0,27%	25,0	24%	0,43%
CSG	20,3	59%	0,72%	26,2	59%	0,76%	37,1	53%	0,82%	49,5	48%	0,84%
TVA	1,0	3%	0,04%	1,4	3%	0,04%	2,4	4%	0,05%	3,9	4%	0,07%
Impôts	9,2	27%	0,33%	11,5	26%	0,33%	15,9	23%	0,35%	21,5	21%	0,37%
Mutuelles	0,0	0%	0,00%	0,3	1%	0,01%	1,6	2%	0,04%	3,1	3%	0,05%
Total	34,2	100%	1,21%	44,6	100%	1,29%	69,4	203%	1,53%	103,0	100%	1,76%

Sources : Modèle Institut Santé

On constate que :

- La part des cotisations dédiées aux assureurs publics passe de 10% à 24% ;
- La part de la CSG évolue de 59% à 48% du financement total.

Graphe 10 : Distribution du financement de l'autonomie dans le nouveau modèle par type de financement



Sources : Modèle Institut Santé

Le nouveau modèle de financement s'appuie essentiellement sur la hausse de la population des retraités pour financer la montée en puissance du risque. La cotisation liée à l'assurance publique ne devrait concerner que la moitié des retraités, les plus aisés.

Cette assurance publique devrait s'étendre progressivement, avec un taux croissant au cours du temps, qui serait de l'ordre de :

- 1,3% de la pension brute en 2030 ;
- 1,8% en 2040 ;
- 3% en 2050.

Cette cotisation devrait marquer la prise en compte du risque de la perte d'autonomie comme un risque à part entière de la solidarité nationale. Elle sera un symbole important de la recherche d'une citoyenneté sociale du vieillissement et de la perte d'autonomie.

3.3. L'organisation du nouveau modèle

3.3.1. Les principes d'organisation des acteurs de l'autonomie

Les services délivrés par les opérateurs de la dépendance sont intégrés dans un service public départemental de la perte d'autonomie (SPDA), qui fait écho au *service public territorial de santé proposé* par l'Institut Santé pour la refonte du système de santé.

Ils doivent donc répondre aux trois conditions majeures d'un service public (loi de Rolland) : l'accès à tous (universalité), la continuité et la mutabilité du service. Le financement à plus de 80% de ces services par de l'argent public justifie aussi de considérer cette exigence de service public.

Chaque opérateur, qu'il soit public ou privé, agissant dans la dépendance peut donc être considéré comme un délégataire de prestations du service public et chaque usager comme un bénéficiaire de service public. Chaque opérateur devrait être traité sur un pied d'égalité, indépendamment de son statut, par rapport à ses droits et devoirs correspondant à sa mission de délégataire de service public.

Pour faire fonctionner le nouveau modèle dans ce contexte de service public, il faut que les droits et devoirs des opérateurs de la dépendance et des usagers soient connus de tous et respectés.

- Les parcours des personnes fragiles et dépendantes doivent être prioritairement pilotés à partir des besoins et préférences individuelles, i.e. qu'ils doivent prioriser le domicile de la personne comme lieu de délivrance des services, ce qui implique d'adapter ce dernier pour que la prise en charge y soit la plus efficace et durable possible ;
- Chaque prestataire de service du secteur médico-social, quel que soit son statut (mandataire, prestataire) et son secteur (public, privé) doit satisfaire un référentiel de qualité de prise en charge défini par la HAS pour chaque niveau de dépendance ;
- *La mutabilité du service public* exige de délivrer les prestations en intégrant obligatoirement les innovations technologiques (numérique, domotique, IA, robotique) ayant été reconnues par la Haute autorité de santé. La diffusion massive de ces innovations est impérative dans le nouveau modèle ;
- Le respect du libre choix de son opérateur de service doit être strictement respecté et inscrit comme un droit fondamental de tout usager ;
- Le virage préventif destiné à renforcer l'accompagnement des seniors fragiles non dépendants impose de développer une offre dédiée à cette prise en charge hybride entre le social et le sanitaire, que nous qualifions de care management ;
- Le virage domiciliaire impose de développer rapidement les capacités en services à domicile en faisant montée en compétences ces services et en créant les conditions d'attractivité des professions.

3.3.2. La déclinaison de la nouvelle organisation des acteurs de la perte d'autonomie

Cette mission est confiée dans le nouveau modèle à l'assurance retraite, du repérage (au moment de la retraite) jusqu'au stade où la personne ne soit plus considérée comme fragile ou devienne dépendante.

L'action sociale menée actuellement par la CNAV sur les quelque 330 000 personnes fragiles dans les plans OSCAR est gérée en partie en interne et en partie par un système de conventionnement avec des évaluateurs et des prestataires externes.

La gestion des personnes fragiles illustre le pari de l'autonomie sur la dépendance

L'extension large de ces prestations à un public fragile, que nous avons estimé à près de 15% de la population des plus de 60 ans d'ici à 2050, exigera de faire évoluer les modalités opérationnelles de la caisse.

