



TRANSITIONS
DEMOGRAPHIQUES
TRANSITIONS
ECONOMIQUES

Perte d'Autonomie : Quelles conséquences pour un scénario du « Laisser Faire » ou si l'on ne change rien ?

Daniel Korenhof
Chaire TDTE

Octobre 2026

Résumé

La prise en charge de la dépendance risque d'être mise sous forte pression dans un futur proche. D'une part, le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera et d'autre part, les ressources se réduiront, en raison notamment du déficit attendu de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les Ehpad, déjà fragilisés, pourraient voir leur situation se détériorer encore davantage, faisant des questions de sous-financement et de coûts de la dépendance des enjeux importants dans les années à venir.

Dans ce contexte de vieillissement accéléré de la population française, cette étude propose une modélisation prospective fondée sur un scénario de « **laisser faire** » en matière de dépendance. Ce scénario, construit à partir des données de l'enquête EHPA 2023 et des projections du modèle LIVIA, consiste à figer le système de prise en charge tel qu'il fonctionne aujourd'hui (structures, nombre de places en Ehpad, modes de financement ou répartitions par lieu de vie), tout en faisant évoluer le nombre de bénéficiaires jusqu'en 2050 selon les projections démographiques attendues. L'objectif est de mesurer les conséquences qu'entraînerait l'absence de réforme, à travers une estimation des coûts, des besoins en personnel et une évaluation d'autres difficultés susceptibles de survenir.

Nous observons logiquement, dans un premier temps, une augmentation du nombre de personnes prises en charge à domicile, mais également une aggravation du niveau de dépendance des résidents en Ehpad, en lien avec la politique domiciliaire promue par les pouvoirs publics. Les personnes les plus dépendantes sont davantage orientées vers les établissements, étant donné l'hypothèse de gel des créations de place. Ainsi, les résidents présentant les profils les plus lourds (GIR 1 et 2) passent de 55 % à 59 % des résidents en Ehpad en 2030. Ils représenteraient même 76 % en 2050, le reste des résidents étant majoritairement des personnes présentant des troubles neurocognitifs avec une dépendance de niveau GIR3. Le nombre de résidents en établissement progresserait de 573 034 en 2023 à 594 668 à partir de 2030, sous le seul effet du retour du taux d'occupation à son niveau normal, le nombre de places restant constant ; le nombre de personnes prises en charge à domicile augmenterait quant à lui de plus de 540 000 d'ici 2050, soit une augmentation d'environ 60 % par rapport à aujourd'hui.

Notre scénario prévoit une hausse des coûts globaux, financeurs publics et privés/assurés compris, de 4,8 milliards d'euros en 2030 par rapport à la situation de 2023, et de 10,7 milliards en 2050, dont 9,7 milliards pour les seuls financeurs publics. L'augmentation la plus significative

concernerait la CNSA, avec une progression des coûts de 4,6 milliards d'euros, soit une augmentation de +27% par rapport à aujourd'hui. De même, les besoins de financement de l'APA augmenteraient de 1,35 milliard en 2030, puis de 3,3 milliards en 2050. Les besoins en personnel suivraient également cette tendance, avec entre 200 000 et 250 000 ETP supplémentaires (établissements et domicile confondus) nécessaires en 2050 par rapport à leur niveau de 2023.

Enfin, le scénario du laisser-faire met en lumière d'autres difficultés, telles que la hausse probable du coût d'hébergement en Ehpad, qui se traduirait par une augmentation marquée du taux d'effort pour les plus modestes et pourrait exclure une part croissante des personnes nécessitant pourtant une prise en charge. Il met également en exergue les vulnérabilités déjà observées en Ehpad, qui devraient s'aggraver : difficultés de recrutement, conditions de travail dégradées, proportion plus importante de résidents atteints de troubles neurocognitifs. En outre, ce scénario repose sur l'hypothèse d'un « virage domiciliaire » sans encombre, avec une répartition des personnes en Ehpad selon le degré de dépendance, une hypothèse loin d'être garantie. D'autres tensions pourraient alors émerger, telles qu'un report des soins vers les aidants ou les urgences, alors que leurs services sont déjà saturés, une hausse des risques de maltraitance, et une prise en charge à domicile qui deviendrait donc très difficile à assurer.

La problématique du non-recours constitue également un enjeu majeur : en 2050, près de 30 % des seniors dépendants ne bénéficieraient pas de l'APA. L'absence de prise en charge viendrait alourdir d'autant plus le coût social supporté par le reste de la société.

Le système de prise en charge dans son ensemble, c'est-à-dire les Ehpad et la prise en charge à domicile, nécessiterait ainsi des financements accrus et des réformes d'importance afin de rendre plus pérenne son organisation et améliorer sa lisibilité pour répondre aux besoins croissants du futur. Le risque étant, sinon, d'être saturé, contraint d'exclure les plus modestes, et de faire face à une dégradation progressive des conditions de prise en charge.

Table des matières

Résumé.....	2
Lexique des sigles.....	5
Introduction	7
I) Quelles perspectives pour une prise en charge d'ores et déjà contrainte ?	9
a) Une branche autonomie sous-financée	9
b) Focus sur les Ehpad : entre crises et vulnérabilités	13
II) Hypothèses et méthodologie pour le scénario du « laisser-faire »	21
III) Mesurer l'ampleur du vieillissement : estimations des coûts et du nombre de dépendants par lieu de vie dans le scénario du « Laisser-Faire »	25
a) L'arrivée de personnes plus dépendantes et plus coûteuses en Ehpad.....	25
b) L'aboutissement de la prise en charge à domicile	27
c) Le virage domiciliaire : un coût majeur pour les financeurs publics	30
IV) Un scénario du laisser-faire « intenable » dès 2030	34
a) Les problèmes de recrutement et des personnels d'encadrement	34
b) La question des conditions de travail.....	38
c) L'exclusion des plus modestes et une accumulation des difficultés en Ehpad.....	42
d) Une dépendance à domicile sous-estimée.....	45
Conclusion	48
Bibliographie.....	50
Annexes	53
Le fonctionnement du système de prise en charge de la dépendance	53
Grille AGGIR « Comment fonctionne la grille AGGIR » (Gouv.fr)	62
Le taux d'effort des résidents d' Ehpad face à la hausse du tarif hébergement pour les non bénéficiaires de l'ASH	64
Enquête Conditions de Travail CT – RPS en 2019	67

Lexique des sigles

AGGIR	Autonomie Gérontologie et Groupes Iso-Ressources
AIS	Actes infirmiers de soins
APA - D	Allocation personnalisée d'autonomie à domicile
APA - E	Allocation personnalisée d'autonomie en établissement
APL	Aide personnalisée au logement
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Aide sociale à l'hébergement
AES	Accompagnant éducatif et social
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CSG	Contribution sociale généralisée
CT-RPS	Conditions de travail – Risques psychosociaux
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPA	Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Établissement ou service social ou médico-social
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR moyen pondéré
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LIVIA	Lieux de vie et autonomie
OGD-PA	Objectif global de dépenses médico-sociales pour personnes âgées
PASA	Pôles d'activités et de soins adaptés
PATHOS	Pathologie et Soins
PMP	PATHOS moyen pondéré
SAD	Services à domicile
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TMS	Troubles Musculo-squelettiques
USLD	Unité de soins longue durée

Introduction

La France et toute l'Europe font face à un vieillissement démographique, entraînant une hausse importante du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Appréhender leur prise en charge devient crucial, dans la mesure où le système actuel apparaît déjà fragilisé et sous-dimensionné pour répondre aux besoins futurs. Plusieurs centaines de milliers de seniors dépendants supplémentaires nécessiteront un accompagnement d'ici 2030, et encore davantage à l'horizon 2050. Dès 2030, cette pression démographique sera importante et risque de mettre l'ensemble du système à l'épreuve.

Mesurer les conséquences d'un tel développement au sein d'un système complexe, parfois même labyrinthique, peut toutefois s'avérer difficile. Le système de prise en charge se décline en plusieurs dimensions, avec une myriade de financeurs et d'acteurs jouant chacun un rôle spécifique (*voir Annexes*). Il est donc indispensable de considérer l'ensemble de ce « mille-feuille » de la dépendance. C'est-à-dire, prendre en compte les difficultés des Ehpad et du maintien à domicile, tout comme les implications budgétaires pour les différents financeurs, seniors compris.

Pour imaginer le futur d'un tel système, nous réfléchissons à partir d'un scénario spécifique, dit du « laisser-faire », c'est-à-dire prendre en compte le système tel qu'il est aujourd'hui, et le figer dans le temps en prenant en compte le vieillissement de la population, c'est-à-dire en ajustant uniquement le nombre de bénéficiaires de la prise en charge.

Cette approche permet d'effectuer des comparaisons directes dans le temps, notamment en matière de coûts, et d'estimer les besoins financiers que cela impliquerait. Le scénario du « laisser-faire » ou du « rien ne change » permet également de mettre en lumière un certain nombre de complications, qui, bien qu'elles ne soient pas conditionnées au scénario, sont très largement susceptibles de se produire. S'il repose sur de nombreuses hypothèses, ce cadre permet de dégager des ordres de grandeur et d'identifier les principaux points de tension dans la prise en charge de la dépendance. Nous partons ainsi de la situation projetée de 2023 pour nous représenter les difficultés auxquelles le système sera confronté dans le futur.

À partir de ce scénario, nous tenterons de répondre à une multitude de questions soulevées par l'arrivée de cette vague de seniors dépendants : quel serait le coût direct de la dépendance si rien n'était modifié, ni dans le financement, ni dans l'organisation du système ? Comment évolueraient les besoins en personnel, aussi bien en Ehpad qu'à domicile ? Quelles seraient les évolutions pour les conditions de travail ou même les prix des chambres en Ehpad ? Quelles tensions budgétaires

pour les principaux financeurs ? Et quelles implications pour les aidants, les urgences, ou le reste de la société ?

Il ne s'agit pas d'évaluer une réforme ou un aspect en particulier, mais bien de mesurer ce qu'impliquerait l'absence de politiques publiques consacrées à la dépendance. Le scénario du « laisser-faire » veut montrer qu'à défaut de financements adaptés ou de réformes structurelles, le système de prise en charge ne pourra plus fonctionner tel qu'aujourd'hui et se retrouvera dans l'impasse avec des conséquences sociales et économiques majeures.

I) Quelles perspectives pour une prise en charge d'ores et déjà contrainte ?

Le système est dès aujourd'hui sous contrainte. Le manque de financement de la CNSA risque d'accroître les difficultés de prise en charge et d'exacerber les difficultés rencontrées en Ehpad, notamment celles relatives au manque de moyens, à la pénurie de personnel et à la présence de résidents atteints de maladies neurocognitives.

a) Une branche autonomie sous-financée

L'aide majeure pour faire face à la dépendance est l'APA, disponible pour tous les seniors, qu'ils soient en établissement ou à domicile, à condition qu'ils aient au moins une dépendance modérée (c'est-à-dire GIR 4).

L'APA se décline en deux volets, un volet établissement et un volet domicile, les deux financés à la fois par la CNSA et les départements (*Figure 1*). L'articulation entre les deux volets est cruciale pour cette prestation couvrant la dépendance et dont le montant de la couverture de la CNSA est crucial. On parle ici du concours de l'APA, c'est-à-dire de la part de dépenses prise en charge par la caisse, en quelque sorte l'effort de remboursement qu'elle assure. En 2023, le taux de couverture de l'APA par la CNSA s'élevait à 42,1% et permettait de compenser en partie le budget alloué par les départements pour l'APA souvent important, appelé à croître encore davantage avec le vieillissement démographique. Le montant de couverture de l'APA dans les comptes de la CNSA est ainsi passé à 2,96 milliards d'euros en 2024. Cette couverture s'opérait alors via deux concours, un concours « APA-1 » et un concours « APA-2 », mais depuis 2025 ces concours ont disparu pour laisser place à un concours « personnes âgées » (PA) et un concours pour les personnes en situation de handicap.

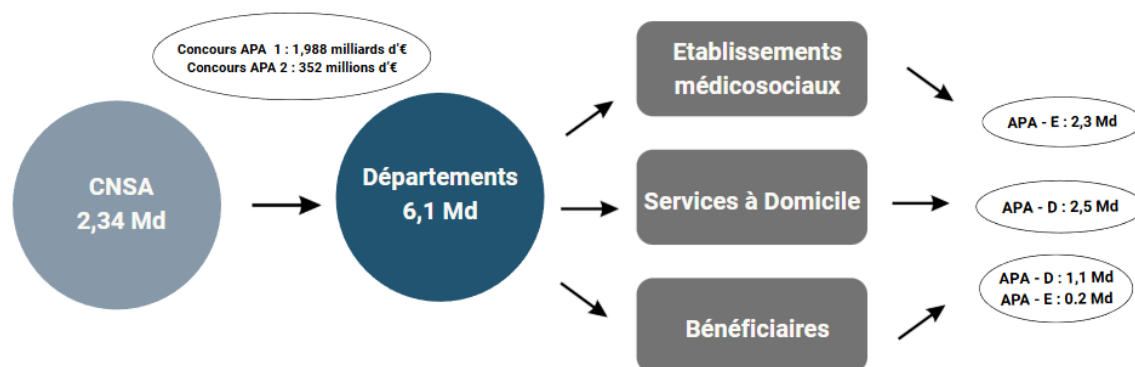


Figure 1 - Les concours de l'APA et les versements de l'APA-D et l'APA-E en 2021

Source : Eclairage 3.3 Les concours de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH (2021); Chaire TDTE

La CNSA contribue donc, d'un côté, à la dépendance, avec ses concours aux départements, et de l'autre côté aux dépenses de soins en établissement et aux services à domicile.

Depuis, de nouvelles dynamiques sont à l'œuvre : le taux de couverture de l'APA a progressé depuis la situation post-Covid. Ceci est dû notamment au fait que la CNSA vise des taux minimaux de couverture de l'APA en fonction du potentiel fiscal des départements, dans la perspective également plus large d'une réforme de ce taux de couverture¹.

L'architecture du système de prise en charge de la dépendance repose, en quelque sorte, sur la clé de voûte que représente la CNSA. D'autant plus qu'elle joue aussi le rôle de filet de secours en cas de dysfonctionnement ou de difficulté, comme l'a montré le fonds exceptionnel de 100 millions d'euros attribué aux Ehpad en difficulté en novembre 2024, qui faisait suite aux 100 millions d'euros d'urgence débloqués à l'été 2023. Ainsi, la CNSA est l'instrument qui permet de garantir que les départements ne soient pas asphyxiés par le coût de l'APA, et de maintenir à flot les Ehpad, bien que cela ne soit qu'indirectement via les ARS, les résidents ou les départements.

Le financement de la branche Autonomie est une problématique d'autant plus importante que l'excédent dont elle bénéficiait en 2024 s'est érodé, et que la caisse est à nouveau déficitaire en 2025, d'après la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (pour 2026, le solde redeviendrait très légèrement positif). Cette difficulté s'explique notamment par la création de 50 000 équivalents temps plein (ETP) dans les Ehpad et par le plan « 50 000 solutions » pour la prise en charge du

¹ Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024, (CNSA, 2024)

handicap. Si ces mesures sont décrites comme bienvenues et nécessaires par les acteurs du secteur, la question se pose pour l'avenir de dégager de nouveaux financements afin de répondre aux besoins de la branche Autonomie.² Une nouvelle contribution a également été affectée à la branche en 2026 avec comme objectif de réduire le déficit, sans le résorber pour autant. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 fixe en effet l'objectif de dépenses de la branche Autonomie à 43,6 milliards d'euros, contre 42,6 milliards en 2025, dont 18,3 milliards pour les établissements et services accueillant des personnes âgées. Elle crée une contribution financière pour l'autonomie (CFA), assise sur un relèvement de 1,4 point de la contribution sociale généralisée sur les revenus du capital, dont le rendement attendu d'environ 1,5 milliard d'euros ramène le déficit prévisionnel de la branche de 1,7 à 0,4 milliard d'euros. Le fonds d'urgence de 300 millions d'euros institué en 2025 n'a en revanche pas été reconduit : les Ehpad en difficulté bénéficient à la place d'un rehaussement de 150 millions d'euros du sous-objectif « personnes âgées », soit environ 10 % du produit de cette nouvelle recette.

Or, dans la perspective où l'on souhaiterait limiter autant que possible le déficit de la caisse de solidarité, il paraît impossible de continuer à augmenter le taux de couverture de l'APA ou de venir en aide aux établissements de dépendance en difficulté. Ces difficultés risquent, dans un premier temps, de se répercuter sur les départements, qui devraient avoir une charge plus importante dans le versement de l'APA. On peut imaginer un effet ciseau, avec un accroissement des besoins de financement et une baisse de couverture de la CNSA, amenant une grande pression financière. Cela aboutirait à une situation où les départements répercutent cette pression sur les Ehpad dans un transfert de charges, dans la mesure où le tarif dépendance dans les établissements que nous avons évoqués précédemment est fixé par les conseils départementaux. En effet, ces derniers fixent la valeur du point GIR, multiplié par la suite par le Gir Moyen Pondéré (GMP) d'un établissement (c'est-à-dire la moyenne pondérée des profils GIR des résidents) qui permet de définir le tarif dépendance. Ces fixations du tarif, à la discrétion des départements, tout comme leurs augmentations (s'échelonnant de 0 à 7,6 % en 2024 pour une moyenne de 2,4%), pourraient être un levier pour dégager des ressources pour les départements les plus en difficulté face à l'augmentation drastique des besoins. Ceux-ci risquent de ne pas augmenter, ou moins rapidement que l'inflation ou les besoins, la valeur de leur point GIR. Les Ehpad devraient donc faire face à un tarif dépendance largement sous-estimé, aggravant leurs déficits.

² Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025

Face à ces écueils connus, le budget de la branche Autonomie pour 2025 reprenait les dispositions nouvelles de la LFSS 2025. Il était prévu une fusion programmée des sections soins et dépendance, accompagnée de la création d'une nouvelle recette (une taxe sur les conventions d'assurance), ainsi qu'une réforme du concours de la CNSA au financement de l'APA, transformé en un concours pour les « personnes âgées » évoqué précédemment.

Ce nouveau concours s'appuyait sur les dépenses constatées, et non plus sur le budget de la CNSA, afin d'améliorer le taux de couverture. Il était associé à une augmentation budgétaire de 200 millions d'euros, à laquelle s'ajouteraient 100 millions dans un fonds de soutien à la mobilité des professionnels de l'aide et de l'accompagnement, ainsi que 300 millions dans un fonds d'urgence destiné aux Ehpad et aux SSIAD en difficulté (80 % des bénéficiaires du fonds d'urgence de 100 millions d'euros en 2024 étaient des Ehpad, avec des dépenses réparties entre les ARS selon le volume de dépenses constaté). Si la réforme des concours permettait de garantir un taux de couverture adéquat et de limiter la dégradation du taux de couverture, la pression sur les départements demeurerait cependant non négligeable, et le risque de transfert de charges bien réel. En outre, comme le relèvent les professionnels du secteur, il s'agissait là de mesures ponctuelles, qui ne permettaient pas de répondre aux problèmes structurels auxquels le système est confronté, des problèmes qui devraient s'aggraver avec le vieillissement.

Ces derniers souhaitent que ce système de prise en charge soit réformé, décrivant un dispositif peu lisible, porteur de défaillances structurelles, notamment pour les Ehpad. Ils demandent surtout que la CNSA soit dotée de financements capables de répondre au rôle qui lui est dévolu. La CNSA est aujourd'hui financée par la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution pour l'autonomie (CSA, dans le cadre de la journée de solidarité), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), mais aussi par une dotation de l'État destinée à financer le Ségur, ainsi que par une taxe sur les salaires, auxquelles s'ajoute depuis 2026 la contribution financière pour l'autonomie. Ce financement apparaît sans cohérence d'ensemble : les recettes sont affectées de manière peu lisible à des dépenses spécifiques. Les départements souhaitent par ailleurs un taux de couverture plus élevé, porté à 50 %, ce qui constitue d'ailleurs l'objectif affiché par les pouvoirs publics d'ici 2030. Ils dénoncent en outre des dotations globales pour la branche Autonomie qu'ils jugent « insuffisantes »³.

Dans cette étude, nous adopterons le raisonnement du laisser-faire, où aucune réforme n'est mise en place, que ce soit l'amélioration du taux de couverture où une fusion des tarifs. Ainsi, on ne

³ Rapport « Situation des Ehpad » du Sénat, 2024

dégagerait pas de nouvelles recettes pour la CNSA dans le futur et où l'on chercherait à limiter autant que possible son déficit, malgré le vieillissement de la population. Les centaines de millions débloqués via les fonds d'urgence, issus d'un budget dont les voyants sont tous au rouge, paraissent au mieux optimiste, voire utopiques, face à des Ehpad dont la situation devrait encore se détériorer. Celle-ci est décrite comme très alarmante dans le rapport du Sénat de 2024, comme en témoigne l'ampleur du fonds d'urgence, qui a triplé par rapport à l'année précédente. L'instabilité actuelle des Ehpad interroge sur leurs capacités à faire face à l'accroissement massif du nombre de personnes âgées dépendantes dans les prochaines décennies.

b) Focus sur les Ehpad : entre crises et vulnérabilités

En France, en 2023, date de la dernière enquête EHPA disponible, on comptait 573 034 résidents d'Ehpad (contre 594 700 en 2019) pour 609 970 places, soit un taux d'occupation d'environ 93,9%.⁴ Parmi ces résidents, 549 000⁵ bénéficient de l'APA en établissement, le reste étant composé de résidents en GIR 5-6 ou de personnes bénéficiant de l'APA à domicile (ce qui est le cas notamment dans les Ehpad de moins de 25 places). On distingue quatre grandes catégories d'Ehpad : les Ehpad privés à but lucratif, les Ehpad privés à but non lucratif, et les Ehpad publics, eux-mêmes divisés en deux sous-groupes selon qu'ils soient rattachés ou non à un centre hospitalier. Les Ehpad publics accueillent 48,1 % des résidents, tandis que le privé à but non lucratif en accueille 30,2 % et le privé à but lucratif 21,7 %. La répartition du parc de lits est légèrement différente, les Ehpad publics ne représentant que 44,2 % des établissements, contre 31,6 % pour le privé à but non lucratif et 24,2 % pour le privé à but lucratif.

Les Ehpad doivent faire face à une situation financière très délicate : entre 2020 et 2023 la part d'établissements déficitaires est passée de 27 % à 66 %⁶ sans prendre en compte les Ehpad privés à but lucratif. Les plus touchés sont les Ehpad publics ; la fonction publique hospitalière recensait 84,4% d'établissements déficitaires⁷ avec un déficit évalué à 800 millions d'euros. Les Ehpad à but non lucratif sont également touchés, avec 73,4 % des Ehpad en déficit selon une enquête de leur fédération (FEHAP).

⁴ Enquête EHPA 2023

⁵ L'aide sociale des départements en 2023 : aide sociale à l'enfance, aides aux personnes âgées ou handicapées, Drees, 2024

⁶ Rapport « Situation des Ehpad » du Sénat, 2024

⁷ Enquête Nationale FHF – Situation financière des Ehpad publics (2024)

Pour les Ehpad déficitaires du secteur public et non lucratif, c'est la section hébergement qui concentre la plus grande partie des déficits dans les Ehpad publics et les privés non lucratifs (-2,5 % en 2023), tout comme la section dépendance, qui, bien que représentant des montants moindres, affiche un déficit encore plus marqué (- 6,3 % en 2023). À ces éléments s'ajoutent d'autres facteurs comme la hausse des prix de l'énergie et les revalorisations salariales du Ségur, qui ont parfois été assumées directement par les établissements.

Les Ehpad privés à but lucratif malgré la liberté tarifaire ont vu une érosion de leurs résultats. Ces difficultés s'expliquent par un cumul de crises : d'abord une crise d'occupation avec un taux d'occupation en berne en 2023 s'expliquant par le Covid et une crise de confiance des résidents dans les Ehpad, conséquence de scandales et d'enquêtes soulignant les cas de négligence et d'abus. Cela se traduit bien évidemment par des recettes en moins. Parallèlement, la seconde crise à laquelle ont dû faire face les Ehpad est celle de l'inflation, avec une hausse des coûts plus importante que la hausse des tarifs, se traduisant par une dégradation rapide des comptes. A ces deux, crises, il faut aussi ajouter le « creux démographique » dont souffre le secteur, avec des générations moins nombreuses précédant celles des « baby-boomers »

Les Ehpad ont ainsi dû faire face à un cumul de crises extérieures : la pandémie de Covid a été un moment charnière, suivi de peu par la publication du livre « *Les Fossoyeurs* » du journaliste Victor Castanet⁸ en 2022 sur les pratiques et les abus de l'ancien groupe d'Ehpad privé lucratif « Orpea », et par la hausse des coûts notamment, comme on l'a évoqué, les coûts de l'énergie.

Mais la difficulté dans laquelle se trouvent les Ehpad ne peut pas uniquement s'expliquer par des facteurs extérieurs, d'une part parce que certaines crises sont consécutives au système d'organisation des Ehpad et d'autre part parce qu'on pouvait déjà voir émerger des difficultés et des signaux alarmants avant ce cumul de crises. L'enquête EHPA de 2023 permet ainsi de faire l'état des lieux de certaines des difficultés auxquelles les Ehpad étaient confrontés.

Tout d'abord, les Ehpad en 2023 accueillaient une majorité de profils de dépendance lourde (GIR 1 et 2), c'est-à-dire des résidents demandant davantage de soins et d'attention. Ainsi parmi les 573 034 résidents d' Ehpad, 317 877 étaient lourdement dépendants, soit une proportion de 55,4 % (*Tableau 1*)⁹.

⁸ V. Castanet, « *Les Fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*. (Paris, Fayard) », (2022).

⁹ Tous les résultats présentés sauf mention du contraire sont issus du traitement de l'enquête EHPA dans son volet 2023

Tableau 1 - Répartition des résidents d'Ehpad en 2023 en fonction de leur GIR

GIR de référence	GIR-1	GIR-2	GIR-3	GIR-4	GIR-5	GIR-6
Nombre de résidents	89 652	228 225	113 691	110 282	20 893	10 291
Part de résidents (%)	15,64%	39,83%	19,84%	19,25%	3,65%	1,80%

Source : Enquête EHPA (2023) ; Chaire TDTE

La répartition des profils de dépendance entre les Ehpad ne présente pas de disparités majeures selon les catégories d'établissement. On note toutefois une part plus importante de résidents les plus dépendants dans les Ehpad privés lucratifs (GIR 1-2). (Tableau 2).

Tableau 2 - Répartition des profils de dépendance selon le Gir en fonction du type d'établissement

GIR de référence	GIR-1	GIR-2	GIR-3	GIR-4	GIR-5 et 6	Ensemble
Ehpad privé à but lucratif	15%	43%	21%	17%	4%	100%
Ehpad privé à but non lucratif	15%	39%	20%	20%	6%	100%
Ehpad public (non hospitalier)	17%	39%	19%	19%	6%	100%
Ehpad public hospitalier	16%	39%	20%	20%	5%	100%

Source : Enquête EHPA (2023) ; Chaire TDTE

1. Première vulnérabilité : les résidents atteints de troubles neurocognitifs

Tableau 3 – Scores moyens de GMP et de PMP dans les établissements à fortes proportions de résidents Alzheimer

GMP Etablissements avec plus de 40% de résidents diagnostiqués Alzheimer	737
PMP Etablissements avec plus de 40% de résidents diagnostiqués Alzheimer	231

Source : Enquête EHPA (2023) ; Chaire TDTE

Les Ehpad doivent accueillir de nombreux résidents atteints de maladies neurodégénératives ou de troubles neurocognitifs impliquant une charge accrue, tant en soins qu'en dépendance.

Le GMP correspond à un indicateur de dépendance moyen, tandis que le PMP (Pathos Moyen Pondéré) mesure le niveau moyen de soins requis dans un établissement. Dans les établissements où plus de 40 % des résidents sont diagnostiqués, le GMP moyen s'élève à 737 et le PMP moyen à 231.

La dotation soins d'un établissement est ensuite calculée à partir d'un indicateur, le GMP soins, défini comme suit : $GMP + (2.59 \times PMP)^{10}$.

Les maladies neurodégénératives sont ainsi un enjeu important pour les Ehpad, d'autant plus que la part de résidents malades devrait encore augmenter dans les années à venir.

De fait, la prise en charge de ces résidents constitue la première grande vulnérabilité des Ehpad que l'on peut clairement identifier. Elle fait l'objet d'une attention particulière dans le rapport de mission des professeurs Jeandel et Guérin, intitulé les « Unités de Soins de Longue Durée et EHPAD » en 2021 et accompagné de 25 recommandations¹¹. Leur enquête porte sur un échantillon de 488 867 résidents d'Ehpad et 6500 établissements observés entre 2015 et 2019. Elle se distingue ainsi par sa durée et ses méthodes de l'enquête EHPA. Les maladies neurodégénératives (dont Alzheimer) toucheraient selon les professeurs près de 57% des résidents. En effet, 66% d'entre eux

¹⁰ La tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est modulée à partir de l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents (ARS Occitanie, 2020)

¹¹ Jeandel, C., & Guérin, O, Unités de soins de longue durée et EHPAD : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des résidents et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, (2021)

seraient atteints de syndromes démentiels, 40% d'états dépressifs et 35% d'états anxieux. De manière plus générale, c'est 8 résidents sur 10 qui présenteraient des troubles de cohérence.

Les chercheurs procèdent dans leurs travaux à une classification portant sur environ 400 000 résidents d'Ehpad et d'USLD afin de catégoriser les différents profils de soins en les rapportant à leur niveau de *GIR*. Ils dégagent cinq classes, les classes « 3, 4 et 5 » regroupant la quasi-totalité des résidents. Si la classe 3 fait référence à une dépendance physique, les classes 4 et 5 sont caractérisées par une dépendance cognitive associée à des troubles neurocognitifs et des maladies neurodégénératives. Ils sont notamment rattachés au profil de soins dit « **P2** » regroupant des pathologies particulières, parmi lesquelles des « troubles chroniques du comportement, états dépressifs, syndromes démentiels, états anxieux, psychoses, délires, hallucinations ». Les classes 4 et 5 liés au profil de soins **P2** regroupent les trois quarts des résidents de la classification. En outre, près de 77 % des *GIR* 2 et 3 auraient ce profil de soins ainsi que plus de 60 % des *GIR* 4, des personnes nécessitant donc un suivi et un soutien continu.

Les grilles AGGIR et PATHOS prennent mal en compte les troubles neurocognitifs, ce qui amène le rapport Jeandel et Guérin à recommander leur remplacement par une nouvelle grille d'évaluation. Cette mauvaise prise en compte entraîne une sous-estimation des besoins des résidents, donc des moyens plus limités pour les établissements, et une prise en charge insuffisante de ces pathologies. De fait, la grille AGGIR tend à privilégier les capacités physiques, au détriment des dimensions cognitives¹².

Le développement de dispositifs spécifiques dans les établissements, comme les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), les Unités d'hébergement cognitivo-comportemental ou les Unités de vie Alzheimer, bien qu'en cours, reste limité. Ces unités spécialisées restent trop peu nombreuses et très ciblées, alors même que les Ehpad devraient faire face à une arrivée massive de résidents atteints de troubles ou de maladies neurocognitives. La question de la distinction entre les forfaits soins et dépendance, et plus largement celle du financement de la dépendance, est également cruciale et fait écho aux tentatives actuelles de fusion des deux forfaits. Cette vulnérabilité s'inscrit, une fois encore, dans une perspective de long terme, alors que le nombre de résidents concernés devrait augmenter très significativement dans les années à venir.

¹² Évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, (Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2023)

2. Seconde vulnérabilité : la crise de recrutement

La seconde difficulté importante des Ehpad, présente avant la crise du Covid et la crise du taux d'occupation, réside dans l'encadrement des résidents : manque de personnel, difficultés de recrutement et pénuries touchant la grande majorité des Ehpad.

En 2023, on comptait 453 900 salariés et le nombre d'équivalents temps plein (ETP) était de 402 735 (*Tableau 4*). En outre, le taux d'encadrement était de 6,6 ETP pour 10 places installées (il était de 6,3 en 2015 et 6,42 en 2019) avec des disparités entre les établissements, les établissements privés à but lucratif n'ayant que 6,13 ETP alors que les établissements publics oscillaient autour de 7. L'indicateur ETP comme tout indicateur présente des limites. Il ne permet pas de voir sur le long terme ce qui se passe, ne permet pas nécessairement d'estimer les besoins réels des résidents, ne prend pas en compte les différences entre les catégories d'établissement, ou encore de bien saisir la répartition précise des tâches d'encadrement en fonction des postes¹³. Mais, il permet toutefois d'avoir en tête une mesure reflétant les besoins d'encadrants et plus largement les besoins des résidents en termes de personnel. En outre, on peut rapporter le nombre d'ETP au nombre de résidents : on obtient alors un taux d'encadrement de 7,03 ETP pour 10 résidents en 2023 (6,59 en 2019) (7,54 dans les Ehpad publics, 6,80 dans les Ehpad privés à but lucratif et 6,37 dans les Ehpad privés à but non lucratif)¹⁴. La proposition des pouvoirs publics est celle d'un taux de 8 encadrants pour 10 résidents, censé permettre une meilleure prise en charge et un fonctionnement optimal dans les établissements. Dans une précédente étude, la chaire TDTE évoquait également l'objectif de 8 encadrants, s'emparant d'une préconisation du Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age¹⁵.

¹³ Le taux d'encadrement dans les Ehpad : Ses déterminants et ses alternatives, (DREES, 2020)

¹⁴ Rapport « Situation des Ehpad » du Sénat, 2024

¹⁵ Couture, E., Horkay, C., « *Un effort très important en faveur de la perte d'autonomie : estimations, bénéfices, financement et harmonie entre générations.* », (Chaire TDTE, 2022)

Tableau 4 - Personnel et taux d'encadrement en équivalents temps plein (ETP) dans les Ehpad

Nombre d'équivalents temps plein (ETP)	402 735
Nombre de personnel	453 900
Taux d'encadrement (ETP pour 10 résidents)	7,03
<i>EHPAD privé à but lucratif</i>	6,80
<i>EHPAD privé à but non lucratif</i>	6,37
<i>EHPAD public</i>	7,54

Source : Enquête EHPA (2023) ; Drees ; Chaire TDTE

Néanmoins, cet objectif se heurte à l'écueil du recrutement du personnel : 79 % des Ehpad, tous types confondus, déclarent rencontrer des difficultés en la matière (*Tableau 5*). Les établissements privés sont un peu plus touchés, une situation que l'on peut mettre en parallèle avec la crise de confiance envers les Ehpad privés.

