HCFEA
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
Conseil de l'âge

Les leviers d'une meilleure efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie

Extrait du rapport
Pour un redressement durable de la sécurité sociale
Partie III, chapitre 4

Remis au Premier ministre le 2 juillet 2025
suite à saisine du HCaam, du HCFEA et du HCFiPS

Sommaire

Synthèse 3

Les leviers d'une meilleure efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie 6

I. Éléments d'analyse sur la politique de l'âge et l'équilibre de la branche autonomie 8

A. Un décalage entre les publics concernés et les bénéficiaires actuels de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) 8

B. Évolution des dépenses d'autonomie sur le champ de l'ENSA 10

C. L'équilibre de la branche autonomie 13

1. Un équilibre menacé à court terme 13

2. Une tendance défavorable à moyen et long terme 14

II. Prévention et adaptation : les objectifs, conditions et leviers d'une politique de l'âge plus efficiente 17

0. Une condition préalable - Une meilleure efficience et un meilleur pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées 17

1. Un effort de simplification de la gouvernance et de la gestion des prestations ... 18

1. Un progrès dans la connaissance des situations et aides, par un investissement dans les systèmes d'information permettant le pilotage local, le monitoring national et le développement de l'évaluation 22

A. Levier n°1 - Développer la prévention primaire au bénéfice du vieillissement en bonne santé et dans l'autonomie des seniors 23

B. Levier n°2 - Refonder les approches et les outils d'évaluation et de réponse aux besoins pour établir des plans d'aides globaux et renforcés dans leur effectivité, et favoriser des parcours de soins et d'accompagnement rationnalisés 27

C. Levier n°3 - Renforcer l'efficience des accompagnements à domicile en développant les solutions regroupées et de proximité mobilisant plus justement les interventions et aides humaines 32

D. Levier n°4 - En lien avec l'évolution nécessaire de l'offre, repenser le périmètre de missions et d'intervention des établissements pour personnes âgées 35

E. Quels financement et recettes à court terme et à moyen-long terme de la branche autonomie ? 42

1. Sur le court terme, le besoin de financement est relativement limité 43

2. À l'horizon de moyen-long terme, une réforme plus ambitieuse du financement devra être envisagée 44

Synthèse

Les leviers d'une meilleure efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie

La politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées est un risque de sécurité sociale jeune, non parvenu à maturité tant dans le niveau des aides apportées que dans son pilotage et sa gestion. L'effort national de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées s'élevait à 29,5 Md€ en 2023 (soit 1,05 % du PIB), majoritairement financés par la sécurité sociale (branche autonomie et maladie). Les prestations versées, peu dynamiques depuis 2019, relèvent largement d'une logique d'aide sociale, et leurs bénéficiaires sont appelés à financer une part non négligeable de leurs frais. Le non-recours à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la sous-consommation des plans d'aide sont significatifs.

Face à l'absence de levier de type paramétrique actionnable, le Conseil de l'âge du HCFEA se situe dans une stratégie de moyen et long-terme, visant un « refroidissement du moteur » pour éviter une augmentation des dépenses de santé et d'autonomie insoutenable entre 2026 (arrivée à 80 ans des premiers *baby-boomers*) et 2045.

Les propositions du Conseil de l'âge sont centrées sur deux objectifs : prévenir la perte d'autonomie comme priorité de la sécurité sociale et adapter effectivement la société au vieillissement. Ils seraient mis en œuvre au travers de quatre leviers :

Développer la prévention primaire au bénéfice des seniors (levier 1)

Le Conseil propose des objectifs ambitieux pour le déploiement des rendez-vous de prévention à 70-75 ans (« Mon bilan prévention ») et d'Icope, en s'appuyant, d'une part, sur des démarches d'aller-vers afin notamment de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours à la prévention, et, d'autre part, sur les caisses de retraite avec une rénovation de leur action sociale. Le Conseil rappelle également l'importance d'accélérer l'adaptation des logements privés et sociaux. **Ces efforts de prévention peuvent notamment générer des économies de 400 M€ sur les dépenses de santé en réduisant de 30 % le nombre de chutes graves.**

Améliorer les parcours à domicile par des plans d'aides globaux et renforcés (levier 2)

La prévention secondaire et tertiaire doit être développée pour améliorer le bien-être et l'autonomie des personnes et réduire les événements indésirables à domicile, y compris l'épuisement des aidants. Le Conseil appelle à une refonte de l'éligibilité à l'APA pour mieux

inclure les personnes souffrant de troubles cognitifs. Il appelle également à une rénovation profonde de l'APA pour créer trois compartiments (aides humaines, aides techniques, répit) avec des plafonds relevés et distincts, ainsi qu'un forfait dédié à la surveillance des personnes souffrant de troubles graves, en appui de leurs aidants.

Cet effort de prévention permettrait, dans une hypothèse volontariste, de diminuer la prévalence de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus de 10 % chaque décennie. La **baisse du nombre de bénéficiaires et des dépenses d'APA en résultant**, par rapport au tendanciel et à législation constante, **apporterait une économie de 0,4 Md€ à horizon 2030 et 1 Md€ à horizon 2040.**

Renforcer l'efficience des accompagnements autour de domiciles regroupés (levier 3)

L'objectif est de multiplier les solutions alternatives aux domiciles historiques et aux Ehpad, permettant de réduire l'isolement des personnes et de minimiser les déplacements des professionnels, améliorant ainsi les parcours et les conditions de travail de ces derniers.

Une mobilisation est nécessaire pour accélérer et faciliter le développement de l'offre d'habitats intermédiaires partagés, que pourrait impulser une mission d'animation nationale, ainsi que pour un déploiement effectif d'outils numériques de soins ou de prévention. **Un effort important de financement de ces solutions doit être planifié, dans le cadre de la loi de programmation demandée depuis des années par le Conseil de l'âge et prévue par la loi du 8 avril 2024 dite « bien-vieillir ».**

Revoir le périmètre de missions et de tarification des Ehpad (levier 4)

Pour densifier la présence médico-soignante en Ehpad, le Conseil propose d'élargir le périmètre des soins qui y sont financés et de réviser la grille d'évaluation « Pathos ». Il suggère d'étudier la mise en place d'un tarif partiel élargi aux interventions des professionnels paramédicaux et / ou des dépenses de médicament et de généraliser progressivement le tarif global, tout en développant les systèmes d'information (SI) dans l'objectif d'y renforcer la traçabilité des soins. Ces évolutions doivent être conjuguées avec l'objectif adopté par le Conseil de renforcement de la dimension de lieu de vie des Ehpad. **Au-delà, l'ambition doit être de construire de véritables « parcours gériatriques » entre la ville et les établissements. Le Conseil de l'âge poursuivra des travaux d'approfondissement de ce levier dans le cadre de son plan de travail en cours sur le périmètre pertinent de mission et d'organisation des Ehpad.** Concernant les résidences autonomie, le Conseil propose de les doter d'un forfait « soins » pour organiser la fonction d'infirmier référent.

Le Conseil propose un plan global transverse aux quatre leviers pour établir de véritables parcours gériatriques et **diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées pour atteindre une économie de 1 Md€ à horizon 2030**, partagée entre les établissements de santé, les ESMS et l'assurance maladie.

La condition préalable à la meilleure efficience de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées est **un effort de simplification de la gouvernance et de la gestion**, pour

diminuer la complexité et les iniquités, et appuyé sur un progrès dans la connaissance des situations et aides. Le Conseil propose à ce titre la fusion des deux dispositifs d'aide-ménagère existant pour les personnes en GIR 5 et 6 en les intégrant au sein de l'action sociale de la branche retraite. Il recommande également d'étudier la possibilité de faire assurer la gestion de l'APA, pour le compte des départements, par les caisses de retraite de base et de développer un SI unique pour l'APA partagé entre la CNSA et la Cnav.

Enfin, **le Conseil de l'âge a souhaité se positionner sur les recettes pouvant être mobilisées pour contribuer au redressement des comptes et en particulier de ceux, dégradés, de la branche autonomie**. Selon lui, les recettes découlant de toute mesure qui augmenterait le niveau des contributions fiscales ou sociales des retraités ou impacterait le niveau de leurs pensions, devraient être affectées au meilleur financement du soutien à l'autonomie. Il suggère d'envisager, à terme, un élargissement des sources de financement de la perte d'autonomie en mettant davantage à contribution le capital et en augmentant les droits sur les mutations à titre gratuit, piste étudiée par le HCFiPS. En contrepartie, le périmètre du recours sur succession pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pourrait être réduit.

Les leviers d'une meilleure efficience de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie

Extrait du rapport *Pour un redressement durable de la sécurité sociale*, partie III, chapitre 4

Le Conseil de l'âge, sur la base de ses rapports, avis, et des orientations en ressortant, ainsi que de l'analyse des évolutions récentes et de contributions reçues de ses membres[1], a adopté le présent chapitre à l'issue de travaux et de discussions lors de trois séances entre mars et mai 2025.

Ce chapitre contient ses préconisations et leviers propres, mais aussi son positionnement par rapport à des pistes qu'il ne fait pas siennes, afin de répondre au double souci du Premier ministre de « *répondre aux enjeux démographiques et sociaux de demain, dont les réponses doivent être trouvées aujourd'hui pour ne pas fragiliser l'adhésion à notre système de protection sociale* » et de « *replacer nos finances sociales sur une trajectoire de redressement et de désendettement* ».

De l'avis du Conseil, les enjeux de moyen et de long terme liés à l'accélération de la transition démographique et du vieillissement de la population à compter de 2030 doivent être abordés **dans une logique de planification. L'adoption de la loi de programmation** prévue à l'article 10 de la loi de 2024 **reste indispensable et doit se projeter sur un horizon temporel de 10 ans, sur 2025-2035**. Il invite à penser la conciliation entre transition démographique, transition écologique et transition numérique. L'enjeu est de créer **un écosystème où ces trois transitions se renforcent mutuellement**, permettant aux seniors de bénéficier des avantages de la technologie numérique pour rester autonomes et connectés, et **favorisant par le regroupement des lieux d'intervention un système plus sobre en déplacements et en consommation de ressources**. Cela minorerait les impacts négatifs du vieillissement de la population sur l'environnement. En termes **d'aménagement du territoire**, cette stratégie permettrait de **revitaliser des zones du territoire fortement vieillissantes, en développant l'habitat et l'emploi local**.

Le Conseil a également **la conviction que des mesures utiles peuvent être adoptées dès maintenant, qui seront autant de pas dans la direction d'une meilleure préparation de notre pays au défi auquel il devra répondre à compter de 2030** : l'arrivée chaque année à plus de 80 ans de générations plus nombreuses, de l'ordre de 300 000 personnes.

[1] Confédération française des retraités, Fédération nationale de la mutualité française, Fédération des particuliers employeurs de France, FESP, CFDT, Unsa et contribution commune des sept organisations suivantes : CFTC, CFE-CGC, CGT, FGR-FP, FO, FSU, Ensemble & Solidaires.

La politique de l'autonomie, moins mûre que d'autres politiques sociales, se prête moins à des économies de court terme qu'à la construction d'un système plus sobre et efficient pour les années à venir.

Le Conseil de l'âge propose de retenir **deux objectifs de politique publique pouvant être déployés rapidement en renforçant les organisations et les leviers déjà existants** :

- **prévenir** la perte d'autonomie qui doit devenir une priorité de la sécurité sociale (branche autonomie, maladie, mais aussi vieillesse), et un effort plus conséquent doit y être consacré ;
- **adapter** effectivement la société, le cadre et les lieux de vie au vieillissement, en privilégiant les solutions locales et la transformation de l'existant, et en refondant les accompagnements et les prestations de soutien à l'autonomie.

Conjugués, ces deux objectifs doivent permettre des gains d'espérance de vie « dans l'autonomie » et une minoration tendancielle de la progression des dépenses.

Les deux lignes de « prestations » servies par la branche autonomie et les acteurs territoriaux que sont les ARS et les départements ne se prêtent pas à des mesures paramétriques. **Aux yeux du Conseil, seul un plus fort investissement dans la prévention et le soutien à l'autonomie permettrait de réaliser un double potentiel d'économies sur les dépenses de santé et sur le tendanciel d'évolution des dépenses de la branche autonomie et des départements**.

Synthèse des propositions du Conseil de l'âge

Les voies d'économies reposent largement sur une meilleure effectivité des aides et des parcours, qui permettrait de diminuer des dépenses évitables, notamment liées aux épisodes de soins indésirables et d'un ralentissement de la progression tendancielle du nombre de personnes âgées à l'autonomie dégradée.
Afin de les mettre en œuvre, il propose d'actionner quatre leviers :

- **développer la prévention primaire au bénéfice des seniors ;**
- **refonder les approches et les outils d'évaluation et de réponse aux besoins pour établir des plans d'aides globaux et renforcés dans leur effectivité, et favoriser des parcours de soins et d'accompagnement rationnalisés ;**
- **renforcer l'efficience des accompagnements en privilégiant les domiciles regroupés en développant les solutions mobilisant plus justement les aides humaines ;**
- **sécuriser les trajectoires de soins et repenser le périmètre de missions et d'intervention et de tarification des soins des établissements pour personnes âgées.**

Pour le conseil, leur mise en œuvre nécessite de remplir une condition préalable à la meilleure efficience et au meilleur pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées : un effort de simplification de la gouvernance et de la gestion, s'appuyant sur un progrès dans la connaissance des situations et aides pour s'assurer de la qualité des parcours et de l'effectivité des soutiens.

I. Éléments d'analyse sur la politique de l'âge et l'équilibre de la branche autonomie

Notre pays va faire face à une intensification de la transition démographique dans les dix années à venir. D'après les projections de l'Insee, en 2040, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans dans notre pays. Les plus de 75 ans y seront un peu plus de 11 millions, soit un habitant sur six.

Cette évolution du vieillissement de la population traduit deux phénomènes concernant largement les mêmes générations. D'abord, la révolution de la longévité. Depuis 1950, l'espérance de vie à la naissance en France a augmenté de près de 17 ans, atteignant 80,1 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes en 2024. Ensuite, l'arrivée au seuil du grand âge et des fragilités des générations nombreuses nées après la seconde guerre mondiale, lors du « *baby-boom* ». Le nombre de naissance passe de 522 000 en 1941, plus faible nombre enregistré depuis 1919, à 870 000 en 1947, plus haut chiffre depuis 1903.

A. Un décalage entre les publics concernés et les bénéficiaires actuels de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Il convient toujours de rappeler que le champ de la politique de l'autonomie, en incluant son volet « prévention », concerne un nombre important, mais minoritaire des personnes de plus de 60 ans – mais également de 75 ans – ainsi que leurs proches aidants.

Les données de l'enquête autonomie 2022[2] estiment que 3 % à 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile 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 d'individus concernés :

- chez les moins de 75 ans, 4 % des personnes sont en situation de perte d'autonomie, soit 420 000 personnes ;
- au-delà de 75 ans, ce sont 15 % des personnes qui sont concernées – soit 850 000 personnes.

Certes, l'enquête met en lumière une bonne nouvelle, à savoir un recul de la prévalence de la perte d'autonomie en ménage ordinaire : l'espérance de vie sans perte d'autonomie a augmenté de 0,8 an pour les femmes et de 0,5 an pour les hommes.

Même si le nombre de bénéficiaires de l'APA est minoritaire parmi les 60 et même les 75 ans et plus, il est important d'avoir à l'esprit, tant pour la politique de prévention que de soutien à l'autonomie, que l'espérance de vie à la retraite avec perte d'autonomie est élevée. La

[2] Drees, 2024, Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015, *Études et Résultats*, n° 1318, novembre.

Drees[3], sur la base d'un appariement de données retraites/autonomie, estime qu'» *environ 7 femmes sur 10 et 4 hommes sur 10 ont recours à l'APA durant leur retraite* ».

Autour de cette moyenne, des différences importantes existent entre les genres et les classes sociales : les retraités les plus aisés sont ainsi en moyenne un peu moins longtemps bénéficiaires de l'APA, alors que leur durée espérée de retraite est plus longue.

Le Conseil de l'âge émet un point d'alerte sur le niveau insuffisant d'accompagnement de la perte d'autonomie au domicile par l'APA, notamment pour les personnes atteintes uniquement de restrictions cognitives.

La Drees estime que 4 % des plus de 60 ans (740 000 personnes) déclarent avoir des difficultés sévères à effectuer des « activités d'entretien du quotidien » consistant à prendre soin de leur corps (se laver, se nourrir…).

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2022 était de 790 000 et évolue sur une dynamique différente de celle de l'évolution de la prévalence des pertes d'autonomie entre 2017 et 2022, ce qui tendrait à montrer que la « décision » d'attribuer l'APA relève également d'autres logiques (voir *infra*).