Les professionnels de l'évaluation sont des professionnels qui ont été formés, engagés dans les territoires par la CNAV, qui conventionnent avec eux et les rémunèrent. Ils administrent un référentiel et ont plutôt un profil social. Ils appartiennent à des GIE, des GCSMS ou des associations.

Il serait utile de faire évoluer ces profils vers du *care management*, par de la formation, le temps de faire monter en puissance ce nouveau métier. A ce titre, une réforme en cours (Juillet 2025) des métiers du travail social devrait pouvoir être l'occasion de réfléchir à la transformation des métiers du Care en France pour plus de polyvalence de ces professionnels.

La réalité de la transition démographique impose de revoir largement certains contenus de formation sur l'évaluation des besoins, le suivi de parcours complexes et l'orientation de publics fragiles.

Positionné sur un niveau 6 (licence), le Care Manager devrait être la cheville ouvrière permettant d'éviter une dilution des actions et compétences dans un secteur déjà largement complexifié.

Une délégation de service public à des prestataires privés agréés (associatifs et privé à but lucratif), selon un cadre de délégation bien défini, sera organisée.

La fusion des SAAD et des SSIAD en SAD est une opportunité pour que l'offre de services à domicile s'organise et se renforce pour répondre à ces nouvelles missions de prévention associant aides et soins.

Cette réforme devrait être soutenue pour qu'elle se déroule le plus rapidement et efficacement possible. En parallèle, l'émergence rapide d'un nouveau métier de care manager est nécessaire pour accompagner cette évolution.

La création de ce nouveau métier au sein d'une politique de prévention des seniors fragiles structurée et ambitieuse serait une source de création d'emplois chez les jeunes très utiles pour le développement économique du pays.

Rappelons que le taux d'emploi des 15-24 ans est de l'ordre de 35% en France, soit équivalent à la moyenne européenne mais 15 points en deçà de celui de l'Allemagne⁴². Le potentiel de gain d'emplois sur cette tranche d'âge sur les bases de l'Allemagne est de l'ordre d'1,2 million.

La nouvelle activité de *Care manager* participera à la dynamisation de cette création d'emplois chez les jeunes.

Le financement se ferait à partir d'une fraction du budget des pensions tel que c'est déjà le cas actuellement et d'une fraction du budget de la CNSA, qui serait confiée à cet effet à la CNAV.

Il est maintenant démontré que la prévention des risques sanitaires et sociaux est un levier incontournable pour maîtriser les comptes sociaux.

A titre d'exemple, la Cour des comptes a estimé qu'un an d'espérance de vie sans incapacité supplémentaire faisait économiser un montant d'environ 1,5 Mrds € à l'assurance maladie⁴³. Concernant les personnes âgées, une minoration des dépenses médico-sociales est à prendre en compte. Il faut aussi y ajouter les bénéfices individuels et collectifs pour les personnes âgées.

Mandataire ou prestataire : une dichotomie à simplifier

Le modèle actuel différencie un mode mandataire et un mode prestataire, qui génère de la complexité dans les règles d'accès au marché (agrément vs autorisation), et surtout dans la lisibilité de l'offre pour les usagers.

Une demande largement partagée par les personnes dépendantes est d'avoir de la stabilité parmi les professionnels qui viennent au domicile pour délivrer les services. La difficulté actuelle de recrutement des SAAD rend difficile pour un prestataire de garantir cette stabilité.

L'amélioration des conditions de financement recherché par le nouveau modèle devrait se traduire par une capacité à satisfaire cette demande des bénéficiaires et à basculer vers un modèle majoritairement prestataire.

Évolution des missions des prestataires de services à domicile et pas simplement des structures

La réforme de 2023 visant à fusionner les SAAD et les SSIAD pour créer des services autonomie à domicile (SAD) devrait transformer la prise en charge des personnes dépendantes dans le sens d'un pilotage unifié du parcours et d'une approche transversale de la prise en charge.

Il faut aller au bout de la logique d'unification du soin et du service d'accompagnement en s'assurant que le SAD dispose bien d'une responsabilité globale de la prise en charge. Pour

⁴² Augmenter la quantité de travail : enjeux et leviers – Rexecode – 10 mars 2025 - [ici](#)

⁴³ La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – [Rapport de la Cour des comptes](#) - Novembre 2021

cela, il est nécessaire de la contractualiser dans le CPA. Le SAD serait responsable du contrat de prise en charge de l'autonomie (CPA) prévu dans le nouveau modèle.

La présence d'infirmiers dans les futurs SAD (issus des SSIAD) doit conduire à une prise en charge intégrée soins-services d'accompagnement-logement-lien social des personnes dépendantes modérées mais aussi avec un haut niveau de dépendance (GIR 2). En cela, les futurs SAD seront moteurs dans le virage domiciliaire.