Ces tensions se traduisent notamment par des difficultés persistantes à recruter des médecins coordinateurs, dans un contexte de pénurie nationale, mais aussi par un manque d'attractivité des postes d'aides-soignants. Sur ce point, la Cour des comptes préconise un taux d'encadrement de 1 ETP pour 1 résident, afin de permettre des interventions en binôme, de réduire les accidents et maladies professionnelles, et de limiter les absences qu'ils génèrent¹⁶. La difficulté du métier s'est par ailleurs accentuée avec l'arrivée de profils de résidents plus dépendants, souvent porteurs de polypathologies. Le taux d'absentéisme dans les Ehpad est ainsi particulièrement élevé, bien au-dessus de la médiane nationale, avec des problèmes récurrents de fidélisation du personnel, et un recours important aux intérimaires ou aux contrats précaires. Près de 28,3 % des directeurs déclarent avoir recours quotidiennement à des intérimaires¹⁷. Cette situation affecte également les

¹⁶ Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, (Cour des Comptes, 2022)

¹⁷ Rapport « Situation des Ehpad » du Sénat, 2024

directions elles-mêmes : la moitié des directeurs envisageaient en 2018 de quitter leur poste, face aux difficultés croissantes qu'ils rencontraient¹⁸.

Tableau 5 - Difficultés de recrutement en Ehpad en fonction du type d'établissement

Part des établissements disant rencontrer des difficultés de recrutement (tous types)	79%
<i>EHPAD privé à but lucratif</i>	81%
<i>EHPAD privé à but non lucratif</i>	84%
<i>EHPAD public territorial (non hospitalier)</i>	76%
<i>EHPAD public hospitalier</i>	73%

Source : Enquête EHPA (2023) ; Chaire TDTE

Le système de dépendance fonctionne aujourd'hui sur une ligne de crête, avec des financements insuffisants et des établissements en difficulté chronique. Les tensions financières, organisationnelles et humaines se manifestent déjà à grande échelle, révélant une fragilité systémique. Cette situation donne tout son sens à l'exercice prospectif qui suit, en imaginant les effets de l'inaction.

¹⁸ Rapport « Situation des Ehpad » du Sénat, 2024

II) Hypothèses et méthodologie pour le scénario du « laisser-faire »

L'objectif de cette étude est de projeter le système de prise en charge de la dépendance, et les Ehpad tels que nous les avons présentés, à l'épreuve du vieillissement démographique et donc de l'arrivée massive de personnes dépendantes d'ici 2030 puis 2050, sans évolution du système.

Pour ce faire, nous utiliserons un certain nombre d'hypothèses de coûts, de projections de population, ou encore de besoins, afin de présenter un scénario qui nous semble plausible et qui permette d'imaginer les conséquences pour la prise en charge de l'autonomie.

- *Hypothèse 1*

Tout d'abord, un tel scénario repose sur une hypothèse principale très forte : celle d'une absence totale de réformes, d'investissements ou de changements de la part des pouvoirs publics, aussi bien concernant les Ehpad que l'ensemble du système d'autonomie. Plus explicitement, cela consiste à partir du postulat que le projet de réforme des tarifs, tel que présenté précédemment, n'est pas appliqué, et que le fonctionnement des Ehpad, comme leur nombre de places et leurs règles de tarification, reste identique à celui de 2023. Cette hypothèse s'impose, car 2023 est une année de référence avec l'enquête EHPA et permet donc de faire des projections cohérentes. En outre, même si le taux d'occupation est aujourd'hui inférieur à 97,5 %, la croissance du nombre de personnes dépendantes devrait mécaniquement le faire remonter. Ce taux nous paraît donc plausible, car il permet de maintenir un fonctionnement « normal » avec un roulement entre les résidents entrants et sortants. Le nombre de places resterait également stable, malgré l'augmentation des besoins, ce qui correspond à la volonté affichée des pouvoirs publics d'opérer un « virage domiciliaire ».

- *Hypothèse 2*

La deuxième hypothèse retenue est précisément celle de ce « virage domiciliaire » : la prise en charge à domicile devient le mode privilégié et encouragé pour les personnes âgées dépendantes. Concrètement, cela revient à prioriser les places en établissement pour les profils les plus dépendants, avec un taux d'institutionnalisation qui resterait stable pour les GIR 1-2, mais baisserait pour les GIR modérés et légers (GIR 3-6). Cette hypothèse suppose un investissement fort dans l'accompagnement et les services à domicile, en particulier les SSIAD, et plus largement dans des politiques de renforcement de la prise en charge à domicile. Pour qu'il soit cohérent dans notre

scénario du « laisser-faire », on suppose que ce virage domiciliaire est effectué, a minima, avec un niveau de ressources constant de la CNSA. Les ressources dépensées pour chaque assuré resteront les mêmes qu'aujourd'hui, tout en tenant compte des spécificités de chaque situation.

Pour construire ce scénario, nous nous appuyons sur les projections de la DREES et sur le modèle « Lieux de Vie et Autonomie » (LIVIA), qui permet d'estimer le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans, leur niveau de dépendance, le nombre de bénéficiaires de l'APA, ainsi que leurs lieux de vie. Le scénario 2 du modèle LIVIA, dit « virage domiciliaire », suppose que les personnes les plus dépendantes sont accueillies en priorité en établissement, les autres étant réorientées vers des structures non médicalisées. Des hypothèses d'évolution de la dépendance sous-tendent notre modèle : une évolution basse de l'espérance de vie, en cohérence avec le scénario central de l'INSEE¹⁹, et un scénario de dépendance stable. Cela permet de projeter à la fois le nombre de personnes dépendantes et leur répartition par niveau de dépendance, à l'horizon 2030, 2040 et 2050, ainsi que le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile (APA-D) et en établissement (APA-E).

Les projections de population issues du modèle nous servent ensuite de base pour estimer l'évolution des profils de dépendance en Ehpad, du nombre de personnes prises en charge à domicile, et du nombre de bénéficiaires de l'APA. Pour les Ehpad, nous faisons l'hypothèse que le nombre de places reste constant et que le taux d'occupation revient dès 2030 à son niveau normal de 97,5 %, soit 594 668 résidents à partir de cette date, contre 573 034 en 2023. Le profil et le nombre de résidents temporaires, ainsi que ceux d'USLD, sont supposés constants. Cette hypothèse est justifiée par leur nombre réduit et leur profil déjà très dépendant en 2023, peu susceptible d'évoluer fortement. Notre définition du virage domiciliaire repose donc sur un taux d'institutionnalisation stable pour les GIR 1 et 2, une baisse pour les GIR 3-6, et une priorité donnée aux GIR 3 avec troubles cognitifs. Nous intégrons à ce titre les travaux de l'IGAS et du rapport Jeandel et Guérin, notamment en considérant que 77 % des GIR 3 présentant un profil de soins P2 seront accueillis en priorité. Les taux d'institutionnalisation sont ainsi calculés comme la part de résidents par GIR par rapport à l'ensemble des seniors présentant ce même niveau de dépendance. Le modèle LIVIA ne différenciant pas entre GIR 1-2, 3-4 et 5-6, nous reprenons les proportions proposées par Jeandel et Guérin (2021) pour affiner la répartition. Par ailleurs, le

¹⁹ Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire (IGAS, 2024)

modèle LIVIA fournit une projection du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement²⁰. Nous adaptons ici la méthode en restreignant le champ, puis en réaffectant l'écart aux bénéficiaires de l'APA à domicile, ce qui nous permet d'obtenir une estimation plus précise du nombre final de bénéficiaires selon le lieu de prise en charge. Tous les choix méthodologiques, ainsi que leurs biais et leurs limites, seront détaillés dans un encadré dédié à la fin de cette section.

La deuxième phase de notre scénario consiste à projeter le coût lié à l'évolution de la population en Ehpad, le coût de l'APA pour l'ensemble des personnes dépendantes, ainsi que celui de la prise en charge à domicile.

L'étude de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, « *Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence* » permet d'avoir :

- Une répartition des coûts par financeur,
- Des estimations de coûts annuels moyens de soins par GIR (section soins),
- Une base de calcul issue des remontées administratives des Ehpad et des plans d'aide APA

En complément, les travaux de la DREES nous permettent de projeter les dépenses de soins (en euros constants) pour les personnes dépendantes à domicile, ainsi que les tarifs de dépendance à partir des plans d'aide notifiés. Nous croisons ces données avec l'enquête EHPA, qui fournit notamment les tarifs moyens de dépendance selon le GIR, ainsi que le tarif d'hébergement moyen quotidien. Cela nous permet d'établir une structure consolidée des coûts pour 2023. En appliquant cette structure aux nouvelles proportions de population projetées, nous obtenons ainsi une estimation des coûts à venir, construite en référence à la situation de 2023.

²⁰ Le modèle LIVIA fournit directement des projections du nombre de personnes dépendantes, leur lieu de résidence et leur degré de dépendance en fonction des hypothèses choisies.

Tableau 6 – Structure de « coût global » en établissement par individu

Structure de coût total annuel pour la prise en charge en établissement en fonction du GIR						
Cout de financement	GIR-1	GIR-2	GIR-3	GIR-4	GIR-5	GIR-6
Soins	25 337 €*	21 879 €*	18 022 €*	12 835 €*	6 418 €*	3 209 €*
Dépendance	8 306 €	8 306€	5 257€	5 257 €	2 234 €	2 234 €
Hébergement	26 272 €*					

Source : Enquête EHPA (2023) ; Chaire TDTE

* « La section Soins a été revalorisée (+33 %), afin de mieux refléter les coûts réels des soins en Ehpad »

Tableau 7 – Structure de « coût global » à domicile par individu

Structure de coût total annuel pour la prise en charge à domicile en fonction du GIR				
Cout de financement	GIR-1	GIR-2	GIR-3	GIR-4
Soins	17 000 €	10 400 €	7 000 €	2 900 €
Dépendance	15 700 €	11 900 €	7 600 €	4 400 €

Source : Enquête EHPA (2023)

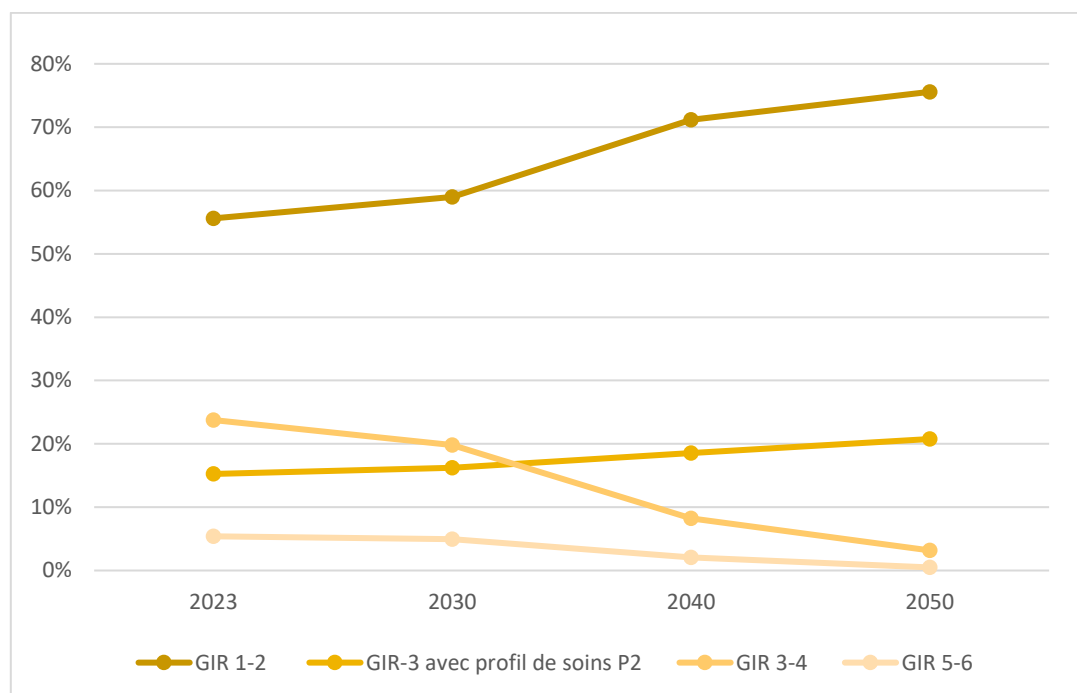
III) Mesurer l'ampleur du vieillissement : estimations des coûts et du nombre de dépendants par lieu de vie dans le scénario du « Laisser-Faire »

Le vieillissement de la population entraînera une intensification de la dépendance au sein des résidences en Ehpad, avec des coûts de prise en charge plus élevés, ainsi qu'une augmentation du nombre de personnes accompagnées à domicile. Cette évolution nécessitera des ressources supplémentaires et une contribution financière accrue de la part des financeurs publics.

a) L'arrivée de personnes plus dépendantes et plus coûteuses en Ehpad

D'après les projections de LIVIA, reprises dans nos projections, en 2023 on comptait environ 18,6 millions de seniors dont 2 millions considérés comme dépendants. Les projections évaluent ce chiffre à 20,4 millions en 2030 dont 2,2 millions de dépendants et même jusqu'à près de 3 millions de dépendants en 2050. Dans cette logique, le virage domiciliaire présume donc de prendre en charge les plus dépendants en Ehpad et de privilégier une prise en charge à domicile pour ceux qui ont la capacité de rester chez eux. Dans cette optique, comme évoqué précédemment, ce sont les GIR 1 et 2 qui seraient accueillis en priorité avec un taux d'accueil qui reste identique, suivis par les GIR-3 ayant un profil de soins comprenant des troubles psychiatriques ou neurocognitifs (P2). Les autres résidents seront accueillis en fonction des places restantes. Dans cette approche, les Ehpad ont la capacité d'accueillir tous les GIR 1 et 2 avec le même taux d'institutionnalisation en 2050, avec une augmentation de 317 000 résidents avec des besoins importants en 2023 à 449 000 en 2050. Le nombre de résidents passerait de 573 034 en 2023 à 594 668 à partir de 2030, le taux d'occupation revenant à 97,5 % pour un nombre de places inchangé, puis resterait constant : l'évolution décrite ci-après tient donc pour l'essentiel au changement de degré de dépendance des résidents.

Figure 2 -Résidents en Ehpad de 2023 à 2050 en fonction de leur degré de dépendance (GIR)



Si les GIR 1-2 étaient déjà majoritaires en 2023, ils constitueraient en 2050 plus des trois quarts des résidents (Figure 2), avec 21 % de GIR 1 et 54 % de GIR-2. Les GIR 3 présentant le profil de soins P2 sont accueillis avec un taux d'institutionnalisation inchangé, de 16,7 %, jusqu'en 2040. Au-delà, les places encore disponibles après l'accueil des GIR 1 et 2 ne permettent plus d'appliquer ce principe à l'ensemble des GIR 3 : le taux d'institutionnalisation de l'ensemble des GIR 3 recule ainsi de 16,7 % en 2023 à 14,5 % en 2050²¹. Cette nouvelle population en Ehpad sera donc plus dépendante, plus âgée et sera souvent atteinte de polypathologies, et nécessitera dans son ensemble une prise en charge de soins accrue. Ainsi, l'Ehpad convergerait en fait vers le même modèle que les USLD avec des résidents avec le même niveau de dépendance : 80 % résidents en USLD seraient des GIR 1-2 contre 76 % en Ehpad en 2050. Le modèle de l'Ehpad serait ainsi sérieusement mis à l'épreuve et ce changement ne resterait pas sans conséquence à la fois en termes de financement et de besoins de soignants. En effet, les résidents les plus dépendants sont ceux qui ont le coût le plus élevé, car ils nécessitent davantage de prise en charge de dépendance et de soins.

On estime le coût annuel individuel (tous financeurs confondus) d'un résident en GIR 1 à 59 915 €, contre 56 457 € pour un GIR 2, 49 551 € pour un GIR 3, 44 364 € pour un GIR 4, 34 924 €

²¹ Les GIR-3 avec un trouble neurocognitif ne peuvent plus être accueillis au même taux qu'en 2023, nous gardons tout de même l'hypothèse que 85% des places disponibles après l'arrivée des GIR 1-2 leur seront consacrées.

pour un GIR 5 et 31 715 € pour un GIR 6. Avec l'évolution de la population, le coût annuel moyen d'un résident augmenterait de 3 238 € entre 2023 et 2050, passant de 52 071 € à 55 309 €.

Si l'on raisonne en termes de financement global, c'est-à-dire de l'ensemble des ressources que devront abonder les différents financeurs, celui-ci passerait de 29,8 milliards en 2023 à 32,9 milliards en 2050 (*Tableau 8*). Ces trois milliards d'augmentation s'expliquent par une hausse de 1,9 milliard de la section soins, de 0,6 milliard de la section dépendance et de 0,6 milliard de la section hébergement, cette dernière découlant uniquement de la remontée du nombre de résidents. Cela entraînera donc des conséquences directes sur le coût pris en charge par la CNSA mais aussi par les Ehpad. Ces derniers devront faire face à une hausse des besoins et des charges, alors qu'ils sont déjà dans une situation financière complexe et majoritairement déficitaire.

La section « Soins » verrait ses besoins de financement augmenter de 17,3% tandis que ceux de la section « Dépendance » augmenteraient de 15,4%.