Comme l'a montré le Conseil de l'âge dans le document Eclair'âge « Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA », avoir uniquement des restrictions cognitives n'est pas rare : 27 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire sont uniquement caractérisées par des limitations d'activité sur le critère de la « cohérence » et 24 % uniquement sur le critère « orientation ». Le Conseil concluait que, « *au global, 14 % de l'ensemble des 75 ans et plus en logement ordinaire cumulent des restrictions d'activités [sur ces deux critères] mais sont pourtant, dans leur quasi-totalité, inéligibles à l'APA (classement en GIR 6)* ».

Or, la littérature française et internationale a montré qu'un manque d'accompagnement médico-social des seniors en situation de perte d'autonomie entraîne des coûts supplémentaires notamment des hausses du nombre d'hospitalisation de ces derniers.[4]

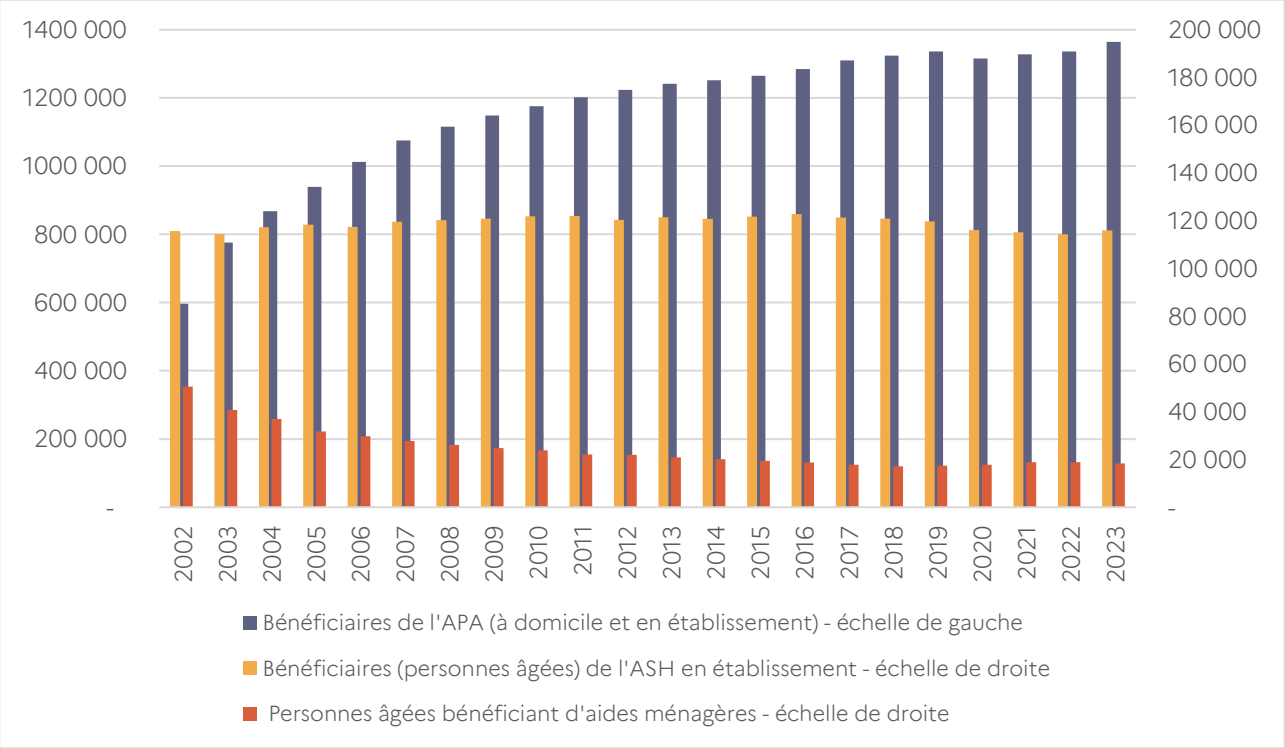
Les chiffres de la Drees sur les bénéficiaires de l'APA à domicile servie par les départements France entière confirment une progression très faible de leur nombre en période récente.

S'agissant des niveaux d'aide, la Drees[5] indique qu'entre 2003 et 2022, les dépenses moyennes mensuelles par bénéficiaire de l'APA à domicile en euros courants ont baissé de 16 % alors que celles des bénéficiaires en Ehpad sont assez stables depuis 2010. En 2022, les

[3] Drees, 2025, Allocation personnalisée d'autonomie : les retraités à plus basse pension commencent à la percevoir en moyenne cinq ans plus jeunes que les plus aisés, *Études et Résultats*, n° 1327, février.
[4] Voir notamment Penneau et Or, 2023, Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'Hospitalisation à domicile (HAD) ?, Questions d'économie de la santé, n° 283, novembre. Voir également, Rapp and al. 2015 ; Costa-font and al., 2018 ; Walsh and al., 2019 ; Lin and Imanaka, 2020 ; Chen and Ning, 2022.
[5] Drees, 2024, L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées » édition 2024, *Panorama de la Drees*, p. 44.

dépenses annuelles moyennes d'APA par bénéficiaire à domicile ou en établissement sont assez proches et autour de 5 000 €.

Graphique 1 I Évolution du nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale départementale



Source : Données Drees « Séries longue sur l'aide sociale départementale ».

B. Évolution des dépenses d'autonomie sur le champ de l'ENSA

L'effort national de solidarité pour l'autonomie (ENSA)[6] mesure les dépenses publiques consacrées à l'autonomie quel que soit leur âge et leur lieu de vie. Celui-ci avoisinait les 90 Md€ en 2023, soit environ 3,3 % du PIB. **L'ENSA « personnes âgées » est pour sa part passé entre 2021 et 2023 de 27,1 à 29,5 Md€ en euros courants, sa part en pourcentage de PIB diminuant légèrement de 1,09 à 1,05 point.** En 2023, la sécurité sociale en finançait 78 %, dont 64 % pour la branche autonomie et 15 % pour la branche maladie. Les départements en sont les deuxièmes contributeurs avec 17 % des financements nets des concours reçus de la CNSA. L'État finançant 5 % des dépenses, essentiellement par des dépenses fiscales.

Ces dépenses de la CNSA (18,8 Md€ en 2023) relèvent principalement du financement de l'Ondam médico-social « personnes âgées » et des concours APA versés aux départements.

Les deux lignes de « prestations » servies par la branche autonomie et les acteurs territoriaux que sont les ARS et les départements ne se prêtent pas à des mesures paramétriques[7].

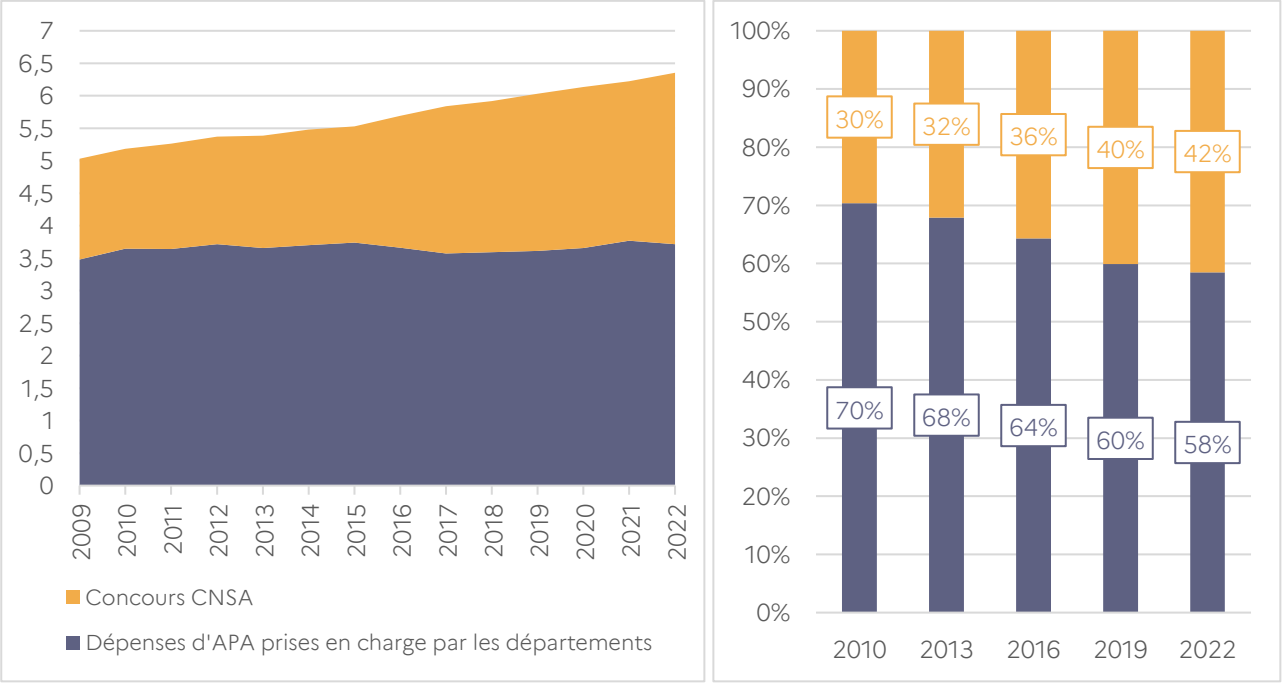
[6] Annexe 7 au PLFSS 2025.

[7] L'APA est déjà une prestation universelle fortement dégressive avec le revenu. Le taux de participation des personnes à leur plan d'aide va de 0 % à 90 %, sachant en outre que le différentiel entre le tarif

La part des dépenses de l'ENSA financée par la CNSA progresse de deux points entre 2021 et 2023, de 62 à 64 %, celle financée par les départements restant stable à 17 %.

On constate une évolution plus rapide des concours de la CNSA que celle des dépenses totales d'APA, le « taux de couverture » par la branche autonomie de ces dépenses augmente (de 30 % en 2010 à 42 % en 2022).

Graphiques 2 et 3 I Évolution des dépenses d'APA en Md€ selon les financeurs (gauche) et part des financements dans le total des dépenses d'APA (droite)



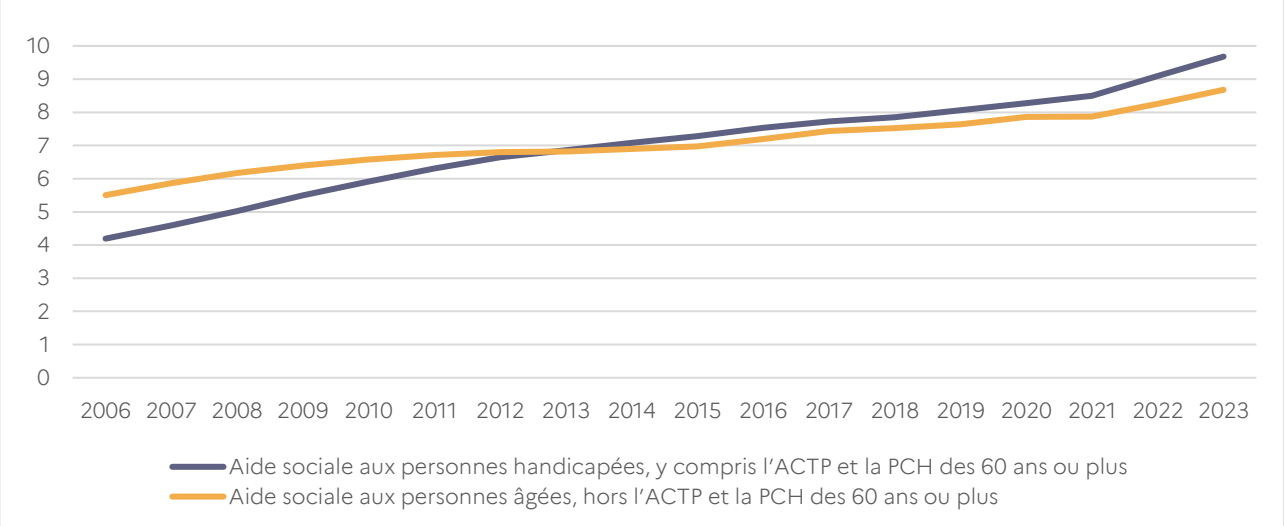
Source : Repss Autonomie 2024.

Dans le même temps, la croissance des dépenses d'APA est actuellement modérée et principalement tirée par les prix (tarif plancher, hausses des salaires compensées par la CNSA). Il en va de même de celles d'aide sociale à l'hébergement.

facturé par le Ssad et le tarif plancher national ou le tarif départemental est pris en charge par les personnes.
Le financement des Ehpad est majoritairement acquitté par les personnes et leurs familles, en raison du poids du tarif hébergement, et les financements des sections soins et « dépendance » font l'objet d'un plan de rattrapage décidé par les pouvoirs publics tant sur l'aspect quantitatif (plan de création de 50 000 postes en ETP en Ehpad d'ici à 2030) que salarial (les revalorisations liées au « Ségur de la santé » ont été majoritairement financés par la branche autonomie).

Graphique 4 I Évolution des dépenses d'aides sociale des départements au profit des personnes âgées et des personnes handicapées

en Md€



Source : Données Drees « Séries longue sur l'aide sociale départementale ».

Ces évolutions sont à considérer pour l'avenir à l'aune de la mise en œuvre de l'article 81 de la LFSS pour 2025 prévoyant la fusion des concours aux départements finançant les prestations de compensation, accompagnée d'un surcroît de financement par la CNSA de 200 M€. S'agissant du champ personnes âgées, cette fusion concernerait les concours dits « APA1 et APA2 », ainsi que ceux liés au tarif plancher national et aux revalorisations salariales des salariés des Service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad). Le Conseil de l'âge a soutenu cet objectif d'une simplification des concours. Il demande néanmoins que toutes les dispositions soient prises dans ses modalités de mise en œuvre, qu'un décret doit venir préciser, pour s'assurer que le niveau de soutien au secteur et de solvabilisation des interventions à domicile souhaité par les pouvoirs publics soient garantis.

Les dépenses de l'ONDAM médico-social personnes âgées

Ces financements ont augmenté rapidement entre 2021 et 2023, tirés principalement par des effets prix liées aux revalorisations du « Ségur de la santé » et du plan de création de 50 000 ETP en Ehpad à horizon 2030.

Tableau 1 I Montant des financements par la branche autonomie et les ARS des différents établissements et services pour personnes âgées

en M€

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	Évolution 2021-2023
Ehpad (dont PUV*)	11 772,5	11 969,5	13 215,8	+ 12,3 %
SSIAD**	1 870,0	2 050,1	2 060,3	+ 10,2 %
AJA et RA***	87,1	93,8	99,3	+ 14,0 %

*PUV : petites unités de vie.
** SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.
*** AJA : accueils de jour autonomes et RA : résidences autonomie.
Source : DSS, annexe 6 au PLFSS 2025.

C. L'équilibre de la branche autonomie

1. Un équilibre menacé à court terme

L'apport de 0,15 point de CSG au 1er janvier 2024 n'aurait qu'un impact limité dans le temps de retour à l'équilibre en 2024, mais dès 2025 le déficit de la branche autonomie réapparaît, du fait de pertes de recettes (principalement au titre de la réforme de l'assujettissement aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants qui a repris 550 M€ de CSG à la branche, impact regretté par le Conseil de l'âge[8]), et de la faible dynamique de l'assiette des recettes comparée à celle des dépenses[9].