Le SAD devrait représenter une professionnalisation, une montée en compétence de la gestion intégrée et transversale des personnes dépendantes au domicile.

Cette évolution impliquera la présence d'un personnel dédié aux soins et aux services d'accompagnement dans une proportion qui dépendra du niveau de dépendance et de l'état de santé de la personne.

Un care manager devrait avoir la capacité de piloter le parcours de la personne dépendante modérée. Pour une personne plus dépendante, le profil infirmière voire infirmière de pratique avancée (IPA) sera nécessaire.

Le nouveau modèle intègre une approche graduée de la coordination du parcours de la personne fragile non dépendante jusqu'à la personne dépendante lourde à travers des nouveaux métiers (Care manager) ou des métiers existants mais dont les référentiels devraient être ajustés (infirmières, IPA).

En fonction des besoins (liés au niveau de fragilité, de dépendance et à l'état de santé), la coordination des parcours serait réalisée par une care manager, une infirmière ou une IPA.

Vers une désintermédiation entre l'offre et la demande

Les défenseurs du modèle actuel centré sur l'Ehpad défendent une vision de l'organisation des parcours à partir de l'offre dominante (en valeur de la dépense), qui est historiquement représentée par ces établissements.

Une fois la personne évaluée et le plan d'aides attribué, le nouveau modèle devrait garantir le libre choix du prestataire, avec lequel le contrat CPA sera souscrit et la prise en charge organisée. Le nouveau modèle a comme principe d'organiser le parcours à partir des besoins et des préférences individuelles, qui exigent que ce soit la demande qui choisisse l'offre et non l'inverse.

La réflexion de fond sur l'organisation des acteurs ne se veut pas pro ou anti Ehpad mais cherche le moyen de satisfaire ce principe directeur.

Les plateformes autonomie numériques d'orientation des patients dans l'offre existante devraient permettre cette désintermédiation. Les plateformes physiques comme les maisons départementales de l'autonomie, pilotées par les Conseils départementaux, joueront un rôle d'appui à cette orientation, pour les publics fragiles, sans accès au numérique ou exclus socialement, et pour tout usager souhaitant rencontrer du personnel expert.

Ces lieux devraient être neutres vis-à-vis du choix de l'offre et avoir comme seul objectif de répondre aux besoins et aux préférences individuelles.

Une évolution des Ehpad actuels soit vers la structure type RSS soit vers la structure très médicalisée

Nous avons évoqué en partie 2 la baisse prévisionnelle du nombre de résidents en Ehpad et la transformation de la nature de ces établissements. On compte actuellement autour de 730 000 personnes âgées en établissement (Ehpad, USLD, Ehpa, résidence autonomie) dont près de 600 000 en Ehpad.

Le nouveau modèle prévoit un besoin de placer en établissement spécialisé environ 470 000 personnes dépendantes en 2050. Les cycles d'investissements dans les infrastructures étant longs, les décisions des pouvoirs publics en matière de virage domiciliaire et de restructuration sont urgentes par rapport au mur de 2030.

Les idées forces pour mener à bien la restructuration des établissements spécialisés pour personnes âgées sont :

- Renforcer la prise en charge médicale et paramédicale des résidents ;
- Renforcer la sécurité des résidents ;
- Garantir la considération pleine et entière de la dignité des personnes ;
- Concevoir une filière d'excellence sur le plan scientifique et technologique ;
- Concevoir un environnement de travail optimal et une gestion de carrières professionnelles attractives pour chaque profession.

Pour sortir du modèle actuel en bout de course des Ehpad, il faut inclure dans la loi l'obligation des établissements de se transformer dans un délai à définir (3 à 5 ans) soit comme une résidence services sénior ou un habitat inclusif qui recevra des personnes suffisamment autonomes (GIR 2-3), soit comme un établissement très spécialisé et médicalisé (GIR 1-2).

L'évolution des établissements vers l'un ou l'autre des types d'établissements dépendrait de leur structure dominante actuelle et de la distribution des résidents par GIR.

La restructuration d'un Ehpad vers un modèle très médicalisé de type unité de soins de longue durée sera d'autant plus logique pour les établissements disposant d'un PASA et/ou d'une UHR :

- Les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles comportementaux modérés ;
- Les Unités d'habitation renforcées (UHR) pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles comportementaux sévères.

Cette restructuration aura un effet de levier majeur pour développer fortement le secteur intermédiaire des RSS, habitats inclusifs et autres types de résidences intermédiaires entre le domicile et l'établissement spécialisé.

Elle permettra aux groupes existants privés de continuer à se développer s'ils le souhaitent dans le secteur médico-social et de bénéficier de la montée en puissance des besoins du secteur, sous

réserve qu'ils font le choix du RSS et/ou des établissements spécialisés médicalisés de type USLD.

Une migration souhaitable de certains résidents Ehpad vers les habitats inclusifs

Le déploiement de cette offre dans chaque territoire est un enjeu d'innovation et de montée en gamme pour répondre aux besoins des personnes âgées. C'est un levier fort pour faire évoluer l'offre médico-sociale et sociale actuelle.