Tableau 8 – Coûts de l'ensemble des résidents en Ehpad en fonction du GIR (*en millions d'euros*)

Année / Gir de référence	GIR-1	GIR-2	GIR-3	GIR-4	GIR-5	GIR-6	Total
2023	5 371	12 884	5 633	4 892	729	326	<u>29 838</u>
2030	5 928	14 221	5 754	4 357	685	311	<u>31 259</u>
2040	7 151	17 155	5 873	1 804	284	129	<u>32 399</u>
2050	7 594	18 217	6 332	644	101	0	<u>32 890</u>

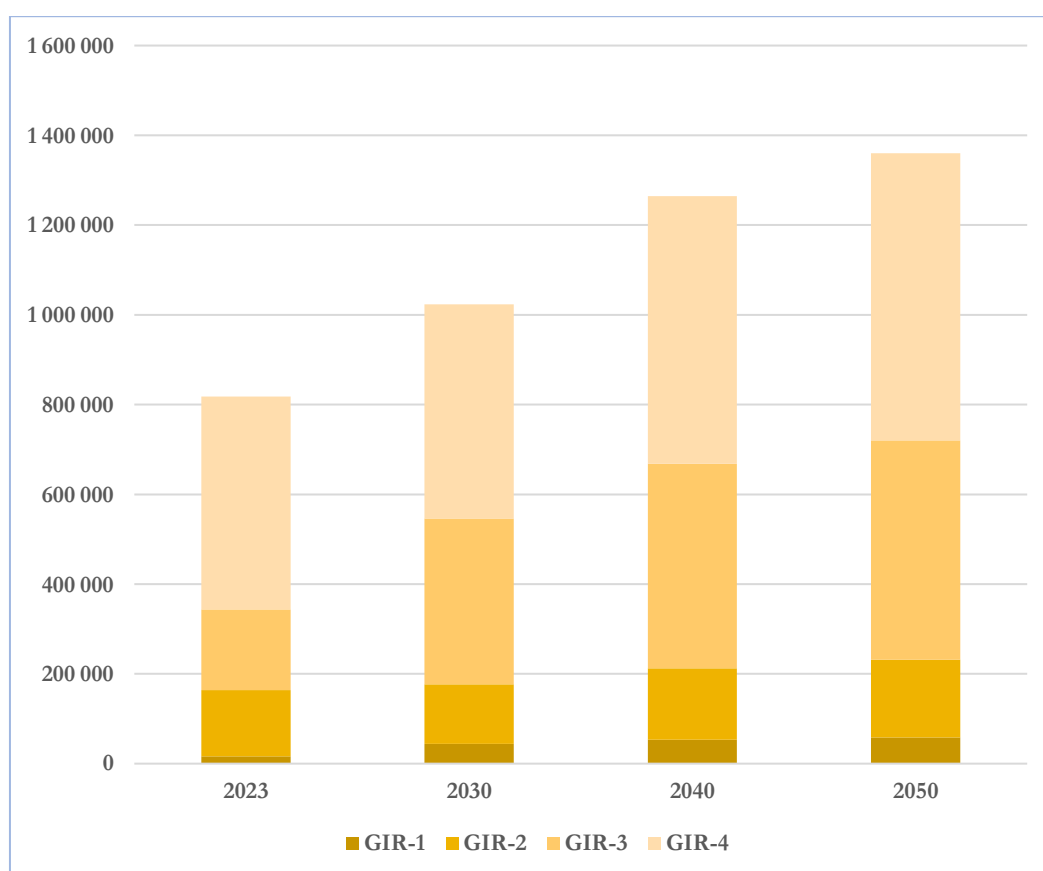
b) L'aboutissement de la prise en charge à domicile

La majorité des dépendants bénéficient directement d'une prise en charge à domicile, on estime ainsi à 1,36 million les dépendants à domicile en 2050, alors qu'ils n'étaient que 818 000 en 2023 (Figure 3). Cette hausse considérable s'explique donc par la volonté conjointe des personnes âgées²² et des services publics d'organiser des soins dans le lieu de vie et non plus dans les établissements spécialisés pour ceux dont le degré de dépendance le permettrait. On y retrouve donc en 2023 très

²² 92% des seniors (âgée de 50 ans ou plus) souhaitent vieillir dans leur logement actuel et 91% disent connaître les Ehpad mais en avoir une opinion négative. (Etude IFOP – Arpavie ; 2023)

peu de GIR 1-2, leur proportion augmenterait cependant par la suite de façon parallèle à l'accroissement global du nombre de seniors à domicile. Ces derniers sont donc identifiés par le fait qu'ils bénéficient de l'APA à domicile, regroupant ainsi ceux vivant dans leur logement, ceux en résidence autonomie ou encore dans tout autre établissement non médicalisé. Tous ceux qui n'ont pas pu être accueillis en Ehpad sont considérés comme vivant en résidence autonomie et donc comptabilisés comme des dépendants à domicile.

Figure 3 - Dépendants à domicile de 2023 à 2050 en fonction de leur degré de dépendance (GIR)



La part de GIR 1-2 reste toutefois faible avec des GIR 3 et 4 qui concentrent la grande majorité des individus, et qui représentent environ les deux tiers de la répartition des bénéficiaires de l'APA-D. Le coût de cette arrivée de nouveaux dépendants devrait être conséquent. Contrairement aux Ehpad, l'évolution des coûts dépend ici non pas de la répartition par GIR mais surtout de l'augmentation du nombre de dépendants à domicile tous GIR confondus.

Ainsi, si en 2023 l'ensemble du coût de la prise en charge à domicile était évalué à 9,9 milliards d'euros, ce montant atteindrait 13,3 milliards en 2030, 16,3 milliards en 2040 et 17,6 milliards en 2050 (Figures 4 et 5). L'essentiel des efforts liés à l'arrivée de seniors dépendants repose donc sur

le virage domiciliaire, le rapport entre seniors vivant à domicile et seniors résidant en établissement va passer de 1,43 à 2,3.

De la même façon, les financements estimés pour assurer une bonne prise en charge seront conséquents. La section « Soins », comprenant l'activité des infirmiers libéraux (AIS) financée par l'assurance maladie, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) financés par la CNSA (qui tendent à être regroupés au sein d'une entité commune avec les SAD comprenant les SAAD), mais aussi les actes de kinésithérapie et d'orthophonie (rééducation) tout comme l'accompagnement psychiatrique, passerait ainsi de 4,4 milliards à 8 milliards d'euros en 2050, soit une hausse de 81,5 % (Figure 4). La section « dépendance » représentant les plans d'aides et l'apport de l'APA-D évoqués précédemment augmenterait de 5,5 milliards à 9,5 milliards, soit une hausse de 74 % (Figure 5).

Figure – 4 Evolution de l'ensemble des coûts de soins à domicile entre 2023 et 2050

Coût des Soins à domicile en 2023	Coût des Soins à domicile en 2030	Coût des Soins à domicile en 2040	Coût des Soins à domicile en 2050
4,4 Milliards d'euros	6 Milliards d'euros	7,5 Milliards d'euros	8 Milliards d'euros

Figure – 5 Evolution de l'ensemble des coûts de dépendance à domicile entre 2023 et 2050

Coût de la Dépendance à domicile en 2023	Coût de la Dépendance à domicile en 2030	Coût de la Dépendance à domicile en 2040	Coût de la Dépendance à domicile en 2050
5,4 Milliards d'euros	7,1 Milliards d'euros	8,8 Milliards d'euros	9,5 Milliards d'euros

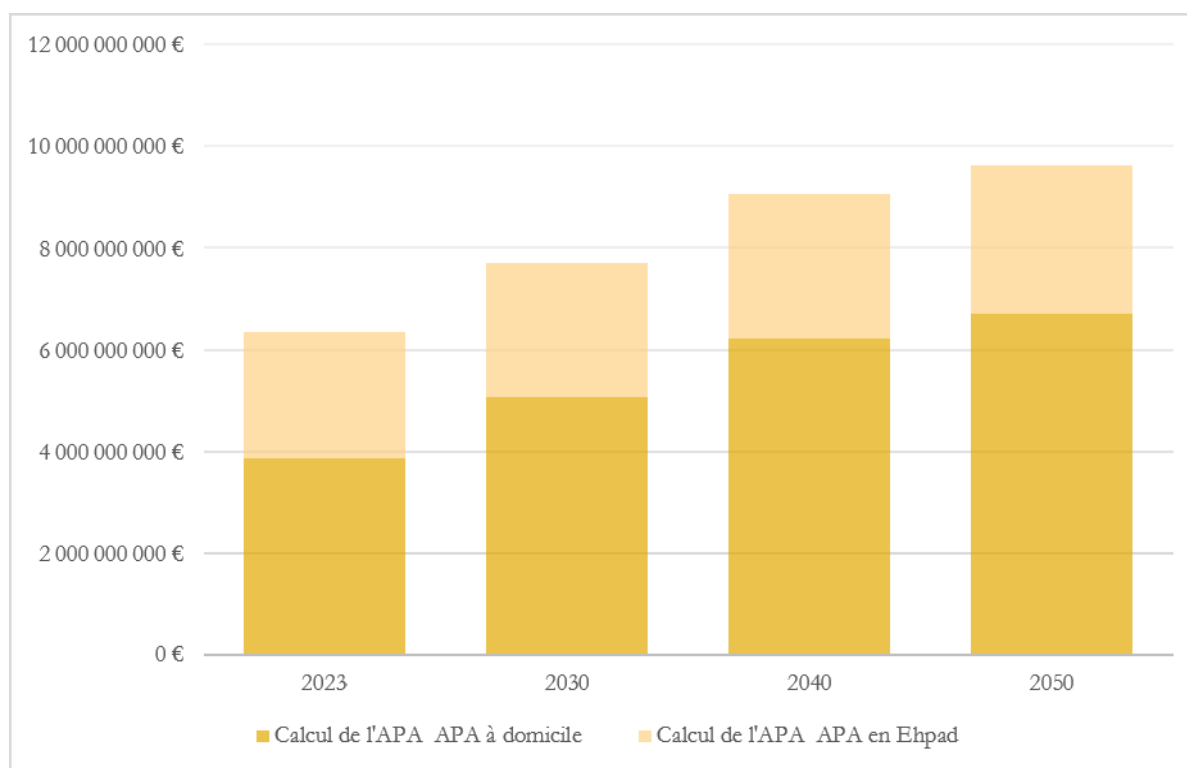
Au total, le coût total de la dépendance, agrégeant les dépendants à domicile et en établissement, évoluerait de 39,8 milliards d'euros en 2023 à 50,5 milliards, soit une hausse de 10,7 milliards. On peut retirer le coût de l'hébergement dit « gîte et couvert » en Ehpad²³, c'est-à-dire les dépenses d'alimentation et de logement qui ne sont pas comprises dans le calcul pour la dépendance à domicile : on passerait alors de 34,7 milliards en 2023 à 45 milliards. En retirant l'intégralité du tarif hébergement, la comparaison avec le domicile devient directe, et l'on passerait de 27,7 milliards en 2023 à 38 milliards. L'augmentation du coût total, hébergement compris, soit 10,7 milliards d'euros, est alors répartie entre les différents financeurs de la dépendance, dont des acteurs publics, et impliquera une charge supplémentaire conséquente pour les dépenses de la Sécurité Sociale.

c) Le virage domiciliaire : un coût majeur pour les financeurs publics

Afin d'évaluer les implications de l'arrivée de centaines de milliers de nouveaux dépendants sur les financeurs de la dépendance, nous estimons d'abord le nombre de bénéficiaires de l'APA. Conformément aux projections du modèle LIVIA, nous arrivons au nombre de 1,95 million de bénéficiaires en 2050, soit près de 590 000 de plus qu'en 2023. Le nombre de bénéficiaires de l'APA-E étant stable voire en très légère progression avec la hausse du taux d'occupation, l'essentiel de cette hausse repose sur le virage domiciliaire (APA-D). Pour rappel, l'APA était estimée à 7 milliards d'euros de prestations versées en 2023, réparties entre 4,3 milliards d'APA à domicile et 2,6 milliards pour l'APA en établissement. Nous avons d'abord estimé le montant de l'APA pour l'année 2023, afin de tester la fiabilité de ce modèle et nous retrouvons les mêmes ordres de grandeur. Ce montant sert ensuite de point de départ pour nos projections.

²³ Cette distinction provient également des travaux des Comptes de la Sécurité Sociale,

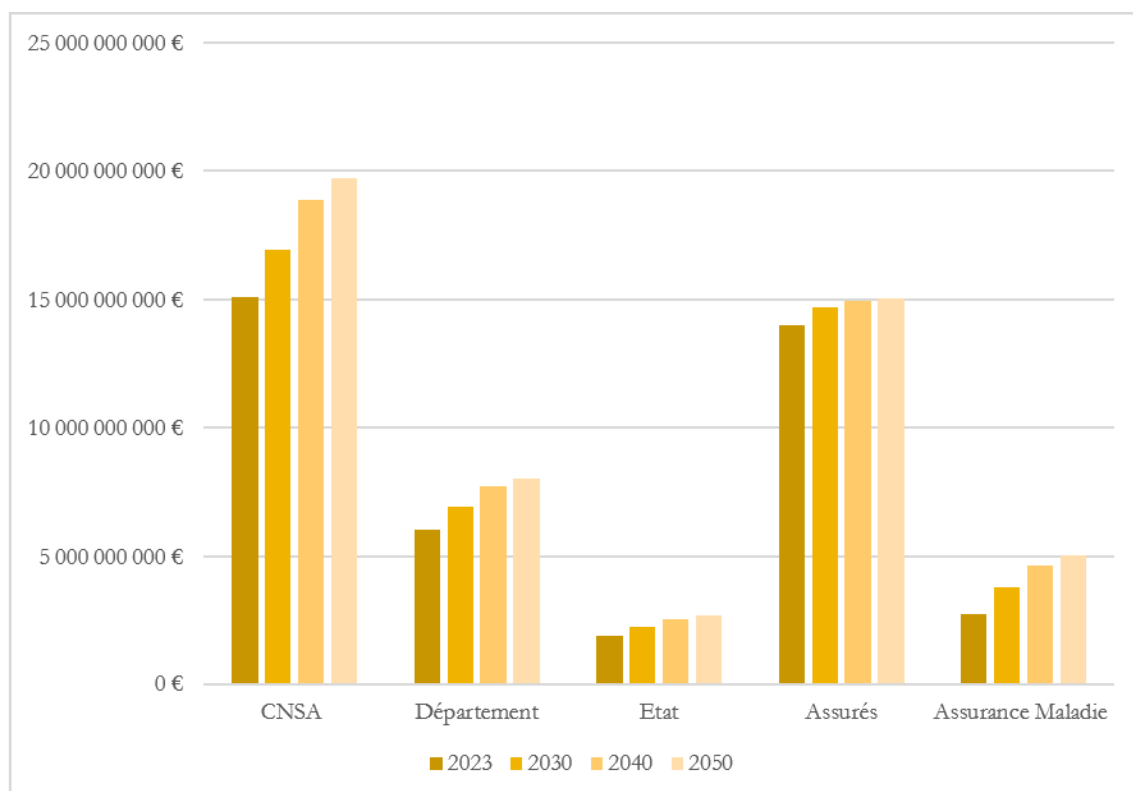
Figure - 6 Evolution des dépenses d'APA entre 2023 et 2050



Les montants versés au titre de l'APA²⁴ augmenteraient de 50 %, passant de 6,5 milliards à 9,8 milliards (Figure 6). Cette augmentation de 3 milliards d'APA sera une composante de l'augmentation générale de la charge de la dépendance pour les financeurs publics. On estime ainsi que la majorité des hausses de coûts seront endossées par des financeurs publics. En effet, on estime que leur charge évoluerait de 25,8 milliards en 2023 à 35,4 milliards d'euros en 2050.

²⁴ Correspondant à 65% des dépenses de la section dépendance en établissement et 71% de la section dépendance à domicile.

Figure – 7 Evolution des dépenses du système de prise en charge par financeur



D'après nos projections, tous les financeurs verraient leur contribution augmenter, mais l'effort ne serait pas réparti également entre tous. De la sorte, la part assumée par les assurés et par l'État augmenterait dans des proportions plus limitées, de l'ordre du milliard pour les assurés et de 0,8 milliard pour l'État, tandis que la CNAM, endossant une partie des soins à domicile, verrait sa participation augmenter d'un peu plus de 2 milliards, les départements de près de 2 milliards (Figure 7). L'effort le plus conséquent reposerait néanmoins sur la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), avec une augmentation de 4,6 milliards d'euros de sa charge. Au total, en suivant les projections du modèle LIVIA, sur les plus de 10 milliards de coûts supplémentaires engendrés par la transition démographique, ce seraient 6,9 milliards de dépenses supplémentaires qui seraient nécessaires en comparaison avec 2023 pour les caisses de Sécurité sociale et 2,8 milliards pour les départements et l'État, le milliard restant étant supporté par les assurés. Ces estimations sont, encore une fois, très probablement sous-évaluées. Dans notre scénario, rappelons-le, aucune nouvelle recette ne serait dégagée pour faire face à la hausse de la dépendance et les pouvoirs publics chercheraient, au contraire, à limiter au plus possible les déficits et à ne pas engendrer de nouvelles dépenses.

Les projections mettent en lumière un choc démographique d'une ampleur exceptionnelle. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes alourdit mécaniquement les besoins en hébergement, en accompagnement à domicile et en financement public. Ce constat chiffré trace clairement la trajectoire d'un système appelé à se tendre toujours davantage si aucune réorientation n'est engagée.

IV) Un scénario du laisser-faire « intenable » dès 2030

Le scénario prospectif met en évidence plusieurs difficultés susceptibles de freiner le déroulement du « virage domiciliaire », révélant plus largement des fragilités structurelles du système de prise en charge pour le futur, tels que le coût croissant de l'hébergement en Ehpad ou la pénurie persistante de personnel.

a) Les problèmes de recrutement et des personnels d'encadrement

Pour accueillir les nouveaux dépendants, le système de prise en charge doit recruter un grand nombre d'encadrants en Ehpad et dans les services de prise en charge à domicile. Nous allons ici évaluer le nombre d'encadrants temps plein supplémentaires qui seraient nécessaires pour 2050 et également évaluer les difficultés de recrutement auxquelles le secteur sera confronté. Dans un premier temps, nous nous baserons sur la méthodologie de la DREES, datant de 2024 dans leur étude intitulée « *Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie* ». Celle-ci permet de calculer le besoin en ETP par résident en fonction du GIR que ce soit à domicile et donc du nombre d'aides nécessaires, ou en établissement variant également en fonction de la nature de l'établissement.