Une branche en déséquilibre dès 2025

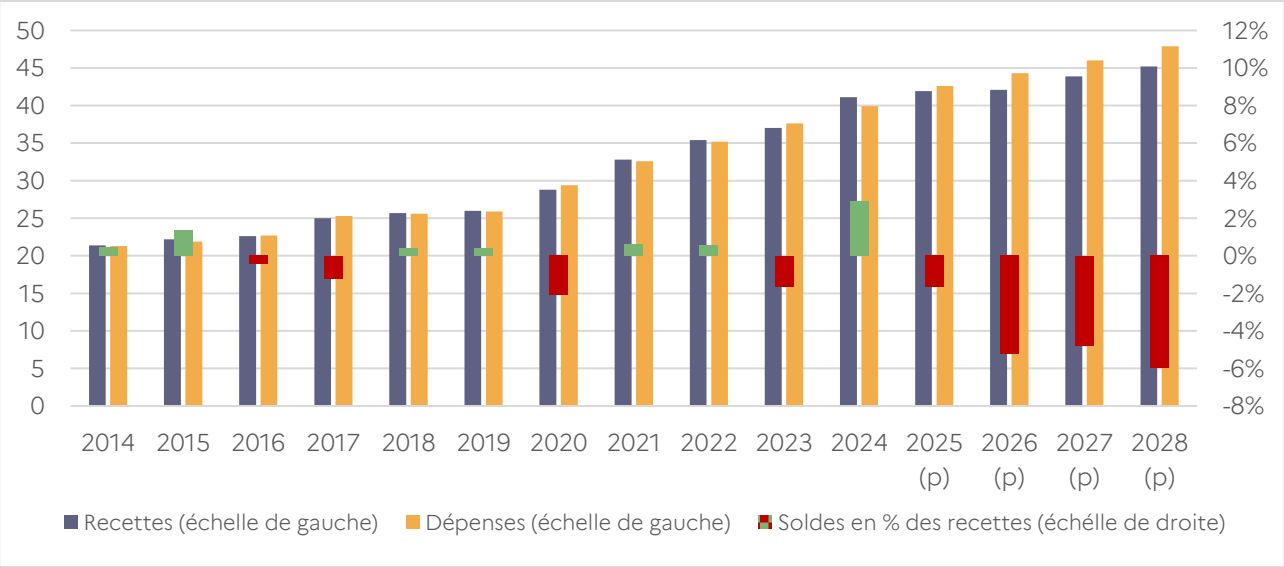
Le déficit tendanciel de la branche autonomie projeté à 2,8 Md€ à horizon 2028 (soit à hauteur de 6,2 % de ses recettes) fait d'elle celle qui connaît, au sein de la sécurité sociale, le plus fort taux de déficit prévisionnel rapporté à ses recettes (3,9 % pour le déficit global Robs + FSV). Et ce, alors même que l'augmentation de ses dépenses est tirée par des mesures décidées par les pouvoirs publics – améliorer les accompagnements, remonter le taux de couverture des dépenses de compensation des départements – et qu'elle connaîtra dès 2025 des pertes de recettes liées à des effets de bord de mesures ne la concernant pas.

La vision sur les finances départementales indique que les départements ne sont pas en bonne disposition de prendre le relais de la branche autonomie pour augmenter l'effort notamment concernant le financement des prestations individuelles (APA et Aide sociale à l'hébergement - ASH).

[8] HCFEA, Conseil de l'âge ; 2024, *Avis du Conseil de l'âge concernant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025*, Avis adopté le 22 octobre.

[9] La structure de recettes de la branche autonomie est majoritairement constitué d'une fraction des recettes de CSG et des contributions de solidarité (CSA, Casa) pesant sur les entreprises et les retraités. Elles sont depuis deux ans moins dynamiques que les dépenses de la branche. Voir la partie 1 et le *Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024*.

Graphique 5 I Évolution des recettes, dépenses (en Md€) et du solde en part des recettes de la CNSA entre 2014 et 2028



Source : Repss 2024, LFSS 2025.

Pour le Conseil, un apport de recettes « en rebasage » d'au moins 2 Md€ au bénéfice de la branche autonomie est incontournable à court terme, les leviers de modération des dépenses mobilisables (voir la partie II) jouant soit avec une montée en charge très progressive dans le temps, soit sur des baisses de dépenses sociales en dehors de la branche.

2. Une tendance défavorable à moyen et long terme

Dans le cadre de l'AWG de la Commission européenne, une projection des dépenses de « soins de longue durée – SLD » est réalisée tous les trois ans – le dernier exercice a été publié en 2024[10]. Cet « agrégat » n'est toutefois pas centré sur les personnes âgées mais sur l'ensemble des dépenses de « pertes d'autonomie » à tous les âges. De fait, ces dépenses concernent principalement (et concerneront de plus en plus sous l'effet du vieillissement) les personnes âgées : par exemple à l'échelle de l'Union européenne, la médiane du taux des 25-29 ans concernés par des SLD est de 2,1 %, celle des 85 ans et plus est de 35,4 %.

En projections, les SLD progressent en % de PIB dans l'ensemble des pays avec des intensités différentes. La France avec des dépenses de SLD de 1,9 % du PIB en 2022 et 2,6 % du PIB en 2070 se situe, en niveau et en évolution, assez proche de la moyenne des pays de l'UE (voir tableau 2) avec toutefois une différence dans les hypothèses de projections des dépenses : les prestations monétaires sont indexées sur l'inflation contrairement à celles des autres pays qui sont indexées sur le PIB. La projection pour la France induit donc une dégradation

[10] Direction générale des affaires économiques et financières de l'Union européenne, 2024, 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070), Institutional Paper 279.

relative des prestations par rapport aux revenus et, si ce n'était pas le cas *in fine*, elle est donc susceptible de sous-estimer la hausse future ce ces dépenses publiques.

Tableau 2 I Projections des dépenses publiques sur les soins de longue durée dans l'Union européenne

en % de PIB

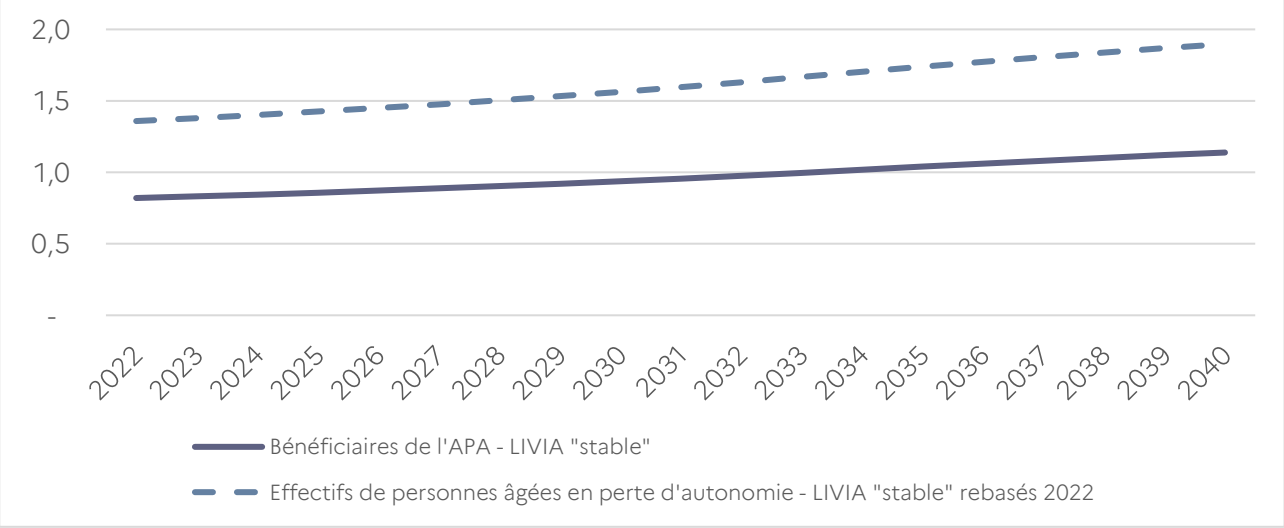
	2022	2070		2022	2070
Belgique	2,3%	4,1%	Pays-Bas	3,8%	5,7%
Allemagne	1,9%	2,3%	Pologne	0,5%	1,4%
Espagne	0,8%	1,7%	Portugal	0,5%	0,9%
France	1,9%	2,6%	Suède	3,2%	4,4%
Italie	1,6%	2,1%	UE	1,7%	2,6%

Source : Données AWG.

Les dernières projections de la Drees[11] prévoyaient que le nombre de personnes âgées présentant des incapacités (sévères ou modérées) pourrait augmenter de 300 000 d'ici à 2030 et de 800 000 d'ici 2040. Les bénéficiaires potentiels de l'APA représenteraient quasiment deux millions de personnes si leur situation de perte d'autonomie était reconnue à la hauteur de leurs limitations. Si les bénéficiaires effectifs de l'APA à domicile se maintenaient à un niveau inférieur à cette population des potentiels bénéficiaires, comme c'est le cas aujourd'hui, ils seraient potentiellement plus d'1,1 million à horizon 2040 (+ 40 % par rapport à 2022). Le Conseil de l'âge n'a pas pu malheureusement disposer de nouvelles projections actualisées, qui devraient néanmoins être disponibles à l'été 2025.

Graphique 6 I Projections des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 1 à 4) ainsi que des effectifs de bénéficiaires de l'APA à domicile

en millions



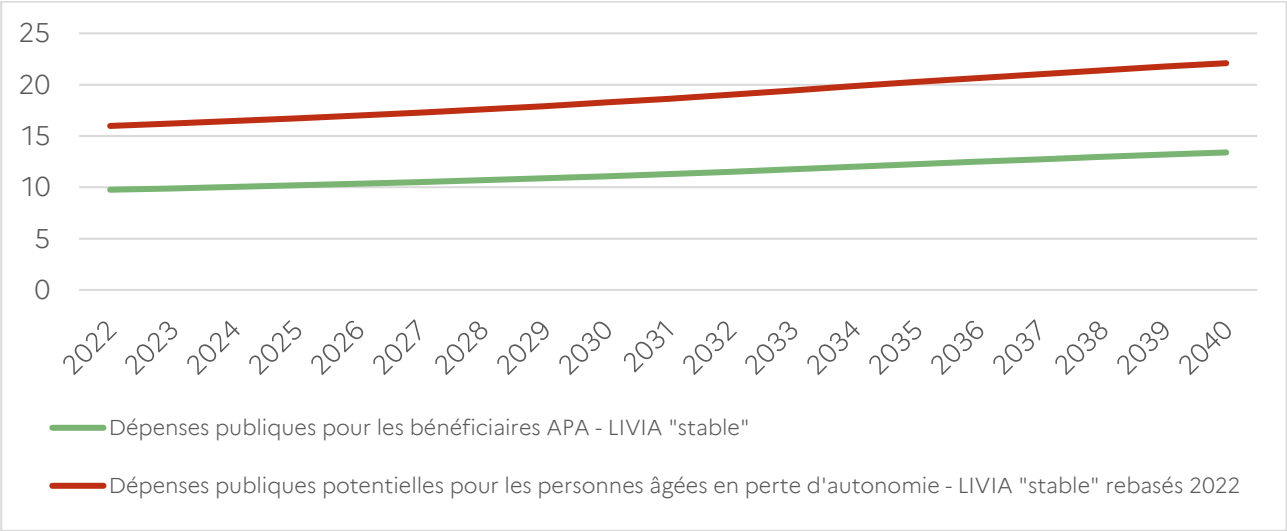
Source : Données du modèle Livia de la Drees, calcul du SG du HCFEA.

[11] Modèle Livia de la Drees sur données 2019 rebasée sur les projections démographiques 2022. La Drees en lien avec l'Insee actualise actuellement les données sur la base des données démographiques et des données de prévalence des pertes d'autonomie en 2022.

En appliquant à ces populations les dépenses publiques moyennes (APA + crédit d'impôt + dépenses de soins) selon les GIR de 2022, près de 23 000 € en moyenne pour les Gir 1-2 et de plus de 9 000 € pour les Gir 3-4[12], les dépenses d'autonomie des personnes âgées (PA) en euros constants seraient assez dynamiques sur la période des projections et potentiellement supérieure à la simple dynamique des dépenses pour les bénéficiaires de l'APA, atteignant de 13 à 22 Md€ en 2040.

Graphique 7 I Projections des dépenses publiques des prises en charge à domicile (APA + crédit d'impôt + dépenses de soins)

en Md€ constant 2022



Source : Données du modèle Livia de la Drees et du Repss autonomie, calcul du SG du HCFEA.

Cette hypothèse n'intègre pas la nécessaire amélioration du taux d'utilisation des plans APA qui sont sous-consommés par une forte proportion de bénéficiaires[13], ni une revalorisation plus dynamique que sur la seule inflation des rémunérations des professionnels. Une projection de l'Institut des politiques publiques intégrant ces deux évolutions estime que la dépense moyenne d'APA doublerait d'ici à 2040, de 4 500 € en 2020 à 8 100 € en 2040 en euros courants[14].

[12] Calcul basé sur les données présentes dans le Repss « autonomie » 2024.

[13] Selon la Drees en 2017, près d'un bénéficiaire sur deux de l'APA n'utilisait pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié. Lorsque les bénéficiaires sous-consomment leur plan d'aide, c'est en moyenne un tiers du montant de l'aide humaine qui n'est pas utilisé. Les causes de la sous-consommation sont analysées dans le rapport *Domicile* du Conseil de l'âge : autolimitation des personnes, restes à charge lié au différentiel entre tarifs de prise en charge et tarifs facturés, difficultés de recrutement des services d'aide à domicile… ; Drees, 2020, Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié, *Études et Résultats*, n° 1153, juin ; HCFEA, Conseil de l'âge, 2024, *Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile, Les conditions pour permettre aux personnes âgées, vulnérables ou non, de bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins et aspirations*, Rapport adopté le 20 février 2024.

[14] Mendras P., 2023, Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?, *Notes IPP*, n° 96, novembre, Institut des politiques publiques,

Or, notre organisation et notre système ne sont pas prêts à absorber cette augmentation dans un contexte où le choix est fait de ne pas créer plus de places d'Ehpad, mais où les accompagnements à domicile ne sont pas suffisamment étayés, les offres alternatives entre le domicile historique et l'Ehpad trop peu développées.

Rappel des orientations du rapport « Domicile » du Conseil de l'âge

La progression attendue des dépenses d'autonomie – liée à l'impact du vieillissement et au rattrapage « quantitatif » d'une aide insuffisante actuellement – impose, pour être bien organisée et efficiente :

- **de repenser le cadre actuel d'accompagnement des personnes âgées, toujours très « compensatoire » et de tendre, comme la plupart des pays vers une approche « finaliste et globale » qui vise à construire une réponse transversale coordonnée, suivie dans le temps et révisée quand nécessaire[15] ;**
- **de développer une politique qualitative de l'autonomie des personnes âgées, incluant un volet prévention fort – facteur d'efficience de la dépense publique et privée – afin d'éviter des coûts et engendrer des économies sur d'autres dépenses sociales.**

II. Prévention et adaptation : les objectifs, conditions et leviers d'une politique de l'âge plus efficiente

Sur la base de ces constats, et à la lumière des travaux ayant déjà été menés sur le champ de l'autonomie des personnes âgées, le Conseil de l'âge propose quatre leviers pour une politique de l'âge plus efficiente, assortie d'une condition préalable.

0. Une condition préalable - Une meilleure efficience et un meilleur pilotage de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées

S'appuyant notamment sur son rapport « Domicile » de 2024, le Conseil de l'âge insiste sur l'effort à conduire de simplification et d'organisation d'un système trop éclaté, complexe et insuffisamment redevable[16]. La mise en place du service public départemental de

https://www.ipp.eu/publication/perte-dautonomie-des-personnes-agees-quels-besoins-et-quels-couts-pour-accompagner-le-virage-domiciliaire/.

[15] Le conseil a ainsi recommandé que la loi garantisse le droit des personnes âgées de vivre de façon autonome et en pleine citoyenneté, avec tous les soutiens nécessaires. Il préconise de prévoir un droit opposable à une évaluation multidimensionnelle, comportant une visite à domicile, recensant l'ensemble des besoins et des adaptations nécessaires (au-delà du seul périmètre de l'APA), permettant de sécuriser les accompagnements et de prévenir les risques associés à l'aidance.

[16] *Op. cit.*, HCFEA, Conseil de l'âge, 2024, Rapport Domicile, chapitre IV Poursuivre les efforts de simplification et d'organisation du système et aborder la question des disparités territoriales, p. 80 et suivantes : « *La politique et les dispositifs gérontologiques et de l'autonomie sont marqués par un éclatement des dispositifs et des compétences, de par la coexistence d'une décentralisation ancienne*

l'autonomie (SPDA)[17] et l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « entretien de l'autonomie » des Ehpad[18] constituent des progrès, mais n'épuisent pas ce besoin.

Le Conseil de l'âge préconise donc de mettre à l'examen des mesures de simplification à la fois des dispositifs et du pilotage de la gestion des prestations, ainsi que la mise en place de systèmes d'information qui permettent une meilleure connaissance des publics âgés, par exemple en matière de recours aux prestations et la conduite d'évaluations des dispositifs.

1. Un effort de simplification de la gouvernance et de la gestion des prestations

a. *Une simplification des aides pour les personnes en GIR 5 et 6*

Pour les personnes âgées fragiles non éligibles à l'APA, deux dispositifs coexistent actuellement pour le financement heures d'aide-ménagère :

- l'aide sociale légale départementale à domicile pour les personnes âgées dont le seuil de ressources est inférieur à celui de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Elle est financée par les conseils départementaux pour des dépenses inférieures à 68 M€ en 2023[19]. Elle est soumise à un recours sur succession, ce qui contribue très probablement à du non-recours ;
- l'aide sociale des caisses de retraite pour les PA dont les ressources sont supérieures au seuil de l'Aspa. Elle est financée sur les fonds d'action sociale « Personnes âgées » des caisses de retraite de base.

La coexistence de deux dispositifs bénéficiant à des publics proches mais relevant de gestions et de règles d'attribution très différentes est un facteur de complexité et d'inéquités.