Les conditions semblent réunies pour accélérer la croissance du parc de l'habitat alternatif dans les prochaines années. Certains acteurs appellent même à une restructuration du parc actuel d'Ehpad et à la transformation d'une partie significative des places existantes en habitats regroupés.

L'AD-PA (association des directeurs au service des personnes âgées) considère que sur les 650 000 places existantes en Ehpad, 400 000 d'entre elles (62%) pourraient être transformées en domiciles regroupés relevant du code de l'habitat⁴⁴.

Ce mouvement pourrait s'accompagner d'une offre de SAD renouvelée.

Des SAD adaptés aux habitats inclusifs

Pour que ces nouvelles formes d'habitat remplissent pleinement leur rôle et répondent aux attentes des personnes âgées, il faut que toutes les aides et services proposés au domicile classique puissent être apportés dans ces domiciles regroupés ou partagés.

Ce serait un gain pour les personnes elles-mêmes puisqu'elles auraient accès à une offre large et diversifiée de services et d'aides.

L'intervention d'un SAD pour plusieurs personnes au sein d'un habitat partagé pourrait avoir plusieurs avantages :

- Faciliter l'organisation du service lui-même :
 - Mutualisation de certaines tâches ;
 - Limitation des temps et coûts de transport.
- Favoriser le bien-être au travail des professionnels :
 - Moins d'isolement ;
 - Logements adaptés au vieillissement limitant la pénibilité du travail ;
 - Gain de temps sur place permettant des temps plus qualitatifs avec les habitants ;
 - Animations collectives.
- Accroître la qualité de l'accompagnement proposé à la personne âgée.

Intervention possible du SAAD (SAD) mais sans crédit d'impôt

⁴⁴ « *Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile* » - HCFEA – Rapport publié le 20/04/2020

Les résidences services seniors étant considérées comme du domicile, n'importe quel Saad peut a priori y intervenir. Par ailleurs, certains de ces habitats disposent d'un Saad en leur sein.

Cependant, l'article 8.2 de la circulaire sur les services à la personne (SAP) du 11 avril 2019 prévoit que *« dans les copropriétés, les résidences services ou les résidences autonomie, les parties collectives ne sont pas assimilables au domicile des résidents, et, à ce titre, les travaux réalisés dans les parties communes d'une copropriété (nettoyage, travaux d'entretien, gardiennage, entre- tien d'espaces verts...) ne constituent pas des services à la personne et ne peuvent ouvrir droit aux avantages fiscaux et sociaux de ce secteur »*.

Il ne s'agit pas de tâches ménagères ou familiales effectuées au domicile des particuliers (article L.7231-1 du code du travail), mais *« de travaux de nettoyage ou d'entretien à caractère collectif, réalisés hors de leur domicile privatif »*.

En application de la définition stricte du « domicile » retenue dans la circulaire, le ministère de l'Économie et des Finances a répondu que :

« Quelle que soit l'organisation des logements collectifs, qu'il s'agisse de résidence services, de résidence autonomie ou de domicile partagé, il convient de distinguer les parties privatives des parties communes »

Et

« Qu'un colocataire ne peut bénéficier du crédit d'impôt service à la personne, et les entreprises intervenantes des avantages fiscaux et sociaux liés à la déclaration, que pour les seules activités délivrées dans les parties privatives du domicile ».

Cette définition du domicile apparaît dommageable. Il serait souhaitable de rétablir l'avantage fiscal aux personnes vivant dans ces habitats pour les prestations délivrées par des sociétés extérieures de services à la personne dans les parties communes mais permettant l'organisation de la vie quotidienne (préparation des repas, gestion du linge et des courses, ménage notamment) ou l'aide à la vie sociale.

Cette situation limite les capacités financières des personnes âgées vivant dans ces habitats, les prestations qu'elles peuvent s'offrir et donc la qualité de la prise en charge dont elles peuvent bénéficier ainsi que l'intérêt de ce type d'habitat.

Mise en commun possible de l'APA

Les textes législatifs ou réglementaires relatifs à l'APA n'interdisent pas la mise en commun de tout ou partie de l'APA pour le financement d'une prestation partagée.

Sur le modèle de celle existante pour la mise en commun de la prestation de compensation du handicap (PCH), [un guide pratique](#) à l'attention des départements mais également des personnes âgées et de leurs aidants a été rédigée par la DGCS et mise en annexe 7 de l'instruction sur l'habitat inclusif. Elle précise le cadre légal et les modalités de mise en commun de l'APA au sein de ces habitats.

Par la mutualisation de certaines prestations, elle peut permettre d'en diminuer le coût unitaire, d'alléger les montants des plans d'aide APA exécutés et/ou de solvabiliser un plus grand nombre de prestations.