D'abord, pour les aides à domicile, l'étude évalue les besoins en ETP moyen par bénéficiaire à 0,6 pour les GIR-1, 0,4 pour les GIR-2, 0,3 pour les GIR-3 et 0,1 pour les GIR-4. Le nombre d'heures moyen par bénéficiaire est, lui, respectivement estimé à 61, 43, 30 et 16 heures par mois. En reprenant les besoins estimés en ETP d'aide humaine à domicile et le nombre d'heures, nous pouvons estimer plus précisément les besoins humains requis pour le virage domiciliaire, en tenant compte du niveau de dépendance des personnes âgées à domicile. Il s'agit ici, en fait, d'évaluer les besoins humains que représenterait la dimension dite « Dépendance » de la prise en charge à domicile dans le temps.

Tableau 9 - Nombre estimé d'ETP nécessaires entre 2023 et 2050 dans la prise en charge à domicile

Année	ETP d'aides à domicile	ETP moyen par bénéficiaire	Nombre d'heures d'intervention par mois
2023 (<i>projeté</i>)	170 205	0,2	19 386
2030	238 092	0,2	26 413
2040	292 000	0,2	31 791
2050	314 881	0,2	34 591

Source : Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie ; Chaire TDTE

Le virage domiciliaire se traduirait donc, en termes de besoins, par près de 145 000 ETP supplémentaires d'aides à domicile nécessaires en 2050 (*Tableau 9*). Nous ne prenons pas ici en compte les ETP de soins, c'est-à-dire les professionnels venant prodiguer des soins à domicile, mais uniquement les aides à domicile financées dans le cadre des plans d'aide de l'APA-D, les soignants devraient logiquement s'ajouter à ce nombre estimé.

On peut également estimer le nombre d'ETP nécessaires en Ehpad, en prenant le nombre moyen d'ETP requis par GIR afin d'obtenir une estimation générale. Ainsi, le besoin en ETP pour un GIR 1 et 2 est de 0,8 ; pour un GIR-3, il est de 0,7 ; pour un GIR-4, on l'estime à 0,6 ; et enfin, pour les GIR 5-6, à 0,5. En reprenant cette répartition, le besoin estimé en ETP serait de 415 646 en 2023, 435 638 en 2030, 452 082 en 2040 et 459 178 en 2050 (*Tableau 10*).

Tableau 10 - Nombre estimé d'ETP nécessaires entre 2023 et 2050 dans la prise en charge en Ehpad

Année	Nombre d'ETP nécessaires en Ehpad
2023 (<i>projeté</i>)	415 646
2030	435 638
2040	452 082
2050	459 178

Source : Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie ; Chaire TDTE

Ces projections sont légèrement plus élevées que celles observées en 2023, différence qui s'explique par le fait que les besoins varient selon le type d'établissement dans la méthodologie utilisée par la DREES. En utilisant des données moyennes, le calcul perd de sa finesse, mais offre une estimation globalement cohérente. Le besoin projeté en 2023 est donc assez similaire au nombre d'ETP réellement observé pour les résidents. En revanche, on peut également choisir de prendre comme référence le modèle d'un Ehpad public non hospitalier avec un taux moyen d'ETP de 0,8, tendant à se rapprocher du nombre d'ETP « idéal » que l'on avait précédemment évoqué (*Tableau 11*). Cela permet une analyse plus fine selon les différents types de soins, bien qu'en omettant la spécificité du type d'établissement.

Tableau 11 - Nombre estimé d'ETP nécessaires entre 2023 et 2050 dans un Ehpad dit « idéal »

Répartition par GIR	Besoins d'ETP estimé	2023	2030	2040	2050
Soins de base ²⁵					
GIR-1	0,3	26 896	29 686	35 810	38 027
GIR-2	0,4	91 290	100 760	121 548	129 073
GIR-3	0,3	34 107	34 838	35 563	38 340
GIR-4	0,2	22 056	19 645	8 137	2 905
GIR-5 et 6	0,1	3 118	2 947	1 220	290
Soins médico-techniques ²⁶					
GIR-1	0,1	8 965	9 895	11 937	12 676
GIR-2	0,1	22 822	25 190	30 387	32 268
GIR-3	0,1	11 369	11 612	11 854	12 780
GIR-4	0,1	11 028	9 822	4 068	1 452
GIR-5 et 6	0	0	0	0	0
Personnel non soignant					
Ensemble des GIR	0,4	229 214	237 868	237 868	237 867
Ensemble		460 866	482 263	498 392	505 679

Source : Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie ; Chaire TDTE

La comparaison avec 2023 varie alors énormément en fonction des hypothèses retenues.

Le nombre « réel » d'ETP en 2023 en Ehpad était de 402 735. Si l'on garde une estimation moyenne, le nombre d'ETP supplémentaires requis est évalué à environ 56 000 à l'horizon 2050 (Tableau 10). Le plan de recrutement de 50 000 ETP formulé dans le budget de la CNSA ne suffirait donc plus

²⁵ Aides-soignants et AES

²⁶ Médecins, psychologues etc.

à couvrir ces besoins spécifiques. En revanche, si l'on retient l'estimation d'un taux d'encadrement « optimal » relatif aux EHPAD publics non hospitaliers, ce nombre s'élèverait à près de 103 000 ETP (Tableau 11). Le virage domiciliaire nécessiterait ainsi un recrutement massif, notamment d'aides-soignants, d'AES, mais aussi de personnels plus qualifiés. Davantage de profils vulnérables impliquent d'autant plus de professionnels capables de les prendre en charge, et cela dans de bonnes conditions de travail.

Tout le secteur de la prise en charge fera logiquement face à un besoin accru de main-d'œuvre, tous postes confondus : le nombre d'ETP nécessaires augmenterait de 200 000 à 250 000.

b) La question des conditions de travail

Comme nous l'avons vu, les Ehpad font face à des difficultés de recrutement, à cela s'ajoute la pénurie de médecins-coordonateurs et de psychiatres et de façon plus globale le manque de médecins sur l'ensemble du territoire. De fait, rien que la réalisation du plan prévoyant 50 000 recrutements paraît être un réel défi au vu des difficultés auxquelles ils doivent faire face. Or, le manque de personnel peut engendrer un cercle vicieux avec de mauvaises conditions de travail, un mal-être au travail voire de la maltraitance, le tout aboutissant à un absentéisme et des arrêts maladie plus fréquents accroissant d'autant plus la pénurie. Les principaux risques professionnels en Ehpad relèvent de risques physiques (notamment la présence très forte de Troubles Musculosquelettiques - TMS) ou encore d'épuisement professionnel et de risques émotionnels. L'organisation du travail et l'exigence émotionnelle paraissent être parmi les facteurs les plus importants à l'origine de ce mal-être. Dans une enquête de l'INRS, les soignants se disent par exemple en incapacité de répondre aux attentes des familles et des résidents et à la souffrance de ces derniers et une grande majorité rapporte également avoir subi des agressions de la part de résidents, qu'elles soient verbales ou physiques, notamment en lien avec des profils souffrant de troubles neurocognitifs. Les soignants côtoient également régulièrement le décès de leurs résidents, des événements à forte exigence émotionnelle et qui pourraient se multiplier dans le futur avec l'arrivée de personnes plus âgées. En outre, la première cause évoquée dans le fait de « ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité » est le manque de personnel. Les fortes contraintes et conditions dégradées s'auto-alimentent avec la pénurie de personnel et laissent entrevoir une situation défavorable en Ehpad dans le futur, avec une qualité de prise en charge et devenir encore plus difficile à atteindre et à maintenir.

A travers l'enquête *Conditions de Travail et Risques Psycho-Sociaux*²⁷ (CT-RPS 2019), nous avons souhaité représenter les conditions de travail et les potentiels problèmes de santé qui y sont associés. Nous nous sommes inspirés du modèle de Karasek (1979), qui développe un lien entre le travail et les risques pour la santé en trois dimensions.

- 1) Une dimension dite « Demande Psychologique », c'est-à-dire l'intensité du travail et les moyens à disposition (en termes de collègues, de matériel, d'information, ainsi que le fait d'avoir le sentiment d'être débordé).
- 2) Une dimension dite « Latitude Décisionnelle » qui renvoie à la marge d'autonomie dont il dispose dans son travail. C'est sa capacité à influencer son travail, le fait que le travail soit répétitif ou encore s'il peut y apprendre des choses nouvelles.
- 3) Une dimension « Soutien Social », qui regroupe les tensions, l'émotion et l'aide émotionnelle prodiguée par les collègues ou la hiérarchie.

Chaque dimension regroupe sept modalités, sous forme de score (*voir Annexes*). Plus le score est élevé, moins les conditions de travail représentent un risque pour le travailleur et à l'inverse, un score bas est synonyme de conditions de travail dégradées pouvant porter un risque sur la santé.

À partir de ces scores, nous avons réalisé des régressions linéaires à l'aide de la méthode dite des « Moindres Carrés Ordinaires » (MCO), afin d'identifier l'effet propre du fait d'être professionnel de la prise en charge des personnes âgées, en comparaison avec le reste des salariés. L'idée est de mesurer l'impact du fait d'appartenir à ce secteur plutôt que de ne pas y appartenir, « toutes choses égales par ailleurs ». L'effet est ainsi isolé et contrôlé par d'autres variables, telles que l'âge, le diplôme, la classe socio-professionnelle, le sexe ou encore le fait que la personne soit à temps partiel. Nous avons mené des régressions pour chaque score des trois dimensions et pour le score final. Le but est, encore une fois, de mesurer, l'effet « toutes choses égales par ailleurs » d'être

²⁷ L'enquête CT-RPS 2019 de la Dares (Conditions de Travail - Risques Psychosociaux) mesure les conditions de travail, les expositions aux risques professionnels et les atteintes à la santé dans la population active en France. Réalisée auprès d'un large échantillon de salariés et d'indépendants, elle permet d'analyser l'évolution des risques psychosociaux et d'orienter les politiques publiques en matière de prévention. Cette enquête datant de 2019, c'est-à-dire avant la crise du Covid-19 et des différentes crises ayant touchés, les résultats des soignants en établissement sont donc susceptibles d'être surestimés en comparaison avec 2025.

soignant dans un Ehpad ou aide à domicile plutôt que de ne pas l'être, sur l'évolution du score des conditions de travail.

Pour sélectionner le personnel en établissement dans la base d'enquête, nous avons sélectionné les aides-soignants, infirmiers, médecins, techniciens médicaux/préparateurs, psychologues et autres paramédicaux relevant du statut « Salarié du secteur public social et médico-social (établissement d'hébergement pour personnes âgées, établissements sociaux ou médico-sociaux) (ESMS) ». Cette population de 70 000 individus est loin d'être exhaustive, se limitant au secteur public, mais permet néanmoins d'avoir une représentation adéquate des conditions de travail en Ehpad. Pour les aides à domicile, nous avons sélectionné la profession « Aides à domicile et aides ménagères » qui est bien différenciée des autres personnels de maison ou de ménage.

D'abord, pour les soignants des ESMS, on remarque que le score de demande psychologique est celui qui est le plus susceptible de baisser, et ce dans des proportions importantes, en comparaison avec les salariés hors ESMS, « toutes choses égales par ailleurs ». Cela signifie que les soignants en Ehpad sont beaucoup plus exposés que le reste des salariés à une forte demande psychologique.

Être soignant en Ehpad, plutôt que de ne pas l'être diminue ce score de 0,88. A titre de comparaison, « toutes choses égales par ailleurs », être une femme plutôt qu'un homme le diminue de 0,37 (***). L'effet sur les conditions de travail d'être travailleur en Ehpad est plus marqué et important que celui de la CSP ou d'être une femme plutôt qu'un homme.

Concernant les aides à domicile, l'effet sur la demande psychologique est au contraire positif (+0,24). Ce n'est donc pas cette dimension qui pose difficulté, mais celle du soutien social. La baisse du score de soutien social est de 0,59 (***). Ainsi, être aide à domicile ou soignant en Ehpad serait synonyme de conditions de travail à risque pour la santé, ou en tous cas plus compliquées que le reste des salariés et même parfois plus détériorées que d'être ouvrier plutôt que cadre. Les difficultés pour les personnels d'Ehpad résident davantage dans le manque de moyens et le fait d'être débordé. En revanche, pour les aides à domicile, les difficultés tiennent surtout à l'isolement, au manque de soutien social et à l'exigence émotionnelle particulièrement forte de leur travail.

Tableau 12 - Régression linéaire : Conditions de travail des aides à domicile et soignants en ESMS

Soignants en ESMS (EHPAD public)	
Demande Psychologique	-0,88**
Latitude Décisionnelle	0
Soutien Social	-0,37*
Aide à Domicile	
Demande Psychologique	+0,24**
Latitude Décisionnelle	+0,23**
Soutien Social	-0,59***

Source : Enquête Conditions de Travail – RPS 2019 ; Chaire TDTE

La question du personnel et du recrutement des ETP nécessaires pour faire face à la dépendance et accompagner le virage domiciliaire ne peut ainsi être considérée sans prendre en compte les conditions de travail et la réalité du métier et ses implications. Omettre la pénibilité pour ces métiers et les difficultés qui leur sont associées et uniquement prendre en compte le volet financier et des revalorisations, ne permettra pas de répondre à la pénurie de personnel et les difficultés de recrutement. Les conditions de travail sont directement liées à la qualité de la prise en charge. Ainsi, des aides à domicile en souffrance et éprouvées émotionnellement pourraient constituer un risque pour la qualité des soins.

Les problématiques liées au personnel de la prise en charge renvoient également à un enjeu plus global de repenser les métiers de la prise en charge. Le secteur est marqué par des difficultés inhérentes, que ce soit par rapport à la conciliation entre la vie professionnelle et personnelle, aux horaires atypiques ou au fait qu'il souffre d'un manque de considération. Certaines professions comme les aides à domicile, sont plus susceptibles d'être synonyme de précarité : des métiers exclusivement féminins, exigeant de passer de longs moments avec les personnes âgées, parfois avec des horaires de nuit et avec une articulation complexe entre la vie familiale et le travail. Cette conciliation est également compliquée dans les Ehpad qui peuvent connaître les mêmes difficultés.

Afin de répondre à la pénurie dans le secteur, le métier de soignant en Ehpad doit être repensé, avec pour priorité le bien-être des personnes dépendantes et des soignants, et donc des conditions de prise en charge et de travail préservées et améliorées. Cela ne passerait donc plus uniquement par une revalorisation des salaires, mais par un nombre suffisant d'encadrants, des moyens adéquats en Ehpad, une meilleure prise en compte des caractéristiques des soignants et encadrants du

secteur, le développement des collectifs de travail notamment pour les aides à domicile, ainsi qu'une réflexion sur l'amélioration de l'accompagnement et des dispositifs.

c) L'exclusion des plus modestes et une accumulation des difficultés en Ehpad

Pour les Ehpad, le scénario du « laisser-faire » ressemblerait fortement à un scénario du pire, avec des conséquences multiples et des difficultés très concrètes qui s'amoncèleraient. Dans un premier temps, ils devraient davantage compter sur leurs ressources propres, dans la mesure où la couverture et les aides de la branche Autonomie seraient fortement limitées, alors que nombre d'entre eux en dépendent directement. Or, à cette première difficulté s'ajouterait une envolée des coûts, liée à des résidents beaucoup plus fragiles, plus âgés, nécessitant une attention particulière, sans même évoquer le cas des résidents atteints de troubles neurocognitifs ou de pathologies psychiatriques, des profils eux aussi en recrudescence. Nous l'avons vu, ils risquent de faire face à un budget pour les besoins de dépendance sous-alimenté, en raison de l'effet de report induit par une CNSA ne disposant plus des ressources suffisantes, et de départements contraints de dégager des marges de manœuvre dans des situations financières extrêmement tendues. La hausse de la dépendance pourrait aggraver encore la situation budgétaire des Ehpad. La section « Soins » serait également mise à rude épreuve, si l'on prend en compte les limites de la grille AGGIR, la sous-estimation des besoins réels des résidents, et l'arrivée massive de profils nécessitant les soins les plus lourds. La situation, déjà intenable en 2025, s'aggraverait d'autant plus.

Les Ehpad du privé à but lucratif pourraient augmenter leurs prix d'hébergement, c'est-à-dire activer le seul levier dont ils disposent pour dégager des marges de manœuvre. Ce « levier » constitue le seul moyen d'action restant, dans une situation où les deux sections, soins et dépendance, seraient sous-évaluées et ne répondraient plus aux besoins réels des résidents.

Les autres Ehpad, à but non lucratif et public, qui historiquement ne disposaient pas d'un tel instrument en raison de leur habilitation majoritaire à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), devraient eux-aussi dans les années qui viennent augmenter leurs prix d'hébergement. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2025, les Ehpad publics et associatifs bénéficiant de places habilitées à l'ASH peuvent fixer librement leur prix d'hébergement pour les résidents non bénéficiaires de l'ASH (dans la limite de 35% supérieur à celui des bénéficiaires).

Cette mesure qui vise avant tout à donner de la marge aux d'établissements en difficulté risque de se généraliser à l'ensemble des Ehpad éligibles en raison de la dégradation de leurs situations financières. En moins d'un an, la DGCS a constaté une augmentation par rapport aux tarifs pratiqués auparavant de 10 à 12%²⁸. À terme, l'ensemble des résidents non bénéficiaires de l'ASH pourraient ainsi voir leur tarif être augmenté de 35%, ce qui correspondrait en somme à un tarif journalier moyen de 83 € dans le public (contre 62 € précédemment) alors qu'il est de 101,5 € dans le privé.