Proposition du Conseil de l'âge

Il est proposé pour simplifier le parcours des personnes âgées et diminuer les coûts de gestion de fusionner les deux dispositifs vers l'action sociale de la branche retraite et de transférer les crédits mobilisés par les départements vers les caisses de retraite[20].

et large au profit des collectivités territoriales, et d'interventions de l'État et de la sécurité sociale qui restent fortes. Elle est également mise en œuvre par une multiplicité de type de structures et de services, de statut et de modalités d'intervention très divers (…) ».

[17] HCFEA, Conseil de l'âge, 2025, *Avis portant sur le projet d'arrêté – et son annexe – relatif au cahier des charges*, adopté à l'issue de la séance du 13 février 2025.

[18] *Op cit*., HCFEA, Conseil de l'âge, avis concernant PLFSS 2025.

[19] L'enquête de la Drees sur l'aide sociale des départements massifie ces dépenses d'aide-ménagère aux personnes âgées avec celles, très résiduelles, des frais de repas en foyer et de la prestation spécifique dépendance à domicile.

[20] L'aide sociale légale départementale à domicile qui existe au bénéfice des personnes en situation de handicap ne serait pas impactée par cette réforme.

Le Conseil de l'âge a examiné une autre piste de simplification qui permettrait à la fois de rationaliser les systèmes d'information et la gestion des prestations, et de donner plus de prise à la CNSA sur les concours et le financement de l'APA.

b. *La gestion de l'APA par les régimes de retraite de base, pour le compte des départements*

La politique de l'autonomie est marquée par un éclatement des dispositifs et des compétences[21] - la CNSA est la seule « caisse » de sécurité sociale à ne pas disposer d'un « réseau » local et d'un SI intégré.

Mesure phare de la convention d'objectifs et de gestion État/CNSA, le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile devait être généralisé « *à compter du premier semestre 2024* ». La loi prévoit[22] en effet depuis une disposition introduite par la LFSS pour 2022 que « *les départements et, le cas échéant, les institutions et organismes avec lesquels des conventions sont conclues en application de l'article L. 232-13*[23] *ont recours, pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, à un système d'information unique mis à leur disposition* » par la CNSA[24].

Le projet a longtemps été bloqué après des premiers travaux préalables de cadrage et de spécification. Son absence est regrettée par les acteurs, mais aussi la Cour des comptes, notamment dans son rapport 2025 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss)[25].

---

[21] Cette relative « complexité », avec une multiplication d'acteurs et de dispositifs, est considérée comme l'un des facteurs du non-recours des personnes âgées. Voir Revil Héléna et Catherine Gucher, *(Non)-recours et « grand âge »*, rapport de recherche EN3S-CNSA-Odenore, juin 2025.

[22] Article L. 232-21-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

[23] Principalement les organismes de sécurité sociale pour organiser les modalités de leur coopération pour la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les centres locaux d'information et de coordination ou des organismes régis par le code de la mutualité ou des services d'aide à domicile.

[24] Il a « *pour finalités de mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes et à leur instruction ainsi qu'à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de cette prestation ; d'assurer le suivi et l'analyse de ces procédures, des dépenses afférentes à cette prestation ainsi que des caractéristiques de ses bénéficiaires* ». En miroir, la CNSA a vu inscrire dans ses missions qu'elle « *conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à* l'article L. 1111-24 du code de la santé publique*, dont le système d'information unique pour la gestion par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile mentionné à l'article* ».

[25] Cour des comptes, *Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux*, Chapitre X du Ralfss 2025.
Également dans Cour des comptes, 2023, *Certification des comptes 2023 du régime général de la sécurité sociale et du CPSTI*, mai : « *L'absence d'un système d'information unique limite la CNSA dans l'exercice de ses missions de coordination des politiques de soutien à l'autonomie prévues par l'article L. 223-5 du CSS, notamment en matière de pilotage, d'équité de traitement et de gestion du risque* ».

Si un redémarrage pourrait intervenir à courte échéance, la difficulté à concevoir et déployer ce système d'information (SI) invite à envisager des mesures alternatives. Comme l'avait envisagé la mission Igas - Igf d'évaluation de la COG 2016-2020 de la CNSA[26], le SI APA pourrait être développé par la branche retraite de la sécurité sociale, qui dispose déjà « en base » de l'identification de l'ensemble des retraités et donc d'une grande majorité des demandeurs de l'APA.

Il s'agirait de confier l'inscription et la gestion des droits à l'APA aux caisses de retraite obligatoire (réseau des Carsat et de la MSA), qu'elles effectueraient pour le compte des départements, comme cela était le cas pour la prestation spécifique dépendance qui était en vigueur entre 1997 et 2002. La mesure aurait plusieurs vertus :

- s'appuyer sur le fichier administratif des caisses de retraites de base, qui inclut avec les retraités la quasi-totalité des personnes susceptibles de demander l'APA, et qui connaissent leurs revenus fiscaux ;
- gommer la « barrière administrative » existant entre le GIR 5 et 6 d'un côté, et GIR 1 à 4 de l'autre, qui impose en cas de dégradation du niveau d'autonomie un changement d'institution gestionnaire ;
- rationaliser les coûts de gestion, les systèmes d'informations des caisses de retraite étant nationaux, et non départementaux ;
- harmoniser les pratiques et les outils d'évaluation ;
- établir une connaissance contemporaine des bénéficiaires de l'APA et leur situation, du niveau et du contenu des plans d'aide et de leur exécution.

Évoquée lors de la concertation *Grand âge* de 2018, cette option peut maintenant s'appuyer sur la nouvelle demande en ligne d'aides à l'autonomie pour une personne âgée vivant à domicile (demande-autonomie.gouv.fr), démarche en ligne orientant soit vers une demande d'APA, soit vers une demande d'aide sociale des régimes de retraite.

Sur le modèle de ce qui a été fait dans le cadre de France Travail, avec une inscription et un fichier unique gérée par l'opérateur France Travail, y compris pour les bénéficiaires du RSA, il pourrait être envisagée de développer une base unique de gestion des plans d'aide communs aux bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale des caisses de retraite. Il serait développé par l'inter-régimes de retraite en lien étroit avec la CNSA (comaîtrise d'ouvrage).

Dans ce scénario, les caisses de retraite agiraient à la fois pour le compte de la branche autonomie (les Carsat étant déjà un réseau de trois branches : retraite, maladie, accidents du travail et des maladies professionnelles) et des départements, dans le cadre d'un régime législatif et de conventionnement rénové. Il pourrait même être envisagé de transférer les dépenses d'action sociale du compte de la branche retraite à ceux de la CNSA, comme cela a été fait pour l'AAEH passé du compte de la branche famille à celui de la CNSA.

[26] Igas – Igf, *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion de la COG de la CNSA pour la période 2016-2020 et propositions pour la prochaine COG dans le cadre de la gestion de la branche autonomie*, Rapport, juin 2021.

Encadré 1 I Une APA gérée par les Carsat pour le compte des départements

La présente proposition de gestion du service des prestations APA à domicile, dans le cadre de la 5e branche, reposerait sur les deux axes suivants :

- une gestion en *back office* par le réseau de l'assurance retraite ;
- le financement, la décision du niveau de l'aide et la gestion du *front office* par les conseils départementaux (avec les membres du SPDA sur cette dernière mission).

À titre illustratif, les caisses de retraite effectueraient les tâches suivantes :

- réception de la demande et inscription de la personne ;
- l'orientation vers le bon dispositif (action sociale ou APA) ;
- le calcul du taux de participation ;
- le pilotage de l'évaluation (qui seraient réalisées avec passage systématique à domicile par des équipes constituées en GIE cofinancés par l'inter-régime de retraites avec les départements selon une clé de répartition financière pérenne). La question lancinante de la reconnaissance mutuelle des évaluations et de celle des plans d'aide se trouverait ainsi résolue.
- l'élaboration du plan d'aide, par délégation du département (totale, partielle ou nulle), qui resterait attributaire de l'aide ;
- la gestion des versements et le contrôle de l'effectivité de premier niveau, télégestion, Cesu, par délégation totale ou partielle des départements.

Les départements garderaient leur compétence décentralisée de pilotes de l'APA et notamment :

- la validation de tout ou partie des plans d'aide ;
- le contrôle d'effectivité de second niveau ;
- la structuration de l'offre (conjointement avec les ARS pour les services autonomie à domicile - SAD) ;
- la tarification (services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), emploi direct, mode mandataire, etc.), l'habilitation et la contractualisation avec les effecteurs ;
- le pilotage de la dépense départementale (paramétrage du *reporting* des caisses).

Dans ce scénario, le SI APA serait porté conjointement par la Cnav et la CNSA (MOA) associant les départements, et développé par la Cnav (avec la MSA le cas échéant). Il deviendrait le SI partagé entre caisses de retraites et les départements pour la gestion des allocataires, avec des remontées nationales « natives » vers la Cnav, la MSA et la CNSA. Il gèrerait aussi bien les personnes en GIR 5 et 6 qui bénéficient d'actions de prévention ou de plans d'action sociale (financés et pilotés par les caisses retraite), que les personnes en GIR 1 à 4 (pilotés et financés par les départements).

Dans cette option, **il conviendrait bien sûr de doter les caisses de retraite (caisse nationale et caisses locales) des moyens humains, de fonctionnement et d'investissement justement dimensionnés** pour pouvoir assurer cette « extension » de mission, qui devraient être financés par des transferts de crédits et/ou d'effectifs en provenance des départements.

Cette piste semble intéressante à mettre à l'étude pour un majorité de membres du Conseil de l'âge. Certains membres sont plus réservés, et craignent qu'elle ne déstabilise la branche retraite en lui confiant ces nouvelles missions et une charge de travail supplémentaire.

D'autres estiment qu'elle ne constituerait pas un progrès suffisant en termes de simplification. À ce titre néanmoins, une unification des SI de gestion des prestations et la transparence qu'elle établit permettrait d'envisager dans un second temps **une unification**

plus forte du pilotage et du financement des prestations, vers une autorité unique, qui peut être les départements dans une option décentralisatrice ou la sécurité sociale, dans une logique qui rapprocherait la branche et le risque autonomie du cadre des autres branches et risques « classiques » appelée de leur vœux par de nombreux membres du Conseil de l'âge.

L'engagement de cette option demanderait des travaux et concertations approfondis, qui pourraient être conduits à la lumière des préconisations de la mission de l'Igas de contrôle de la gestion de l'APA dans quatre départements et de la mission Igas-IGF d'évaluation de la qualité de l'action publique consacrée aux divergences territoriales dans les modalités d'attribution des aides sociales légales (dont l'APA et l'ASH) et panorama des aides extralégales[27].

Proposition du Conseil de l'âge

Mettre à l'étude une réforme de la gestion des prestations individuelles du GIR 6 au GIR 1, en établissant une gestion unifiée et un système d'information national unique.

c. *Des mesures de simplification ou de clarification*

Elles sont très attendues sur deux champs :

- les ESMS, pour lesquels les doubles tarifications (qui existent pour les Ehpad, les SAD, mais aussi de nombreux établissements pour personnes en situation de handicap) engendrent à la fois de la complexité et redondance de coûts administratifs (voir *infra* sur les Ehpad) ;
- l'habitat intermédiaire, marqué par les incertitudes sur les modalités de partage de l'APA en cas d'habitat regroupé et partagé, des règles de droit éclatées entre les codes et les statuts multiples (la frontière entre l'ESMS et le domicile est à clarifier, de même que le nombre de logements pertinents par habitat inclusif serait à préciser) ainsi que sur le droit applicables et les pratiques départementales s'agissant de l'octroi de l'aide à la vie partagée (AVP).

1. Un progrès dans la connaissance des situations et aides, par un investissement dans les systèmes d'information permettant le pilotage local, le monitoring national et le développement de l'évaluation

Outre la priorité que doit être le déploiement d'un système d'information unique pour la gestion de l'APA, il convient de déployer les échanges et appariements de données pour

[27] Cette option constitue une alternative à la mesure proposée par le député Éric Woerth dans son rapport *Décentralisation : le temps de la confiance*, remis au Président de la République en juin 2024, consistant en création d'un établissement public départemental, le « service départemental des solidarités ». Intéressante sur le plan des objectifs, elle présente moins d'avantages en termes de rationalisation de la gestion et des systèmes d'information.

favoriser le *monitoring* de la politique de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Cet objectif est déjà inscrit dans la COG de la CNSA[28] et a été repris par la Cour des comptes dans son avis de synthèse sur l'Ondam[29].

Proposition du Conseil de l'âge

Il convient de mobiliser beaucoup plus fortement les données disponibles pour mesurer les effets et l'efficience des actions de prévention et des accompagnements. L'objectif est de pouvoir rapprocher au moins annuellement sur une base individuelle les actions de prévention et les prestations médico-sociales des personnes âgées, et leurs prestations et dépenses de soins, qu'elles soient financées sur les soins de ville ou l'Ondam hospitalier.

A. Levier n°1 - Développer la prévention primaire au bénéfice du vieillissement en bonne santé et dans l'autonomie des seniors

L'ensemble des rapports rendus sur le Grand âge, le gouvernement dans son action et le législateur au travers de la loi du 8 avril 2024 ont reconnu la nécessité d'une action résolue et accentuée pour développer la prévention primaire[30]. Par exemple, la Cour des comptes estime qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ferait économiser un montant d'environ 1,5 Md€ à l'assurance maladie [31].

Le premier levier retenu par le Conseil de l'âge est donc un effort accru de prévention, pour toucher plus de seniors entre 65 et 75 ans, et ainsi favoriser le vieillissement en bonne santé, dans l'activité et la participation sociale.

La Conférence nationale de l'autonomie a été instaurée par la loi et va être mise en place pour adopter des orientations nationales en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Le Conseil de l'âge propose qu'elle retienne des objectifs plus ambitieux que ceux du projet de nouvelle Stratégie nationale de santé[32] décennale diffusée fin 2023 soient adoptés, dans un cadre et avec des indicateurs mesurables qui soient suivis et évalués.

Le déploiement des rendez-vous de prévention à 70-75 ans prévus par la LFSS 2023 a commencé. Nommé « Mon bilan prévention » et reposant sur un « auto-questionnaire » puis un rendez-vous avec un médecin, une sage-femme, un infirmier ou un pharmacien – il

[28] Engagement C de l'axe 3 de la COG de la CNSA.
[29] *Op. cit.*, p. 34.
[30] L'OMS défini la prévention primaire comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents et des handicaps. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux et sociétaux mais également les facteurs consolidants et structurants tels que les compétences psychosociales.
[31] Cour des comptes, 2021, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, Rapport, novembre.
[32] Projet de SNS élaboré par le ministère de la Santé et soumis à concertation en septembre 2023.

est prévu et très souhaitable au titre de la prévention de la perte d'autonomie qu'il puisse être également être réalisé par un masseur-kinésithérapeute rééducateur (MKR). Le dispositif est déployé par les caisses d'assurance maladie. Cependant, le taux de recours est faible (0,02% de taux de suite par exemple pour la première vague lancée par la MSA), peut-être du fait de l'absence de ciblage et « d'aller-vers ». De bons relais sont à trouver dans des dispositifs tels que déployés :

- par la MSA, qui procède à des relances ciblées et oriente vers son dispositif *Instants santé*[33] ses assurés les plus à risque ;
- par l'Agirc-Arrco qui peut adresser ses retraités vers ses centres de prévention recevant 40 000 visites par an.

Comme le propose la Mutualité française, les mutuelles pourraient également participer à la promotion du bilan prévention auprès de leurs adhérents notamment bénéficiaires de la complémentaires santé solidaire.

Pour le Conseil de l'âge, le déploiement de Icope[34] est à assurer dans des délais resserrés, les moyens afférents restant encore à budgéter. Ces derniers devront se déployer avec un fort souci d'efficacité et un accent mis sur les publics les plus en besoin, pour contrer le gradient social et/ou territorial constaté.

Les caisses de retraite sont les mieux placées pour le promouvoir, sur la base d'un ciblage réalisé *via* les données des observatoires régionaux des fragilités, et en lien avec les Conférences des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA). Les premières étapes (*step* 1 et *step* 2) ne doivent pas en effet nécessairement mobiliser des professionnels de santé libéraux comme cela a été souvent le cas pour l'expérimentation « article 51 »[35]. Il pourrait notamment s'appuyer sur des professionnels de l'aide à domicile, les Saad et Sad ayant désormais une mission de prévention qui n'est pas pour l'heure précisée et financée. Le

[33] Ils permettent aux adhérents qui en ont le plus besoin de bénéficier d'un bilan de santé personnalisé et gratuit réalisé par des professionnels de santé : un rendez-vous santé avec un infirmier (en présentiel, par téléphone ou en *visio*) puis une consultation avec un médecin.