Cette mise en commun doit veiller à respecter plusieurs conditions :

- L'accord de la personne âgée doit être respecté ;
- Le principe d'individualisation de la prestation demeure ;
- La demande de mutualisation de l'APA ne doit pas avoir d'impact sur le montant du plan d'aide notifié par l'équipe médicosociale du département qui part d'une évaluation individuelle des besoins de la personne ;
- Le partage des responsabilités juridiques et financières du salarié en emploi à domicile doit être clairement analysé.

Des structures spécialisées sur la grande dépendance en lien avec les centres hospitaliers et des structures d'accueil

La prise en charge des personnes très dépendantes - souffrant souvent de poly morbidité et/ou de maladie neuro-dégénératives avancées, mais aussi les personnes avec un handicap lourd - exige une plateforme spécialisée sur l'évaluation médicale et les recommandations de prise en charge.

Les futurs établissements spécialisés sur la dépendance lourde devront être en étroite connexion avec ces plateformes, et non avec les maisons départementales pour l'autonomie qui ne seront pas équipées pour traiter des questions de grande dépendance.

En même temps, elles doivent proposer à chaque personne un espace d'accueil de son entourage pour disposer d'une vie intime et familiale.

Pour répondre au troisième pilier du nouveau modèle, un véritable domicile doit être proposé à la personne pour recevoir ses proches et ne pas être condamnée à finir ses jours dans une chambre médicalisée, sans moment d'intimité.

Même si ce domicile est accessible de façon temporaire, il est indispensable pour prendre en compte la dignité humaine, son droit à une vie sociale et répondre à la dimension humaniste du nouveau modèle.

Le principe des pays scandinaves revient à ce que les personnes dépendantes vivent dans le droit commun et force l'entourage et la société à s'adapter à leurs conditions pour leur garantir la vie la plus normale possible.

Les personnes lourdement dépendantes conservent toujours des ressources capacitaires pour profiter d'une vie sociale et affective, même si c'est sur une courte durée.

Notre nouveau modèle cherchera à optimiser cette part de vie et cette autonomie résiduelle chez ces personnes jusqu'à leur dernier jour.

C'est le pari de l'autonomie sur la dépendance, dont le juge de paix est la capacité du modèle à valoriser la moindre ressource capacitaire d'autonomie.

3.4. Faut-il dissocier la gestion des deux risques santé & autonomie ?

Il fait peu de doute que les risques santé et autonomie sont étroitement interconnectés, sans toutefois n'en faire qu'un. La santé est une des quatre dimensions du risque dépendance et concerne tous les âges de la vie. Cependant, la grande majorité des personnes dépendantes le sont à cause d'une ou plusieurs affections de longue durée.

Si les risques sont étroitement liés, la bonne coordination de leur gestion reste à organiser, que ce soit sur le plan national ou local, que ce soit dans la conception de la politique que dans son exécution.

Cette dissociation a des justifications et peut se concevoir, en revanche il faudra trouver les ponts solides entre la gestion des deux risques.

Ces ponts peuvent être de plusieurs natures :

- La loi de programmation en santé et en autonomie pourrait être votée la même année ;
- Les territoires de santé à partir desquels la politique de santé est déclinée localement pourraient être commun aux territoires de l'autonomie des personnes âgées ;
- La contractualisation des prises en charge – contrat thérapeutique en santé, contrat de prise en charge de l'autonomie – pourrait fusionner à l'avenir en un seul contrat avec deux coordinateurs (un en santé, un en autonomie) ;
- Les programmes de recherche sur la santé du grand âge, la recherche clinique sur des produits de santé appliqué au grand âge...

La réforme systémique proposée par l'Institut Santé [en santé](#) et pour l'autonomie conduit à un rapprochement de la gestion des deux risques, pour en exploiter toutes les synergies tout en respectant les différences.

Les difficultés de faire voter un budget social fin 2024 (chute du gouvernement Barnier) et fin 2025 à partir d'une situation de déficit structurel très élevé et de système à bout de souffle en santé et en autonomie pourraient être réglées par une LFSS de transition fin 2025, avant la réforme systémique des deux risques en 2026, dont une loi de programmation en santé et en autonomie 2027-2031, voté fin 2026.

Si, dans l'idéal, ce projet devrait faire l'objet d'une campagne présidentielle, l'urgence du redressement pour ces deux systèmes sociaux, la faible appétence politique pour ces deux sujets en campagne présidentielle et le blocage politique actuel sur le budget social plaident pour agir dès 2026. Le contenu des réformes est prêt pour les deux risques.

Conclusion

Le modèle économique et organisationnel du système actuel n'est pas calibré pour faire face à la montée inexorable des besoins à partir de 2026, avec un pic attendu dans la décennie 2030. Il fragilise par ailleurs l'équilibre financier de la branche santé.