Dans la perspective du scénario du « laisser-faire », les Ehpad, pour survivre, devront s'adapter et l'on s'orienterait vers une situation où les tarifs du public viennent rattraper ceux du privé. Ce développement paraît d'autant plus concret que, face à la hausse des coûts, l'aggravation des situations budgétaires et la pression croissante sur les Ehpad, le plafond actuel pourrait être augmenté. Un des risques directs serait l'émergence d'une prise en charge en établissement à deux vitesses, où seuls ceux qui pourront faire face à de telles hausses de coûts seraient admis et donc l'exclusion des plus modestes même en prenant en compte l'ASH. La Loi Bien-Vieillir instaure un taux minimal de résidents bénéficiaires de l'ASH pour éviter une éviction de ces derniers, mais un fossé risque malgré tout de se creuser entre les plus modestes éligibles à l'aide et les plus aisés, laissant de côté ceux non éligibles à l'aide, c'est-à-dire les classes moyennes, qui devraient être accueillis en Ehpad mais qui ne pourront pas se le permettre. Cela pourrait entraver le déroulement du virage domiciliaire où certains profils, qui auraient dû bénéficier d'un accueil en Ehpad, ne peuvent plus se le permettre. L'entrée en établissement ne se déterminerait plus uniquement en fonction du profil de soins ou de degré de dépendance, mais par les revenus et la capacité financière d'y accéder.

En somme, les Ehpad en difficulté seraient contraints d'augmenter de manière non équivoque leurs tarifs journaliers d'hébergement. Des dizaines de milliers de résidents devront faire face à cette hausse. Si l'on additionne toutes les places en Ehpad public et privé non lucratif, qui regroupent l'essentiel des places habilitées, on obtient 449 000 résidents en 2023. On y soustrait les 133 000 bénéficiaires de l'ASH recensés fin 2023, et on part du principe que tous les résidents d'Ehpad public ou sans but lucratif bénéficient d'un tarif encadré. On arrive à un total de 316 000 résidents qui seraient concernés par la hausse des tarifs journaliers. Cela représente 55 % de l'ensemble des résidents d'Ehpad en 2023. En conservant le tarif moyen de 66 euros que l'on s'était fixé

²⁸ Propos de Jean-Benoît Dujol, directeur général de la cohésion sociale aux Assises nationales des Ehpad 2025.

préalablement, le nouveau tarif moyen serait de 89 €, soit une hausse de près de 8 400 € sur une année.

Concrètement, cela se traduit par une hausse significative du taux d'effort pour les résidents. Le résident moyen, non bénéficiaire de l'ASH, verrait ainsi son taux d'effort – entendu comme le rapport entre le tarif d'hébergement et ses ressources – passer de 120 % à 160 % (voir Annexes). Les données de reste à charge mobilisées ici sont celles du modèle Autonomix pour 2019. Pour les bénéficiaires de l'ASH, ce taux reste inférieur, autour de 87 %. Dans le cas d'une personne disposant de ressources comprises entre 1 082 € et 1 217 €²⁹, le taux d'effort atteindrait 225 %, contre 170 % auparavant. Ces profils, bien qu'éligibles à l'APA du fait de ressources déjà inférieures aux prix d'hébergement, pourraient se tourner vers d'autres aides, en particulier l'ASH, ce qui laisse entrevoir une montée en charge potentielle pour les départements. Si l'ensemble des résidents qui ne recourent pas actuellement à l'ASH, mais y sont pourtant éligibles, soit 54 % des résidents, en faisaient la demande, la charge pour les conseils départementaux s'alourdirait de 3,3 milliards d'euros. L'ASH demeure une aide contraignante, soumise à récupération sur succession et à l'obligation alimentaire et de nombreux résidents privilégient d'autres modes de financement, comme l'épargne, le patrimoine ou le soutien des proches aidants. Si ces ressources alternatives ne suffisent plus à faire face à la hausse du taux d'effort, les personnes âgées pourraient certes se tourner vers l'ASH, mais surtout renoncer à l'entrée en Ehpad, jugeant le reste à charge désormais insoutenable.

Outre l'augmentation des prix, la qualité des services et des soins pourrait se dégrader. En effet, l'arrivée d'une population plus dépendante en Ehpad vient aggraver les deux grandes vulnérabilités des Ehpad, d'une part le manque d'adaptation pour les profils de soins impliquant des troubles psychiatriques et neurocognitifs ou polypathologiques, et d'autre part les difficultés de recrutement. Les résidents au profil de soins qualifié de P2, avec des troubles neurocognitifs parfois très lourds, seront accueillis en priorité, en cohérence avec le virage domiciliaire et l'accueil en Ehpad des profils les moins susceptibles de pouvoir être pris en charge chez eux dans de bonnes conditions. Le nombre de résidents GIR-3 dans cette situation passerait ainsi de 87 500 en 2023 à 110 400 en 2040 et 123 400 en 2050. En effet, ces derniers sont accueillis en priorité derrière les GIR 1 et 2, mais le manque de places ne permet plus, à partir de 2040, d'accueillir l'ensemble des GIR 3 au taux d'institutionnalisation observé en 2023. Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis un développement progressif des dispositifs de prise en charge dans les établissements, avec par exemple l'existence

²⁹ Ces ressources sont au sens de l'étude de la DREES, c'est-à-dire un revenu imposable utilisé pour calculer la participation financière des bénéficiaires de l'APA, corrigé pour inclure les minimas sociaux.

d'Unités de Vie Alzheimer dans plus de 40 % des Ehpad, mais ces derniers risquent d'être surchargés par le nombre de besoins. En outre, la moitié des établissements ne disposent pas de dispositifs adaptés, et seuls 10 % des résidents d'Ehpad pouvaient bénéficier d'un accueil spécialisé pour la maladie d'Alzheimer en Pôles Activités et de Soins Adaptés (PASA) en 2022, alors que, comme nous l'avons vu, leur nombre était beaucoup plus important et concernait la majorité des résidents.

Cette situation est aggravée par les carences de personnel et des difficultés de recrutement, touchant également les psychiatres ou le personnel formé pour accompagner ces résidents. De manière générale, les besoins en termes d'encadrants seront démultipliés face à ces nouveaux résidents. Toute la stratégie du virage domiciliaire repose sur les soignants et le personnel, qui définiront la capacité réelle d'accueil et des conditions de prise en charge en établissement.

d) Une dépendance à domicile sous-estimée

Le scénario du « laisser faire » est donc fortement lié à la réalisation du virage domiciliaire, qui, pour qu'il puisse se faire dans de bonnes conditions, repose sur la capacité d'accueillir les seniors les plus dépendants en établissement et à offrir une prise en charge adéquate pour ceux à domicile. Cela se heurte, nous l'avons vu, aux problématiques de soignants, de profils de soins des résidents, de financements et de conditions de travail. Mais d'autres difficultés à plus court terme pourraient venir rendre cet accueil impossible.

- Le nombre de places disponibles en Ehpad pourrait être limité

D'une part, il existe des résidents de très longue durée qui ne pourront pas laisser leur place dans l'immédiat à des profils plus dépendants. D'autre part, la potentielle hausse de mortalité engendrée par un profil de résident plus âgé et porteurs de polypathologies pourrait limiter les places disponibles du fait d'une vacance résiduelle des chambres après un décès.³⁰

- Une priorisation des profils les plus dépendants rendu difficile

L'augmentation des tarifs hébergement comme on l'a évoquée, complique d'autant plus la prise en compte du GIR comme facteur premier dans le filtrage des individus vers l'établissement ou la

³⁰ Après un décès, une durée de vacance de la chambre est instaurée avant l'accueil d'un nouveau résident.
Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, (Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2024)

prise en charge à domicile. C'est également le cas avec les disparités et inégalités entre les territoires. On peut également questionner la capacité même de filtrage et d'aiguillage des profils de dépendance en Ehpad dans l'hypothèse où on ne mettrait pas de seuil d'entrée en fonction du GIR. Prioriser les GIR les plus dépendants pourrait ainsi être plus complexe qu'initialement prévu, et certaines personnes nécessitant une prise en charge en établissement pourraient ne pas pouvoir en bénéficier.

- Une prise en charge à domicile compliquée

En outre, des seniors en GIR-4 atteints de troubles neuro psychiatriques peuvent, dans certains cas, nécessiter une prise en charge plus lourde à domicile que certains GIR-1³¹, dépendants physiquement. La prise en charge à domicile des personnes atteintes de ces troubles serait sous-estimée en l'absence de structures adaptées et d'une couverture spécialisée pour ces seniors dépendants atteints de pathologies mentales. L'idée du vieillissement à domicile ne peut être réalisable que dans la mesure où des structures adaptées sont mises en place, comme des résidences autonomie ou des pôles spécialisés.

Réorienter massivement les personnes âgées chez elles permet d'effectuer des économies, la prise en charge à domicile étant moins coûteuse qu'en Ehpad pour les dépendances modérées (GIR 3-4) et répondant également à une envie croissante des seniors de vieillir à domicile. Mais elle pourrait, en réalité, se traduire par une prise en charge inadaptée et dégradée des seniors dépendants. Si aucun investissement concret ni aucun plan n'est mis en place, comme le sous-entendrait notre scénario avec on le rappelle des fonds très limités de la CNSA et des marges de manœuvres restreintes des différents acteurs de la dépendance, les conséquences pourraient être dramatiques.

- Une augmentation des risques de maltraitance ou de prise en charge inadéquate

Le rapport de l'IGAS³² souligne le lien direct entre des moyens insuffisants dans les SAAD et des situations de maltraitance. Ainsi, les cas de maltraitance mais aussi de souffrance psychologique et d'abus de faiblesse seraient davantage susceptibles de survenir avec la dégradation de la prise en charge.

- Un report des difficultés sur le reste de la société

³¹ On ne distingue pas forcément de corrélation stricte entre le niveau de GIR et le niveau de besoin d'aide et d'accompagnement avec une relative faible prise en compte des troubles de cohérence ou d'orientation lorsqu'ils ne sont pas majeurs (codage B).

³² Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, (Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2024)

Le coût social serait également très important, car bon nombre de seniors dépendants devront être pris en charge par les familles elles-mêmes et par d'autres aidants. Ces derniers reportent les difficultés sur eux-mêmes, ce qui aboutit parfois à des situations inadaptées et néfastes pour toutes les parties. Un report massif des besoins sur les hôpitaux est à prévoir, ce qui accentuerait encore davantage la tension déjà présente dans les établissements hospitaliers. Les seniors dépendants à domicile seraient en effet réorientés directement vers les urgences, que ce soit depuis leur domicile ou depuis un Ehpad, si ce dernier ne dispose pas de dispositifs médicalisés adaptés. Le coût en termes de soins est alors beaucoup plus élevé qu'en Ehpad ou dans d'autres dispositifs de soins prodigués directement à domicile, une nuit aux urgences étant extrêmement coûteuse. Cela aggraverait par ailleurs la mortalité, avec des nuits passées sur des brancards, qui augmentent fortement les risques pour les résidents en perte d'autonomie, et des hospitalisations qui paralysent les systèmes de soins, sont source de complications et sont souvent inadaptées aux besoins réels des résidents.

Afin d'éviter de tels événements, le système nécessite donc d'abord, des investissements massifs dans les dispositifs de prise en charge à domicile et en établissement avec des efforts dans des dispositifs de priorisation et d'adaptation des plus dépendants et vulnérables. La CNSA devrait donc prendre une nouvelle dimension, tant par son niveau de couverture que ses ressources et leur pérennité. Ces investissements et les aides mises en place doivent s'accompagner de politiques garantissant un accès à tous aux soins, sans barrières de revenu.

Le secteur doit repenser l'organisation et la valorisation du travail des professionnels. Cela passe, certes par des augmentations salariales mais également par une reconnaissance des conditions de travail. Cela signifie la nécessité de réfléchir à une organisation mieux adaptée, une meilleure conciliation avec la vie personnelle et des moyens suffisants que ce soit en personnel ou en matériel. Des changements qui sont indispensables pour assurer la viabilité de ces métiers, afin qu'ils gagnent en attractivité et permettent l'aboutissement du virage domiciliaire.

Dès 2030, les tensions financières, humaines et organisationnelles atteignent un seuil de rupture. L'explosion des besoins, la fragilité des Ehpad et les limites structurelles du virage domiciliaire font vaciller l'ensemble du modèle. Ce scénario révèle qu'au-delà de cette date, l'inaction ne produit plus de simples déséquilibres mais une véritable impasse systémique.

Conclusion

Le scénario esquissé dans cette étude permet de se projeter sur un état des lieux du système de dépendance dans un futur proche. Ces projections se traduisent à la fois sous forme de personnes dépendantes et sous forme de coûts, avec des hausses de dépenses importantes et des recrutements d'encadrants tout aussi conséquents. Les besoins qu'elles engendrent sont bien réels, et les difficultés mentionnées, si elles sont mises en avant par notre scénario, n'y sont pas conditionnées. Les pénuries, le manque de prise en charge et, de manière plus générale, une aggravation du mal-être des travailleurs comme des seniors surviendront quoi qu'il arrive, si des financements à la hauteur des besoins ne sont pas débloqués.

Ces besoins sont chiffrés à 10,7 milliards d'euros supplémentaires à l'horizon 2050, dont 9,7 milliards pour les seuls financeurs publics et 4,6 milliards pour la CNSA. Ils permettraient au système de continuer de fonctionner de la même façon qu'auparavant, c'est-à-dire de façon imparfaite. Faire uniquement évoluer les structures de personnes dépendantes et les coûts par lieu de prise en charge élude en effet une partie de la complexité du sujet : ces montants ne répondent ni aux contraintes que posent les résidents atteints de troubles neurocognitifs, ni aux difficultés de recrutement, qui appellent des dépenses supplémentaires, de nouveaux dispositifs et une réorganisation d'ensemble de la profession. Ils assurent la continuité d'un système qui fonctionne aujourd'hui de manière inefficace et présente des vulnérabilités majeures pour le futur.

Ces vulnérabilités se manifestent des deux côtés du spectre de la prise en charge. Les Ehpad devront accueillir un public bien plus difficile, demandant davantage de ressources, dans un contexte où les conditions de travail se dégraderont et où les budgets seront encore plus contraints qu'ils ne le sont déjà, alors même qu'une large majorité de ces établissements sont aujourd'hui en déficit et que des barrières de coût à l'entrée s'érigeront. Si seuls les plus dépendants peuvent accéder à l'Ehpad, seuls les plus aisés pourront y entrer. De l'autre côté, la prise en charge à domicile risque de s'effondrer complètement si l'on ne parvient ni à recruter de nombreux aides à domicile supplémentaires, ni à mettre en place des structures de soins et d'accompagnement adaptées, notamment pour les seniors atteints de maladies neurodégénératives. Si les multiples difficultés des Ehpad sont plus ou moins présentes dans l'opinion générale et dans les plans d'aide du gouvernement, celles de la prise en charge à domicile paraissent en revanche beaucoup moins reconnues.

Un dernier constat mérite enfin d'être posé. Les coûts et les besoins présentés ici ne concernent que les personnes effectivement prises en charge par le système, c'est-à-dire les bénéficiaires de

l'APA. Or l'écart entre cette population et l'ensemble des seniors dépendants est considérable. En 2030, on projette 2 286 188 seniors en situation de dépendance pour seulement 1 602 601 bénéficiaires de l'APA, soit 683 587 personnes sans prise en charge. En 2050, ces chiffres atteindraient respectivement 2 768 775 et 1 982 482, portant l'écart à 786 293 personnes. Loin de se résorber, il croît donc de plus de 100 000 personnes en vingt ans, à un taux de couverture pratiquement constant, aux alentours de 70 %. Cet écart se concentre nettement sur les dépendances modérées : les GIR 3 et 4 en représenteraient 543 441 en 2030 et 619 542 en 2050, contre respectivement 140 146 et 166 751 pour les GIR 1 et 2.

Bibliographie

- [1] ARS Occitanie (2020). La tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est modulée à partir de l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents.
- [2] Boneschi, S., Miron de L'Espinay, A. (2019). Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019. DREES.
- [3] Castanet, V. (2022). Les Fossoyeurs : Révélation sur le système qui maltraite nos aînés. Paris, Fayard.
- [4] Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations (CREAI) (2019). Hébergement temporaire en établissement pour les personnes âgées : les enjeux de l'accompagnement, entre demande émergente et contraintes de fonctionnement.
- [5] CNSA (2019). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie.
- [6] CNSA (2024). Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie.
- [7] CNSA (2024). Repères statistiques, n°19. Hausse de 4,4 % du prix de l'hébergement en EHPAD en 2023.
- [8] CNSA (2025). Adoption du premier budget rectificatif de 2025 de la branche Autonomie.
- [9] Comptes de la Sécurité Sociale (2021). Rapport et Prévisions.
- [10] Comptes de la Sécurité Sociale (2021). Les concours de la CNSA au financement de l'APA et de la PCH.
- [11] Comptes de la Sécurité Sociale (2021). Coût de la prise en charge des personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur lieu de résidence.
- [12] Cour des Comptes (2022). Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap.
- [13] Couture, E., Horkay, C. Un effort très important en faveur de la perte d'autonomie : estimations, bénéfices, financement et harmonie entre générations», (Chaire TDTE, 2022)

- [14] Culioli, P., Jacquetin, F., Louvel, A. (2024). Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie. Estimation des besoins individuels d'aidants rémunérés et soignants des bénéficiaires de l'APA, à domicile et en établissement. IPP, DREES.
- [15] Reynaud, F. (2020). Le taux d'encadrement dans les Ehpad : ses déterminants et ses alternatives. Université Paris Dauphine, LEDa, CNSA, DREES.
- [16] DREES (2020). L'aide et l'action sociales en France. Fiche 17 – Les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- [17] DREES (2021). Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées – Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019. Études & Résultats, n°1221.
- [18] DREES (2022). L'aide et l'action sociales en France. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- [19] DREES (2022). Panorama – L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées.
- [20] DREES (2022). Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019 (mise à jour).
- [21] DREES (2024). Rapport de la branche Autonomie.
- [22] DREES (2020–2023). Les comptes de la protection sociale en France.
- [23] Enquête Conditions de Travail et Risques Psycho-Sociaux (2019).
- [24] Enquête EHPA (2019) et Enquête EHPA (2023), DREES.
- [25] Enquête Nationale FHF (2024). Situation financière des Ehpad publics.
- [26] IGAS – Inspection générale des affaires sociales (2023). Évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.
- [27] IGAS – Inspection générale des affaires sociales (2024). Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire.
- [28] Jeandel, C., Guérin, O. (2021). Unités de soins de longue durée et EHPAD : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des résidents et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie.
- [29] Libault, D. (2019). Concertation « Grand âge et autonomie ».