[34] Icope (« Integrated Care for Older PEople » qui peut se traduire en français par « Soins Intégrés pour les Personnes Âgées ») est un programme innovant développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'adresse à toute personne de 60 ans et plus désireuse de maintenir sa forme physique, morale et intellectuelle, grâce à l'aide d'outils numériques.

[35] Le *step 1* est une autoévaluation par la personne. Elle peut le faire seule à partir d'un site (comme Icope Monitor du CHU de Toulouse) ou avec une personne pour l'aider à comprendre. En fonction de son score et s'il y a des fragilités identifiées, les *steps* suivants sont à enclencher. Le *Step 2* est une évaluation plus fine et centrée sur la personne. Cette évaluation est réalisée par un personnel formé, mais pas nécessairement par un médecin. L'objectif est de comprendre la personne, ses valeurs, ses priorités et ses préférences, évaluer et comprendre le déclin, rechercher des pathologies sous-jacentes et évaluer l'environnement de la personne. Le *Step 3* définit un objectif et développe un plan personnalisé de soins en partenariat avec la personne. Le *Step 4* représente la mise en œuvre et le monitoring du plan personnalisé de soins et l'adressage spécialisé. Le suivi régulier permet de monitorer les progrès et d'adapter les soutiens selon les besoins.

réseau de prévention de la Mutualité Française pourrait également participer à cet accompagnement.

Il doit pouvoir intégrer une dimension de prévention en direction des proches aidants, avec l'objectif de les sensibiliser sur le « prendre soin » de leur propre santé, les informer sur leurs droits et les orienter, en lien avec le Service public départemental autonomie (SPDA), vers les professionnels de santé compétents et les dispositifs de soutien et de répit.

Il convient donc de prendre les textes attendus permettant le déploiement d'Icope (décret en Conseil d'Etat sur ses modalités de pilotage, cahier des charges, campagne de communication des caisses) et de gérer le changement d'échelle, pour toucher la population cible de seniors estimée à 2 millions par le ministère de la santé, pour un taux d'inclusion estimé à 50 %.

Ces dispositifs pourraient s'appuyer sur une **rénovation de l'action sociale des caisses et une augmentation de la population de retraités couverte par un plan d'accompagnement**.

Le site de l'inter-régime de retraite « Bien vieillir », bien conçu, doit continuer à être amélioré pour favoriser l'inscription directe aux actions et activités de prévention[36], de participation et de lien social. Il continuerait à être porté dans le cadre actuel de la convention État – Inter-régimes de retraite ou par un GIP constitué sur le modèle du GIP Union retraite.

Pour assurer la traçabilité des actions de prévention et développer des évaluations d'impact, au bénéfice de la CNSA et de son centre de ressources et de preuves, l'outil d'évaluation Web Report 2.0. initialement développé par la MSA puis repris par l'inter-régimes de retraites, doit être pleinement utilisé, en étudiant la possibilité d'y faire « monter » toutes les actions financées par les CFPPA.

Par ailleurs, le nombre de retraités (GIR 5 et par exception GIR 6) bénéficiant d'un plan d'aide et de prestations extralégales au titre de l'action sociale des caisses doit être augmenté, pour toucher la population cible des retraités fragiles. Ainsi, en 2024, 3,5 % d'assurés du régime général, soit 282 244 retraités ont bénéficié d'un plan d'aides à domicile PAP et Oscar[37], contre 6 % de publics potentiellement concernés, le système fonctionnant en enveloppes limitatives.

Les prochaines conventions d'objectifs et de gestion des caisses de retraite de base doivent donc comprendre une révision à la hausse des crédits d'action sociale.

Cet effort supplémentaire, de l'ordre de 300 M€ tous régimes, doit s'accompagner de la poursuite de la démarche déjà engagée vers une plus grande homogénéité des prestations dont peuvent bénéficier les retraités de l'ensemble des régimes (base et complémentaire, ou globale pour les régimes intégrés) et une plus forte mise en commun des ressources

[36] Ces éléments seront approfondis dans le cadre d'un rapport du Conseil de l'âge sur « la participation sociale et la contribution économique et sociale des seniors » qui sera publié en septembre 2025.

[37] Oscar est une initiative de l'Assurance retraite, remplaçant progressivement les Plans d'actions personnalisé (PAP). Conçu comme un ensemble de services et de prestations, ce dispositif s'adresse aux retraités du régime général autonomes ou en faible perte d'autonomie (classés GIR 5 ou 6).

particulières de chaque régime. Le cadre idoine en serait l'inter-régimes de retraite et la convention liant les principaux régimes à l'État[38]. L'extension de la convention pourrait être prévue, associant les régimes spéciaux de base et complémentaires et, ce qui n'est pas le cas actuellement, ainsi que la CNSA pour son volet prévention.

En termes de prévention, le Conseil rappelle toute l'importance de l'adaptation des logements privés et sociaux. Son rythme actuel apparaît insuffisant s'agissant de la montée en charge des bénéficiaires de Ma Prim'Adapt. Le bilan pour 2024 de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) indique que 37 069 propriétaires de logements ont reçu une aide, dont 88 % (soit 32 620) dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, pour une somme globale de 181 M€, soit environ 5 550 € par logement. Bien qu'en hausse par rapport à 2023, ce chiffre est en deçà de l'objectif initial de 44 000 logements adaptés, et du nombre annuel de logement à adapter pour atteindre celui de 680 000 adaptations sur dix ans. **Le Conseil de l'âge insiste sur l'effort de promotion de la prime et de budgétisation supérieur à celle actuelle (100 à 150 M€ supplémentaires), pour permettre de monter à 60 000 adaptations en rythme annuel.**

S'agissant du parc de logements sociaux, sur l'adaptation duquel le Conseil avait insisté, le rapport de l'Agence nationale de contrôle du logement social (Ancols) pour 2024 montre que, si les bailleurs ont pris conscience de l'importance de ce sujet - certains ensemble comptant 30 à 40 % de locataires âgés - ils sont loin d'avoir tous une bonne connaissance du niveau d'adaptation de leurs logements et des besoins des locataires. En contrepoint, les aides accordées par les pouvoirs publics (exonération de taxe foncière sur les propriétés bâties, aides des caisses de retraite et de la Caisse des dépôts) semblent suffisantes pour couvrir l'adaptation des parties privatives (coût moyen de 3 500 € par logement), mais vont rarement au-delà de l'aménagement de la salle de bain. Un effort d'adaptation doit donc être entrepris par les bailleurs, pouvant s'appuyer sur des principes et des démarches impulsées par les unions ou associations de bailleurs[39].

Pour gager le coût de ces mesures et tirer les bénéfices de cet effort de prévention, le Conseil propose d'ici fin 2026, de réduire de 30 % le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de plus de 65 ans (soit – 40 000 séjours hospitaliers et – 3 000 décès pour chute)[40], pour une économie sur les dépenses de santé de 400 M€ à horizon 2029 (voir le plan d'action global présentée *infra*).

---

[38] Convention signée le 7 février 2022 par la Cnav, la CCMSA, la CNRACL et l'Agirc-Arrco et l'État.

[39] Voir par exemple le label Habitat Senior Services® porté par l'association de bailleurs *Delphis*, démarche de normalisation développée avec le soutien financier de la CNSA et des ministères de la Santé et du Logement. Créé en 2005, il en est à sa 4ème version, avec un cahier de dispositions ainsi que des cahiers des charges techniques mais aussi de services. En 2024, 37 organismes étaient licenciés dont 23 labellisés, audités régulièrement par un organisme certificateur indépendant. Par ailleurs, le Conseil social de l'Union sociale pour l'habitat a publié, en septembre 2024, un avis titré « *La population vieillit, les HLM s'adaptent* », formulant en outre quinze recommandations.

[40] Dans sa note de synthèse sur l'Ondam d'avril 2025 (*op. cit.*), la Cour des comptes rappelle que « *les chutes de personnes âgées ont un coût de prise en charge estimé à 0,9 Md€ dans l'année qui suit l'accident et causent plus de 10 000 décès par an* »

À cette économie s'ajoutera à moyen-terme l'impact de la prévention sur la baisse du tendanciel du nombre de bénéficiaires futurs de l'APA et de leur glissement en GIR.

Proposition du Conseil de l'âge

Pour le Conseil de l'âge, il conviendrait :

- **de poursuivre les déploiements des rendez-vous « Mon bilan prévention » à 70-75 ans et d'Icope en améliorant leur ciblage et dans une démarche « d'aller-vers » ;**
- **de gérer un changement d'échelle de l'action sociale des caisses de retraite, notamment *via* l'inter-régimes de retraite étendu à la CNSA :**
  - **rénover l'action sociale des caisses et augmenter la population couverte par des actions d'accompagnement pour passer à l'ensemble des populations cibles,**
  - **assurer la traçabilité des actions de prévention et développer des évaluations d'impact.**

Calendrier et pilotes de la mise œuvre

2025-2026 : déploiement dans des délais resserrés de Icope (DGOS/CNSA/Caisses d'assurance maladie et de retraite/ CFPPA) et des rendez-vous de prévention à 70 ans.

2026 : travail de rénovation de l'action sociale des caisses. Conclusion d'une nouvelle convention État/Inter-régimes de retraites, associant la CNSA.

2027 : nouvelle COG de la Cnav incluant un objectif d'augmentation du taux de couverture et le nombre de bénéficiaires d'un plan Oscar. Révision des autres COG.

B. Levier n°2 - Refonder les approches et les outils d'évaluation et de réponse aux besoins pour établir des plans d'aides globaux et renforcés dans leur effectivité, et favoriser des parcours de soins et d'accompagnement rationnalisés

Ce levier est centré sur les publics devant bénéficier de l'APA. Elle vise au développement de la prévention secondaire et tertiaire de la perte d'autonomie au travers de plans d'aides mieux distribués, plus complets et mieux exécutés. Il en est attendu une amélioration du bien-être et de l'autonomie des personnes, mais aussi une réduction des événements indésirables à domicile (dépressions, chutes, dénutrition, ainsi que le burn-out des aidants). Elle passe par une rénovation profonde des évaluations des personnes, des propriétés de la grille Aggir et de l'APA, de la promotion de l'offre de répit pour les aidants. Elle permet une meilleure mobilisation des aides techniques, notamment numérique, et l'amélioration des parcours. Elle repose enfin sur une augmentation quantitative de l'aide apportée aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ou psychiques, dans une logique de convergence entre droits à compensation du handicap et de la perte d'autonomie[41].

[41] HCFEA, Conseil de l'âge, 2018, *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, Rapport ; Hcaam, 2018, *Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030*,

Propositions du Conseil de l'âge de rénovation de l'APA

- Rénover la grille Aggir et élargir l'éligibilité à l'APA

Les personnes souffrant de troubles cognitifs sans autres restrictions d'activité sont fortement maltraitées par l'APA à la fois en éligibilité et en montant mensuels… Il faut y répondre. C'est pourquoi le Conseil de l'âge a proposé d'élargir l'éligibilité à l'APA pour faire rentrer des personnes souffrant de maladies neurodégénératives sans avoir de restrictions fortes sur les activités comme l'habillage, les toilettes ou l'alimentation.
Dans son rapport « Domicile » et son document *Éclair'âge* « *Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA* », le Conseil de l'âge avait envisagé plusieurs options visant à réintégrer dans leur droit légitime à un accompagnement et à l'APA les publics actuellement évincés par le fonctionnement de la grille Aggir.
Il préconise donc une rénovation du barème de la grille, pour permettre l'inclusion dans l'APA de personnes ayant des restrictions autres que sur les 6 activités « physiques »[42]. Elle consisterait à ouvrir le bénéfice de l'APA aux personnes cumulant au moins 2 restrictions lourdes ou absolues (B ou C) parmi les 8 activités, ce qui permettrait de faire entrer dans l'APA une partie des personnes exclues (voir la partie A du présent chapitre), soit environ 295 000 personnes bénéficiaires, pour un coût en dépenses d'APA de 1,4 Md€. Elle pourrait être prise et financée dans le cadre de la future stratégie Maladies neurodégénératives. Une option moins large serait d'ouvrir le bénéfice de l'APA aux personnes qui cumulent une restriction absolue en matière de cohérence d'orientation avec une restriction lourde dans l'une des 6 autres activités, soit 97 000 bénéficiaires supplémentaire pour un coût de 460 M€.

- Rénover l'APA pour créer trois compartiments (aides humaines, aides techniques, répit) avec un plafond relevé quel que soit le GIR

Ces compartiments pourraient être mobilisés simultanément le cas échéant, et feraient l'objet soit de plafonds distincts, afin que la consommation de l'un ne soit pas au détriment des autres actions, soit d'un plafond global fortement relevé.

- Prévoir un forfait dédié à la surveillance en sus des plafonds actuels, qui permettrait la prescription d'un nombre d'heures suffisant pour les personnes souffrant de troubles cognitifs ou psychiques graves. En alternative, proposer un droit d'option, au-delà de la

Avis ; Libault D., 2019, *Concertation Grand âge et autonomie*, Rapport ; HCFEA, Conseil de l'âge, 2024, *Les aspects relatifs à la santé et à l'accès aux soins* , Document Éclair'âge, janvier.

[42] Les 8 variables cotées selon que la personne peut les réaliser sont : 1. La cohérence ; 2. L'orientation ; 3. La toilette ; 4. L'habillage ; 5. L'alimentation ; 6. L'élimination ; 7. Les transferts ; 8. Les déplacements intérieurs. Chacune de ces activités est cotée par l'équipe évaluatrice selon trois modalités : A, activité réalisée ; B, activité partiellement réalisée ; C, activité non réalisée. La cotation se fait selon que la personne réalise ou non l'activité seule, spontanément, totalement, habituellement et correctement (ce qui recouvre trois aspects : la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis-à-vis de soi et les autres). Document *Éclair'âge* *op. cit.*

barrière d'âge de 60 ans, entre l'APA et la PCH (en continuant à assurer le suivi de la personne par le service du département en charge des personnes âgées).

Une ouverture dérogatoire pourrait par exemple être décidée par le président du conseil départemental sur avis conjoint de la MDPH et du service APA). Cette option se rapprocherait de la dérogation faite à la barrière d'âge par la loi n° 2025-138 du 17 février 2025 pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique et d'autres maladies évolutives graves.

Ce levier passe dans un premier temps par une phase d'investissement, avec des dépenses supplémentaires d'APA (nouveaux bénéficiaires, augmentation du nombre moyen d'heures effectuées) et médico-sociales (développement des équipes de soins Alzheimer-ESA[43]) à provisionner dans le budget de la branche autonomie.

Afin de suivre à la fois au niveau central et au niveau territorial la montée en charge et la bonne utilisation des crédits supplémentaires mobilisées, elle doit s'appuyer la construction du SI-APA avec *monitoring* des parcours confié aux conférences territoriales de l'autonomie et remontées annuelles d'informations vers la CNSA.