Les travaux menés par l'Institut Santé montrent qu'il est possible de bâtir un modèle performant, soutenable et humaniste pour les 30 prochaines années. *La réforme systémique est urgente, et donc possible à réaliser à court terme car les bases existent déjà.*

En effet, la réforme proposée restructure la gouvernance, l'organisation des acteurs et le financement en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs et dispositifs existants. Le secteur de l'autonomie a été pionnier dans le social pour plusieurs dispositifs dont le service public départemental autonomie et la loi de programmation. L'enjeu aujourd'hui est de faire *système*.

Cependant, c'est un vrai changement de paradigme stratégique de la gestion du risque qui est nécessaire pour redresser le système, dont on retrouve des similitudes avec la santé (approche préventive, personnalisée et globale). Il faut transformer un ensemble disséminé de dispositifs et d'acteurs en un vrai modèle cohérent de gestion du risque autonomie.

La réforme à engager est éminemment politique parce qu'elle porte sur des sujets que seul l'État peut réformer (stratégie, financement, gouvernance). Elle peut se réaliser en quelques mois car son contenu est prêt et résulte d'un travail de fabrication de consensus entre tous les acteurs réalisé par l'Institut et d'autres institutions avant.

Cependant, au-delà de la réforme politique réalisée sur les aspects structurants du modèle, il faudra organiser des *États généraux de l'autonomie avec l'ensemble des acteurs* pour aborder les conséquences opérationnelles en matière d'évolution des métiers, des relations entre opérateurs, des modes de paiement ...

Il nous a paru important de distinguer les sujets qui dépendent avant tout de la décision politique, la plupart de ceux abordés dans ce rapport, de ceux plus opérationnels qui dépendent d'un travail d'expertise et de consensus entre les acteurs opérationnels et les experts du secteur.

Face au blocage politique sur le budget social dont les ajustements paramétriques n'assurent plus la soutenabilité de ses déficits et ne freinent plus leur déclin, face aux attentes des citoyens de réforme dans ces domaines, et face à l'exigence de trouver un consensus politique pour réussir la réforme, espérer un déblocage politique en 2027 est très incertain et risqué, probablement plus que d'agir à court terme.

Réussir une telle réforme, c'est transformer le défi du vieillissement en une opportunité économique et sociale majeure. Pour la puissance publique, c'est l'occasion de convertir un risque social nouveau en un moteur de croissance économique, de cohésion et de solidarité nationale.

C'est aussi manifester et renforcer *la primauté de la dignité de la personne humaine* dans notre modèle social et d'en promouvoir la valeur universelle.

LES DIX MESURES PHARES DE LA REFORME

1. Confier à la CNAV le pilotage, le financement et l'évaluation de *la politique de prévention* du risque dépendance, sous la forme d'un programme dit de *care management* dédié aux seniors fragiles qui sont à haut risque de basculer dans la dépendance. La CNAV réalisera une détection précoce des personnes fragiles à partir du départ en retraite de tous et les accompagnera dans la durée pour reporter le plus tard possible ou éviter leur entrée en dépendance.

2. Réorganiser la gestion du risque autonomie à partir d'une *approche préventive, individualisée et globale*. Cela exige la création d'un nouveau métier de *Care manager* et une réorganisation en profondeur des métiers du secteur (100 000 de plus d'ici 2050), la bascule d'une logique collective et institutionnelle vers une logique domiciliaire et individualisée (réforme des Ehpad) et la prise en compte systématique des 4 composantes principales du risque (sanitaire, médico-social, logement, vie sociale).

3. Organiser la gestion des ressources *à partir des besoins et non de l'offre*, ce qui passe par une évaluation des besoins médico-sociaux et un schéma départemental des ressources pour y répondre, à intégrer dans une stratégie nationale de l'autonomie et une loi d'orientation et de programmation pluriannuelle, ainsi que par l'instauration d'un contrat de prise en charge de l'autonomie (CPA) entre les acteurs. Ce pilier garantit de répondre pleinement et de façon personnalisée aux besoins individuels, en organisant le système à partir de ces derniers.

4. Intégrer des mesures de *renforcement de la citoyenneté sociale* sur le risque dépendance, et de respect systématisé de la dignité de la personne, quel que soit son niveau de dépendance, dans la stratégie nationale, dans tout plan d'aide et à chaque niveau de la gouvernance. *Le pari de l'autonomie sur la dépendance* implique un citoyen pleinement engagé dans la préservation de l'autonomie et donc bien représenté dans des instances démocratiques.

5. L'État stratège définit la politique d'autonomie à travers *une loi de programmation* et délègue (sous forme de *délégation de service public*) à la CNSA, à la CNAV et aux Conseils départementaux des missions et compétences distinctes et précises pour la bonne exécution de cette politique. L'État en région et en local (ARS remplacées par des directions spécialisées dans les Préfectures) est aussi le garant de *l'égalité territoriale* par la délivrance des autorisations aux opérateurs et le contrôle de la qualité des prestations selon des règles nationales transparentes et objectives.

6. *Le département* reste le chef de file opérationnel du système, dont l'objectif principal est de garantir que toute demande trouve une réponse adéquate, accessible et de la meilleure qualité possible. Il est l'opérateur du service public départemental de l'autonomie, avec un relai aux CCAS et aux CIAS pour le public le plus fragile,

garantissant une capacité du système à agir en proximité pour tout public et pour tout besoin. Ce relai sera systématique et structuré. Il conçoit le schéma départemental de l'autonomie des besoins et évalue le parcours des personnes dépendantes au cours du temps.

7. Le système de financement du nouveau modèle a trois composantes, dominé par l'instauration d'un système assurantiel public, qui ancrera la cinquième branche dans l'histoire de la sécurité sociale. Il comprendra :

- *Un filet beveridgien* financé par les impôts locaux (le Conseil départemental), pour financer la population dépendante la plus précaire et à bas revenus, qui sera couverte à quasiment 100% par une *prestation universelle autonomie* ;
- Un *système assurantiel public* qui couvrira l'essentiel des dépenses autonomie du reste de la population dépendante, qui sera financé par un mix cotisations (CASA)/impôts nationaux (CSG) ;
- Un *système assurantiel privé supplémentaire de type mutualiste*, obligatoire à partir de 60 ans, qui couvrira des services non remboursés par l'assurance publique autonomie.

8. La prestation unique autonomie (PUA) sera financée par le Conseil départemental et gérée par la CNSA pour la prise en charge à quasiment 100%, moyennant un reste à charge symbolique de quelques euros, des personnes dont le revenu est inférieur à 80% de revenu médian. L'assurance publique autonomie sera financée par une cotisation de type CASA payée par environ 50% des retraités, les plus aisés, qui montera en puissance d'ici à 2050 en s'appuyant sur la forte hausse de la population de retraités (effet volume), pour représenter 30% du financement de cette assurance en 2050.

9. L'organisation des opérateurs de services sera centrée sur les besoins de la demande dans un système désintermédié par des plateformes numériques (et physiques), garantissant à chaque usager de disposer d'une réponse adaptée et libre de choix. La capacité du prestataire à intégrer les principales compétences dans son offre (sociales, médico-sociales, techniques) et l'obligation de respecter la mutabilité du service public par de l'innovation optimisera la qualité d'un service accessible à tous.

10. La transformation des Ehpad actuels soit en établissements spécialisés de nouvelle génération pour la grande dépendance (type USLD), soit en établissement de type résidence service sénior (RSS) permettra de réussir le virage domiciliaire et d'améliorer la prise en charge de la grande dépendance. C'est un impératif politique de court terme pour bien allouer les investissements publics et privés dès 2026, sans quoi la réforme sera reportée à plusieurs années, obérant la capacité de financement du virage domiciliaire.

Cette transformation est aussi une condition indispensable pour que *le pari de l'autonomie sur la dépendance*, qui se traduit par le principe de la primauté de la dignité de la personne, s'applique aussi et avant tout sur le maillon le plus fragile du risque.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bechichi N., Fabre M. et Olivia T. (2022), « Projections de population active : le nombre d'actifs diminuerait à partir de 2040 », Insee Références – Édition 2022 – Éclairages, juin. Voir également, Rechichi N., Fabre M. et Olivia T. (2023), Une actualisation des projections de population active tenant compte de la réforme des retraites de 2023, Insee Références, Emploi, chômage, revenus du travail, juin.
2. Évolution et perspectives des retraites en France - Rapport annuel du COR – Juin 2025 - [ici](#)
3. La population des retraités – Recueil statistique du régime général-Edition 2023
4. Bizard, F, Pr - Sécurité sociale : mort ou renaissance ! – Les Échos – 4 décembre 2024 - [ici](#)
5. Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie -Drees – N ° 123 – Octobre 2024
6. Rapport de la concertation grand âge et autonomie - Dominique Libault – Mars 2019
7. APA à l'horizon 2040- Insee-N°11- Septembre 2013
8. Drees, enquête vie quotidienne et santé, 2021, traitements Drees
9. Le handicap en chiffres - Drees - Edition 2024 - Novembre 2024
10. « Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile » - HCFEA – Rapport publié le 20/04/2020
11. Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs. Anne Peneau & Zeynep Or. Irdes.N°295. Décembre 2024
12. L'aide sociale aux personnes âgées et handicapées – Edition 2024 – Drees
13. Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence. Les comptes de la sécurité sociale – Septembre 2021
14. Décret n°2022-837 du 1^{er} juin 2022 relatif aux attributions du ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées - [ici](#)
15. Perte d'autonomie à domicile - Enquête autonomie 2022 – Drees - N° 1318 - Novembre 2024
16. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici en 2060 - Octobre 2017 - Drees- N ° 1032, [ici](#)
17. Étude du cercle des vulnérabilités et société de juin 2025- Fehap, OCIRP, Synerpa – [ici](#)
18. Finances publiques : « C'est le jour du dépassement pour les départements » - François Sauvadet- Les Échos - 18 juin 2025 - [ici](#)
19. Rapport du COR-Juin 2025
20. Quel avenir pour le système de santé français et son financement ? - P18 – Institut santé – Juin 2025 - [Ici](#)
21. Les Français se sentent moyennement concernés par la perte d'autonomie – Hospimedia – 24/06/2025
22. COG 2022-2026 – Bilan 2023 – CNSA
23. L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040 – Insee Analyses -N°11- Septembre 2013
24. Les patients en SSIAD- Le coût de leur prise en charge et ses déterminants – Ministère du travail, des relations sociales -, 2009
25. Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile- Conseil de l'âge – HCFEA – Avril 2020
26. Demain je pourrais choisir d'habiter avec vous – Denis Piveteau, Jacques Wolfrom – Juin 2020
27. Contribution à l'ère de la longévité – Analyse de l'impact et de l'efficience des résidences Services Séniors –EY - Mars 2025

28. L'allocation personnalisée d'autonomie – L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées -Éditions 2024 – Drees
29. Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 - Drees- Novembre 2014 – n° 1318
30. Long term care in Japan – National bureau of economic research – November 2023
31. Le soutien de l'État aux services à la personne – Cour des comptes – Mars 2024
32. Budget rectificatif 1 2025 – Dossier du Conseil – 27 mars 2025 – CNSA
33. Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence – Les comptes de la sécurité sociale – Septembre 2021
34. Dépendance – Proposition pour une assurance généralisée – France Assureurs – Mutualité française – Février 2023
35. Le marché de la dépendance : état des lieux, actualités et projets de place – Atelier technique – 100% actuaires –Institut des Actuaires - 21 novembre 2024
36. La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées – L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées -Éditions 2024 – Drees
37. Rapport de la branche autonomie de la sécurité sociale 2024 – CNSA – Sécurité sociale
38. Rapport annuel 2023 – CNSA
39. L'aide sociale départementale : bénéficiaires, dépenses, financement, personnel – Edition 2024 – N°124 – novembre 2024 – Drees
40. Instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DGFIP/DSS/CNSA/2023/145 du 21 septembre 2023 relative à la mise en place des commissions départementales de suivi des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficultés financières
41. PLFSS 2025 – Annexe 7 – Dépense de la branche autonomie et effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie
42. Les chiffres clés de l'autonomie 2024 – CNSA
43. L'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance – Fabrice Aubert - Comité consultatif du secteur financier (CCSF) – Juillet 2013
44. Pour un redressement durable de la sécurité sociale - Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie ; Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ; Haut Conseil du financement de la protection sociale – Le 3 juillet 2025 - [ici](#)
45. HCFEA, Conseil de l'âge ; 2024, Avis du Conseil de l'âge concernant le PLFSS 2025, avis adopté le 22 octobre 2024, [ici](#)
46. Direction générale des affaires économiques et financières de l'Union Européenne, 2024, Institutional Paper 279, [ici](#)
47. De Bienassis, K, A. Llena-Nozal & N. Klazinga (2020), The economics of patients safety Part III : long-term care : Valuing safety for the long haul », OECD Health working papers, N°121, OECD, [ici](#)
48. Mendras P, 2023, Perte d'autonomie des personnes âgées, Notes IPP, N°96n novembre 2023, [ici](#)
49. « Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux », Chapitre X du Ralfss 2025, Cour des comptes, mai 2025, [ici](#)
50. La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées – Rapport de la Cour des comptes - Novembre 2021
51. Brookmeyer R, Gray S, Kawas C. Projections of Alzheimer's disease in the US and the public health impact of delaying disease onset. Am J Public Health, 1998 Sept. [Ici](#)
52. Le coût de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes s'envole du fait de la rigueur budgétaire. Par Béatrice Jérôme – Le 21/08/2025 - [ici](#)

Créé en 2018, l'Institut Santé est un centre de recherche appliquée, **citoyen, transparent, indépendant et pluridisciplinaire**, dédié à faciliter la réalisation de la réforme globale du système de santé en France.

L'idée est de **réunir, sous une bannière neutre uniquement tournée vers l'intérêt général**, les principaux courants idéologiques, sensibilités et expertises ; dans un environnement éloigné des pressions politiques, financières et corporatistes.

Grâce à un travail d'intelligence collective, L'Institut Santé a construit une plateforme de **refondation** du système de santé consensuelle et robuste, permettant de le redresser pour plusieurs décennies.

En 2025, l'Institut Santé a décidé d'orienter ses travaux de recherche vers les autres modèles sociaux qui ont également besoin d'être repensé pour affronter les grands enjeux démographiques, économiques, sociaux et technologiques contemporains.

A ce titre, L'Institut proposera au deuxième semestre 2025 un nouveau système universel de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Publications de l'Institut Santé depuis 2018



Fin 2019



Fin 2021



Fin 2024