[30] Rapport à la Première Ministre – Mission confiée à Christine Pirès Beaune (2023). Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge : un impératif, réguler une nécessité, simplifier une urgence, choisir une obligation, agir.

[31] Rapport du Sénat (2024). Situation des Ehpad.

[32] Saudubray, L. (2024). La prise en charge de la perte d'autonomie : réflexion historique et perspectives d'évolution. Chaire TDTE.

[33] Loi n°2025-199 du 28 février 2025. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

[34] Loi n°2024-317 du 8 avril 2024. Loi visant à renforcer l'accompagnement des personnes en fin de vie et à soutenir le bien vieillir.

[35] Décret n°2024-1270 du 31 décembre 2024 relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les établissements pour personnes âgées dépendantes totalement ou majoritairement habilités au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

[36] Loi n°2025-1403 du 30 décembre 2025. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Annexes

Le fonctionnement du système de prise en charge de la dépendance

La prise en compte de la perte d'autonomie comme composante à part entière de la protection sociale est récente. Le « cinquième risque » n'a été créé qu'en 2020, avec pour acteur principal la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), chargée de gérer cette nouvelle branche « Autonomie »³³. Cette prise en charge des personnes âgées dépendantes peut se résumer en deux choix : **accueillir dans des structures médicalisées de type Ehpad ou bien assurer un accompagnement directement à domicile ou dans des résidences pour seniors.**

Tout au long de l'étude, nous parlerons de « **personnes âgées dépendantes** ». On entendra par là les individus pris en charge par le système de prise en charge, que ce soit à domicile ou en établissement. De manière plus formelle, il s'agit des seniors présentant au moins une dépendance modérée, (c'est-à-dire ceux ayant un GIR compris entre 1 et 4 de la grille AGGIR (*voir Annexes*)), car seuls ces derniers bénéficient en effet de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation centrale pour répondre à la perte d'autonomie. A cela s'ajoute une partie des personnes avec une dépendance comprise entre GIR 5 et 6 qui sont hébergés en établissement, c'est-à-dire en Ehpad. Ces derniers ne bénéficient pas de l'APA mais sont pris en compte dans notre champ de personnes dépendantes, dans la mesure où ils résident en structures spécialisées et bénéficient *de facto* du système de prise en charge.

Les seniors en situation de dépendance peuvent donc se répartir entre les résidents d'Ehpad³⁴ et ceux suivis et soignés directement chez eux. En 2023, on comptait 1 391 300 personnes dépendantes prises en charge³⁵ **dont 1 367 300 étaient bénéficiaires de l'APA**. Cela ne représente pas l'ensemble des personnes dépendantes dans la population, avec un taux de non-recours aux aides qui est important. Celui concernant l'APA, par exemple, oscillerait entre 20 à 28%³⁶. Quoi

³³ L. Saudubray, « *La prise en charge de la perte d'autonomie : réflexion historique et perspectives d'évolution* », (Chaire TDTE, 2024)

³⁴ Les USLD ne sont pas pris en compte étant directement liés à la branche Maladie (CNAM)

³⁵ Il s'agit ici des 573 034 résidents d'Ehpad en 2023 (DREES, Enquête EHPA 2023) et des 818 300 bénéficiaires de l'APA à domicile issus de nos projections pour 2023 (les résidents GIR 1-4 en Ehpad bénéficiant de l'APA en établissement)

³⁶ Il s'agit ici d'un non-recours à l'APA-D des personnes dépendantes issus d'estimations différentes. Warin (2010c) et Renoux (2014)

qu'il en soit, la prise en charge de la dépendance représentait 39,8 milliards d'euros de dépenses en 2023³⁷, réparties entre des financeurs publics et l'assuré lui-même bénéficiant de la prise en charge.

De manière générale, on peut distinguer cinq financeurs dans le système de prise en charge :

- La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie** (CNSA), acteur principal consacré par la création de la cinquième branche, régulateur, acteur et financeur de la dépendance des seniors, des financements des établissements et des aides attribuées. La CNSA est en articulation directe avec les autres acteurs de la dépendance, notamment les départements. Elle participe par exemple à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), en apportant un concours aux départements, ces derniers étant chargés de la verser. Elle finance également les établissements et services médico-sociaux (ESMS) via les Agences Régionales de Santé (ARS).
- Les **Départements**, jouent un rôle essentiel. Organismes de la prise en charge sur le terrain, ils sont chargés du versement de l'APA, qu'elle soit à domicile ou en établissement, de la fixation de certains tarifs en Ehpad, ou encore de l'organisation de l'offre de services à domicile. L'APA qu'ils financent se distingue selon son cadre d'attribution : APA en établissement (APA-E) ou APA à domicile (APA-D).
- L'**Etat** participe également de manière significative au financement, notamment à travers des dispositifs tels que les réductions et crédits d'impôt et les aides au logement en Ehpad. Il existe également des exonérations de charges sociales pour les services d'aide à domicile qui sont compensées par l'Etat.
- La **Caisse Nationale d'Assurance Maladie** (CNAM) contribue à la prise en charge, par le financement des interventions d'infirmiers à domicile (Actes infirmiers de Soins, AIS), la couverture des soins de rééducation, ou encore l'accompagnement psychiatrique.
- Enfin, les **Assurés** eux-mêmes assument une part des dépenses, selon leur niveau de revenu et leur degré de dépendance.

³⁷ Estimation issue de nos propres projections pour 2023 (29,8 milliards d'euros en établissement et 9,9 milliards à domicile), détaillées en partie III. Elle remplace l'estimation antérieure fondée sur les 26 milliards d'euros de financement en 2020 pour les Ehpad (*Rapport « Situation des Ehpad » du Sénat, 2024*) et sur les 9.3 milliards de dépenses engrangés les bénéficiaires de l'APA résidant à domicile en 2019 (*« Rapport et Prévisions » des Comptes de la Sécurité Sociale », 2021*)

Chaque financeur public porte donc un rôle spécifique dans le système (Figure 8) et prend en charge une partie des coûts en fonction de la répartition.

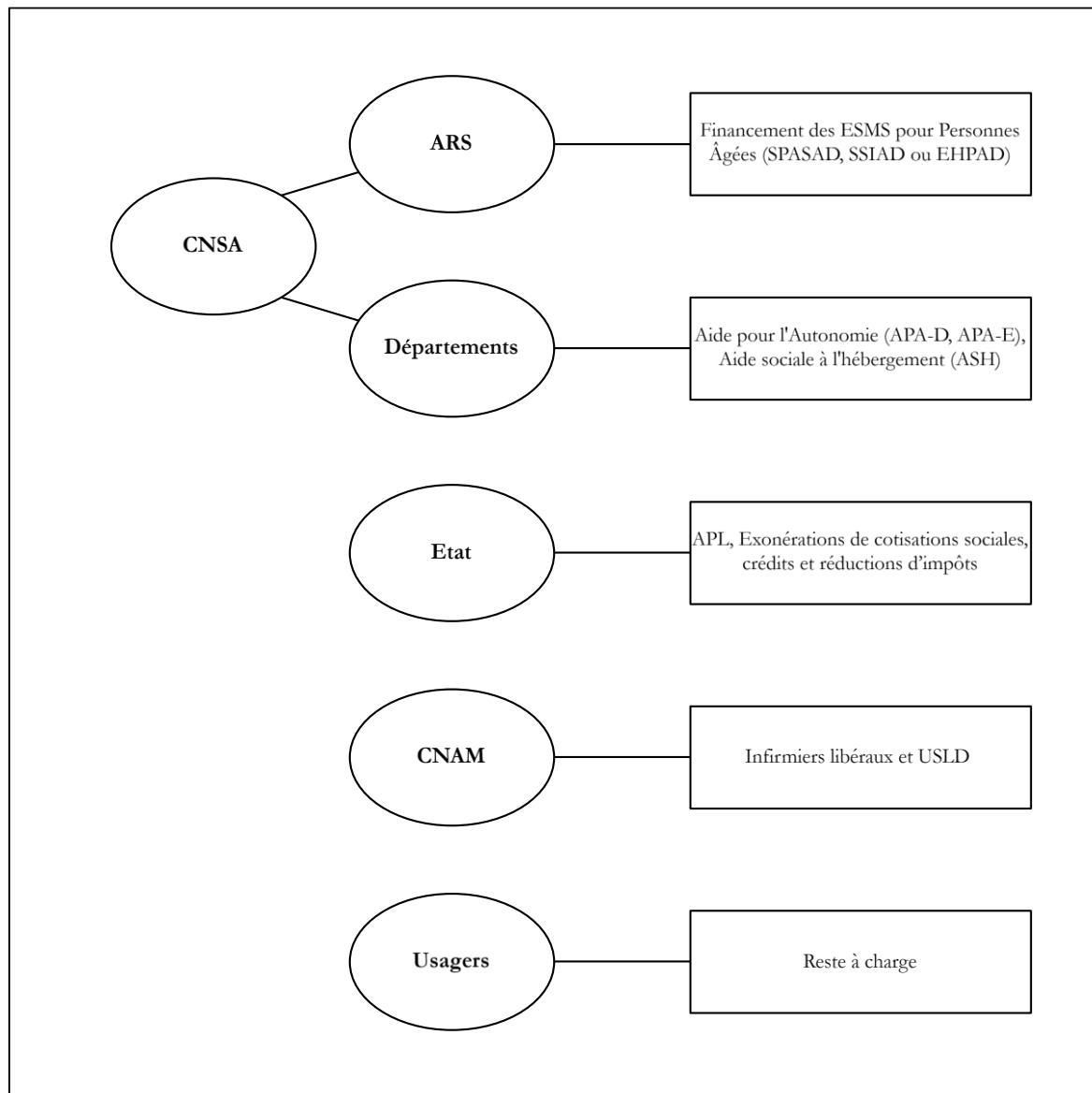


Figure 8 – Les financeurs publics de la dépendance

On décompose traditionnellement les coûts de dépendance en trois dimensions. D'abord, une dimension « **Soins** », ensuite une dimension « **Dépendance** » et enfin une dimension « **Hébergement** » (qui n'existe que pour les résidents d'établissements). Cette trichotomie s'avère essentielle pour comprendre les mécanismes de financement du système de prise en charge de la dépendance et nous la retrouverons tout au long de l'étude.

En fonction de la dimension de prise en charge, les financeurs ne sont pas les mêmes. Par exemple, la section « Soins » est intégralement prise en charge par la protection sociale, sans la participation des assurés, c'est-à-dire sans restes à charge. En revanche, ces derniers contribuent au financement des section « dépendance » et « hébergement », avec potentiellement des aides qui dépendent de leur revenu.

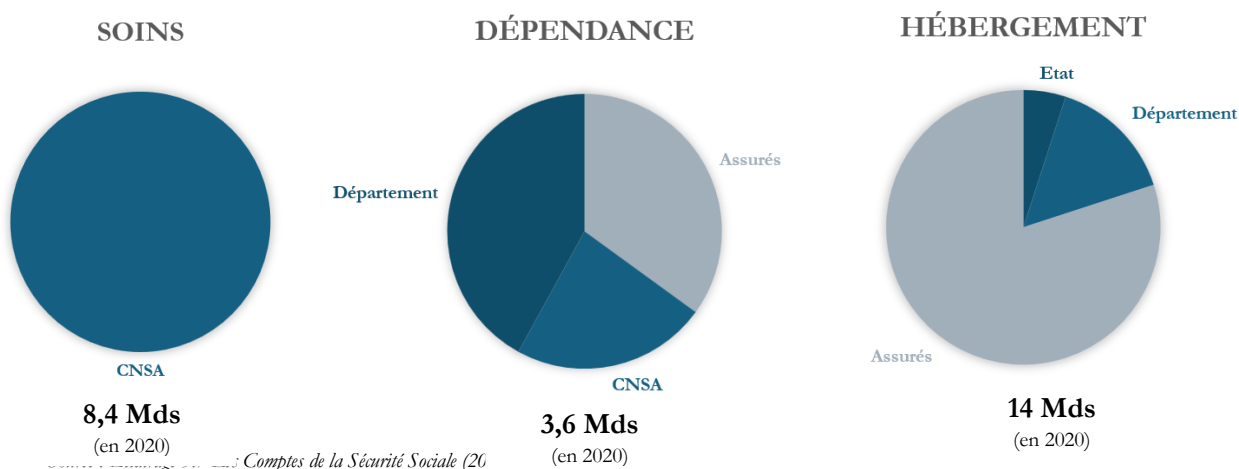
En Ehpad, ce sont les collectivités territoriales, l'Etat et la Protection Sociale qui prennent en charge la majeure partie des dépenses, le reste étant à la charge du résident lui-même (Figure 9).

Par exemple, la section « Soins » est intégralement couverte par la CNSA via les Agences Régionales de Santé (ARS) pour **8,4 milliards d'euros en 2020**³⁸, tandis que l'hébergement est financé à 70% par les résidents pour un ensemble de **14 milliards d'euros en 2020** (le reste étant constitué d'aides à l'hébergement et d'exonérations fiscales accordées par les départements et l'Etat).

La section « Dépendance » représente la perte d'autonomie incluant des dépenses allant des fournitures d'incontinence aux rémunérations des aides-soignants, avec un montant atteignant **3,6 milliards en 2020**. Afin de prendre en charge ces dépenses, les départements versent une prestation individuelle, c'est-à-dire l'APA en établissement (*APA-E*) qui est en partie couverte par la CNSA par le biais de deux concours. Environ un tiers du coût total de la dépendance en établissement est à la charge des résidents, avec un montant qui varie en fonction du niveau de dépendance déterminé par le *GIR* mais également en fonction du revenu.

Dans les Ehpad, toutes les dépenses publiques de soins sont donc couvertes par la CNSA et les départements. Pour la section « Dépendance », les dépenses sont réparties entre la CNSA, les départements mais aussi les assurés eux-mêmes.

³⁸Rapport « Situation des Ehpad » du Sénat, (2024)



Nous nous intéressons ici, aux dépendants à domicile. Pour ceux à domicile, la prise en compte de l'accompagnement n'intègre pas la dimension « Hébergement » étant donné qu'ils vieillissent à domicile, mais uniquement celles de dépendance et de soins. On garde donc une prise en charge en deux volets (Figure 10).

Les coûts en termes de soins sont cette fois-ci partagés entre la caisse d'autonomie (CNSA) et de maladie (CNAM) avec les dépenses des services à domicile et des infirmiers libéraux. Cet ensemble est de **4,2** milliards d'euros de dépenses en 2020.

Pour la section « Dépendance », on retrouve l'APA sous la forme d'un plan d'aide individualisé lié encore une fois au revenu et niveau de dépendance. Ce plan se calcule alors par le nombre d'heures d'intervention nécessaires par mois et est financé directement par l'APA à domicile (*APA-D*). Le reste à charge des assurés n'est alors que de 1 milliard d'euros sur un total de 5 milliards. Ces derniers pouvant également bénéficier de réductions d'impôt estimées à 500 millions d'euros. En plus de ces réductions, l'Etat rembourse des exonérations sociales pour la Sécurité Sociale estimées à un montant³⁹ équivalent.