Encadré 2 I Approche exploratoire en projections pour évaluer des « ordres de grandeurs » d'une réduction de la prévalence des pertes d'autonomie

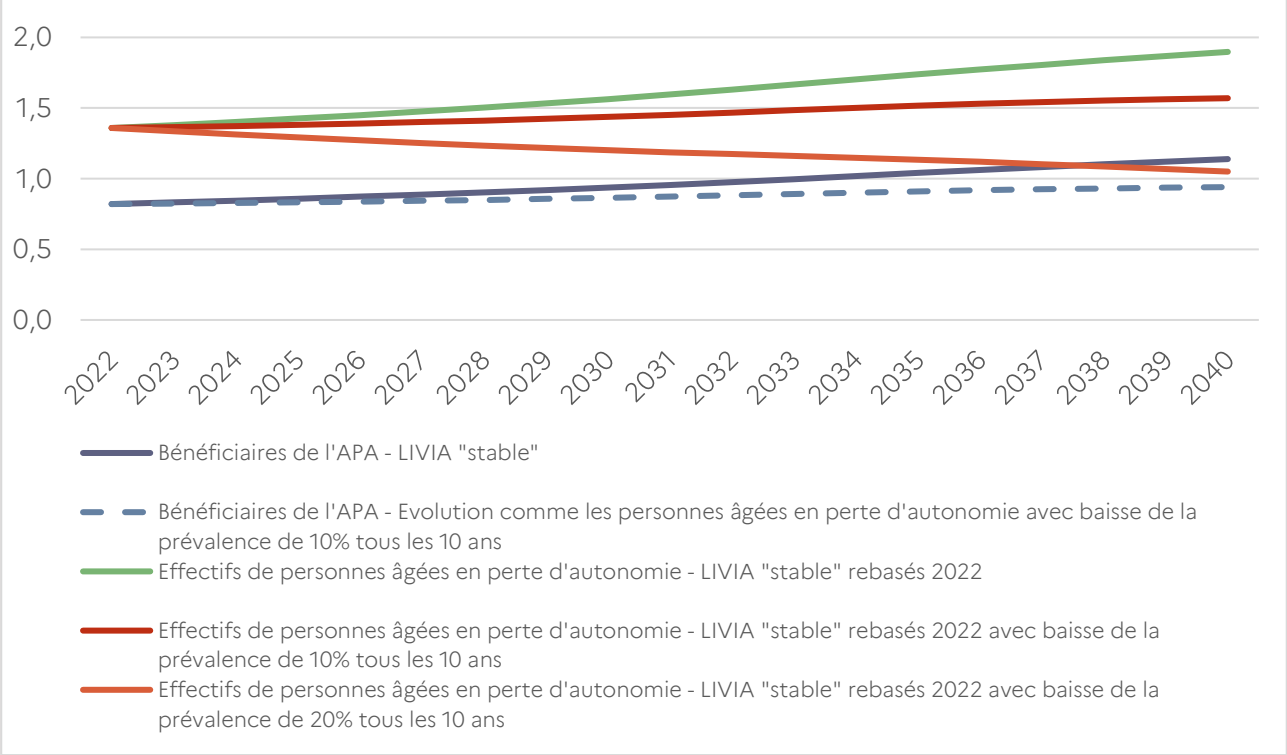
Dans une **approche exploratoire en projections**, le secrétariat général du HCFEA a essayé d'évaluer des « ordres de grandeurs » d'une réduction de la prévalence des pertes d'autonomie. Ces travaux ont été conduits sur la base des données 2017 du modèle Livia de la Drees (dernières disponibles à la rédaction du rapport), rebasées pour tenir compte de la baisse de la prévalence des pertes d'autonomie de 2017 à 2022, ainsi que d'hypothèses envisageables de baisse futures, on peut constater :

- qu'une baisse de 10 % tous les dix ans, permettrait de quasiment stabiliser le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie malgré l'arrivée des classes d'âge nombreuses du « *baby-boom* » à 80 ans et plus ;
- et une baisse de 20 % tous les dix ans (soit sensiblement comme celle constatée entre 2015 et 2022 qui se prolongerait « fictivement » sur la totalité de l'horizon de la projection) permettrait quant à elle de réduire au niveau de la population des bénéficiaires de l'APA la population totale des personnes âgées en perte d'autonomie.

[43] Comme préconisé par le rapport de la mission de l'Igas d'évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, 2021.

Graphique 8 I Projections des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 1 à 4) avec des hypothèses de baisse de la prévalence des pertes d'autonomie ainsi que celle des effectifs de bénéficiaires de l'APA à domicile

(en millions)



Source : Données du modèle Livia de la Drees, calcul du SG du HCFEA.

Toutefois, en appliquant à ces populations les montants moyens de dépenses selon les GIR de 2022 (voir *supra*), on aurait des dépenses d'autonomie des personnes âgées en euros constants qui resteraient assez dynamiques sur la période des projections, sauf dans l'hypothèse « volontariste » de la poursuite de la prévalence des pertes d'autonomie dans une intensité comparable à la période 2015 – 2022. **Cette dernière hypothèse ne pourrait toutefois s'envisager sans prise en compte des besoins de revalorisation qualitatives des aides (et partant du coût moyen pour les finances publiques qui n'est pas projeté dans le cadre de cet exercice exploratoire)**.

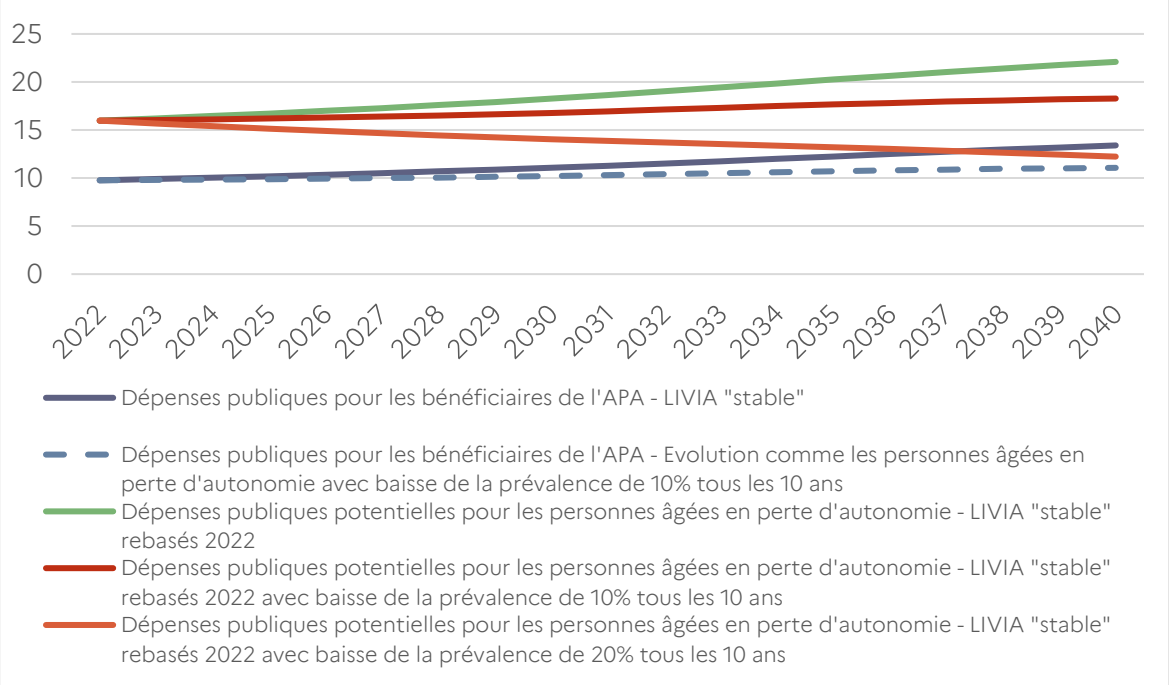
Le maintien d'une dynamique favorable de baisse de la prévalence des pertes d'autonomie, comme celle constaté sur la période récente, et un pilotage du coût moyen des prises en charge pour les finances publiques assurant leur évolution qualitative (voir *infra*) appelée de ses vœux par le Conseil, ne pourrait se réaliser sans une mobilisation des moyens de prévention (repérage des fragilités, action sociale des caisses, refonte des plans d'aide) en direction des personnes âgées afin de contenir le tendanciel dynamique des dépenses d'autonomie des personnes âgées.

De fait, le maintien en Gir 3-4 des bénéficiaires de l'APA plutôt que leur passage en Gir 1-2 est susceptible de réduire de moitié (plus de 10 000 euros annuels en euros constants 2022) le coût de leur prise en charge pour les finances publiques. **Un « pilotage » du coût moyen sur les finances publiques de la perte d'autonomie qui aurait pour fondement une augmentation du Gir moyen des personnes âgées en perte d'autonomie (et non une dégradation des prises en charge), serait susceptible de contenir le coût moyen des prises en charge pour les finances publiques**.

Ainsi, sous une hypothèse exploratoire « volontariste » de baisse des effectifs de bénéficiaires de l'APA (courbe en pointillé) reflétant l'hypothèse de poursuite de la baisse de la prévalence des pertes d'autonomie des personnes âgées de 10 % tous les 10 ans – on évalue les effets d'une **moindre progression des bénéficiaires de l'APA par la prise en charge préventive précoce des pertes d'autonomie**.

Graphique 9 I Projections des dépenses publiques des prises en charge à domicile (APA + crédit d'impôt + dépenses de soins) selon les hypothèses de prévalence des pertes d'autonomie à domicile

(en Md€ constant 2022)

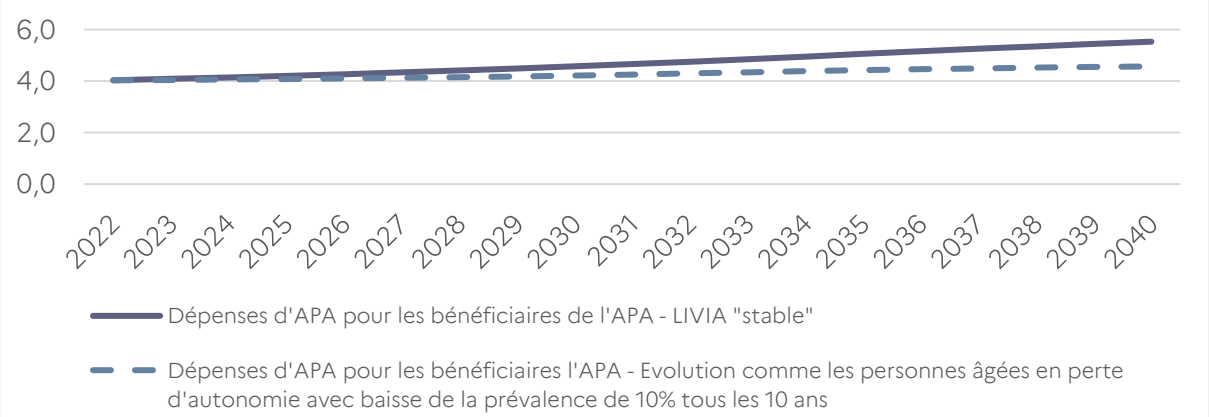


Source : Données du modèle Livia de la Drees et du Repss autonomie, calcul du SG du HCFEA.

Les dépenses d'APA représentant environ 40 % du total des dépenses publiques des prises en charge à domicile selon la Drees, **cette hypothèse « volontariste » pourrait représenter une réduction potentielle de 0,4 Md€ de dépenses d'Apa en 2030 et 1 Md€ en 2040**.

Graphique 10 I Projections des dépenses d'APA selon les hypothèses de prévalence des pertes d'autonomie à domicile

(en Md€ constant 2022)



Source : Données du modèle Livia de la Drees et du Repss autonomie, calcul du SG du HCFEA.

Un travail plus fin de simulation devra être poursuivi, notamment sur la base des dernières données actualisées du modèle Livia de la Drees qui seront disponibles à l'été 2025.

Économies attendues

Le coût de la mesure sera, en premier lieu, en partie gagée par une économie sur les dépenses d'action sociale des caisses quand les personnes actuellement classées en GIR 5 deviendront éligibles à l'APA.

À moyen et long terme, elle permettra de réduire les coûts sanitaires (hospitalisations, médicaments, soins infirmiers etc.) des populations âgées atteintes de maladies neurodégénératives et une diminution du Gir moyen permettant de réduire le coût des prises en charge (voir encadré 2).

Calendrier et pilotes de la mise œuvre

2025 : approfondissement des travaux, propositions et chiffrages du Conseil de l'âge (DGCS/CNSA/départements de France/Drees/parties prenantes).

2026 : travail de refonte de l'algorithme de la grille Aggir, des plafonds et des compartiments de l'APA (DGCS/CNSA). Concertation et publication des textes réglementaires (DGCS, conseil de l'âge).

2027 : implémentation des nouvelles règles dans les systèmes de gestion de l'APA. Mise en œuvre des nouvelles dispositions au 1er juillet 2027 en flux des nouvelles demandes d'APA ou de la révision des plans d'aide à la suite d'une évolution de l'autonomie des personnes (CNSA/départements/Carsat/responsables SI).

C. Levier n°3 - Renforcer l'efficience des accompagnements à domicile en développant les solutions regroupées et de proximité mobilisant plus justement les interventions et aides humaines

Les objectifs poursuivis dans le cadre de ce troisième levier sont la réduction de l'isolement des personnes âgées tout en minimisant le nombre de déplacements des professionnels. Le bénéfice attendu est l'amélioration du parcours de soins et de vie des personnes, et de la qualité du travail des professionnels de santé et d'aide aux personnes âgées, réduisant la sinistralité élevée du secteur (coûts des accidents du travail et maladies professionnelles, de l'absentéisme et du recrutement de salariés temporaires - voir *supra*).

Car si une majorité de personnes âgées vulnérables doit pouvoir vivre et vieillir dans l'autonomie dans son domicile historique adapté, il convient de développer très forte les solutions pour celles qui peuvent et souhaitent vivre « chez elles, mais avec d'autres ».

Comme le Conseil de l'âge le relevait dans son rapport « Domicile »[44], il passe par un soutien accru au développement des habitats dits intermédiaires ou partagés, (résidences autonomie, habitats inclusifs, colocations, accueil familial), qui ne représentent environ que 300 000 solutions actuellement, ainsi que par le développement des outils numériques de

[44] Op. cit., 2024 : « *Le Conseil de l'âge recommande de donner de la visibilité sur les différentes formes d'habitats qui permettent d'ajouter de l'autonomie et du lien social dans la vie à domicile et les bonnes stratégies pour les intégrer dans l'organisation spatiale et sociale des territoires, dans toute leur diversité* ».

soins ou de prévention (télémédecine, diffusion de la télésurveillance, intelligence artificielle)[45].

Un effort important de financement et de solvabilisation d'une offre publique, associative et privée de solutions intermédiaires doit être planifié, avec la fixation d'objectifs plus ambitieux d'augmentation de leur nombre à horizon de 10 ans[46]. Son coût est déjà « gagé en creux » dans le tendanciel pluriannuel de dépenses publiques et privées par la décision de ne pas lancer de grand plan de création de places supplémentaires en Ehpad[47].

Sa programmation pourrait passer par la réunion d'une conférence des financeurs de l'habitat partagé et regroupé, mettant autour de la table les acteurs et investisseurs du secteur. Elle serait appuyée par la création d'une mission d'animation nationale du développement de ces habitats. Celle-ci pourrait être chargée de la définition de grands « modèles » d'habitat partagés, permettant de diffuser des cahiers des charges types guidant les pilotes de son développement (collectivités territoriales dont les départements au premier chef, caisses de retraite qui financent – en lien avec la CNSA – les aides à l'investissement pour les résidences autonomie) et l'initiative publique et privée.

Adossé administrativement à la CNSA, elle serait en capacité d'apporter des compétences et des crédits d'ingénierie. Elle pourrait également proposer des clarifications et simplifications et du droit applicable, tant au titre du Code de la construction et de l'habitation que du Code de l'action sociale et des familles (CASF), pour sécuriser les projets.

Cette mission pourrait enfin réaliser ou passer commande d'études socioéconomiques pour mesurer l'impact et les externalités produites par ces modèles d'habitat.

En effet, d'importantes économies attendues d'une telle démarche sont une baisse des dépenses moyennes de fonctionnement et d'hébergement des structures par rapport au modèle du foyer-logement ou de l'Ehpad, qui doivent être mieux quantifiées. Elles sont aussi attendues s'agissant de l'effection des interventions humaines, par le cadre rationalisé d'intervention qu'elle permet pour les professionnels de santé et ceux de l'accompagnement à domicile. Enfin, elles peuvent égaler découler du cadre plus propice

[45] Idem, « *Les situations dans lesquelles le plafonnement des plans d'aide APA impose un arbitrage entre l'accompagnement humain et les aides techniques ou les aménagements du logement … ne sont pas rares … Compte tenu des pénuries importantes en termes de ressources humaines dans le secteur médicosocial, il apparaît nécessaire de lever les contraintes en termes d'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement afin de renforcer l'efficience globale de l'allocation des moyens* ».

[46] Le rapport de la mission Igas *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit* publié en mars 2024 proposait une cible relativement modeste de 15 000 personnes âgées logées dans des colocations Alzheimer à horizon 2030, mais surtout un plan de créations de 100 000 logements en résidence autonomie.

[47] Selon la Drees, à pratiques inchangées, il conviendrait d'accueillir 104 000 résidents supplémentaires en Ehpad d'ici à 2030, puis encore 205 000 entre 2030 et 2050 (*Source : Lieux de vie et autonomie : révision des données du modèle LIVIA, mars 2024*).

au bon suivi médical et thérapeutique des personnes[48] : possibilité facilitée de recourir à la télémédecine, observance des traitements médicamenteux, etc.

Dans les maisons de colocation seniors, il est estimé que la mutualisation des prestations et la rationalisation des interventions permet de financer, pour le coût de deux heures d'APA, une présence continue et sécurisante d'auxiliaires de vie de 7h30 à 20h.

Selon une étude d'EY pour *Viseha*, les seniors en GIR 4 vivant en résidence service seniors ont un coût (2 196 € en moyenne annuelle) plus de deux fois moindre pour la collectivité (APA et crédit d'impôt) qu'un senior en GIR 4 résidant à son domicile (5 220 €). De plus, la vie dans un logement adapté réduit les risques de chutes et les hospitalisations évitables. La vie en habitats partagés et inclusifs permet de réduire également l'isolement des personnes âgées ainsi que tous les coûts qui y sont associés (déplacements des professionnels, dénutrition, etc.).

Dans une logique d'aménagement du territoire et de diminution de l'artificialisation des sols et des coûts fonciers, le développement de ces habitats intermédiaires doit se faire par priorité au centre ou dans la proximité des bourgs centres en déprise (comme cela a été prévu dans le plan d'action Cœur de ville) ou des zones où la vétusté du bâti permet des opérations de rénovation rentables (quartiers prioritaires, périphérie des métropoles).

Proposition du Conseil de l'âge

Le conseil de l'âge propose d'accélérer et de faciliter le développement de l'offre d'habitats intermédiaires, l'effort financier nécessaire pour cela étant moins coûteux en investissement (du fait de normes différentes) et en fonctionnement (par la rationalisation des interventions qu'ils permettent) que le développement de nouveaux établissements médico-sociaux ou les interventions dans le diffus.

Calendrier :

2025 – début 2026 : création d'une mission d'animation nationale (DGCS/DHUP/CNSA)

2026 : travaux de projection des solutions à développer par rapport aux besoins futurs. Travaux de modélisation des financements à apporter pour la rénovation du parc existant (résidences autonomie, logements foyers) et le cas échéant sa transformation en habitats inclusifs. Travaux sur les simplifications.

2027 : programmes d'actions territoriaux adoptés par les CTA.

2028 : premier bilan de la mise en œuvre de la programmation.

[48] Voir également le chapitre du Hcaam.

D. Levier n°4 - En lien avec l'évolution nécessaire de l'offre, repenser le périmètre de missions et d'intervention des établissements pour personnes âgées

La Cour des comptes, dans son rapport *La prise en charge médicale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)* remis à la demande du Sénat en février 2022, soulignait la nécessité de recentrer sur la qualité et la prévention des « soins » et de la « dépendance », notamment grâce aux appuis numériques, ainsi que « d'assumer » une diversité dans les interventions des Ehpad.

Le Conseil de l'âge considère également que le bloc de mission et de financement des Ehpad, ainsi que leur positionnement actuel dans les parcours doit être questionné. Pour cela, il a inscrit à son programme de travail pour 2025 la réalisation d'un travail complet sur cette question, en lien avec l'efficience et la qualité produite par la réglementation et les financements actuels. Il prendra aussi en compte le rôle que peuvent jouer les Ehpad dans l'appui aux accompagnements à domicile, au travers notamment de la mission de centre de ressources territorial qu'ils peuvent se voir confier, et qui est aussi ouverte aux Ssad, et en complémentarité avec les Sad dont c'est une mission première.

La note de cadrage de ce travail approfondi a été validé par les membres en avril 2025, et les conclusions et propositions en seront remises en février 2026.

Il propose donc d'engager, dans des délais plus courts et en articulation avec le plan de travail sur les Ehpad susmentionné, des premières études auquel le SG du HCFEA pourrait contribuer, pour étudier la possibilité de mettre en œuvre à courte échéance des évolutions qui ont été largement documentées ou proposées par des rapports, visant à densifier la présence et la coordination médico-soignante en Ehpad, en lui transférant la responsabilité et le financement direct de l'intervention de plus de professionnels. Cette orientation n'est pas antinomique avec l'objectif également soutenu par le Conseil de l'âge « *de renforcer la dimension de « chez soi » de ces lieux de vie* » que sont les Ehpad[49].

Sous réserve de ces travaux à venir, l'objectif pourrait être d'engager une évolution profonde, mais progressive, des modalités de financement des soins et de l'autonomie des Ehpad. Il faut aller vers un financement qui favorise et récompense la qualité de leurs interventions, et renforce la capacité managériale de la direction à améliorer à la fois dans réponse aux besoins des résidents et le sens et les conditions de travail de leurs salariés.

Elle passe par l'augmentation du volume de soins inclus et financés par la branche autonomie au sein de la dotation « soins », à la fois pour les Ehpad au tarif partiel et ceux au tarif global, puis d'étendre le champ tarifaire en favorisant d'une part le passage au tarif global. Au-delà des travaux à venir du conseil de l'âge, un projet de recherche sur

[49] Rapport « Domicile » précité. Cette humanisation peut se faire à statut constant d'ESMS, *via* des évolutions architecturales et organisationnelles ou selon une voie encore à créer de conversion en un statut d'habitat intermédiaire ou de résidence.

l'évaluation des gains liés au passage de la tarification partielle à la tarification globale pour les soins en Ehpad pourrait être conduit.

L'élargissement du périmètre et la simplification du pilotage pourra enfin s'appuyer sur le projet de fusion des sections « soins » et « entretien de l'autonomie » de l'ensemble des Ehpad, si l'évaluation de l'expérimentation qui débutera au 1er juillet 2026 est probante.

Au-delà, l'ambition doit être de construire de véritables parcours gériatriques, en faisant monter la culture générale de l'ensemble des professionnels et établissements de santé sur les spécificités des publics âgés, et leur permettant de trouver dans les secteurs spécialisés ressources et appuis[50].

Les objectifs opérationnels poursuivis sont la limitation du glissement en GIR des résidents des Ehpad, celle de la polymédication de ces derniers, et bien sûr la limitation des événements indésirables en Ehpad (escarres, chutes, dénutrition). Les économies attendues sont principalement liées aux baisses des dépenses d'hospitalisation des résidents, des transports sanitaires, et de leurs dépenses de médicament. On peut attendre d'un renforcement des équipes des Ehpad une baisse de la sinistralité, de l'absentéisme et du *turn-over* des professionnels, comme de nombreux exemples d'Ehpad ayant fait cette démarche en attestent.

Les moyens à déployer seraient alors une refonte des tarifs soins puis soins et entretien de l'autonomie des Ehpad, avec une intégration de la prévention dans le modèle tarifaire (Pathos), du financement des moyens et professionnels prenant en compte les troubles neurodégénératifs et la fin de vie dans l'équation tarifaire, *via* une majoration, du GMPS.

S'agissant du poste « médicament », la Cnam déploie des actions de gestion du risque en direction des Ehpad, appuyées sur des documents et des visites en établissements, les positionnant par rapport à la moyenne nationale. Les données et études de l'Assurance maladie montrent en effet une consommation et un mésusage élevés concernant plus particulièrement les résidents en Ehpad[51], dans un contexte où l'incitation à développer des approches ou des thérapeutiques non médicamenteuses est faible[52]. Il regrette que, depuis l'abandon de l'expérimentation conduite en 2009-2010, aucune option intermédiaire n'existe entre la fourniture de ces derniers par le réseau officinal et l'option pour le tarif

[50] Voir également le chapitre du Hcaam.

[51] D'après les données de l'assurance maladie pour 2023, le taux de polymédication des résidents en Ehpad est de 29 % en moyenne nationale et 14 % des résidents en Ehpad âgés de plus de 66 ans comptent plus de 10 molécules différentes consommées par mois. Le groupement d'intérêt scientifique Epi-Phare, constitué fin 2018 par l'ANSM et la Cnam, a publié une étude en 2022 montrant que 54 % des résidents en Ehpad ont reçu au moins un médicament potentiellement inapproprié (MPI) sur la période d'observation, contre 29 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile. Après ajustement, la prévalence des MPI était de 33 % supérieure chez les résidents en Ehpad par rapport aux personnes âgées vivant à domicile.

[52] La Haute autorité de santé estime que « *certaines thérapeutiques non médicamenteuses sont recommandées comme traitement de fond dans certains contextes spécifiques* ». Elle a émis des préconisations pour en favoriser le recours, HAS, 2011, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, Rapport d'orientation, juin.

« médicament » réservé de fait aux Ehpad disposant à une pharmacie à usage intérieur. Une réflexion pourrait être relancée pour permettre aux Ehpad volontaires de recevoir un forfait correspondant au financement des dépenses de médicaments de leurs résidents, charge à eux de conventionner avec les réseaux de distribution de médicaments, en particulier les pharmaciens d'officine, pour les approvisionner et contribuer à une bonne médication en Ehpad.

Ces mesures de périmètre permettent de réaliser à la fois un gain sur l'organisation des soins et des interventions des professionnels, mais aussi un effet de « rationalisation ». Une première mesure en ce sens, déjà proposée par un rapport des inspections[53], serait l'intégration de la rémunération des actes des professionnels paramédicaux dans le forfait des Ehpad au tarif partiel. Outre les gains en coordination soignante, une économie pourrait être réalisée à hauteur 25% des dépenses actuelles, soit environ 80 M€ au moment du transfert de l'enveloppe « soins de ville » de l'Ondam vers l'Ondam médico-social Personnes âgées des dépenses actuellement constatées.

Elles doivent s'accompagner de garanties sur le fait que l'intégration de plus de dépenses de soins dans le périmètre des forfaits soins ne se traduise pas par des effets indésirables de perte d'information sur les soins délivrés, et de sous ou de sur-recours à certains types de soins. Sur cet aspect, la présidence du Conseil de l'âge a eu un échange avec l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (MKR), qui a saisi le ministère de la Santé et le Défenseur des droits de cas signalés par des MKR libéraux de demandes d'interruptions de soins dont bénéficiaient certains résidents par la direction de certains Ehpad passés au tarif global. Il est donc indispensable que la mesure visant à intégrer leurs interventions dans le forfait partiel des Ehpad soit envisagée en reconnaissant le rôle de prévention et de maintien de l'autonomie que les MKR (et autres professionnels paramédicaux) peuvent jouer, ainsi que l'identification des résidents ayant besoin de leurs interventions soit réalisée de concert entre ces professionnels, la direction et le médecin coordonnateur de l'Ehpad.

Afin d'outiller et de renforcer la traçabilité des soins en Ehpad, il conviendrait de :

- développer un système de génération et de validation des coupes Pathos par IA (travail en cours de la CNSA avec l'appui d'un prestataire) ;
- généraliser le Dossier Usager Informatisé interopérable (DUI) à tous les établissements ;
- établir la traçabilité et la remontée dans une base du SNDS des soins et des médicaments délivrés dans les Ehpad, quelle que soit l'option tarifaire.

Outre les économies au moment T du transfert, ces mesures pourront apporter une baisse des dépenses d'entretien de l'autonomie en Ehpad par stabilisation du GIR des résidents, de la croissance des dépenses de soins de ville, ainsi qu'une baisse des dépenses liées aux hospitalisation potentiellement évitables[54].

---

[53] *La réforme de la tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, rapport de l'Igas et de l'IGF, juillet 2016.

[54] « *Les hospitalisations non programmées des résidents en Ehpad sont fréquentes, souvent répétées et très variables selon les pays… Ces hospitalisations non programmées potentiellement évitables et*

S'agissant des résidences autonomie, le Conseil de l'âge avait estimé dans son rapport « domicile » qu'un renforcement de leur capacité à bien accompagner les besoins de leurs habitants en perte d'autonomie était nécessaire. La loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (dite « Loi Valletoux »), a créé, « *afin de favoriser la coordination des soins* », la fonction d'infirmier référent avec une mission de « *prévention, de suivi et de recours, en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant* ».

À fins de rationalisation, il est proposé que cette fonction soit organisée pour ses habitants par la résidence autonomie, s'appuyant sur un ou plusieurs infirmiers libéraux rémunérés par elle au moyen d'un forfait soins nouveau, financé sur les soins de ville, s'ajoutant au forfait « autonomie ».

Proposition du Conseil de l'âge

Afin de permettre aux Ehpad et aux résidences autonomie de mieux remplir leurs missions et d'améliorer l'efficience des soins à la fois en interne et dans le parcours des résidents, le Conseil de l'âge propose d'envisager l'élargissement du périmètre des soins financés en Ehpad avec quatre mesures :

- **conduire une concertation avec les ordres professionnels, les syndicats de professionnels libéraux et les fédérations d'Ehpad et de leurs directeurs pour intégrer les dépenses de paramédicaux dans le tarif partiel pour tous les Ehpad (2026) ;**
- **étendre le périmètre de soins financés tant dans le tarif partiel que dans le global par révision des ordonnances Pathos prenant notamment en compte les troubles neurodégénératifs et la fin de vie dans l'équation tarifaire, *via* une majoration, du GMP ;**
- **généraliser progressivement le tarif global dans le cadre d'une section fusionnant soins et entretien de l'autonomie ;**
- **doter les résidences autonomie d'un forfait « coordination des soins ».**

Calendrier :

2025–début 2026 : travaux du Conseil de l'âge sur le périmètre de missions et d'organisation des Ehpad, et préconisations sur l'évolution de leur financement.

2026 : intégration du financement des soins paramédicaux dans les tarifs partiel et global de l'ensemble des Ehpad.

inappropriées ont un impact négatif sur les patients âgés fragiles ou dépendants et favorisent le déclin fonctionnel et cognitif », HAS, 2013, *Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?*, 2013. Le rapport *Grand âge et autonomie* de Dominique Libault propose de prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables et de tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées, en favorisant les admissions directes. Il préconise enfin de renforcer la culture de la bienveillance et les compétences gériatriques (médicales ou paramédicales) au sein des établissements de santé, *op. cit.*, 2019.

2026 : bilan de l'évaluation de fusion des sections (DGCS/CNSA). Travaux et validation du nouveau modèle de tarification (révision de Pathos) (CNSA, DGCS, DSS). Adaptation des SI (CNSA, établissements).

2027 : première phase de test sur 25 % des Ehpad. Première phase de test sur 25 % des résidences autonomie.

2028 : mise en œuvre du système cible.

Proposition du Conseil de l'âge d'un plan global transverse aux leviers 1 à 4 visant à établir et accompagner de véritables parcours gériatriques

Le Conseil de l'âge propose de mettre en place un plan d'action national pour diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées[55] et atteindre une économie de 1 Md€ à horizon 2030.

Cette économie serait partagée par tiers entre les établissements de santé (renforcement de leurs moyens sur la filière gériatrique, limitant les conséquences de leur baisse d'activité aux urgences et en court séjour), les ESMS pour personnes âgées (renforcement de leurs équipes de soins par intéressement à la réduction des événements indésirables produisant un recours à l'hôpital, financement des actions de prévention des SSAD et SAD) et au redressement des comptes de la Cnam.

Il s'agit moins d'un « contrat d'intéressement » tels que ceux, intéressants, proposés par certains acteurs[56] que d'un plan de « bascule » de dépenses d'hospitalisation complète vers le renforcement pérenne de la capacité des établissements de santé et des Ehpad à consolider les parcours de santé et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées.

Les structures déjà financées pour contribuer à la structuration des parcours (communautés professionnelles de territoires de santé [CPTS], dispositifs d'appui à la coordination [DAC]) y contribueraient, de même que les Services autonomie à domicile).

Ce plan s'appuierait sur les objectifs proposés par les rapports du Hcaam, du Conseil de l'âge et de la Cour des comptes, et des modalités proposées par le rapport de l'Igas d'avril 2024 « *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire* »[57].

[55] Les personnes de 75 ans et plus constituaient 18,3 % des patients, générant 22 % de l'activité hospitalière avec 4 millions de séjours. Pour la HAS, ces données soulignent l'importance d'adapter le système de santé aux besoins spécifiques des aînés *via* un référentiel accessible en ligne : HAS, « L'évaluation de la prise en charge des patients âgés », avril 2025.

[56] Voir par exemple la proposition de « financement à la récompense » des Ehpad portée par Florian Roger, dirigeant de deux maisons pour grands séniors, *solutionTBien*.

[57] Ce rapport rappelle que le nombre et la part des personnes âgées à l'hôpital vont continuer de croître mais aussi que : un tiers de ces hospitalisations serait évitable ; la part de l'ambulatoire chez les personnes âgées de 75 ans et plus progresse mais reste inférieure à celle de la population générale ; l'entrée et la sortie du séjour sont des moments cruciaux insuffisamment préparés ; les personnes âgées sont particulièrement concernées par les hospitalisations potentiellement évitables

L'Igas recommande un changement de paradigme consistant à créer de nouvelles dotations sur la base des caractéristiques démographiques, sociales et épidémiologiques des populations concernées, avec une part incitative fondée sur l'évolution d'indicateurs de santé publique. Sur la base de ces principes structurants, la mission propose de renforcer l'équité entre les territoires en modulant les futures dotations sur la base des caractéristiques sociales et de démographie médicale et en donnant une visibilité pluriannuelle aux acteurs. Ces nouvelles dotations seront ventilées par les ARS en fonction des territoires qu'elles auront définis, afin de faciliter les évolutions à venir.

La consolidation des seules ressources actuelles ne permettra pas de faire face à l'augmentation inédite du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Aussi, la mission estime que le besoin en mesures nouvelles au bénéfice des établissements de santé serait de l'ordre de 20 à 40 M€ par an d'ici 2030 (sur cinq ans), soit environ 250 M€.

Dans le cadre d'un contrat d'intéressement à la qualité et à l'efficience de leurs accompagnements, les Ehpad verraient leurs moyens renforcés pour stabiliser l'état de santé de leurs résidents, prévenir leur glissement, et développer de nouvelles approches comme les thérapeutiques non médicamenteuses validées. Ce renforcement atteindrait à terme 300 à 400 M€, venant en relais des plans actuels (50 000 ETP, création de nouvelles Pasa, etc.).

La mise en œuvre de la mesure passerait par une « provision » sur l'Ondam hospitalier lié à la réduction des volumes évitables de recours aux urgences et à l'hospitalisation des personnes âgées, permettant si les objectifs annuels sont réalisés d'en reverser les deux tiers au renforcement des moyens ambulatoires des établissements de santé et des équipes de soin des Ehpad.

Sa mise en œuvre serait articulée avec l'orientation du projet de Stratégie nationale de santé prévoyant qu'à horizon 2027, l'intégralité des filières gériatriques territoriales devra par ailleurs être structurée sur la base d'une nouvelle instruction sur leur organisation. Ce travail de révision de la circulaire de 2007[58] est en cours, sous le pilotage de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Il pourrait intégrer cet objectif de consolidation des moyens et financements des établissements de santé pour structurer des interventions limitant en amont et en aval les épisodes de soins indésirableProposition du Conseil de l'âge d'un plan global transverse aux leviers 1 à 4 visant à établir et accompagner de véritables parcours gériatriques

Le Conseil de l'âge propose de mettre en place un plan d'action national pour diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées[59] et atteindre une économie de 1 Md€ à horizon 2030.

(HPE) : 4/5 des HPE concernaient des patients de 65 ans ou plus, et un sur trois avait plus de 85 ans. ; les hospitalisations peuvent également contribuer à perte d'autonomie des personnes âgées.

[58] Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

[59] Les personnes de 75 ans et plus constituaient 18,3 % des patients, générant 22 % de l'activité hospitalière avec 4 millions de séjours. Pour la HAS, ces données soulignent l'importance d'adapter

Il intégrerait un volet « anti-chutes » prenant le relais du plan national lancé en 2022, avec un objectif de réduction des chutes graves chez les 65 ans et plus porté à 30% d'ici fin 2026. Il s'appuierait sur les meilleures pratiques régionales en matière d'animation, d'appui aux professionnels et de propositions d'activité / aides pour les personnes concernées[60].

Ce plan s'appuierait aussi sur les objectifs proposés par les rapports du Hcaam, du Conseil de l'âge et de la Cour des comptes, et des modalités proposées par le rapport de l'Igas d'avril 2024 « Mieux prévenir les hospitalisations non pertinentes des personnes âgées »[61].

L'Igas recommande un changement de paradigme consistant à créer de nouvelles dotations sur la base des caractéristiques démographiques, sociales et épidémiologiques des populations concernées, avec une part incitative fondée sur l'évolution d'indicateurs de santé publique. Sur la base de ces principes structurants, la mission propose de renforcer l'équité entre les territoires en modulant les futures dotations sur la base des caractéristiques sociales et de démographie médicale et en donnant une visibilité pluriannuelle aux acteurs. Ces nouvelles dotations seront ventilées par les ARS en fonction des territoires qu'elles auront définis, afin de faciliter les évolutions à venir.

La consolidation des seules ressources actuelles ne permettra pas de faire face à l'augmentation inédite du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus. Aussi, la mission estime que le besoin en mesures nouvelles au bénéfice des établissements de santé serait de l'ordre de 20 à 40 M€ par an d'ici 2030 (sur cinq ans), soit environ 250 M€.

L'économie proposée de 1 Md€ serait donc partagée par tiers entre les établissements de santé (renforcement de leurs moyens sur la filière gériatrique, limitant les conséquences de leur baisse d'activité aux urgences et en court séjour), les ESMS pour personnes âgées (renforcement de leurs équipes de soins par intéressement à la réduction des événements indésirables produisant un recours à l'hôpital, financement des actions de prévention des SSAD et SAD) et au redressement des comptes de la Cnam.

---

le système de santé aux besoins spécifiques des aînés *via* un référentiel accessible en ligne : HAS, « L'évaluation de la prise en charge des patients âgés », avril 2025.

[60] Comme par exemple la démarche très construite de l'ARS Centre Val de Loire et du CHRU de Tours qui ont créé une Équipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) et un site Plan antichute Centre-Val de Loire.

[61] Ce rapport rappelle que le nombre et la part des personnes âgées à l'hôpital vont continuer de croître mais aussi que : un tiers de ces hospitalisations serait évitable ; la part de l'ambulatoire chez les personnes âgées de 75 ans et plus progresse mais reste inférieure à celle de la population générale ; l'entrée et la sortie du séjour sont des moments cruciaux insuffisamment préparés ; les personnes âgées sont particulièrement concernées par les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) : 4/5 des HPE concernaient des patients de 65 ans ou plus, et un sur trois avait plus de 85 ans. ; les hospitalisations peuvent également contribuer à perte d'autonomie des personnes âgées.

Il s'agit moins d'un « contrat d'intéressement » tels que ceux, intéressants, proposés par certains acteurs[62] que d'un plan de « bascule » de dépenses d'hospitalisation complète vers le renforcement pérenne de la capacité des établissements de santé et des Ehpad à consolider les parcours de santé et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées.

Les structures déjà financées pour contribuer à la structuration des parcours (communautés professionnelles de territoires de santé [CPTS], dispositifs d'appui à la coordination [DAC]) y contribueraient, de même que les Services autonomie à domicile).

Dans le cadre d'un contrat d'intéressement à la qualité et à l'efficience de leurs accompagnements, les Ehpad verraient leurs moyens renforcés pour stabiliser l'état de santé de leurs résidents, prévenir leur glissement, et développer de nouvelles approches comme les thérapeutiques non médicamenteuses validées. Ce renforcement atteindrait à terme 300 à 400 M€, venant en relais des plans actuels (50 000 ETP, création de nouvelles Pasa, etc.).

La mise en œuvre de la mesure passerait par une « provision » sur l'Ondam hospitalier lié à la réduction des volumes évitables de recours aux urgences et à l'hospitalisation des personnes âgées, permettant si les objectifs annuels sont réalisés d'en reverser les deux tiers au renforcement des moyens ambulatoires des établissements de santé et des équipes de soin des Ehpad.

Sa mise en œuvre serait articulée avec l'orientation du projet de Stratégie nationale de santé prévoyant qu'à horizon 2027, l'intégralité des filières gériatriques territoriales devra par ailleurs être structurée sur la base d'une nouvelle instruction sur leur organisation. Ce travail de révision de la circulaire de 2007[63] est en cours, sous le pilotage de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Il pourrait intégrer cet objectif de consolidation des moyens et financements des établissements de santé pour structurer des interventions limitant en amont et en aval les épisodes de soins indésirables.

E. Quels financement et recettes à court terme et à moyen-long terme de la branche autonomie ?

Sans préjuger des options qui seront proposées par le HCFiPS, le Conseil de l'âge a souhaité exprimer des éléments de positionnement sur les recettes pouvant être mobilisées au bénéfice du financement de la politique et de la branche autonomie de la sécurité sociale à court et à plus long terme.

[62] Voir par exemple la proposition de « financement à la récompense » des Ehpad portée par Florian Roger, dirigeant de deux maisons pour grands séniors, *solutionTBien*.
[63] Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

1. Sur le court terme, le besoin de financement est relativement limité

Le besoin peut être estimé comme suit.

Les 2,2 Md€ qui manquent pour remettre la CNSA à l'équilibre en 2027, recoupent un besoin de financement essentiellement lié à la dynamique des dépenses, tirée également par celles de la politique de handicap. L'application d'une quote-part sur la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées au prorata de l'ENSA financé par la CNSA, soit 51 %, est une façon d'approcher le déficit à combler à périmètre courant côté PA, soit 1,1 Md€.

Le Conseil de l'âge a estimé à 2 Md€ les financements à apporter pour continuer à améliorer qualitativement et quantitativement le soutien à l'autonomie des PA à horizon 2030[64]. Si la branche autonomie ne doit pas être la seule à les porter – d'autres acteurs, collectivités territoriales, le ministère du logement et ses opérateurs doivent également y contribuer – elle en serait néanmoins le financeur principal.

Compte tenu des propositions faites dans la partie « leviers » (*supra*), le Conseil de l'âge invite à prioriser et à provisionner en dépenses :

- la réforme progressive de l'APA permettant d'améliorer leurs plans d'aides et leur consommation, ainsi que d'inclure dans son bénéfice plus de personnes souffrant de troubles cognitifs, coûterait « en brut » de 0,9 Md€ à 1,4 Md€ à horizon 2030 ;
- le financement renforcé de la prévention et de l'augmentation des crédits d'action sociale de la Cnav coûterait environ 300 M€ ;
- enfin, 800 M€ pourraient être consacrés au renforcement des moyens des soins des Ehpad, notamment sur les TND et la fin de vie et la création d'un forfait « coordination des soins en RA ». Ils viendraient en appui de la mise en œuvre du plan « création de 50 000 ETP supplémentaires en Ehpad » et seraient financés principalement par des économies sur transferts des enveloppes « établissement de santé » et « soins de ville » de l'Ondam.

Une première estimation conduit à approximer le besoin de financement de la branche autonomie – résorption du déficit et mesures nouvelles, nets des économies proposées (0,7 Md€ sur les dépenses de santé évitables des personnes âgées) – à horizon 2030 à 1,3 Md€.

Cet effort peut être accompli en privilégiant l'augmentation d'une recette sociale existante déjà affectée à la CNSA, conformément au grand principe n° 8 énoncé en partie 2.

Dans ce cadre, la CSG, la Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) représentent 97 % des recettes de la CNSA.

S'il était décidé une hausse du rendement de la CSG par augmentation d'un point de son taux sur l'ensemble de ses assiettes (rendement : 17 Md€), la CNSA pourrait se voir attributaire *a minima* de 10 % du surcroît de recettes, soit 1,7 Md€. Cela semble d'autant plus légitime que toute mesure qui viendrait augmenter l'assiette ou le rendement des cotisations sociales ne bénéficierait pas à la CNSA, branche non-affectataire.

[64] *Op. cit.* : avis sur les PLFSS *2024* et *2025*.

Par ailleurs, depuis la création de la CNSA, la part représentée par la CSA n'a fait que baisser en part de ses produits nets. En effet, son rendement n'a pas évolué en fonction de la progression de la masse salariale et elle a été incluse dans le nouveau dimensionnement des allègements généraux de cotisations. Ainsi, l'essentiel de l'augmentation des produits de la CNSA est venu des transferts de CSG à son bénéfice.

L'augmentation du produit de la CSA n'est donc pas une option à négliger. L'augmentation de son taux à 0,6 point a été discutée à l'occasion de l'examen du PLFSS 2025, mais elle avait pour contrepartie l'augmentation du temps de travail des salariés de 7 heures annuelles. Votée par le Sénat contre l'avis du Gouvernement, elle a été *in fine* écartée par l'Assemblée nationale.

Si l'on considère que les entreprises et salariés, ainsi que les retraités avec la Casa, participent bien à l'effort de solidarité décidé après la canicule de 2023, les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles, les compléments de salaires non soumis à cotisations sociales, les revenus de remplacement hors retraites n'y ont pas été assujettis. Il pourrait dès lors être envisagé, comme l'a fait la mission de Laurent Vachey dans son rapport de 2020[65], de soumettre ces assiettes à la CSA au taux de 0,3 point, pour un rendement d'environ 600 M€.

2. À l'horizon de moyen-long terme, une réforme plus ambitieuse du financement devra être envisagée

Récemment, les rapports de la mission Vachey et l'avis du Conseil économique, social et environnemental sur le financement et la gouvernance de la branche autonomie ont exploré les pistes envisageables pour assurer un financement solidaire et soutenable de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées[66].

Ils ont inclus dans leur périmètre d'analyse les avantages fiscaux et sociaux dont peuvent, le cas échéant, bénéficier, à titre particulier ou général, les personnes retraitées ou les personnes âgées de 70 ans et plus et/ou en perte d'autonomie.

Le Conseil de l'âge estime que toute mesure qui serait proposée par d'autres instances ou décidée sur ce champ et qui augmenterait le niveau des contributions fiscales ou sociales des personnes âgées, ou impactant le niveau de revalorisation des pensions des retraités, devrait être affectée au meilleur financement du soutien à l'autonomie, nécessaire tant à domicile qu'en Ehpad.

---

[65] Vachey L, Allot F. Scotté N., 2020, *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, Rapport remis le 14 septembre : « *L'extension de la CSA aux revenus d'activité des travailleurs indépendants (qui bénéficient des prestations comme l'APA) à un taux identique à celui des salariés entrainerait un gain de l'ordre de 250 M€. Une extension de l'assiette de la CSA aux compléments de salaires aujourd'hui exonérés (épargne salariale, etc.) générerait un gain d'environ 240 M€. L'assujettissement à la CASA de revenus de remplacement aujourd'hui exonérés (indemnités journalières ou allocations chômage notamment) générerait un rendement de 100 M€.* »

[66] Cese, 2024, *Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements*, Avis présenté par Martine Vignau (Groupe Unsa) au nom de la commission affaires sociales et santé, adopté le 26 mars.

S'agissant des propositions faites par la Cour des comptes de limiter le coût du crédit d'impôt emploi à domicile (estimé à 6 Md€ en 2023 tous employeurs et activités confondues) par la limitation des activités éligibles ou la révision des plafonds applicables pour le recentrer sur les besoins essentiels, elles ne font pas consensus au sein du Conseil de l'âge, certains craignant le développement du travail non déclaré ou un impact sur d'autres publics que les personnes vulnérables et d'autres activités. Toutefois, si une réforme était décidée, elle ne doit pas priver les personnes âgées vulnérables de leur niveau de soutien actuel, et une partie du gain doit être redéployé vers une amélioration des niveaux de rémunération horaire des salariés et service d'aide à domicile.

Enfin, toute marge fiscale dégagée par un surcroît d'imposition sur le revenu des personnes âgées doit voir une partie de son rendement consacré à la transformation en crédit d'impôt de la réduction dont bénéficient les résidents en Ehpad lorsqu'ils sont imposables. Cette mesure juste et redistributive serait un premier pas dans la réduction des restes à charges des résidents modestes et des classes moyennes, pour un coût de 900 M€.

Par ailleurs, le Conseil de l'âge estime qu'un élargissement des sources de financement de la politique de l'autonomie doit être envisagé à terme.

Le Conseil de l'âge rappelle son attachement à ce que les dépenses d'autonomie restent largement financés et solvabilisés dans le cadre de la solidarité nationale.

Certains membres estiment qu'il serait difficile d'augmenter les prélèvements obligatoires reposant sur des assiettes « revenus », qui constituent déjà la première source de financement de la perte d'autonomie.

Dans sa contribution aux hauts conseils, la FNMF a rappelé que, dans un avis du 24 janvier 2023, le Comité consultatif du système financier a proposé la création d'un contrat d'assurance dépendance solidaire obligatoire, adossé à la complémentaire santé, visant à mieux financer la prise en charge de la « dépendance » totale des personnes âgées. Même si la Mutualité Française considère que la prise en charge de la perte d'autonomie relève de la responsabilité collective et que le risque doit être avant tout supporté par la solidarité nationale, elle propose en complément, une couverture par répartition et généralisée par adossement à la complémentaire santé. Cette piste, présentée dans une version alors moins aboutie en 2022 au Conseil de l'âge, ne rallie pas la majorité de ses membres[67].

Une autre voie pour ne pas augmenter les prélèvements sociaux sur le travail serait de mettre plus à contribution le capital (actifs financiers, patrimoine), dont le niveau de détention augmente avec l'âge.

Tout d'abord, le Conseil de l'âge rappelle qu'on devrait encourager les dispositifs qui, comme le viager solidaire, permettent de mobiliser le patrimoine immobilier pour permettre l'adaptation des domiciles privés, le financement d'accompagnements complémentaires ou les frais de séjour en Ehpad.

[67] HCFEA, Conseil de l'âge, 2002, *Note d'information sur le livre blanc de France Assureurs, en partenariat avec la Fédération nationale de la Mutualité Française : « Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge »*, Note émise le 14 avril.

Il demande par ailleurs que soit envisagée, comme les rapport Vachey et du CESE précités l'ont proposé, une augmentation des droits sur les mutations à titre gratuit (DMTG) pour financer la perte d'autonomie, dans un contexte où le niveau du capital transmissible atteint des « sommets » inédits et dont la détention est très inégale entre les ménages. En contrepartie, le périmètre du recours sur succession sur l'ASH pourrait être réduit par la mise en place d'une franchise du même niveau que celle sur l'allocation de solidarité pour les personnes âgées, récupérée uniquement si l'actif net de la succession (c'est-à-dire le montant du patrimoine moins les dettes, hors capital d'exploitation agricole) est au moins égal à 107 616 € en métropole et 150 000 € dans les DOM.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Retrouvez nos dernières actualités sur

www.hcfea.fr