³⁹« Rapport et Prévisions » des Comptes de la Sécurité Sociale, (2021)

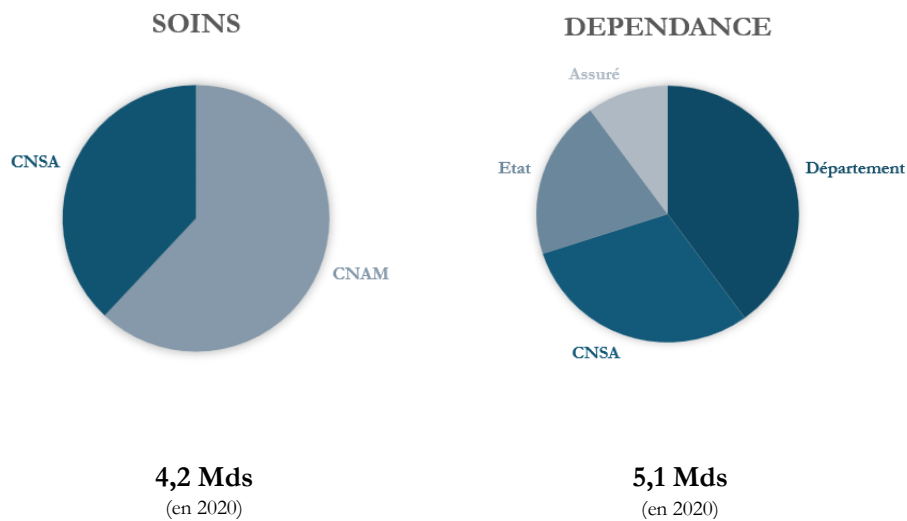
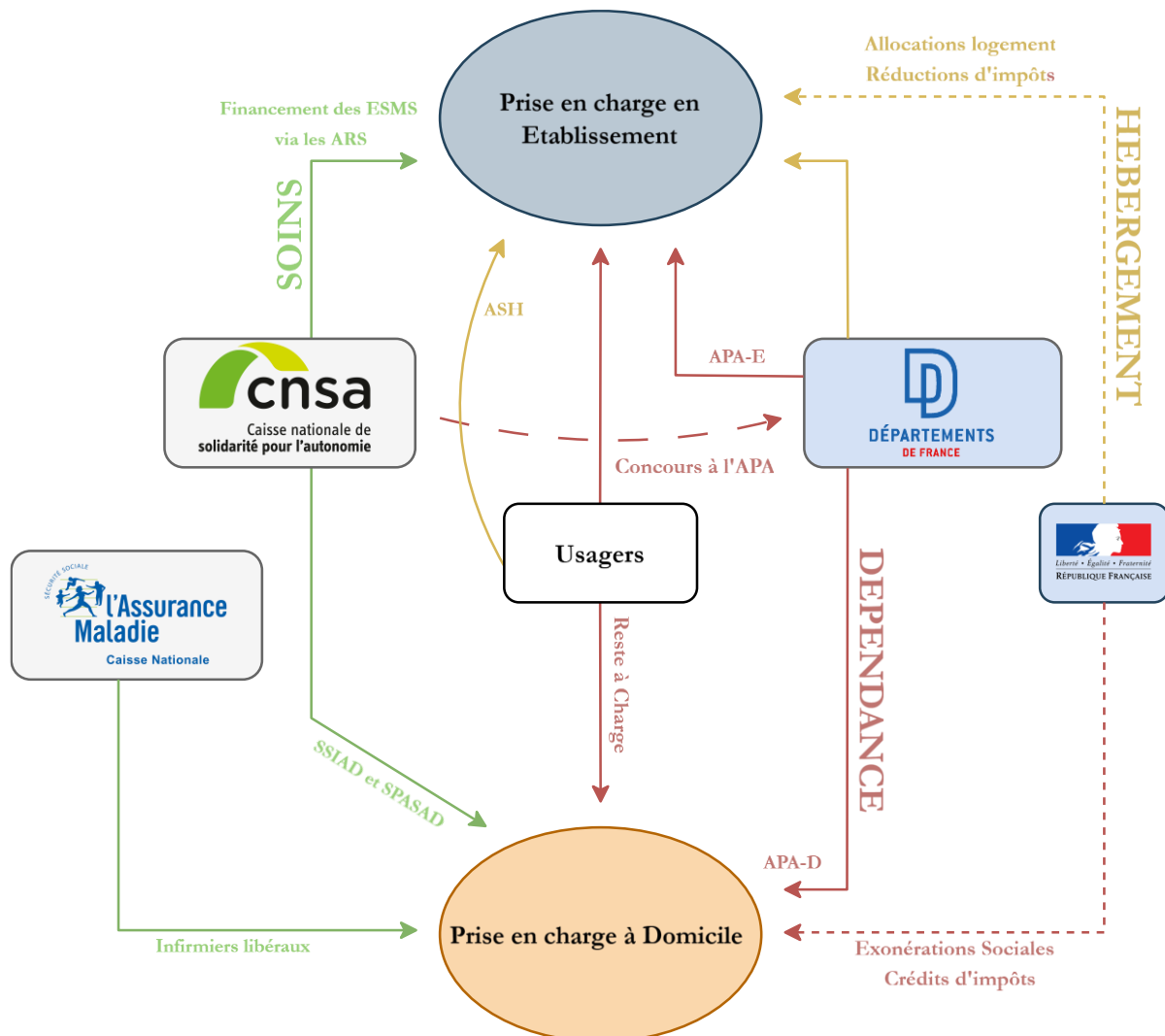


Figure 10 - Répartition du financement de la prise en charge

Source : Eclairage 3.7 Les Comptes de la Sécurité Sociale (2021) ; Chaire TDTE

En somme, la prise en charge peut être décrite comme un circuit (Figure 11) qui aboutit en deux options finales : la prise en charge à domicile et en établissement. Un circuit où chaque acteur joue un rôle plus ou moins important en fonction de la dimension de prise en charge et où se déroulent des relations imbriquées entre les acteurs. Par exemple, le concours de la CNSA aux départements est central dans l'articulation du système.

Figure 11 - Le fonctionnement de la prise en charge de la dépendance



Source : Eclairage 3.7 Les Comptes de la Sécurité Sociale (2021) ; Chaire TDTE

Note de Lecture : pour la section Dépendance : la CNSA apporte un concours à l'APA aux départements. Ces derniers le financent directement sous forme de l'APA à domicile et l'APA en établissement.

L'Etat participe également au financement de la dépendance à domicile avec des exonérations fiscales.

Hypothèses Retenues

- 1) Dans les projections du modèle LIVIA, nous gardons l'hypothèse d'évolution de la dépendance « stable » et une hypothèse d'évolution de l'espérance de vie « basse »
- 2) Le taux d'occupation en Ehpad revient dès 2030 à 97,5 % et s'y maintient ensuite, portant le nombre de résidents de 573 034 en 2023 à 594 668 à partir de 2030 ; le nombre de résidents en USLD reste inchangé dans le temps.
- 3) A partir de 2030, tous les résidents d'Ehpad bénéficient de l'APA-E, ce qui n'est pas le cas en 2023 (en effet ; les Ehpad de moins de 25 résidents bénéficient de l'APA à domicile, ils sont intégrés à l'APA-E à partir de 2030).
- 4) Nous gardons les répartitions entre groupes GIR et les proportions de profils « à troubles neurocognitifs » du rapport « Jeandel et Guérin ». Les GIR 1 et 2 sont prioritaires avec un taux d'institutionnalisation stable. Les GIR 3 avec troubles neurocognitifs sont ensuite prioritaires, puis les autres GIR sont répartis en fonction de leur proportion et du reste des places disponibles. Le taux d'institutionnalisation des GIR 3 à troubles neurocognitifs reste stable jusqu'en 2040 ; au-delà, 85 % des places restant disponibles après l'accueil des GIR 1 et 2 leur sont affectées. La répartition des parts de GIR de résidents temporaires provient des données de 2018 de l'ARS du Pays de la Loire.
- 5) Les EHPA ne sont pas pris en compte comme bénéficiaires de l'APA. La différence entre le nombre de bénéficiaires de l'APA-E dans notre projection et celle du modèle LIVIA est reversé au nombre de bénéficiaires de l'APA-D (résidents EHPA ou résidents temporaires en Ehpad et une différence de taux d'occupation, en revanche, tous les résidents temporaires ou non d'USLD bénéficient de l'APA-E).
- 6) Tous les résidents en Ehpad et USLD font recours à l'APA, les taux de recours à l'APA-D sont ceux du modèle LIVIA, c'est-à-dire des ratios de prévalence par département et niveau de dépendance.
- 7) La structure des coûts que nous prenons reste inchangée dans le temps, que ce soit pour le volet établissement (dépendance, soins et hébergement) que pour le volet domicile (soins et dépendance). Elle s'appuie sur les mêmes hypothèses et périmètres que les Comptes de la Sécurité Sociale (exonérations d'impôts, aide informelle non prise en compte, etc.). En outre, elle varie en fonction du GIR et ne distingue pas les personnes qui souffrent de « troubles neurocognitifs » et ceux qui n'en souffrent pas.

Limites et Biais

La projection de dépendants et de coûts dépend de nombreuses variables et hypothèses et ne prétend pas faire de prévisions exactes, mais d'établir des ordres de grandeur et souligner des difficultés ou des estimations susceptibles d'être observées dans le futur. Le modèle n'a pas non plus vocation à présenter une répartition exacte entre les financeurs, mais les présente uniquement à titre indicatif.

D'autre part, le nombre de personnes en Ehpad ou à domicile qui bénéficient de la prise en charge ne correspond pas au nombre réel de personnes à considérer comme dépendants, mais à ceux bénéficiant de la prise en charge. Le système décrit ne prend pas en compte un nombre non négligeable de seniors en situation de dépendance mais non pris en charge (évalué à environ 2 millions).

La seconde limite à prendre en compte est l'ancienneté du modèle LIVIA. La réalité ne correspond plus totalement à la situation actuelle ni à celle que ce modèle projette. Les données de cadrage sont issues de l'enquête EHPA 2023, mais le modèle LIVIA repose sur des paramètres antérieurs et ne reprend pas la revalorisation des salaires du personnel médico-social notamment dans le cadre du Ségur de la Santé, même si ces dernières sont en partie reportées sur le tarif hébergement. Le modèle ne prend par ailleurs pas en compte les différentes réformes du financement des Ehpad amorcées et aura tendance à sous-estimer les montants de la dépendance, les coûts de soins et de dépendance ayant progressé significativement depuis lors.

Tous les résultats du modèle sont donc des estimations qu'il ne s'agit pas de prendre en tant que telles mais en tant qu'ordres de grandeur. Le scénario du pire ne présente qu'un éventail d'hypothèses plus ou moins susceptibles de survenir.

Grille AGGIR « Comment fonctionne la grille AGGIR » (Gouv.fr)

La grille AGGIR permet d'évaluer le niveau des dépendances en 10 dimensions, dites

« Discriminantes »;

1. **Cohérence** (Faculté à entretenir une conversation et/ou se comporter de façon logique et sensée)
2. **Orientation** (Faculté à se repérer dans l'espace et dans le temps)
3. **Toilette (Capacité à assurer son hygiène corporelle)**
4. **Habillage** (Capacité à se vêtir et se dévêtir en toute autonomie)
5. **Alimentation** (Être capable de se servir et manger des aliments préparés)
6. **Élimination** (Être capable d'assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale)
7. **Transferts** (Capacité à se lever, s'asseoir et passer d'une position à l'autre seul)
8. **Déplacements intérieurs** (Être capable de se déplacer seul)
9. **Déplacement à l'extérieur** (se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport)
10. **Communication à distance** (utiliser les moyens de communication comme le téléphone, une alarme...)

S'y ajoute 7 autres dimensions, dites « **Illustratives** », qui ne rentrent pas en compte dans la détermination de l'APA

1. **Gestion** (gérer ses propres affaires, son budget, ses biens)
2. **Cuisine** (préparer ses repas et les conditionner pour être servis)
3. **Ménage** (effectuer l'ensemble des travaux ménagers)
4. **Transport** (prendre et/ou commander un moyen de transport)
5. **Achats** (acquisition directe ou par correspondance)
6. **Suivi du traitement** (se conformer à l'ordonnance du médecin)
7. **Activités de temps libre** (pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps)

Ces variables peuvent être utiles dans la détermination du plan d'aide déterminé par l'APA à domicile.

Les 10 variables déterminantes distinguent le niveau de dépendance en trois niveaux : **A, B, C**.

A pour des gestes, actes qui sont accomplis spontanément, totalement, habituellement et correctement

B pour des gestes, actes qui ne sont effectués de manière spontanée et/ou partiellement et/ou pas habituellement et/ou incorrectement.

C pour des gestes, actes qui ne sont pas accomplis seuls.

En fonction des résultats obtenus et de son niveau de dépendance, l'individu est classé dans un « Groupe Iso-Ressources » de 6 à 1.

Seuls les niveaux GIR -1 à GIR – 4 sont éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le taux d'effort des résidents d'Ehpad face à la hausse du tarif hébergement pour les non bénéficiaires de l'ASH

(Aides à l'Autonomie des personnes âgées : qui paye quoi ? L'apport du modèle Autonomix -Résultats 2019, Boneschi et Miron de L'Espinay ; DREES ; *Le reste à charge des personnes âgées résidant en établissement*)

	Bénéficiaire moyen de l'ASH
Coût Global	2 292,00 €
Dont Hébergement	1 771,00 € ⁴⁰
Dont Dépendance	521,00 €
ASH	895,00 €
APA	346,00 €
APL	127,00 €
Réductions d'impôts	3,00 €
Reste à charge	921,00 €
Ressources	1 059,00 €
Taux d'effort	87%

⁴⁰ Soit un tarif journalier de 59 euros (les tarifs sont issus de la base Prix-ESMS de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie reliés aux identifiants des établissements issus de l'enquête Care – Institutions en 2019).

	Non bénéficiaire moyen de l'ASH
Coût Global	2 406,00 €
Dont Hébergement	1 897,00 € ⁴¹
Dont Dépendance	509,00 €
ASH	/
APA	336,00 €
APL	26,00 €
Réductions d'impôts	56,00 €
Reste à charge	1 988,00 €
Ressources	1 661,00 €
Taux d'effort	120%

	Non bénéficiaire moyen de l'ASH après l'augmentation de 35%
Coût Global	3 069,95 €
Dont Hébergement	2 560,95 € ⁴²
Dont Dépendance	509,00 €
ASH	/
APA	336,00 €
APL	26,00 €
Réductions d'impôts	56,00 € ⁴³
Reste à charge	2 651,95 €
Ressources	1 661,00 €
Taux d'effort	160%

⁴¹ Soit un tarif journalier de 63 euros.

⁴² Soit un tarif journalier de 85 euros.

⁴³ Les réductions d'impôts du « non bénéficiaire » moyen augmenterait, ces dernières correspondant à 25% des dépenses d'hébergement et de dépendance dans une limite de 10 000 € par résident.

Non bénéficiaires de l'ASH avec un revenu
compris entre 1082 et 1217 euros ⁴⁴

Coût Global	2 324,00 €
Dont Hébergement	1 803,00 € ⁴⁵
Dont Dépendance	521,00 €
ASH	/
APA	349,00 €
APL	31,00 € ⁴⁶
Réductions d'impôts	/
Reste à charge	1 944,00 €
Ressources	1 144,00 €
Taux d'effort	170%

Non bénéficiaires de l'ASH avec des ressources
comprises entre 1082 et 1217 euros **après**
l'augmentation de 35%

Coût Global	2 955,05 €
Dont Hébergement⁴⁷	2 434,05 €
Dont Dépendance	521,00 €
ASH	/
APA	349,00 €
APL	31,00 €
Réductions d'impôts	/
Reste à charge	2 575,05 €
Ressources	1 144,00 €
Taux d'effort	225%

⁴⁴ 18 % des résidents avec un revenu (au sens de l'APA) compris entre 1082 et 1217 euros bénéficient de l'ASH.

⁴⁵ Soit un tarif journalier de 60 euros.

⁴⁶ Ce montant correspond à l'APL moyen d'un résident d'Ehpad avec une tranche de revenus «au sens de l'APA corrigé » entre 1082 et 1217 euros.

⁴⁷ Soit un tarif journalier de 81 euros.

Enquête Conditions de Travail CT – RPS en 2019

L'enquête Conditions de Travail – Risques Psycho-sociaux vise à donner une représentation du travail dans son organisation et les conditions dans lequel il est exercé (horaires, rythmes de travail, efforts physiques, risques, pénibilité...

L'enquête est conduite tous les trois ans, comporte un volet « individus » et un « employeurs » avec le volet sur les risques psychosociaux tous les trois ans en alternance. Elle est faite sous forme de questionnaire et provient de la DARES.

1) Les Conditions de Travail des professionnels en ESMS

a) Dimension « Demande Psychologique »

La dimension « Demande psychologique » concerne la réalisation des tâches ainsi que les exigences professionnelles. Elle regroupe sept variables issues du questionnaire, permettant ensuite d'établir un score.

1. Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ?
2. Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un matériel suffisant et adapté ?
3. Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général des collaborateurs (ou des collègues) en nombre suffisant ?
4. Êtes-vous obligé de vous dépêcher ?
5. Devez-vous fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue ?
6. A quelle fréquence travaillez-vous sous pression ?
7. A quelle fréquence ne pouvez-vous pas faire du bon travail, mais devez sacrifier la qualité ?

b) Dimension « Latitude Décisionnelle »

La dimension « Latitude Décisionnelle » concerne la possibilité de contrôle, c'est-à-dire l'autonomie, la participation aux décisions ou encore le fait d'apprendre de nouvelles choses au travail. Elle regroupe elle-aussi sept variables issues du questionnaire, permettant ensuite d'établir un score.

1. Les indications données par vos supérieurs hiérarchiques vous disent ce qu'il faut faire. Vous disent-ils comment il faut faire ou indiquent-ils seulement l'objectif ?
2. Vous recevez des ordres, consignes ou modes d'emplois. Comment vous les appliquez ?
3. Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail qui vous est attribuée ?
4. Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses nouvelles ?
5. Votre travail consiste-t-il à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations ?
6. Puis-je organiser mon travail de la manière qui me convient le mieux ?
7. Ai-je l'occasion de développer mes compétences professionnelles

c) Dimension « Soutien Social »

La dimension « Soutien Social » vise à représenter les relations au travail avec les collègues ou la hiérarchie et la demande émotionnelle au travail dans son ensemble. Elle concerne les effets psychologiques et psychiques néfastes au travail. Cette dimension, regroupe comme les autres de sept variables issues du questionnaire, permettant également par la suite de construire un score.

1. Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par vos supérieurs hiérarchiques ?
2. Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par les autres personnes avec qui vous travaillez habituellement ?
3. Vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec le public (usagers, résidents, élèves, voyageurs, clients, fournisseurs, etc...) ?
4. Vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec vos supérieurs hiérarchiques ?
5. Vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec vos collègues ?
6. Dans votre travail, vous arrive-t-il d'être bouleversé(e), secoué(e), ému(e) ?
7. A quelle fréquence devez-vous cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur