

Des lieux de vie et d'attentions pour aujourd'hui et demain

*Une vision et un chemin pour la
transformation de tous les Ehpad*

Rapport adopté par le Conseil de l'âge

Juin 2026



Synthèse du rapport

Après des travaux sur les besoins et aspirations des personnes âgées et un rapport à 360° sur la politique du domicile, le Conseil de l'âge a porté son attention sur ces structures singulières que sont les Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les Ehpad. Il y a consacré un cycle de travaux entre juillet 2025 et juin 2026, sous l'angle du périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des Ehpad. Le rapport adopté, « **Des lieux de vie et d'attentions pour aujourd'hui et demain – Une vision et un chemin pour la transformation de tous les Ehpad** » propose un diagnostic sur la situation actuelle et une réflexion prospective sur l'avenir de ces établissements, ainsi que des orientations traçant un chemin pour la rénovation de leur modèle. **À rebours des débats souvent focalisés sur les seules difficultés du secteur, il souligne le rôle joué aujourd'hui par les Ehpad dans l'accompagnement des personnes parmi les plus fragiles. Il est nécessaire de les conforter dans leur capacité à concilier exigences de soins, qualité de vie des résidents et adaptation aux défis démographiques à venir. Ainsi que changer simultanément leur caractère et leur nom, pour qu'on ne dise plus d'une personne ou d'une professionnelle : « elle est bonne à envoyer à l'Ehpad ! »...**

Les Ehpad occupent aujourd'hui une place importante dans l'accompagnement des personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie (première partie). Héritiers d'un mouvement de médicalisation engagé à partir des années 1990 et renforcé par les plans des années 2000, ils constituent la principale forme d'hébergement pour ces personnes. Malgré le développement du soutien à domicile, des nouvelles formes d'habitat intermédiaire, les Ehpad sont **une composante essentielle de l'offre territoriale de soutien à l'autonomie.** Cette place s'est transformée sous l'effet de l'évolution des parcours de vieillissement. Les politiques d'accompagnement à domicile, conjuguées à l'allongement de l'espérance de vie, conduisent à des admissions plus tardives en établissement. Les Ehpad accueillent ainsi des résidents toujours plus âgés, **avec un âge médian désormais fixé à 88 ans et 8 mois, présentant des besoins d'aides et de soins plus complexes.** Les situations de polyopathologies, de troubles cognitifs et de limitations fonctionnelles y sont majoritaires. L'entrée en établissement intervient de plus en plus tard, fréquemment après une phase d'aggravation de l'état de santé marquée par des hospitalisations répétées, tandis que les durées de séjour tendent à se réduire.

La moitié des résidents ayant quitté un Ehpad en 2023 y avaient séjourné moins d'un an, le décès constituant le principal motif de sortie de l'établissement. Si **l'Ehpad intervient donc de plus en plus dans les dernières étapes du parcours de vie, ainsi que pour accompagner les personnes atteintes de troubles neuro-évolutifs, des publics moins nombreux, mais très vulnérables entrent parfois très tôt en Ehpad,** marqués par des problématiques de précarité, de santé, d'isolement ou de troubles psychiatriques, soulignant le **rôle social méconnu des Ehpad.**

Ces évolutions constituent un **double défi.** D'une part, la complexité croissante des besoins des résidents appelle un **renforcement des compétences soignantes** et de l'articulation avec les acteurs sanitaires. D'autre part, les personnes âgées et leurs proches attendent de l'établissement qu'il **soit avant tout un lieu de vie,** respectueux de l'autonomie, de l'intimité et des choix individuels. Cette tension est accentuée par les **difficultés de recrutement** et par la **situation financière** des établissements, particulièrement dans le secteur public : ces derniers sont particulièrement fragilisés par des contraintes structurelles de financement.

Un diagnostic critique du modèle économique de financement et d'allocation des ressources aux Ehpad (deuxième partie). Le modèle tarifaire repose encore largement sur l'**architecture ternaire** distinguant les sections « soins », « dépendance » et « hébergement », relevant de financeurs et de logiques distinctes. Si cette organisation a permis d'accompagner la médicalisation et le développement des établissements, elle **apparaît aujourd'hui de plus en plus complexe et inadaptée à la réalité des missions exercées et des besoins à financer**. Le périmètre des soins financés par forfait demeure trop limité au regard des besoins réels des résidents et des interventions désormais exigées des établissements. Les activités de prévention, d'accompagnement des troubles cognitifs ou psychiques, de la fin de vie et des soins palliatifs, ou encore de capacité à accueillir en journée ou en hébergement temporaire des personnes non-résidentes, ne sont que très partiellement intégrées dans les financements de droit commun. Dans le même temps, les établissements doivent composer avec une gouvernance partagée entre les ARS et les départements, à l'articulation difficile.

Le rapport souligne également les limites croissantes des outils d'allocation des ressources. Les référentiels Aggir et Pathos sont insuffisamment adaptés à l'évolution des profils des résidents, notamment à la progression des pathologies neuro-évolutives. **Ces outils sont en outre trop peu incitatifs à la prévention**, puisque le financement augmente avec l'aggravation des limitations ou des besoins en soins, même si l'actualisation des coupes par les établissements et leur validation par les régulateurs n'atteint pas la fréquence souhaitée. Les limites de la dissociation historique entre les sections « soins » et « dépendance » ont justifié l'expérimentation en cours de fusion de celles-ci. Enfin, **les besoins d'investissement sont considérables**, alors que les dépenses liées à la modernisation du bâti ou au numérique reposent encore largement sur la section hébergement, et donc sur le tarif payé par les résidents, aidés par leurs familles ou des aides sociales et fiscales.

La réflexion prospective du Conseil de l'âge sur le devenir des Ehpad appelle à les conforter et rénover, y compris dans leur nom, pour qu'ils prennent toujours part à l'accompagnement des parcours des personnes âgées (troisième partie). Face à l'arrivée progressive, à partir de la décennie 2030, des générations du baby-boom aux âges de forte prévalence de besoin de soutien à l'autonomie, les besoins globaux d'accompagnement connaîtront une croissance sans précédent. **Dans ce contexte, pouvoir compter sur des établissements médico-sociaux spécialisés lui semble indispensable.** L'enjeu n'est donc pas leur reconversion vers d'autres statuts (sanitaires ou d'habitat intermédiaire) mais leur transformation en réponse à l'augmentation prévisible des besoins.

Cette évolution repose d'abord sur une redéfinition de la vocation des établissements, qui doit être avant tout des domiciles dont la dimension médico-soignante doit certes être renforcée, mais être la plus discrète possible. Elle se traduit également dans les orientations architecturales proposées par le Conseil, qui préconise de faire évoluer les chambres vers des logements individuels permettant de se sentir véritablement « chez soi ». Cette orientation nécessite un nouveau paradigme éthique fondé sur le consentement et le pouvoir d'agir des résidents ainsi que le respect de leurs rythmes de vie. Cette ambition s'incarne dans un objectif : **« chaque résident qui le peut doit être debout », et mobilisé physiquement, psychologiquement et socialement quotidiennement.** En luttant contre la « dépendance iatrogène » liée à l'alitement, on améliore l'estime de soi et la qualité de vie. **Elle suppose une amélioration substantielle des conditions de travail des professionnel(le)s.** Le rapport préconise le « zéro portage manuel » avec la généralisation d'équipements, afin de **réduire la sinistralité élevée du secteur, le développement de formations aux approches douces des soins et de la relation, ainsi que des interventions non-médicamenteuses validées.**

Le rapport préconise également un élargissement du périmètre des prestations et la transformation des établissements en véritables plateformes de prestations, dans et hors de leurs murs notamment mais pas seulement via les Centres ressources territoriaux dont 85 % sont portés par des Ehpad). Cette évolution doit s'accompagner d'une clarification de la stratégie actuelle sur le positionnement des Ehpad au sein des solutions d'accompagnement des personnes âgées en besoin d'aide à l'autonomie. Il est inévitable qu'ils accueillent en proportion plus de personnes à profil complexe (GIR 1 et 2), dont l'accompagnement à domicile est difficile et coûteux. **Mais il recommande de conserver une mixité avec l'accueil toujours possible de personnes en GIR moins élevés.**

C'est à ce prix que le caractère de lieu de vie et d'établissements attractif pour les personnes, leur famille et les professionnels pourra être préservé. Par ailleurs, cela permettra, le cas échéant dans l'attente du développement d'une offre d'unités spécialisées en géronto-précarité dans le champ social, de permettre l'accès aux Ehpad pour ces personnes au vieillissement prématuré issues de la grande précarité, du secteur de l'addictologie ou présentant des troubles psychiatriques aigus. Pour cela, ainsi que pour éviter la saturation et la dénaturation des structures d'habitat intermédiaire comme les résidences autonomie qui ne doivent pas devenir des « Ehpad de fait », **le Conseil de l'âge estime nécessaire de créer de façon ciblée des capacités supplémentaires de places en établissement, ciblées sur les territoires carencés et sur l'accueil de publics spécifiques,** en partant de la base de + 48 000 places proposées par un rapport récent de l'Igas et de l'IGEDD.

Par ailleurs, le Conseil réaffirme **la nécessité d'un renforcement des effectifs, avec pour cible le taux d'encadrement de 8 professionnels pour 10 résidents à atteindre avant 2030, pouvant être porté après études et projections des besoins futurs des résidents à un taux de 10 pour 10.** Il propose une simplification du financement, notamment par la généralisation de la fusion des sections « soins » et « dépendance », ainsi qu'un part de financement sur des indicateurs de qualité, tels que la réduction des hospitalisations évitables. Cette évolution demande également **une rénovation des outils d'allocation des ressources que sont les référentiels Aggir et Pathos et l'équation tarifaire, afin de redonner du sens à l'allocation des ressources** et mieux couvrir les besoins. Cette stratégie suppose **un effort massif d'investissement afin d'adapter les établissements** aux exigences démographiques, environnementales et technologiques des prochaines décennies. Les besoins de rénovation (parfois urgents) du parc, l'acquisition d'outils numériques et l'amélioration des lieux de vie des résidents représentent ainsi des masses financières importantes et incompressibles.

Le rapport appelle à ce nouveau modèle conciliant réponse aux besoins de soins, respect des libertés et véritable lieu de vie sur les territoires. **Les mesures proposées par le Conseil représentent, hors investissements, des dépenses supplémentaires de l'ordre d'1Md€ d'ici à 2030, qu'il propose de financer par des transferts des dépenses de soins de ville et des économies sur les dépenses d'hospitalisation évitables notamment liées aux chutes.** Ce serait un juste redéploiement de dépenses de consommation de soins vers les soins de longue durée, pour lesquels la France est en retard. Ce modèle doit s'accompagner d'un changement de nom, demande du Conseil et intention du gouvernement avec Maison France Autonomie. **Il pourrait devenir une « Maison'âge », domicile collectif organisé avec soins et aides intégrées, pour répondre aux défis démographiques, sanitaires et sociaux du vieillissement.**

Sommaire

Synthèse du rapport	2
Introduction.....	11
Partie 1.....	15
Portrait des Ehpad et de leurs résidents.....	15
I. Des établissements médico-sociaux spécialisés dont le niveau de médicalisation et le nombre de places ont augmenté depuis 30 ans.....	15
A. Des établissements médico-sociaux assurant soins et hébergement qui ont connu une montée en médicalisation	15
1. Des établissements nés de la fusion de structures sanitaires et sociales.....	15
2. Des Ehpa aux Ehpad, une réforme de médicalisation liée à l'émergence du grand âge	16
B. L'expansion du nombre d'Ehpad est liée aux plans des années 2000	17
1. La conversion de capacités d'unités de soins de longue durée (USLD) en places d'Ehpad.....	17
2. Les créations de structures et de places du Plan Solidarité Grand âge (PSGA).....	18
C. Les possibilités actuelles pour la création de places nouvelles sont très limitées	18
1. La création ou l'extension des capacités d'un Ehpad se fait par appel à projet.....	18
2. La transformation d'établissements existants par médicalisation reste possible.....	19
3. La requalification en établissement médicosocial touche peu le secteur personnes âgées	19
II. Les Ehpad occupent une place importante dans les solutions d'accompagnement des personnes âgées.....	19
A. Une augmentation marquée du nombre d'établissements et de places.....	20
B. Des profils de résidents de plus en plus marqués par les besoins complexes et de fréquentes hospitalisations avant l'entrée en Ehpad.....	21
C. Une place forte dans l'offre, mais inégale selon les territoires	26
1. De fortes disparités territoriales en densité de l'offre.....	27
2. Des parcours gériatriques qui s'appuient de plus en plus sur les Ehpad, y compris pour les parcours autour du domicile.....	28
D. Un poids important des Ehpad dans les dépenses d'accompagnement des personnes âgées	29
1. Le poids des Ehpad dans l'Ondam et dans l'effort national de soutien à l'autonomie	29
a. Champ de l'Ondam et de l'objectif global de dépenses de la CNSA	29
b. Champ de l'Ensa PA	30
2. Une composante des soins de longue durée.....	30
III. Des établissements contestés, marqués par un problème d'attractivité.....	33
A. Le devenir des Ehpad en question depuis dix ans	33



B. Un secteur qui se remet difficilement d’une crise d’image et de la période Covid	34
1. Des taux d’occupation en baisse par rapport à la fin des années 2010	34
2. La crise sanitaire et les scandales récents ont accéléré la dégradation de l’image des Ehpad	35
3. Un « rejet » des Ehpad plus ancien mais qui n’est pas rédhibitoire	35
4. Un secteur difficile qui reste peu attractif pour les professionnels	37
C. Des établissements peu médicalisés mais qui ressemblent parfois à des hôpitaux	39
Partie 2	41
Les financements, en particulier publics, des Ehpad ont augmenté mais selon une tarification et des outils complexes, peu incitatifs à la qualité	41
I. Un système de financement éclaté en fonction des prestations.....	41
A. Les financements au titre des soins ne couvrent pas l’ensemble des interventions soignantes	42
1. Une tarification fondée sur une allocation des ressources « aux besoins » des résidents.....	42
2. Le choix entre quatre types de tarifs plus ou moins larges en périmètre	43
3. Des financements complémentaires de l’ARS de plus en plus divers et importants en montant.....	44
4. Des apports « externes » de soins par les professionnels libéraux et le secteur sanitaire..	45
B. Les financements au titre du forfait « dépendance » ont peu évolué depuis 2017	48
C. Proposée depuis plusieurs années, une expérimentation est en cours de fusion des sections « soins » et « dépendance »	49
D. Le financement du tarif hébergement repose essentiellement sur les résidents et couvre des postes dépassant les fonctions « hôtelières ».....	51
1. Les prestations liées à l’hébergement	51
2. La couverture de nombreuses autres dépenses (direction, SI, investissements)	52
E. Une gouvernance partagée qui nécessite une meilleure articulation entre les tutelles et avec les Ehpad	52
1. Une articulation entre les autorités de tutelle confrontée à des enjeux de coordination	52
2. Des relations entre les autorités de tutelle et les Ehpad en quête d’un nouvel équilibre..	54
II. Les Ehpad ont vu leurs ressources et leurs coûts moyens augmenter et leurs effectifs se renforcer	55
A. Une hausse des coûts moyens à la place et des financements, mais des déficits qui se diffusent	55
1. Une augmentation des recettes et des ressources, inférieure celle des charges des Ehpad	55
2. Depuis 2023, les résidents sont une source de recette complémentaire largement mobilisée à la fois par une hausse des taux d’occupation, mais également des prix d’hébergement	57
B. Une situation de déficits préoccupante et concentrée sur les Ehpad publics	57

C. Les financements supplémentaires sur le soin n'ont pas permis l'augmentation souhaitable du nombre de professionnels présents auprès des personnes	58
III. Le périmètre actuel de soins et la tarification des Ehpad ne sont pas optimaux.....	61
A. Un périmètre de soins « socle » trop limité	61
1. Un tarif partiel trop limité dans son périmètre au regard des soins primaires	62
2. L'intérêt du tarif global est freiné par la difficulté à appréhender son efficacité globale	62
a. Les nouveaux travaux autour des coûts et de l'impact du tarif global	63
b. L'intérêt et les limites de l'option « médicaments »	64
c. La faible prise en compte des investissements dans le bâti et dans le numérique	66
B. Les outils d'allocation des financements sur les tarifs « soins » et « dépendance » sont dépassés et leur dissociation n'a plus de sens.....	66
1. La gestion de deux équations tarifaires est complexe et assise sur des outils d'évaluation obsolètes et susceptibles d'être codés de façon optimisée	66
a. La grille Aggir affiche ses limites	66
b. L'outil Pathos.....	67
2. Certaines missions pourtant essentielles des Ehpad ainsi que des charges contraintes sont portées par des crédits complémentaires	70
a. Des crédits complémentaires qui portent l'essentiel du financement des mesures salariales du Ségur de la santé, et qui compensent plus largement des différences de charges entre les catégories juridiques d'établissements.	71
b. Des CNR dont le poids augmente du fait des fonds d'aide aux Ehpad	72
IV. L'insuffisante prise en compte de la qualité, des questions de taille critique pour atteindre l'efficacité et de la capacité à investir.....	72
A. La non prise en compte de la qualité et des externalités positives	72
1. Des exigences réglementaires sont posées par le CASF	73
2. L'évaluation externe des Ehpad, pilotée par la HAS, a représenté un progrès indéniable	73
3. La mesure de la satisfaction des résidents n'est pas généralisée	74
4. Un plan de contrôle et un décret « transparence » qui manquent de suivi	75
5. La question non résolue de la prise en compte de la qualité finale et l'annonce d'un nouveau concept : les maisons « France autonomie »	75
B. La question se pose de la taille critique et/ou optimale des Ehpad	77
1. Des leviers au-delà de la taille de l'établissement : mutualisation et regroupement.....	77
2. Un mouvement de mutualisation engagé mais encore inabouti	78
C. La faible prise en compte du besoin d'investissement dans le bâti et les outils numériques, au-delà des plans engagés.....	78



Partie 3	81
Conforter, simplifier, rénover : vers un nouveau modèle et un nouveau rôle des établissements ...	81
I. Les orientations du Conseil de l'âge vis-à-vis de l'évolution du nombre de places et de la transformation des Ehpad	81
A. La transition démographique exercera une pression sur l'ensemble des lieux d'accompagnement appelant à conforter l'offre en établissement spécialisé	81
1. Une augmentation forte des besoins futurs, un risque de saturation de tous les lieux d'accompagnement y compris intermédiaires	82
2. Il est préférable que les personnes en besoin important de soutien soient accompagnées au sein de structures du type Ehpad, plutôt que par des structures sanitaires ou des résidences autonomie	84
B. Il faut concevoir des établissements combinant une forte densité et diversité de soins et d'aides à l'autonomie, et une dimension « lieu de vie et de participation » renforcée	87
1. Un élargissement du périmètre et des types de soins délivrés en Ehpad est nécessaire ...	87
2. Il faut poursuivre l'humanisation des Ehpad pour permettre une vie « comme à domicile », et invisibiliser la dimension « soins »	89
3. Avec une dimension éthique placée au premier plan, une meilleure balance entre sécurité, libertés et (bon) sens renforceront l'attractivité du secteur	91
a. Réaffirmer que les établissements sont des lieux de liberté(s)	93
b. Accepter la prise de risque mesurée.....	94
c. Redonner du (bon) sens et de l'attractivité aux Ehpad tant pour les professionnels que pour les personnes et leurs familles par des approches favorisant qualité de vie et qualité du travail	94
d. Conforter le dispositif d'évaluation externe des ESMS et renforcer la valeur probante de la démarche.....	98
C. Il faut mettre les établissements au service de prestations et de parcours des personnes âgées plus diversifiés et mieux coordonnés	99
1. Les Ehpad, ressources au sein de la filière gériatrique et dans les territoires	99
2. La nouvelle circulaire sur la filière gériatrique, une occasion de clarifier les rôles en termes de coordination des soins et aides.....	100
II. Les pistes d'évolution proposées par le Conseil de l'âge pour mettre le financement au service de l'établissement de demain	101
A. Continuer à renforcer et diversifier les effectifs en relation avec les résidents	101
B. Rénover, simplifier et redonner du sens au système d'allocation des ressources	102
1. Étendre le périmètre de tarification « soins » de tous les Ehpad en convergeant vers le tarif global incluant les dépenses de médicaments	103
2. Faire passer prioritairement le renforcement des moyens des aides en soins et en prévention par la dotation soins	104

3. Prendre en compte par la valeur du point l'impact des décisions nationales de revalorisation des salaires ou des différentiels pérennes de structure et de poids des cotisations sociales.....	106
4. Intégrer et allouer des financements sur des objectifs de qualité et de résultats.....	107
5. Financer une partie de l'augmentation des moyens des Ehpad par les économies produites en termes de meilleure efficacité des parcours sur les dépenses d'assurance maladie	109
6. Il est indispensable de programmer et d'accompagner l'effort d'adaptation du parc d'Ehpad à horizon 2035 et 2050 (immobilier, numérique).....	110
Épilogue du rapport	116
Annexes du rapport	117
1 – Liste des séances du Conseil de l'âge consacrées au « périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des Ehpad ».....	118
2 – Liste des figures, graphiques, tableaux et encadrés.....	125
3 – Liste des sigles et acronymes	127



Introduction

Conformément au programme de travail adopté par les membres du HCFEA en janvier 2025, les travaux du Conseil de l'âge se sont organisés de septembre 2025 à juin 2026 autour des Ehpad, sous l'angle du périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des établissements et de leurs équipes, en repartant de leurs missions, et de la capacité qui est la leur de répondre aux besoins de leurs résidents et des territoires où ils sont implantés.

Ce n'est pas la première fois que le Conseil de l'âge consacre travaux et réflexions à ces établissements (encadré 1). Mais après avoir analysé les conditions de la politique d'accompagnement autour des domiciles autres qu'en établissement, le profil des seniors actuels et leur évolution dans les années à venir, il lui a semblé nécessaire de revenir de façon approfondie sur ces lieux d'accompagnement et de résidence singuliers, tout autant décriés que jugés indispensables dans le débat politique et médiatique.

Les Ehpad ont traversé ces dernières années une période dense en événements et évolutions. Intégrés *in extremis* à une loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 tournée vers le domicile, des premiers jalons de consolidation et de transformation de leur modèle ont été mis en œuvre, et des leviers d'évolution ont été posés dans les concertations et feuilles de route adoptées entre 2016 et 2020. Le double impact de la pandémie de Coronavirus et du scandale Orpea a eu l'effet d'un coup de tonnerre, révélateur de difficultés ou de dérives qui étaient déjà présentes, mais non qualifiées. Elle a conduit les pouvoirs publics et les représentants du secteur, outre la [création de la branche autonomie par la loi du 7 août 2020](#), à prendre des mesures visant à la fois à mettre fin à certaines pratiques, à établir plus de transparence, et à accélérer le soutien public au renforcement des moyens et ressources des Ehpad, portées dans les lois de financement de la Sécurité sociale et la loi du 8 avril 2024. Différentes stratégies et plans ont été lancés durant cette période, des différents volets du « Ségur » (de la santé, du numérique, de l'investissement) à des plans plus tournés vers les publics âgés et leurs aidants ou les structures de l'accompagnement et leurs personnels.

Les mesures prises ne semblent toutefois pas, même analysées globalement, à même de répondre à l'ensemble des besoins de clarification du rôle attendu et du cadre d'intervention des Ehpad, aujourd'hui et, surtout, à l'avenir. L'adoption d'une politique ne prévoyant pas, sauf exception, la création de places nouvelles d'Ehpad a pu par ailleurs créer un sentiment de doute systémique sur la pertinence de leur modèle et leur utilité dans la réponse aux besoins futurs d'accompagnement des personnes âgées en besoin de soutien à l'autonomie.

Or, les évolutions tant démographiques qu'épidémiologiques en cours et projetées à moyen-long terme représentent un défi quantitatif et qualitatif dans l'ensemble de notre pays et plus marqué encore dans certains territoires. On ne peut donc pas faire l'économie de la réflexion sur la contribution que des Ehpad pourraient y apporter, et les évolutions et transformations qui en seraient la condition. C'est à cette problématique que le Conseil de l'âge a souhaité consacrer ses forces, sur la base des travaux précédents dont les principaux ci-dessous.

Encadré 1 | La question du positionnement des Ehpad dans les travaux passés du Conseil de l'âge

Dès son premier rapport, « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 » adopté le 7 novembre 2018 ([tome I](#) et [II](#)), le Conseil de l'âge met en avant une médicalisation croissante des Ehpad, où les soins techniques semblent avoir pris le pas sur l'accompagnement humain. Le Conseil y souligne également l'hétérogénéité des Ehpad et les inégalités territoriales et infraterritoriales qui en découlent dans la prise en charge des personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie. Le Conseil recommande ainsi dès ses premiers travaux, qui seront à la base de sa [contribution à la concertation Grand âge et autonomie adoptée le](#)



6 décembre 2018, de repenser le modèle des Ehpad en mettant l'accent sur la qualité de vie et le bien-être des résidents, par exemple en proposant d'augmenter le taux d'encadrement à 8 ETP pour 10 résidents, la mise en place d'un crédit d'impôt ou encore la fusion des sections « soins » et « dépendance ».

Par la suite, les Ehpad ont occupé une place importante dans les travaux du Conseil de l'âge dans un large éventail de sujets, allant du financement et de l'accessibilité à la qualité des soins et aux conditions de travail. Plus spécifiquement, sur la question de leur périmètre d'intervention, les travaux du Conseil mettent notamment en évidence :

- dans le rapport « [bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile](#) » publié en janvier 2024, ainsi que dans les documents *Éclair'âge* sur « [les aspects relatifs à la santé et aux soins des personnes âgées](#) » et sur les « [grands courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population](#) », le Conseil de l'âge estime, notamment à l'appui d'exemples étrangers féconds, que l'évolution du rôle des Ehpad devrait être portée par un mouvement vers une approche plus territoriale, axée sur le soutien à domicile, la coordination des services (encore marquée par une multiplicité d'acteurs, de dispositifs, et leur instabilité dans le temps) et une meilleure intégration dans le parcours de vie des personnes âgées. Le Conseil de l'âge encourage les politiques visant à ce que les Ehpad deviennent de véritables acteurs de l'autonomie, en complément de leur mission d'hébergement. Le Conseil a également insisté sur la nécessité de ne pas négliger la nécessaire autonomie des acteurs de terrain (potentiellement grevée par la dynamique d'institutionnalisation liée à la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé – OTSS) dans l'élaboration des solutions locales ;
- l'importance de repenser les lieux de vie des personnes âgées, en favorisant la diversité, l'autonomie et le lien social, tout en adaptant les Ehpad pour qu'ils répondent mieux aux besoins des résidents. Il a pu, dans ses [avis aux PLFSS pour 2024 et 2025](#) pour ne citer que les plus récents ou dans le cadre de son séminaire de « [retours d'expériences Covid dans le champ de l'âge](#) », constater que les moyens pour y parvenir restent à ce stade insuffisants et trop tardifs par rapport à ses préconisations. Le Conseil a notamment insisté sur la nécessité d'une information plus effective des assurés sur leurs droits au moment de l'entrée en établissement et de former les membres des CVS (Conseils de la vie sociale) dans sa contribution aux « [états généraux des maltraitances envers les adultes vulnérables](#) » en juin 2023. Enfin, le Conseil de l'âge, dans son « [avis sur la terminologie du grand âge](#) » avait proposé de les renommer, pour une terminologie plus positive, inclusive et participative « Résidence d'accompagnement et de soin pour aînés (Rasa) » ;
- des restes à charge élevés en Ehpad qui doivent conduire à une prise de conscience collective sur les difficultés d'accessibilité financière de ces établissements (sans aides, plus de 70 % des personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie ne pourraient y avoir accès sans reste à vivre négatif), par exemple dans sa note « [Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors, une utilisation pour penser l'accessibilité financière aux Ehpad, résidences autonomie \(RA\) et résidences services seniors \(RSS\)](#) » de novembre 2022 ou dans son dernier avis portant sur le « [projet de décret relatif aux tarifs afférents à l'hébergement dans les Ehpad totalement ou majoritairement habilités au titre de l'ASH](#) » de décembre 2024. Le Conseil s'est toujours inscrit dans une réflexion approfondie sur le reste à charge en Ehpad, en examinant les différentes sources de financement. S'il n'a jamais exclu par principe des financements personnels complémentaires, ces derniers ne doivent pas se substituer à un financement public et solidaire selon lui. Et dans sa « [note de comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie \(domicile ou Ehpad\)](#) » de novembre 2021, il a par exemple exploré la question de l'imputation à la section tarifaire « hébergement » des dépenses d'investissement, qui, si elles étaient équitablement imputées également à la section soins, permettraient de réduire les restes à charge pour les résidents.

Les travaux du Conseil mettent ainsi en lumière une dichotomie entre les principes d'autonomie et les réalités du système d'accompagnement en établissement, appelant à un nécessaire changement d'approche, plus globale et coordonnée, sur les Ehpad plutôt qu'à une simple superposition de mesures « correctives » de court terme. De fait, comme le Conseil de l'âge le rappelle notamment dans son document *Éclair'âge* « [Panorama des comportements conjugaux et configurations familiales chez les seniors](#) », l'arrivée des générations des *baby-boomers* au grand âge va profondément modifier les besoins des personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie et, dans ce contexte de mutations structurelles, nécessiter des évolutions profondes dans les modalités de leur prise en charge, *a fortiori* pour les Ehpad.

Au vu de l'ensemble des questions nouvelles qui se posent, le Conseil de l'âge a donc entrepris, comme il l'a fait sur le domicile dans son rapport de 2024, **un diagnostic à 360° sur la capacité des Ehpad à répondre efficacement, à périmètre constant ou évolutif, de missions, d'organisation et de professionnels, aux besoins actuels et futurs des publics âgés.**

Sur la base de la note de cadrage adoptée par ses membres, le Conseil de l'âge a conduit ses travaux entre juillet 2025 et juin 2026 sous le pilotage de Marco Geraci, secrétaire général adjoint du HCFEA, appuyé par Anne Penneau et Octave De Brouwer (conseiller-e-s scientifiques). Il a bénéficié de nombreuses contributions d'institutions membres du Conseil, d'institutions, structures ou de personnalités extérieures auditionnées (figure 1). Il a également bénéficié de l'accueil des directions, des personnels et des résidents des Ehpad rencontrés lors de ses déplacements de terrain : les établissements Creisker (44) et Villa Tohannic (56) du groupe LNA, les pavillons Jeanne Callarec et Coteaux de Montmorency du Groupe hospitalier Simone Veil (95), ainsi que l'Ehpad Kersalic à Guingamp (22). Il a pu s'appuyer sur l'expertise de Jean-Marie Vetel, gériatre et consultant en gérontologie, ainsi que sur les contributions des directions et services statistiques, des instituts de recherche producteurs de données et d'études, et des membres de l'Igas venus présenter leurs missions et leurs rapports. Leur concours a été précieux et mérite d'être chaleureusement remercié..

En méthodologie de travail, le Conseil de l'âge s'est appuyé sur :

- le traitement, par le secrétariat général, des éléments de doctrine, des études et des données quantitatives existantes ;
- des auditions en séance et des présentations et contributions de l'ensemble des parties prenantes concernées : administrations, caisses et institutions nationales, fédérations, syndicats et groupes d'établissements, directions et professionnel(le)s, personnes accompagnées
- des travaux propres notamment de modélisation, quand les données le permettront ;
- des déplacements et « immersions » afin de mieux appréhender la réalité des acteurs et des situations ainsi que le « regard » des personnes concernées ;
- des éléments de comparaison internationale.

Au final, le Conseil de l'âge a consacré onze séances et deux séminaires à ce sujet, listés ci-dessous, et dont les comptes-rendus sur le site hcfea.gouv.fr permettent de retracer toute la richesse. Des membres du Conseil de l'âge ont adressé des contributions complémentaires, restituées en annexes qui peuvent [être consultées ici](#).

Le rapport adopté s'organise en trois parties :

- une première partie « Portrait des Ehpad et de leurs résidents », qui après un rappel de l'histoire et l'évolution de ces établissements au fil des décennies, en dresse un tableau contemporain en les situant au sein des soins de longue durée en France et en comparaison internationale ;
- une deuxième partie consacrée aux ressources des Ehpad, avec un focus porté sur les financements publics, leur tarification, et aux moyens qu'ils permettent de mobiliser ainsi qu'aux prestations qu'ils délivrent ;
- une troisième partie qui, à partir des points à améliorer dans la situation actuelle développe une vision prospective, propose un nouveau modèle et un nouveau rôle pour ces établissements, et fournit des voies pour le mettre en œuvre.



Figure 1 | Les séances du programme de travail du Conseil de l'âge sur les Ehpad

<p>Séance du 10 juillet 2025 <i>Premières données disponibles</i></p>	<p>Étude de l'évolution des profils des résidents, des effectifs soignants et de la dynamique de hausse des coûts de revient en Ehpad</p>
<p>Séance du 18 septembre 2025 <i>Les marqueurs de qualité des Ehpad</i></p>	<p>Examen des marqueurs de qualité et des indicateurs de performance en Ehpad, à partir des bilans des évaluations et des données de pilotage disponibles</p>
<p>Séance du 9 octobre 2025 <i>Les outils des régulateurs territoriaux</i></p>	<p>Présentation des leviers de régulation territoriale, des enjeux de transformation de l'offre, de la contractualisation et des nouveaux modes de financement</p>
<p>Séance du 13 novembre 2025 <i>Les ressources humaines</i></p>	<p>État des lieux des enjeux de ressources humaines et d'attractivité des métiers : leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail et de réduction de la sinistralité en Ehpad</p>
<p>Séance du 18 décembre 2025 <i>Effets tarifaires sur les soins et coordination ville-hôpital</i></p>	<p>Évaluation de l'impact du passage au tarif global sur le parcours de soins des résidents et du renforcement de l'intégration des établissements dans la filière gériatrique</p>
<p>Séance du 22 janvier 2026 <i>Financements complémentaires et parcours</i></p>	<p>Identification des missions complémentaires et des leviers de financement : l'Ehpad comme centre de ressources territorial et moteur d'expérimentations organisationnelles</p>
<p>Séance du 19 février 2026 <i>Questions éthiques</i></p>	<p>Réflexion sur les enjeux éthiques et l'accompagnement de la fin de vie en Ehpad : concilier respect du consentement, libertés individuelles et impératifs de sécurité</p>
<p>Séance du 19 mars 2026 <i>Organisations et performance</i></p>	<p>Focus sur les nouveaux leviers de mutualisation, de performance et de sécurisation du circuit du médicament pour l'optimisation du pilotage et des fonctions logistiques</p>
<p>Séminaire du 25 mars 2026 <i>Outils et usages du numérique en Ehpad</i></p>	<p>Panorama du virage numérique en Ehpad : état des lieux des dispositifs de partage de données et des innovations technologiques au service du grand âge</p>
<p>Séminaire du 8 avril 2026 <i>L'immobilier en Ehpad</i></p>	<p>Diagnostic(s) des enjeux immobiliers et des besoins d'investissement : état du parc existant et leviers de financement pour la modernisation des établissements</p>
<p>Séance du 16 avril 2026 <i>Quel(s) modèle(s) pour demain (1) ?</i></p>	<p>La corrélation entre modes de financement et qualité de l'accompagnement : enjeux de réforme de l'équation tarifaire et promotion de l'efficience</p>
<p>Séance du 21 mai 2026 <i>Quel(s) modèle(s) pour demain (2) ?</i></p>	<p>Regards croisés sur la transformation des établissements : enseignements des modèles étrangers et partage d'expériences de terrain innovantes</p>

Source : SG du HCFEA.

Partie 1

Portrait des Ehpad et de leurs résidents

I. Des établissements médico-sociaux spécialisés dont le niveau de médicalisation et le nombre de places ont augmenté depuis 30 ans

A. Des établissements médico-sociaux assurant soins et hébergement qui ont connu une montée en médicalisation

1. Des établissements nés de la fusion de structures sanitaires et sociales

L'origine des Ehpad est diverse, des hospices et hôpitaux publics aux institutions religieuses, en passant par l'action du patronat ou du mouvement social. Mais, à la suite du rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse de 1962 (dit « rapport Laroque »), leur identité repose dans la conjonction de la [loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière](#) et de la [loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales](#), qui ont contribué à l'émergence d'un secteur social et médicosocial autonome distinct du secteur sanitaire. Ces lois vont « *prendre en compte le fait que l'hôpital gérait à l'époque de nombreux foyers et hospices accueillant ces publics fragiles, mais qui ne relevaient pas d'une prise en charge sanitaire* ».

La loi de 1970 a posé le principe du « *recentrage de l'hôpital sur ses seules activités sanitaires, tirant ainsi les conséquences d'une absence de savoir-faire de l'établissement hospitalier en matière d'accueil social ou médico-social des enfants de l'aide sociale à l'enfance, des enfants handicapés ou inadaptés, des personnes âgées et des adultes handicapés* »¹. La loi de 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales inscrit dans son article premier parmi celles-ci « *tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente (...) hébergent des personnes âgées* ». Ils sont soumis à des normes minimales quantitatives et qualitatives d'équipement et de fonctionnement. La loi prévoit que les établissements d'hébergement pour personnes âgées puissent comporter des sections de cure médicale, après autorisation. Elle fait entrer ces établissements dans une modernité à la fois juridique et de vocabulaire, en les détachant de la forme des hospices².

« *Dans les années d'après-guerre, les établissements d'hébergement avaient la dénomination "d'hospices". Cette appellation, qui apparaît aujourd'hui comme étant particulièrement négative, n'avait pas du tout alors cette connotation. Mais très rapidement, l'élévation du niveau de vie général de notre pays a conduit à des modifications terminologiques. La loi du 30 juin 1975 (...) a fait entrer le concept de "maison de retraite" »*³.

¹ Bauduret J.-F., Jaeger M., 2022, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Dunod, Paris.

² En fait des hôpitaux-hospices ou établissements privés qui hébergeaient tout Français « *soit âgé de plus de soixante-dix ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable* » et privé de ressources, en vertu de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance.

³ Brami G., 2013, [Les paradoxes de l'évolution des Ehpad](#), *Empan*, n° 91(3), p. 56-61.



Le secteur social et médicosocial a été refondé par la [loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale](#), avec deux priorités : les droits des personnes et la meilleure organisation des moyens au bénéfice des personnes en situation de fragilité.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) rentrent alors dans un socle commun aux ESMS, qu'on peut résumer en quelques points :

- une logique de réponse aux besoins qui justifie des démarches de planification (schémas et projets d'organisation régionaux ou départementaux) et un régime d'autorisation confié aux régulateurs publics (État, départements) ;
- une unicité de gouvernance et de direction (conseil d'administration, rôle du directeur) ;
- un cadre réglementaire à respecter (conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement) ;
- le respect des droits de toute personne accompagnée, de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir « librement », principes rappelés dans la [charte des droits et libertés de la personne accueillie](#) ;
- des règles collectives qui s'imposent aux personnes accompagnées (contrat de séjour, règlement de fonctionnement définissant les droits de la personne accueillie, mais aussi ses obligations et ses devoirs) ;
- une tarification par le financeur et une contractualisation avec ce dernier.

2. Des Ehpa aux Ehpad, une réforme de médicalisation liée à l'émergence du grand âge

La volonté d'inscrire les nouveaux Ehpa dans un cadre médicosocial, et non sanitaire, n'empêche pas de les vouloir lieux de soin. La création de section de cure médicale est encadrée par la réglementation, leur part ne devant pas excéder 25 % de la capacité totale d'accueil de l'établissement. Les professionnels intervenant au sein des « optants » sont majoritairement libéraux.

Le besoin d'une réforme du dispositif posé en 1975 se fait pressant dans les années 1990, où l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de personnes très âgées – en France, la part des plus de 80 ans dans la population a doublé entre 1960 et 1995, passant de 2 à 4 % de la population – entraîne un besoin en soin accru des résidents.

La [loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire](#) introduit le principe d'une réforme pour clarifier le financement des différents besoins des résidents des Ehpad, en renvoyant ses modalités à une loi ultérieure⁴. La [loi du 24 janvier 1997 dite « prestation spécifique dépendance »](#) engage, par son titre IV, cette réforme d'ampleur⁵.

L'objectif en est de « *prendre en charge les personnes âgées dépendantes non plus en fonction du statut de l'établissement, mais compte tenu de leur état* »⁶. Les places de section de cure médicale autorisées à la date d'application de la loi devaient être financées par les régimes d'assurance maladie dans un délai de deux ans suivant cette date. **Le principe de la tarification ternaire**

⁴ [Article 44](#) : « Une loi réformant la tarification et harmonisant le statut des établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées est adoptée au plus tard le 31 décembre 1996. Cette loi vise, dans le respect des dispositions figurant au titre III du code de la famille et de l'aide sociale, à clarifier, en fonction de l'état de la personne âgée, la répartition des charges relatives aux soins et à la surveillance médicale, à l'hébergement et, le cas échéant, aux conséquences de la dépendance ».

⁵ Comme l'indique son exposé des motifs, « il établit les bases législatives d'une réforme de la tarification dont le Parlement a déjà voté, à l'instigation de la Haute Assemblée, le principe de l'adoption avant le 1er janvier 1997. Aux termes de l'article 9, la tarification de l'établissement est fondée sur une convention tripartite entre ledit établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Cette convention tripartite devra être conclue avant le 31 décembre 1999 ».

⁶ Rapport n° 14 (1996-1997) de M. Alain VASSELLE, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 9 octobre 1996.

(« soins »/« dépendance »/« hébergement ») et du conventionnement tripartite (établissement/État/département) découle de la loi.

Les [décrets n° 99-316](#) (modalités de tarification et de financement des établissements) et [99-317 du 26 avril 1999](#) (modalités de gestion et de calcul des tarifs journaliers selon les groupes iso-ressources – GIR) assurent l'application de la loi qui donne naissance à l'acronyme Ehpad, car relatifs respectivement « *aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes* » et à « *la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes* ». Ensemble, ils structurent le financement des établissements en cherchant à l'adapter aux besoins des personnes âgées « dépendantes ».

Le mouvement de médicalisation des établissements pour personnes âgées a conduit à des évolutions importantes : d'une part, l'intégration de dépenses auparavant ambulatoires dans leur dotation et la définition d'équations visant à objectiver leur financement ; d'autre part, en corollaire l'augmentation des effectifs de professionnels recrutés et rémunérés par les établissements.

Une mission d'accompagnement est mise en place. Elle construit – avec les directions du ministère – des référentiels de tarification et d'évaluation, la priorité étant d'augmenter les moyens des établissements les moins bien dotés au regard de la charge qu'ils doivent affronter. Est ainsi définie une dotation minimale de convergence (DO.MINI.C.).

La réforme de passage sous forfait soins est conduite dans le cadre d'un plan pluriannuel de médicalisation des Ehpads, conduisant à la délégation d'enveloppes régionales permettant de conduire les actions suivantes :

- la signature de conventions tripartites ;
- l'extension en année pleine des conventions signées l'année précédente ;
- l'intégration des dépenses de soins de ville dans les tarifs de soins des structures.

À compter de 2002, une seconde réforme impactant la contractualisation tripartite se greffe à celle de la médicalisation. Elle consiste en la détermination des tarifs afférents à la « dépendance », afin de permettre aux résidents de bénéficier de l'APA créée par la [loi du 20 juillet 2001](#). En application de son article 5, les instructions⁷ aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) et directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) rappellent « *qu'il est de l'intérêt des résidents et des établissements qu'une convention tripartite puisse être appliquée rapidement* ».

B. L'expansion du nombre d'Ehpad est liée aux plans des années 2000

Le plan « Vieillesse et solidarités » présenté en novembre 2003 après la tragédie de la canicule de l'été l'ayant précédé, a pris acte de l'insuffisante capacité de la France à bien accompagner les personnes âgées les plus vulnérables tant à domicile qu'en établissement. Ce plan annonçait, mais aussi anticipait, les réformes à venir et notamment la création de la Journée de solidarité et de la CNSA, et l'augmentation des financements dédiés à la médicalisation des Ehpads. Deux plans conduits dans les années 2000-2010 ont contribué à l'augmentation du nombre d'Ehpads et de places.

1. La conversion de capacités d'unités de soins de longue durée (USLD) en places d'Ehpad

En 2005-2006, sur la base du constat d'inadéquation dans la patientèle du long séjour hospitalier, il est décidé de conduire un plan de transformation de lits d'USLD, services hospitaliers dont les soins

⁷ [Circulaire DHOS-F2/MARTHE/DGAS/DSS-1A n° 2002-207 du 10 avril 2002](#) relative à la campagne budgétaire pour l'année 2002 dans les établissements et services médicosociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.



sont financés sur crédits sanitaires. L'objectif est de remettre en adéquation la population accueillie avec la vocation de la structure, et de requalifier une partie des capacités en places d'Ehpad.

L'article 6 de la [loi du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité sociale \(LFSS\) pour 2006](#) a prévu la redéfinition du champ des USLD par « *partition* » des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial. Ce processus, fondé sur un « *référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales* » est étendu sur trois ans par [l'article 84 de la LFSS du 21 décembre 2006 pour 2007](#). Les capacités devenues médicosociales doivent se centrer sur l'accueil des patients à profil médicosocial et la partie restée sanitaire de l'établissement (dont les capacités ont été réduites de moitié) doit recentrer ses activités sur l'accueil des patients à profil sanitaire, c'est-à-dire ceux qui nécessitent des soins médicaux et techniques importants (SMTI) : patients présentant des pathologies chroniques ou une polypathologie, nécessitant une surveillance médicale constante et un suivi infirmier continu 24h/24.

2. Les créations de structures et de places du Plan Solidarité Grand âge (PSGA)

Le PSGA est présenté en mai 2006, à la suite d'un travail de prospective piloté par le ministère des Affaires sociales et le Centre d'analyse stratégique (devenu Haut-commissariat à la stratégie et au plan [HCSP] en mai 2025). **Il fixe l'objectif d'augmenter de 37 500, sur cinq ans, le nombre de places en Ehpad, d'augmenter le nombre de soignants dans ces établissements et revalorise de 15 % en moyenne le tarif soins des Ehpad**, par la valorisation d'une nouvelle grille issue du service médical de l'Assurance maladie, « Pathos ». Il revalorise enfin le tarif global de 20 % – voir *infra*. L'objectif était donc un développement quantitatif et qualitatif de l'offre. La progression vers un taux d'encadrement de 0,8 ETP pour un résident et même le « *un pour un* » pour les résidents les plus en besoin d'aides à l'autonomie est affiché par le politique. Le chemin pour y parvenir n'était pas précisé, ni le mode de calcul ou les types de professionnels qui devaient être comptabilisés.

C. Les possibilités actuelles pour la création de places nouvelles sont très limitées

À l'exception de mesures très ciblées, il n'existe actuellement que peu de possibilités de création de nouvelles places. Les annonces d'ouverture d'un nouvel Ehpad correspondent souvent à la sortie de places anciennement autorisées, ou au transfert de places vers un établissement reconstruit.

1. La création ou l'extension des capacités d'un Ehpad se fait par appel à projet

La [loi « Hôpital, patients, santé, territoires » promulguée le 21 juillet 2009](#) modifie le cadre du pilotage territorial de l'offre de soins et médicosociale : elle instaure de nouvelles modalités d'octroi des autorisations et de programmation régionale. Elle s'appuie sur un outil créé par la [loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées](#), les « Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) ». Ces programmes déclinent les schémas régionaux d'organisation médicosociale établis après consultation notamment des départements par l'ARS. Ces schémas sont devenus depuis 2017 un des volets du Projet régional de santé des ARS.

Sur la base de cette programmation, les autorités en charge de l'autorisation arrêtent des appels à projets pour répondre aux besoins non ou mal couverts sur un territoire donné. Cette procédure entre en exception avec le droit de la concurrence européen et le droit français de la commande publique, classant en droit les EMS dans la catégorie des services d'intérêt économique général (Sieg), qui sont des services de nature économique soumis à des obligations de service public dans le cadre d'une mission particulière d'intérêt général. Comme le notaient les juristes, « *La mise en place progressive de schémas d'organisation sociale et médico-sociale, d'outils de programmation comme le*

PRIAC et, surtout, la loi « HPST » (...), avec l'avènement des appels à projet lancés par les autorités compétentes, opèrent un changement de logique radical en consacrant la primauté de la commande publique et de son caractère descendant »⁸.

Depuis la fin du PSGA, les appels à projet et autorisations nouvelles d'Ehpad sont rares, et concentrées sur les zones du territoire fortement carencées : Corse et départements d'outre-mer. De ce fait, la dynamique d'augmentation du nombre de places d'Ehpad est faible (voir *infra*).

2. La transformation d'établissements existants par médicalisation reste possible

Passée la dynamique de médicalisation des Ehpad des années 1997 – 2007, les Ehpa non médicalisées ont gardé une possibilité d'option pour le forfait soins et leur transformation en Ehpad. Les Ehpa actuels sont des résidences très peu ou pas du tout médicalisées. Le taux de personnes âgées « dépendantes » pouvant être hébergées dans ces structures est plafonné à moins de 15 % de résidents en GIR 1 à 3 et moins de 10 % de résidents en GIR 1 à 2. En pratique, on utilise souvent ce terme pour parler d'une maison de retraite non médicalisée, quel que soit son statut juridique. Au niveau de leurs missions et moyens, elles se différencient actuellement des Ehpad par l'absence de financement direct d'une équipe de soins⁹.

3. La requalification en établissement médicosocial touche peu le secteur personnes âgées

L'inscription des établissements médicosociaux dans le CASF, avec la description de leurs missions et des publics accueillis, leur donne une forme de monopole de droit sur leur champ de missions. Tout autre établissement ou logement qui en épouserait les caractéristiques s'expose à une procédure de « requalification » en EMS. Elle peut survenir à l'issue d'une inspection et d'une menace de fermeture administrative si l'établissement maintient son activité sans changement. Dans les faits, les risques de requalification ont concerné des structures accueillant des personnes en situation de handicap, notamment les habitats inclusifs, et concernaient au premier chef la question du respect des normes s'imposant aux établissements recevant du public (ERP) en raison de la présence de plus de six personnes handicapées ou âgées dépendantes dans un même immeuble¹⁰.

II. Les Ehpad occupent une place importante dans les solutions d'accompagnement des personnes âgées

Les Ehpad occupent une place prédominante dans l'offre d'accompagnement avec hébergement destinée aux personnes âgées en situation de besoin d'aides à l'autonomie. Cette place s'est progressivement consolidée depuis la transformation en Ehpad des premiers établissements au début des années 2000. L'évolution du nombre de places est à mettre au regard de l'évolution des profils des résidents et des transformations démographiques des vingt-cinq dernières années.

⁸ Dunod Édition, repris par la *Gazette des communes*, publié le 1^{er} avril 2013.

⁹ Il ne faut pas confondre ces Ehpa avec les Petites unités de vie (PUV) qui peuvent se voir appliquer les règles tarifaires des Ehpad, car elles doivent signer un Cpom, valable cinq ans dans lequel est précisée l'option tarifaire de leur choix.

¹⁰ *Ordonnance en référé du Conseil d'État n° 470899 du 20 février 2023*, requalifiant un habitat inclusif de la ville du Mans en ERP, compte tenu de la vulnérabilité du public accueilli. Le gouvernement s'est engagé, sous un format interministériel, à conduire des travaux pour faire évoluer la réglementation applicable à ce type de logement.

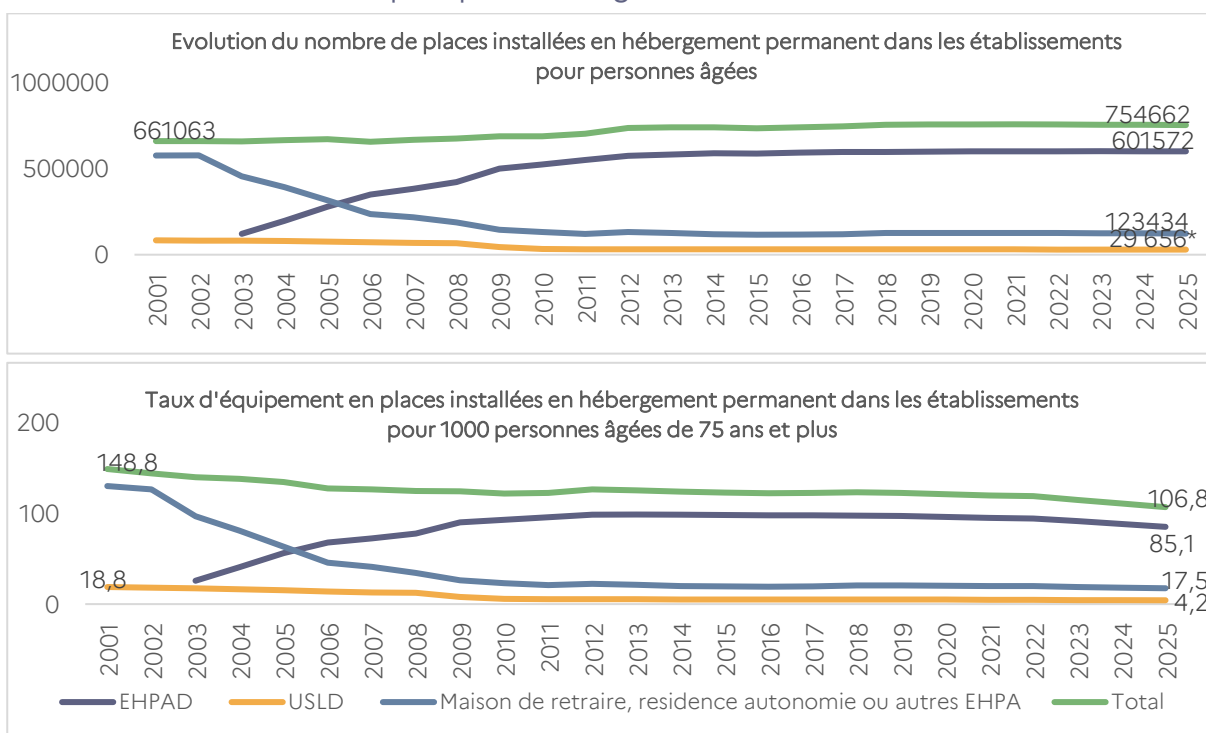


A. Une augmentation marquée du nombre d'établissements et de places

Durant la phase de déploiement des plans précités, de 2003 à 2013, le nombre de places en Ehpad a quasi quadruplé atteignant 7 114 Ehpad et 554 206 places en hébergement permanent en 2013 (graphique 1). Comme indiqué précédemment, c'est au cours de cette période que la grande majorité des maisons de retraite ont été converties en Ehpad. Entre 2007 et 2010, 41 000 places d'USLD soit près de la moitié de l'offre ont été également converties en places d'Ehpad¹¹.

Entre 2013 et 2019, le nombre de places en Ehpad a progressé plus lentement à un rythme annuel moyen de 1,5 %. Ainsi, en 2019, on comptait 7 519 Ehpad pour 586 340 places en hébergement permanent. La dernière phase, entre 2019 et 2025, le nombre d'établissements et de places en hébergement permanent a peu varié¹².

Graphique 1 | Nombre de places installées en hébergement permanent en Ehpad, en USLD, ou dans d'autres structures d'accueils pour personnes âgées de 2001 à 2023



Champ : hébergement permanent ; France entière. * Les données sur le nombre de lit en USLD n'étant pas disponible pour 2024 et 2025 nous avons conservé le nombre de place en 2023.

Source : données Finess-Statiss ; Insee ; calculs HCFEA.

Les taux d'équipement en établissements pour personnes âgées étaient de 149 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2001, de 120 places en 2013 et 2019, puis ont baissé à 107 places pour 1 000 personnes âgées en 2025. En 2025, les Ehpad représentent près de 80 % des équipements¹³. Les autres équipements comptabilisés sont les USLD, les logements-foyers (puis, à partir de 2016, les résidences autonomie) et les Ehpa. Ces équipements ne comprennent cependant

¹¹ Guérin O., Jeandel C., 2021, *Pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie*, rapport de mission.

¹² On peut toutefois noter une légère diminution du nombre de places dans le secteur public dans l'enquête Ehpa 2023 de la Drees, aussi bien pour les Ehpad (diminution de plus de 3 000 places, soit - 1,2 % de l'offre publique, dont les 2/3 dans les Ehpad publics hospitaliers, que pour les USLD - 2 000 places, soit - 6,8 %).

¹³ Drees (2025), « *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - édition 2025* », panorama de la Drees, Paris.

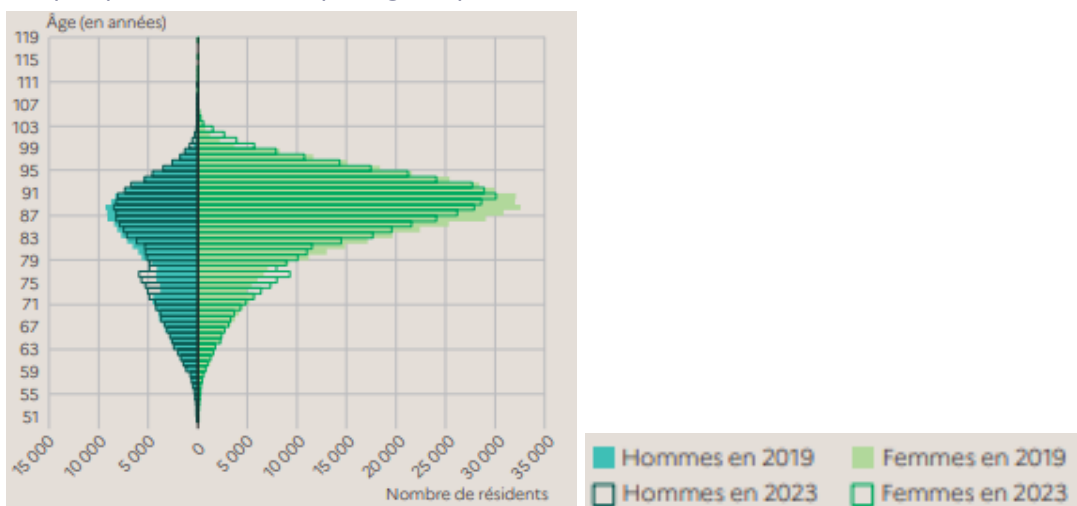
pas les résidences seniors du parc privé lucratif, qui ne sont pas des ESMS. Or, ce secteur connaît une croissance soutenue depuis le début des années 2000¹⁴. Si l'on ajoute ces logements aux places des établissements médicosociaux, le taux d'équipement atteint 129 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2023.

Depuis plusieurs années, les établissements pour personnes âgées s'ouvrent de plus en plus sur l'extérieur, notamment par le développement de modes d'accueil alternatifs à l'hébergement permanent, tels que l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

B. Des profils de résidents de plus en plus marqués par les besoins complexes et de fréquentes hospitalisations avant l'entrée en Ehpad

Les résultats de l'enquête Ehpa 2023¹⁵ mettent en évidence l'évolution des publics accueillis en Ehpad entre 2019 et 2023 : on observe un vieillissement de la population et des niveaux de perte d'autonomie pour réaliser les actes de la vie quotidienne plus importants des résidents. Les profils des résidents continuent d'évoluer vers des âges de plus en plus élevés. En 2023, 40 % des résidents ont 90 ans ou plus, contre 38 % en 2019 et 35 % en 2015 (graphique 2). Cette progression résulte de l'allongement de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations de l'entre-deux-guerres. Le nombre de centenaires a notamment progressé de près de 60 % entre 2019 et 2023, passant de 10 600 à 16 900 personnes, soit de 1,4 % à 2,4 % de l'ensemble des résidents.

Graphique 2 | Structure par âge et par sexe des résidents accueillis en 2019 et en 2023



Source : Drees, enquêtes Ehpa 2019 et 2023, *Étude et résultats n° 1351*.

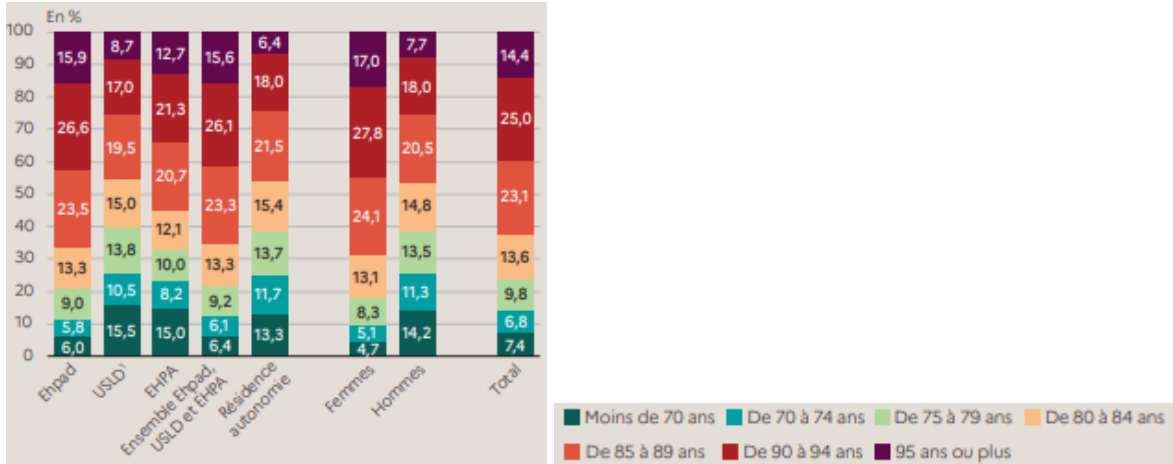
L'effet du déficit de naissances lié à la Seconde Guerre mondiale, ainsi que celui du baby-boom qui a suivi commencent à être visibles dans la répartition des résidents (graphique 3). La part des personnes âgées vivant en établissement poursuit sa baisse, passant de 5,2 % des 65 ans ou plus en 2019 à 4,7 % en 2023. Cette diminution est particulièrement marquée chez les 90 ans ou plus, dont 29,5 % résident en établissement en 2023, contre 31,2 % en 2019. À l'inverse, la proportion des 95 ans ou plus vivant en établissement augmente légèrement (43,7 % contre 43,0 % en 2019).

¹⁴ Alors qu'on dénombrait environ 1 147 résidences services seniors représentant plus de 92 000 logements fin 2023, le parc atteindrait près de 1 340 résidences et plus de 108 000 logements fin 2025.

¹⁵ Drees (2025), « Établissements d'hébergement pour personnes âgées : des résidents aussi âgés et autant en perte d'autonomie qu'en 2019, mais moins nombreux », études et résultats n°1351. Voir la séance du Conseil de l'âge de juillet 2025.



Graphique 3 | Répartition des résidents d’Ehpa selon leur tranche d’âge par catégorie d’établissement et par sexe en 2023

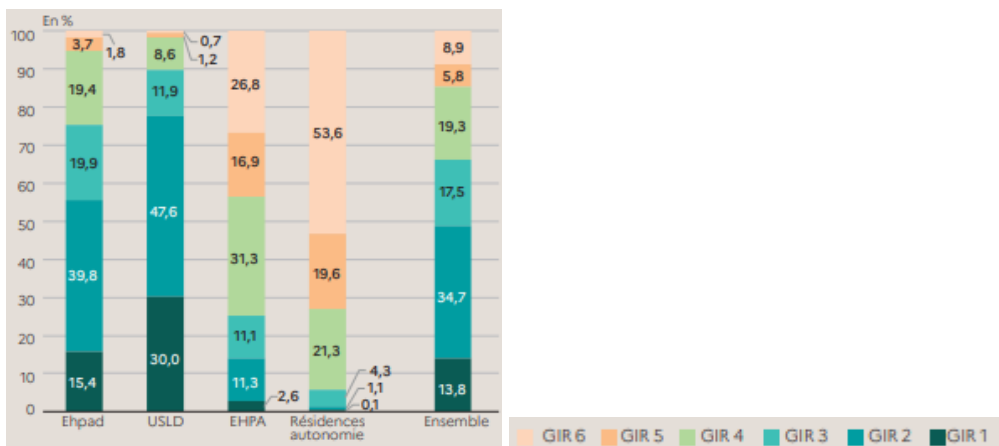


Source : Drees, enquêtes Ehpa 2019 et 2023, *Étude et résultats* n° 1351.

Malgré cette tendance, les résidents sont de plus en plus âgés, reflétant à la fois l’allongement de l’espérance de vie et les évolutions démographiques des générations. Les Ehpad accueillent les populations les plus âgées, avec un âge médian de 88 ans et 8 mois, contre environ 84 ans dans les résidences autonomie et les USLD. L’entrée en établissement intervient désormais à des âges plus avancés et dans des situations de fragilités plus importantes. Selon l’enquête *Ehpa de 2023*, près d’un résident d’Ehpad huit a toutefois 75 ans ou moins, avec des besoins qui diffèrent fortement des autres résidents plus âgés : ils comptent un peu plus d’hommes que de femmes, sont moins atteints par les troubles liés au vieillissement que par des handicaps anciens et ont des revenus beaucoup plus faibles que la moyenne des autres résidents d’Ehpad¹⁶.

Le profil des résidents se caractérise par un niveau de besoin d’aides élevé et toujours en hausse bien que relativement stabilisé (graphique 4). En 2023, 85 % des personnes accueillies sont classées en GIR 1 à 4, contre 81 % en 2011 et 83 % en 2015.

Graphique 4 | Répartition des résidents d’Ehpa au 31 décembre 2023 selon leur niveau de besoin d’aides à l’autonomie par catégorie d’établissement

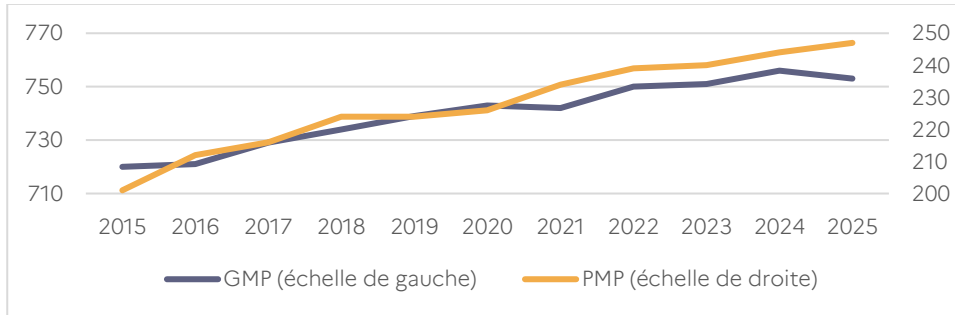


Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023, *Étude et résultats* n° 1351.

¹⁶ Voir la séance du Conseil de l’âge de novembre 2025.

Si la part des résidents les plus en besoin d'aides (GIR 1) recule légèrement, les Ehpad continuent d'accueillir des publics ayant des besoins d'aides croissants (graphique 5), comme en témoigne la progression du GIR moyen pondéré (GMP), passé de 696 en 2015 à 737 en 2023. Plus de la moitié des résidents d'Ehpad sont ainsi classés en GIR 1 ou 2.

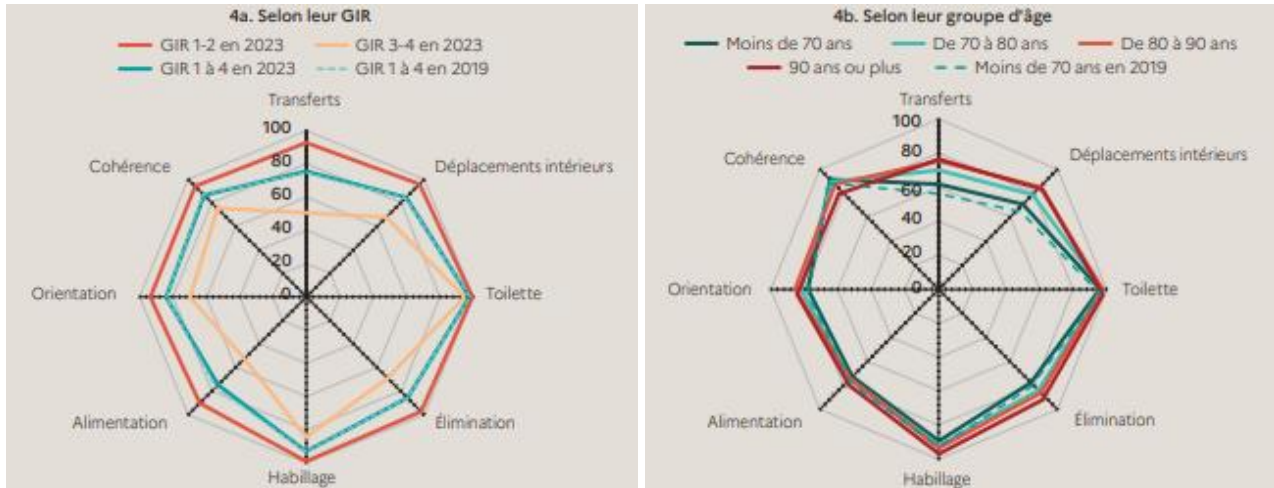
Graphique 5 | Une hausse du GMP et du PMP des résidents en Ehpad



Source : données Galaad.

La grande majorité des résidents est concernée par des limitations importantes dans les actes de la vie quotidienne, a besoin d'aide pour la toilette, l'habillage ou l'alimentation, tandis que les troubles de l'orientation et de la cohérence concernent plus de quatre résidents sur cinq (graphique 6). Les troubles cognitifs occupent une place croissante dans les établissements : en 2023, 38 % des résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, contre 34 % en 2019.

Graphique 6 | Part des résidents d'Ehpa confrontés, fin 2023, à une fragilité partielle ou totale selon le type d'activité, et comparaison avec 2019



Source : Drees, enquêtes Ehpa 2019 et 2023, Étude et résultats n° 1351.

Enfin, les personnes admises en établissement présentent un besoin d'aides à l'autonomie plus élevé qu'auparavant (tableau 1). La part des entrants encore relativement autonomes (GIR 5 et 6) diminue régulièrement depuis 2011, ce qui peut refléter l'effet des politiques de soutien au maintien à domicile mais également la démographie ou l'épidémiologie de la perte d'autonomie. L'entrée en établissement intervient ainsi de plus en plus tard dans le parcours de vieillissement, lorsque les besoins d'accompagnement et de soins deviennent plus importants.



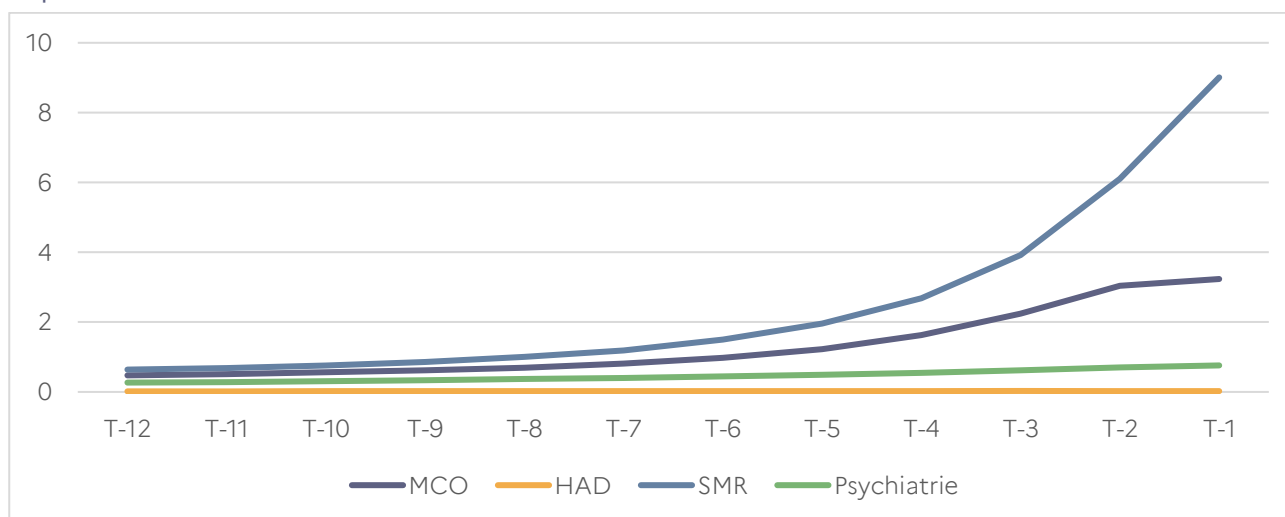
Tableau 1 | Répartition des résidents entrés en 2023 selon leur niveau de besoin d'aide à l'autonomie par tranche d'âge En %

Tranche d'âge	GIR des entrants						Total
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	
Moins de 70 ans	7,9	28,3	15,3	23,4	9,2	15,9	100
De 70 à 79 ans	9,2	36,1	18,0	21,4	6,0	9,3	100
De 80 à 89 ans	9,5	35,9	20,3	22,8	5,5	6,1	100
90 ans ou plus	9,9	35,7	22,3	23,7	4,7	3,6	100
Ensemble	9,5	35,4	20,3	22,9	5,5	6,4	100

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2019 et 2023, *Étude et résultats n° 1351*.

L'entrée en Ehpad intervient souvent à la suite d'une détérioration de l'état de santé (graphique 7). Ainsi, on observe une hausse très importante des hospitalisations durant les six mois qui précèdent l'entrée en Ehpad, notamment des hospitalisations en soins médicaux de réadaptation (SMR), qui sont en moyenne de 1,4 jour six mois avant l'entrée en Ehpad et qui passent à 9 jours le mois précédant l'entrée en Ehpad. Le nombre de journées d'hospitalisation en MCO augmente également, passant de 0,9 jour six mois avant à 3,2 jours le mois précédant l'entrée.

Graphique 7 | Nombre moyen de journées d'hospitalisation par mois l'année précédant l'entrée en Ehpad



Lecture : En moyenne le mois précédant l'entrée en Ehpad les personnes âgées ont été hospitalisées durant neuf jours en SMR.

Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées ?

Source : SNDS, Resid-ESMS 2019.

Les parcours en établissement restent marqués par une forte rotation des résidents et des durées de séjour relativement limitées. En 2023, les personnes quittant un établissement y avaient séjourné en moyenne deux ans et quatre mois (tableau 2), soit trois mois de moins qu'en 2019, et la moitié d'entre elles y étaient restées moins d'un an. Les séjours sont plus longs pour les femmes que pour les hommes, ainsi que pour les personnes les plus en besoin d'aides. Ils sont également plus importants en résidence autonomie qu'en Ehpad, tandis qu'ils demeurent particulièrement courts en USLD. Cette réduction de la durée des séjours s'inscrit dans un contexte d'entrée plus tardive en établissement, à des âges plus élevés et avec des niveaux de besoin d'aides plus importants.

Tableau 2 | Nombre et durée de séjours des résidents d'Ehpa sortis en 2023, selon la catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement et statut juridique	Durée de séjour						
	Nombre de sorties définitives	Hommes	Femmes	Ensemble			
		Moyenne	Moyenne	Moyenne	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Ehpad	237 700	1 an et 8 mois	2 ans et 6 mois	2 ans et 3 mois	2 mois	1 an	3 ans et 2 mois
Ehpad privés à but lucratif	66 200	1 an et 3 mois	2 ans	1 an et 9 mois	1 mois	7 mois	2 ans et 5 mois
Ehpad privés à but non lucratif	65 800	1 an et 9 mois	2 ans et 9 mois	2 ans et 5 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 6 mois
Ehpad publics hospitaliers	46 300	1 an et 11 mois	2 ans et 7 mois	2 ans et 4 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 4 mois
Ehpad publics non hospitaliers	59 500	1 an et 11 mois	2 ans et 9 mois	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 3 mois	3 ans et 7 mois
Unités de soins de longue durée (USLD) ¹	15 900	1 an et 3 mois	1 an et 8 mois	1 an et 6 mois	1 mois	5 mois	1 an et 11 mois
Ehpa (non Ehpad)	3 200	1 an et 4 mois	1 an et 7 mois	1 an et 6 mois	1 mois	3 mois	1 an et 8 mois
Ensemble des Ehpad, USLD et Ehpa	256 900	1 an et 8 mois	2 ans et 6 mois	2 ans et 2 mois	2 mois	11 mois	3 ans et 1 mois
Résidences autonomie	17 300	4 ans et 1 mois	4 ans et 10 mois	4 ans et 8 mois	11 mois	3 ans et 2 mois	6 ans et 10 mois
Ensemble	274 100	1 an et 9 mois	2 ans et 8 mois	2 ans et 4 mois	2 mois	1 an	3 ans et 4 mois

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2019 et 2023, *Étude et résultats* n° 1351.

Les décès constituent le principal motif de sortie : ils représentent plus des deux tiers des sorties définitives et surviennent majoritairement au sein de l'établissement. En Ehpad, près de sept sorties sur dix sont liées au décès du résident (tableau 3). L'âge moyen au décès augmente, atteignant près de 90 ans en 2023. Hors décès, les sorties correspondent principalement à un transfert vers un autre établissement médicosocial ou sanitaire ou, plus rarement, à un retour au domicile. Les résidents hébergés de manière permanente s'orientent majoritairement vers une autre structure, tandis que les retours à domicile concernent davantage les personnes accueillies temporairement.

Ces évolutions confirment la place croissante des établissements dans les parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées très dépendantes, souvent en fin de vie.



Tableau 3 | Répartition des personnes sorties d’hébergement permanent au cours de l’année 2023 selon le motif de sortie En %

Catégorie détaillée de l'établissement	Motif de sortie définitive de l'établissement							Total
	Décès dans l'établissement	Décès après une prise en charge en HAD	Décès lors d'une hospitalisation	Décès lors d'une autre sortie temporaire	Départ volontaire à l'initiative du résident ou d'un proche	Résiliation du Contrat de séjour à l'initiative de l'établissement	Autre	
Ehpad	67,4	1,7	15,0	0,1	11,3	0,6	3,8	100
Ehpad privés à but lucratif	59,4	1,6	13,8	0,3	20,7	0,6	3,6	100
Ehpad privés à but non lucratif	71,0	2,2	16,3	0,1	7,0	0,6	2,7	100
Ehpad publics hospitaliers	67,3	0,9	12,9	0,1	10,3	0,9	7,7	100
Ehpad publics non hospitaliers	72,2	1,8	16,5	0,1	6,7	0,5	2,2	100
USLD	78,9	0,1	4,3	0,1	9,2	0,7	6,8	100
EHPA	30,5	0,6	23,8	0,2	23,0	5,9	15,9	100
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	67,2	1,7	15,1	0,1	11,3	0,7	3,9	100
Résidences autonomie	9,3	0,5	24,0	0,6	47,8	3,1	14,6	100
Total	63,9	1,5	15,0	0,2	13,8	0,8	4,8	100

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023, *Étude et résultats n° 1351*.

C. Une place forte dans l’offre, mais inégale selon les territoires

Comme le Conseil de l’âge¹⁷ et différents rapports l’ont mis en lumière, la place des Ehpad dans le soutien à l’autonomie des personnes âgées reste importante. Près de 40 % des personnes bénéficiaires de l’Allocation personnalisée d’autonomie (Apa) sont en Ehpad, auxquelles il faut ajouter la proportion certes numériquement faible de personnes en GIR 5 et 6 hébergées en Ehpad.

Sur un plan géographique, cette proportion varie en fonction de caractéristiques d’offre contrastées. La répartition de l’offre est marquée par des disparités territoriales, qui sont le plus souvent mesurées à l’échelle départementale. La Drees présente des données sur l’offre à une échelle plus fine, au niveau communal, prenant en compte les différents types d’offre de soins de longue durée au bénéfice des personnes âgées, en calculant des indicateurs d’accessibilité potentielle localisée (APL)¹⁸. L’objectif est de refléter l’adéquation entre l’offre et la demande.

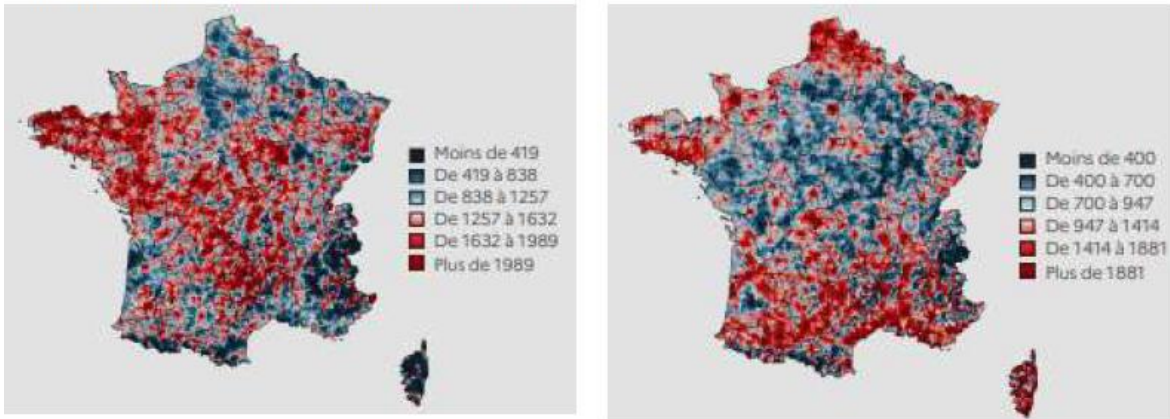
¹⁷ Voir notamment la note Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors, une utilisation pour penser l’accessibilité financière aux Ehpad, résidences autonomie (RA) et résidences services seniors (RSS), 2022.

¹⁸ Drees, 2023, *Étude sur l’accessibilité géographique à l’offre médico-sociale, Études et Résultats*, n° 1279, septembre. L’accessibilité potentielle localisée correspond à un « taux d’équipement » – nombre d’ETP disponible pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus – qui prend bien en compte l’ensemble de la demande qui pèse sur chaque établissement, à proximité (moins de 60 minutes en voiture).

1. De fortes disparités territoriales en densité de l'offre

L'étude montre de fortes disparités territoriales avec des écarts de 1 à 4 en termes d'offre en établissement, partiellement corrigée par une forte complémentarité inversée géographiquement entre l'offre en établissement et l'offre à domicile (graphique 8).

Graphique 8 | Accessibilité potentielle localisée à l'offre exprimée en nombre d'ETP à moins de 60 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus
 Offre en établissement (hors résidences autonomie) Offre à domicile



Source : Drees.

Certaines régions sont marquées par une accessibilité relativement faible : autour de l'Île-de-France (Oise, Seine-Maritime, Eure, Orne, Eure-et-Loir, Sarthe...) et les régions montagneuses (Alpes, Pyrénées, Vosges, Jura) ainsi que le Grand Est. La place de l'Ehpad dans l'offre territoriale ne peut se comprendre qu'en opposition au modèle du domicile. Là où le domicile est (de statut) privé et méridional, l'établissement est (de statut) public et septentrional. Cette dualité structurelle dessine un périmètre d'intervention pour les équipes d'Ehpad qui reste tributaire d'un héritage local, créant une disparité de fait dans le libre choix du mode d'accompagnement selon le lieu de résidence.

Les cartes ne couvrent pas les DOM, mais l'offre en établissement y est très faible voire encore inexistante (Mayotte)¹⁹. Le Conseil de l'âge dans son document *Eclair'âge* « [atlas des données départementales](#) », produit en appui de son rapport *Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile* de 2024, indiquait que le taux d'équipement en places d'Ehpad se situe en dessous de 17 pour 1 000 personnes âgées de 60 ans dans les DOM, contre 44 pour 1 000 en France métropolitaine. Rapporté au nombre de personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie, les taux d'équipement sont inférieurs à 100 pour 1 000 contre 300 pour 1 000 sur le territoire hexagonal. Un [rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat](#), constatant cette faiblesse de l'offre en établissement dans ces départements, propose par exemple le lancement d'un plan de rattrapage de l'offre d'Ehpad en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, dont un volet d'investissement pour la construction d'Ehpad publics et un plan de formation aux métiers du soin.

¹⁹ HCFEA, 2021, *Les politiques de soutien à l'autonomie dans les DOM*, Rapport du Conseil de l'âge.



Dans son rapport de 2024²⁰, l'Igas a adopté une approche visant à catégoriser les départements en fonction du profil de l'offre de soins de longue durée aux personnes âgées. Elle a distingué quatre profils (classes) de départements :

- classe 1 : des départements à l'offre plus fragile à domicile, en particulier sur le volet sanitaire – 29 départements, situés majoritairement au nord de la Loire (Normandie, Île-de-France, Centre, Pays-de-la-Loire) ;
- classe 2 : des départements à l'offre plus étoffée en Ehpad – 28 départements, principalement dans le sud de la France et le Massif Central (la « diagonale du vide ») ;
- classe 3 : des départements avec une offre sanitaire libérale plus dense – 21 départements de la « France des contours » (pourtours atlantique/méditerranéen, zones frontalières) ;
- classe 4 : des départements à l'offre fragile en Ehpad – 16 départements du quart nord-est, incluant les métropoles de Paris et Lyon.

Les corrélations entre les différents types d'offres (Ehpad, domicile, résidences) sont faibles selon l'Igas, montrant que les logiques de parcours sont peu intégrées dans la régulation actuelle.

2. Des parcours gériatriques qui s'appuient de plus en plus sur les Ehpad, y compris pour les parcours autour du domicile

Le document *Éclair'âge* « [Les aspects relatifs à la santé et à l'accès aux soins](#) » associé au rapport « Domicile » du Conseil de l'âge présentait ainsi de façon détaillée le rôle et l'articulation avec les acteurs sociaux de plusieurs dispositifs structurants : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), ainsi que les dispositifs de régulation de l'entrée et de la sortie d'hospitalisation (unités mobiles de gériatrie, lignes téléphoniques gériatriques, services d'accès aux soins, etc.). Depuis la publication de ces travaux, l'évolution du cadre institutionnel et des politiques de l'autonomie a conduit à renforcer la place des ESMS dans l'organisation territoriale des parcours. **La création des Centres de ressources territoriaux (CRT) constitue à cet égard une évolution majeure que le Conseil de l'âge avait appelée de ses vœux.** Les CRT visent à aider à ce que les personnes âgées puissent vieillir à domicile aussi longtemps que possible grâce à un accompagnement renforcé et coordonné²¹. Ils ont notamment pour mission d'apporter un appui aux professionnels intervenant à domicile, de coordonner les réponses autour des situations complexes et de favoriser la continuité des parcours en tant que « [ressource territoriale](#) ». 85 % des porteurs des CRT sont des Ehpad²². Le développement des CRT illustre l'évolution du modèle de l'Ehpad vers une fonction territoriale, mobilisant ses compétences gérontologiques au bénéfice des professionnels, des personnes âgées et des aidants au-delà de ses seuls résidents. ([CNSA, Bilan du déploiement des CRT, 2024](#)).

Parallèlement, le développement des Groupements de coopération sociale et médicosociale (GCSMS), prévus par le Code de l'action sociale et des familles (CASF), et la montée en puissance des logiques de coopération territoriale qui inspirent les Groupements territoriaux sociaux et médicosociaux (GTSMS), traduisent la volonté des pouvoirs publics de renforcer les coopérations entre les différents opérateurs du secteur de l'autonomie et de mieux structurer l'offre à l'échelle des territoires (articles L. 312-7 et R. 312-194-1 et suivants du CASF ; rapport Libault, Concertation

²⁰ Igas, 2024, *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire - Se sentir chez soi où que l'on soit*, mars.

²¹ [Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 ; instruction DGCS du 30 mars 2022 relative au déploiement des centres de ressources territoriaux.](#)

²² Voir la séance du Conseil de l'âge de janvier 2026.

Grand âge et autonomie, 2019)²³. Ces dispositifs favorisent la mutualisation des compétences, l'organisation de réponses graduées et la coordination entre accompagnement à domicile, solutions intermédiaires et accueil en établissement (Inspection générale des affaires sociales, *Les coopérations dans le secteur médico-social*, 2021).

Dans ce contexte, les Ehpad apparaissent de plus en plus comme des acteurs pivots de l'écosystème territorial du grand âge. Leur expérience gériatrique, leurs ressources humaines spécialisées, leur capacité à intervenir en appui des services à domicile et leur implication croissante dans les dispositifs de coordination leur confèrent une fonction stratégique pour la prévention des ruptures de parcours et la sécurisation du maintien à domicile. Sans remettre en cause la priorité donnée au libre choix de la personne et au soutien à domicile lorsque celui-ci est souhaité et adapté, les évolutions récentes tendent ainsi à faire des Ehpad non plus seulement des lieux d'accueil, mais des plateformes de ressources territoriales contribuant de manière centrale à l'organisation, à la coordination et à la continuité de l'offre d'accompagnement à l'autonomie des personnes âgées ([rapport « Domicile », 2024](#)). La réforme des services autonomie à domicile (SAD) « mixtes », bien qu'elle n'ait pas atteint ses objectifs initiaux – notamment en raison du faible nombre de fusions réalisées entre les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) – peut également compléter l'écosystème territorial en favorisant une complémentarité entre différentes modalités d'organisation. D'un côté, certains modèles reposent sur des Ehpad conçus comme des plateformes de ressources, selon une logique plutôt descendante. De l'autre, les acteurs historiques du domicile développent progressivement leurs compétences et leur niveau de technicité afin de répondre à des besoins plus diversifiés.

D. Un poids important des Ehpad dans les dépenses d'accompagnement des personnes âgées

1. Le poids des Ehpad dans l'Ondam et dans l'effort national de soutien à l'autonomie

L'appréhension du poids des Ehpad – hors dépenses des résidents liées à la section hébergement – dans les dépenses du champ de l'Ondam et de l'effort national en faveur du soutien à l'autonomie des personnes âgées (Ensa PA) est rendue complexe par le fait que le sous-objectif de l'Ondam « Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées » a été exécuté à 16,1 Md€ en 2024 (son montant a été fixé à 17,6 Md€ pour 2025 puis à 18,3 Md€ pour 2026). Il comprend à la fois les dotations soins et les financements complémentaires de la branche autonomie et des ARS aux Ehpad, mais aussi le financement des Ssiad et d'autres dispositifs.

a. Champ de l'Ondam et de l'objectif global de dépenses de la CNSA

Au sein des différentes annexes aux lois de financement de la Sécurité sociale, l'annexe 6 intitulée « *Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale* » permet de disposer du montant des financements par la branche autonomie et les ARS des différents établissements et services pour personnes âgées pour l'année 2024, soit 15,6 Md€ (tableau 4). Cela représente environ 6 % de l'Ondam global (256,4 Md€) et 90 % de son sous-objectif « personnes âgées » (17,4 Md€). Ces financements ont crû de 14 % à champ courant entre 2021 et 2024.

²³ Voir la séance du Conseil de l'âge de mars 2026.



Tableau 4 | Montant des financements par la branche autonomie et les ARS des différents établissements et services pour personnes âgées

Recettes reconductibles	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024
Ehpad (dont PUV)	11 772 535 980 €	11 969 508 463 €	13 215 782 945 €	13 359 019 679 €	13,5 %
Ssiad	1 870 010 459 €	2 050 113 033 €	2 060 313 540 €	2 185 285 440 €	16,9 %
AJA et RA	87 127 290 €	93 784 848 €	99 255 780 €	104 031 320 €	19,4 %
Total	13 729 673 729 €	14 113 406 344 €	15 375 352 265 €	15 648 336 439 €	14,0 %

Source : DSS, annexe 6 au PLFSS 2026.

b. Champ de l'Ensa PA

Le poids du financement public des Ehpad dans l'Ensa PA peut également être approximé à partir de l'annexe 7 au PLFSS 2026. Il faut ajouter aux dépenses de l'Ondam celles d'APA en établissement (financées par la CNSA et les départements) et celles de l'aide sociale à l'hébergement. On peut estimer à 50 % de l'Ensa PA, soit 15Md€, le poids des financements publics totaux aux Ehpad.

2. Une composante des soins de longue durée

En définition nationale et internationale des comptes de la santé, les accompagnements en Ehpad font partie de la catégorie des soins de longue durée (SLD) au sens des comptes de la santé établis par la Drees²⁴. Schématiquement, et la Drees indique que la distinction est « délicate », les dépenses de SLD qui relèvent de la santé sont les aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. *A contrario*, celles qui relèvent de l'action sociale sont celles apportées à l'accomplissement des tâches domestiques ou administratives.

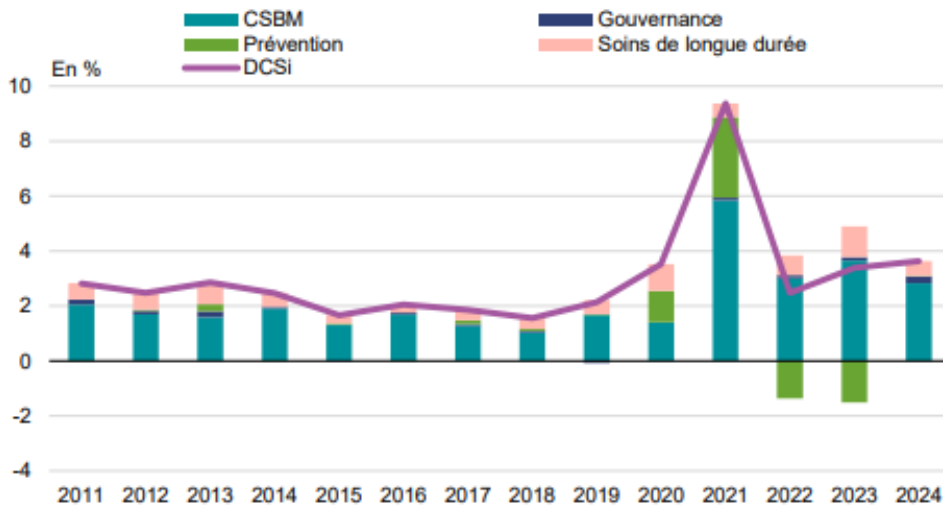
Les dépenses en faveur des personnes âgées et au titre de la « dépendance » qui sont donc considérées et comptabilisées en « SLD santé » sont le financement des aides à la vie quotidienne (financées par l'APA ou payées directement par les ménages) ; les soins de « dépendance » des infirmières et des kinésithérapeutes à domicile pour les personnes âgées ; les dotations des Ehpa et les dépenses en Ehpad ; le financement des dépenses en USLD.

En 2024, les dépenses de soins de longue durée (SLD) atteignent 52,2 Md€, soit 16 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Les personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie constituent le principal public bénéficiaire, avec 35,9 Md€ de dépenses, devant les personnes en situation de handicap (15,2 Md€) et les celles souffrant d'addictions (1,0 Md€). Les dépenses en faveur des personnes âgées reposent principalement sur l'hébergement et les soins en Ehpad (30,3 Md€) et en unités de soins de longue durée (1,5 Md€), auxquels s'ajoutent les soins à domicile et les aides à la vie quotidienne financées par l'APA.

La croissance des dépenses est soutenue en 2024 (graphique 9) : + 2,4 % pour les personnes âgées, + 5,4 % pour les personnes en situation de handicap et + 9,3 % pour la prise en charge des addictions. Les établissements médicosociaux constituent le principal poste, concentrant 76,7 % des dépenses de SLD, tandis que les soins à domicile représentent 19,9 % des dépenses.

²⁴ Ainsi que l'indique la Drees dans l'édition 2024 des dépenses de santé, « Les dépenses consacrées aux SLD concernent des personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi des personnes en situation de handicap. Ces dépenses ont une composante santé – incluse dans la Dépense courante de santé au sens international (DCSi) – et une composante sociale – exclue de la DCSi ». Les SLD font partie des dépenses qui viennent donc s'ajouter aux dépenses de consommation de soins et de biens courants (CSBM), premier poste de la DCSi.

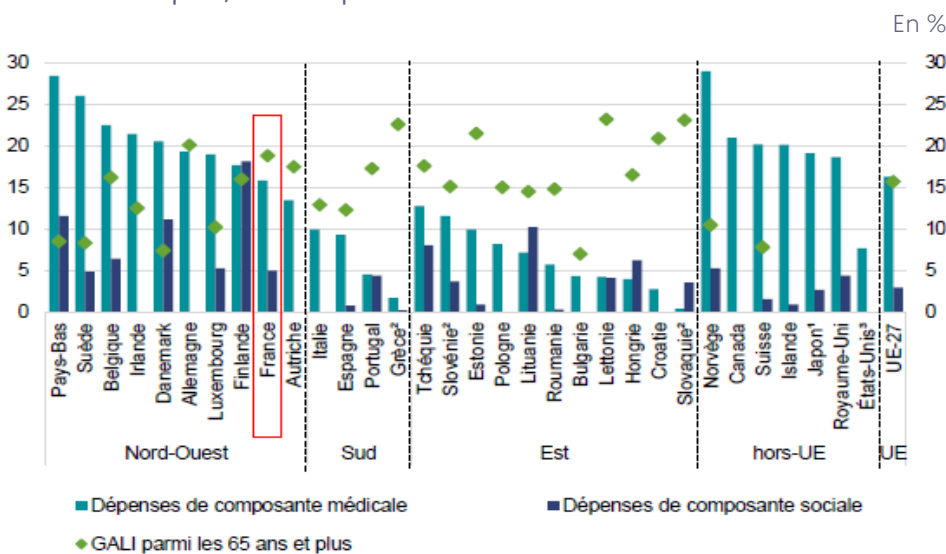
Graphique 9 | Taux de croissance et contribution à la croissance de la DCSI



Source : Drees, [les dépenses de santé en 2024 – édition 2025](#).

Comme l’indique la Drees, la comparaison internationale est délicate en matière de soins de longue durée, de par les différences d’organisation du système de soin et/ou social, et les choix qui sont faits dans le mode de délivrance de certaines prestations. La France se caractérise par une structure de dépenses de santé davantage orientée vers la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui regroupe les soins hospitaliers, les soins de ville, les biens médicaux et les services auxiliaires. Elle représente 77 % de la DCSI en France en 2023. Cette part est supérieure à celle observée en Allemagne (70 %) et traduit le poids des dépenses directement liées au traitement des altérations de l’état de santé en France. S’agissant de la répartition entre les composantes « médicales » et « sociales » des dépenses de soins de longue durée au sein de la DCSI (graphique 10), la France est également dans une position intermédiaire où la part « sociale » est plus forte que dans la moyenne de l’UE ou qu’en Allemagne, où elle est inexistante, mais plus faible qu’aux Pays-Bas ou au Danemark.

Graphique 10 | Composantes médicales et sociales de la DCSI (à gauche) et proportion de personnes de 65 ans ou plus, handicapées ou en besoin d’aides à l’autonomie au sens du Gali (à droite)

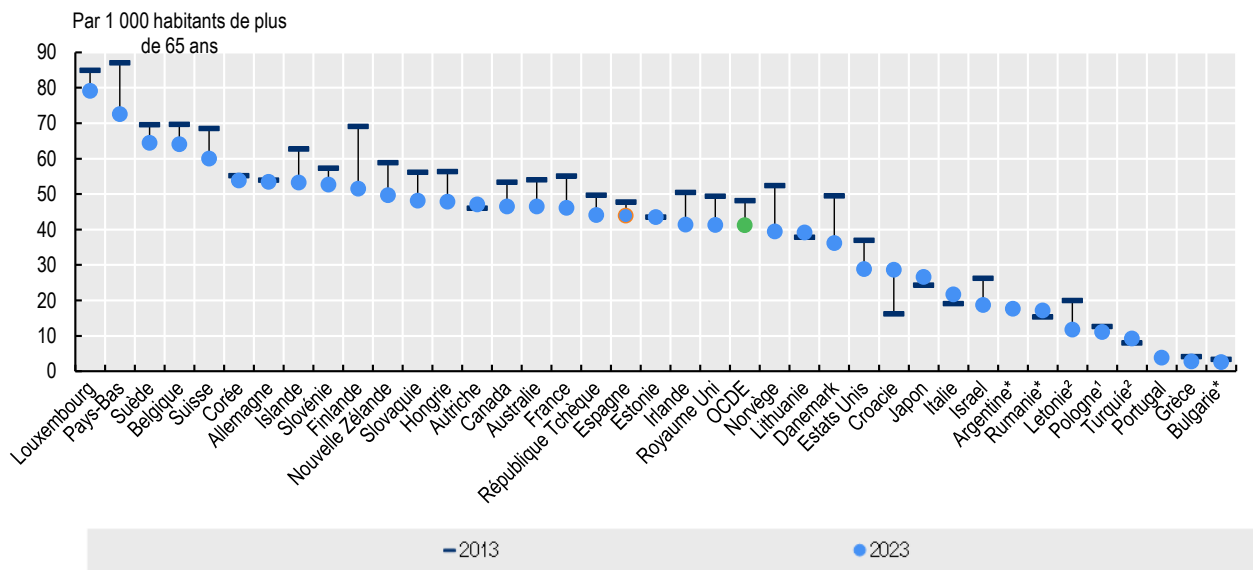


Source : Drees, [les dépenses de santé en 2023 – édition 2024](#).



L'analyse comparative présentée par l'OCDE²⁵ met en évidence le caractère structurel du défi posé par le vieillissement démographique et l'évolution des besoins en SLD dans les pays développés. Dans les pays de l'OCDE, près d'une personne âgée sur quatre est susceptible d'avoir recours à des dispositifs de soins de longue durée. Les comparaisons internationales montrent notamment une évolution convergente des modèles d'accompagnement : la majorité des pays cherchent à renforcer les réponses à domicile et à limiter le recours à l'hébergement en établissement lorsque celui-ci n'est pas nécessaire. Cette orientation s'est traduite, dans de nombreux pays, par une diminution du nombre de lits en résidences et structures sur la période récente (graphique 11), au profit de solutions permettant un accompagnement plus intégré dans le milieu de vie ordinaire.

Graphique 11 | Nombre de lits en résidences et hôpitaux, entre 2013 et 2023



Source : OCDE, [panorama de la santé – édition 2025](#).

Cette transformation suppose toutefois le développement d'une offre alternative structurée, notamment en matière de services à domicile, d'habitat adapté et de soutien aux proches aidants. L'enjeu central identifié par l'OCDE demeure celui des ressources humaines : l'accès effectif aux soins de longue durée dépend fortement de la capacité des systèmes à disposer d'un nombre suffisant de professionnels, alors même que les conditions d'emploi dans le secteur (temps partiel, contrats temporaires, attractivité des métiers) constituent un facteur de fragilité partagé entre pays²⁶.

Les projets du HCFips et du HCaam de travaux de comparaison approfondis des SLD, en partenariat avec l'OCDE, n'ont pas pu aboutir. Le travail de comparaison France-Allemagne conduit par l'Irdes pour le compte de l'EN3S a conduit à une publication²⁷, mais elle exclut de son champ les Ehpad.

²⁵ Voir la séance du Conseil de l'âge de mai 2026.

²⁶ OCDE, 2025, *The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care*, OECD Health Policy Studies.

²⁷ Minery S., Or Z., 2024, *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne*, rapport de recherche Irdes, HCFips, HCaam, Drees, Cnam et OCDE.

III. Des établissements contestés, marqués par un problème d'attractivité

A. Le devenir des Ehpad en question depuis dix ans

Outre ceux du Conseil de l'âge, les travaux conduits sur les Ehpad ces dernières années ont régulièrement interrogé le périmètre pertinent d'intervention et de financement de ces établissements (encadré 2). Au-delà des constats sur leurs difficultés structurelles (attractivité des métiers, financement, qualité de l'accompagnement ou reste à charge), plusieurs rapports convergent vers la nécessité de faire évoluer leur modèle.

Encadré 2 | Les principaux travaux sur le périmètre pertinent d'intervention des Ehpad

Le [rapport de la concertation Grand âge et autonomie](#) de Dominique Libault de mars 2019 souligne que les Ehpad ne doivent pas être perçus comme des univers clos, mais comme des lieux de vie ouverts sur l'extérieur. Il est donc préconisé de changer la dénomination des Ehpad pour supprimer la connotation négative qui y est associée. Le rapport recommande également de favoriser les passerelles entre les Ehpad et l'extérieur par le biais de sorties et d'une implication plus forte des familles. Une journée annuelle nationale portes ouvertes en Ehpad est proposée pour améliorer la transparence et changer le regard sur ces structures. Enfin, le rapport insiste sur la nécessité d'allouer plus de moyens aux Ehpad pour pallier le manque d'effectifs, repenser les espaces et améliorer la qualité des soins.

En complément de ce rapport, le rapport de Myriam El Khomri, remis en octobre 2019 à Agnès Buzyn, vise à restaurer l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie face à une augmentation prévue du nombre de personnes en besoin d'aides à l'autonomie et aux tensions sur les recrutements. Ce rapport met en lumière les défis à relever et propose un plan d'action structuré autour de cinq axes principaux, dont notamment le recrutement de 18 500 professionnels par an pendant cinq ans.

À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour des comptes a réalisé une [enquête sur les personnes âgées hébergées dans les Ehpad](#) et rédigé un rapport intitulé La prise en charge médicale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en février 2022. Les juridictions financières ont contrôlé 57 Ehpad en France métropolitaine, en Corse et à La Réunion. La Cour y constate que les Ehpad ont été durement frappés par la pandémie de Covid-19, soulignant des faiblesses structurelles préexistantes (ce qui a également été formalisé par l'Igas et l'IGF dans leur [mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes du groupe Orpea](#) à la suite de la mise en cause médiatique des pratiques de ce groupe). La Cour, outre l'évaluation d'un besoin d'augmentation de 1,3 à 1,7 Md€ par de la dépense publique en faveur de l'autonomie des personnes âgées afin « d'affronter les besoins massifs à venir », recommande notamment une meilleure insertion des Ehpad dans un réseau, que ce soit par adossement, par appartenance à un groupe ou par participation à un groupement de coopération médicosociale. Enfin, le rapport souligne la nécessité de recentrer sur la qualité et la prévention la prise en charge « soins » et « dépendance » (notamment grâce aux appuis numériques) ainsi que « d'assumer » une diversité dans les modèles des Ehpad qui, suivant la volonté de la grande majorité des personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible, pourraient devenir des « plateformes » ou « centres de ressources » (voir infra).

Christine Pirès Beaune, députée et membre de la commission des Finances de l'Assemblée nationale, saisie par la Première ministre, a conduit une mission sur [les montants restant à la charge des résidents des structures d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie](#). Dans son rapport de 2023, la députée constate que le système actuel de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Ehpad est complexe, peu lisible et manque de régulation, avec des disparités importantes dans les tarifs et les restes à charge pour les résidents. Le rapport souligne que la question du reste à charge a été négligée et devrait conduire à une profonde rénovation du système d'aides sociales et fiscales qui existe actuellement. Outre la fusion des sections « soins » et « dépendance », le rapport propose une nouvelle répartition des compétences, en confiant la responsabilité de la gestion des établissements aux ARS, tout en maintenant un droit d'opposition aux départements, avec une régulation plus forte du secteur. Le rapport insiste sur la nécessité d'une standardisation des prestations



d'hébergement, en distinguant clairement ce qui relève du socle obligatoire et des options, afin de mieux encadrer les coûts et les tarifs. Enfin, il préconise la création d'un observatoire pour analyser les modèles économiques des Ehpad, mettre en place un dispositif de convergence tarifaire, avec à terme un tarif national évoluant selon les coûts locaux.

Une mission d'information de la Commission des affaires sociales du Sénat a présenté son rapport *Ehpad : un modèle à reconstruire* en septembre 2024. Cette mission d'information a été constituée alors que la situation financière de ces établissements s'est fortement dégradée, exposant nombre d'entre eux à des difficultés de trésorerie à court terme, avec des déficits liés aux sections « dépendance » et « soins ». Le rapport recommande de revoir le modèle de financement des Ehpad, notamment en fusionnant ces deux sections, et en adaptant leurs financements aux besoins réels des établissements. Il préconise également de simplifier les modalités de tarification jugées complexes et source de charges administratives excessives. Est mise également en avant la nécessité de repenser l'architecture des Ehpad afin de recréer un chez-soi pour les résidents et de favoriser l'ouverture de ces établissements sur la cité. Enfin, le rapport suggère de développer des stratégies de mutualisation entre établissements, en particulier pour les fonctions supports.

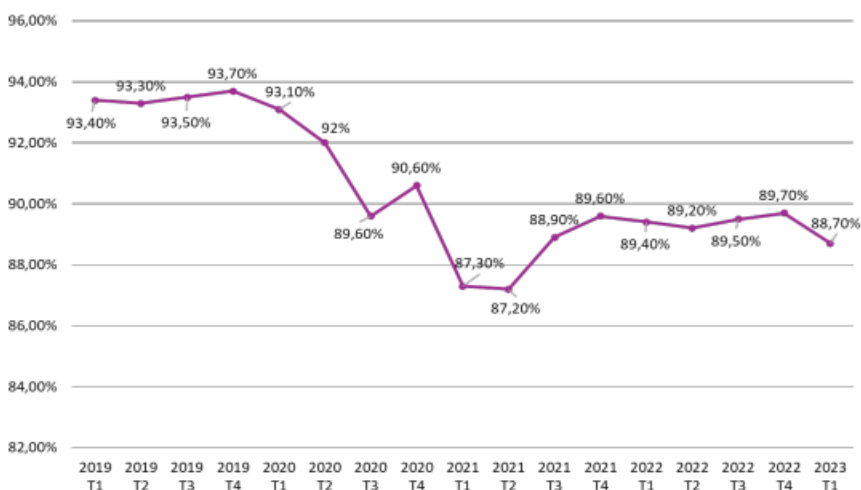
B. Un secteur qui se remet difficilement d'une crise d'image et de la période Covid

1. Des taux d'occupation en baisse par rapport à la fin des années 2010

Jusqu'en 2019, les Ehpad ne rencontraient pas de difficultés pour remplir leurs établissements, où les taux d'occupation étaient proches des 95 % (graphique 12). Depuis 2019, on observe une baisse du taux d'occupation des places en Ehpad, qui ne s'élevaient plus qu'à 89 % en 2023.

Parmi ces facteurs figurent notamment plusieurs chocs démographiques liés à des événements historiques majeurs. Les deux guerres mondiales ont profondément affecté les niveaux de natalité et de mortalité, entraînant des variations durables dans la composition des générations. En particulier, les individus ayant atteint les âges les plus élevés au cours des dernières années, et qui étaient donc les plus susceptibles d'intégrer un Ehpad, appartiennent aux générations nées pendant la Seconde Guerre mondiale. Moins nombreuses en raison de l'effondrement des naissances observé entre 1939 et 1945, elles constituent des « classes creuses ». La relative faiblesse de leurs effectifs a pu contribuer à modérer la progression de la demande d'hébergement observée au cours de la période récente.

Graphique 12 | Taux d'occupation moyens des Ehpad par trimestre de 2019 à 2023



Source : CNSA.

À l'inverse, l'arrivée progressive aux grands âges des générations du *baby-boom*, nettement plus nombreuses, est susceptible d'exercer une pression accrue sur les besoins d'accompagnement médicosocial dans les années à venir (voir *infra*). **Cependant, la baisse des taux d'occupation répond à d'autres causes que la seule démographie.**

2. La crise sanitaire et les scandales récents ont accéléré la dégradation de l'image des Ehpad

La dégradation récente de l'image des Ehpad trouve son origine dans plusieurs événements qui ont fortement marqué l'opinion publique au début des années 2020²⁸. La crise sanitaire liée au Covid-19 a constitué un premier tournant majeur. Face à la vulnérabilité particulière des résidents, les établissements ont mis en œuvre des mesures de protection, recommandées par les pouvoirs publics, particulièrement strictes : suspension des visites, confinement en chambre, limitation des activités collectives et restrictions des sorties. Si ces dispositions répondaient à un objectif de protection sanitaire, elles ont mis en lumière les tensions existantes entre impératifs de sécurité et respect des libertés individuelles. Les images de résidents isolés de leurs proches pendant de longs mois ont marqué les esprits et associé les Ehpad à des lieux d'enfermement et de rupture sociale.

Cette défiance a été renforcée en 2022 par les révélations concernant le groupe Orpea, qui ont suscité un important débat public sur les conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées en établissement. Bien que les dysfonctionnements dénoncés ne concernent pas l'ensemble du secteur, leur forte médiatisation a affecté l'image globale des Ehpad, en alimentant les interrogations sur la qualité de la prise en charge, les conditions de travail des professionnels et les modèles de gestion de certains établissements.

Cette détérioration de la perception des établissements apparaît aujourd'hui comme l'un des facteurs susceptibles d'expliquer les réticences croissantes des personnes âgées et de leurs familles²⁹ à envisager une entrée en Ehpad, contribuant ainsi à la baisse récente des taux d'occupation observée dans de nombreux établissements. Toutefois, cette crise de confiance ne peut être expliquée uniquement par ces événements récents. Ceux-ci ont davantage agi comme des révélateurs de difficultés plus anciennes.

3. Un « rejet » des Ehpad plus ancien mais qui n'est pas réversible

Les Ehpad souffrent d'une représentation négative héritée des anciens hospices. Malgré la professionnalisation du secteur et l'amélioration de la qualité des prises en charge, l'établissement reste souvent perçu comme un lieu de fin de vie davantage que comme un lieu de vie. Cette perception est également alimentée par la crainte d'une perte d'autonomie. L'entrée en Ehpad est fréquemment associée à un renoncement d'une partie de son indépendance, qu'il s'agisse du choix de son mode de vie, de son environnement ou de l'organisation de son quotidien. De même, l'éloignement géographique de certains établissements par rapport au domicile antérieur ou au lieu de résidence des proches peut renforcer le sentiment d'isolement des résidents.

Ce « rejet » se constate dans le baromètre de la Drees : à la question « *pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ?* », on constate une baisse de 15 points de ceux qui considèrent que ce serait « plutôt » ou tout à fait envisageable

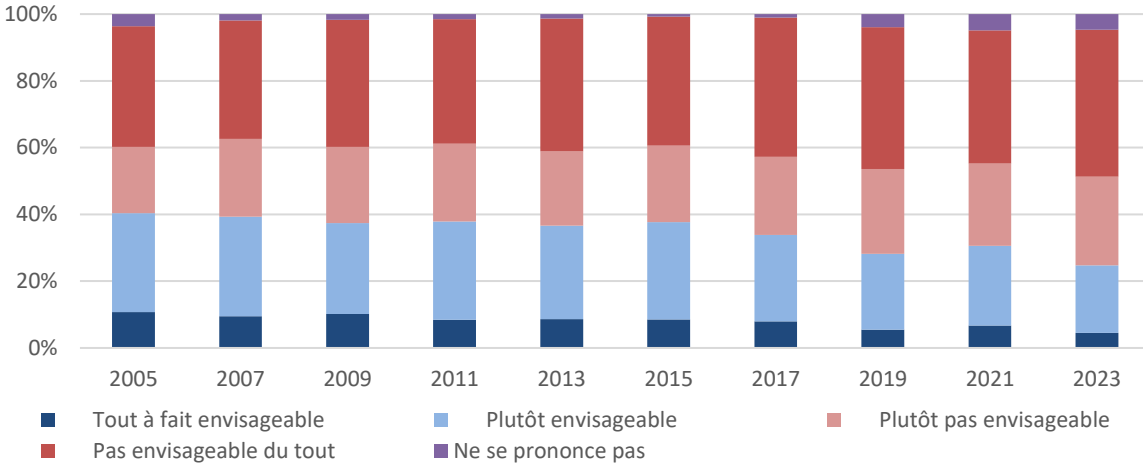
²⁸ Sénat (2024), « Ehpad : un modèle à reconstruire », rapport de la mission d'information.

²⁹ Etant bien entendu que pour le Conseil de l'âge, l'entrée en établissement doit reposer sur le recueil du consentement éclairé de la personne âgée et ne peut lui être imposée, pas plus qu'à la direction des établissements. Voir Conseil de l'âge, 2023, [Avis sur les états généraux des maltraitances envers les adultes vulnérables](#).



entre 2005 et 2023 (graphique 13). Cette baisse s’observe toutefois depuis le milieu des années 2010 soit bien avant la crise sanitaire et les scandales récents.

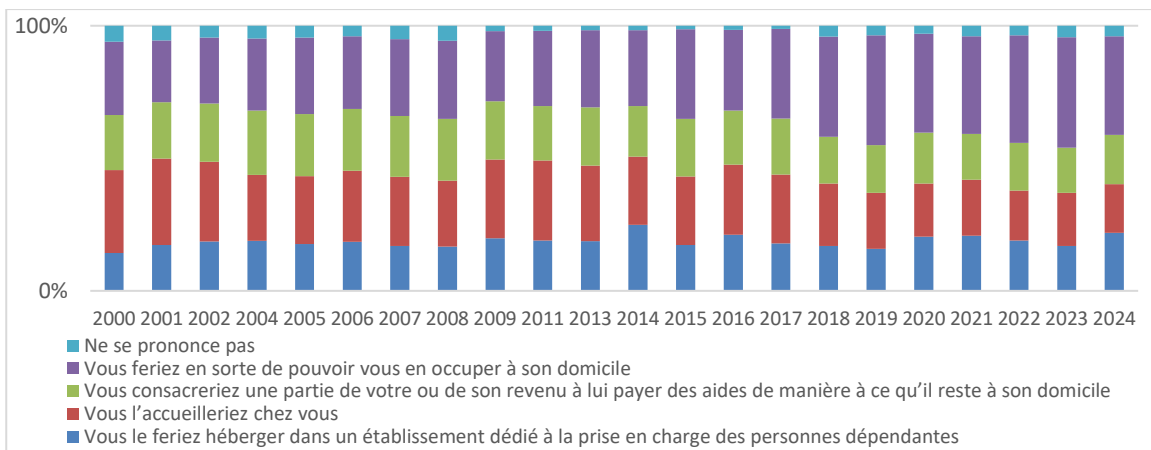
Graphique 13 | Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ?



Source : Drees, [Baromètre d’opinion](#).

Dans ce même baromètre, le maintien à domicile demeure, depuis le début des années 2000, la solution privilégiée par les proches lorsqu’ils sont interrogés sur la prise en charge d’une personne âgée dépendante. Cependant, contrairement à l’idée d’un rejet croissant des Ehpad, la part des personnes déclarant envisager un hébergement en établissement a progressé, passant de 14 % en 2000 à 22 % en 2024 (graphique 14). Ces résultats suggèrent que l’attachement au maintien à domicile ne s’accompagne pas nécessairement d’une défiance généralisée à l’égard des Ehpad, qui demeurent une solution envisagée par une part importante de la population.

Graphique 14 | Si l'un de vos proches devenait « dépendant », que feriez-vous ?



Source :

Drees, [Baromètre d’opinion](#).

Les résultats d’une [étude menée dans le cadre de la chaire AgingUP](#) auprès de 2 886 Français âgés de plus de 60 ans invitent à reconsidérer l’idée d’un rejet généralisé des Ehpad. Si une majorité de répondants (54 %) exprime une préférence forte pour le maintien à domicile, une part importante de la population (37 %) adopte une position plus nuancée, son choix dépendant des caractéristiques concrètes de l’accompagnement proposé.

Elle montre en effet que la qualité des soins, les conditions de vie au sein de l'établissement et la qualité de l'accompagnement influencent davantage les préférences que le seul niveau du reste à charge. Pour une part significative des personnes, le lieu de vie apparaît ainsi moins déterminant que les garanties apportées en matière de bien-être, de sécurité et de qualité de prise en charge.

Ces résultats suggèrent que la défiance à l'égard des Ehpad depuis le milieu des années 2010 ne traduit pas nécessairement un refus de principe de la vie en établissement. Elle pourrait refléter les difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs proches à le voir comme un cadre comme suffisamment bienveillant, respectueux de l'autonomie et garant d'une prise en charge de qualité. Dans cette perspective, l'enjeu central ne résiderait pas uniquement dans l'opposition entre domicile et établissement, mais dans la capacité des Ehpad à inspirer confiance à ceux qui n'y résident pas.

4. Un secteur difficile qui reste peu attractif pour les professionnels

La qualité de l'accompagnement en Ehpad repose également sur la présence, les compétences et la stabilité des professionnels intervenant auprès des résidents. **Or, le secteur du grand âge fait face depuis plusieurs années à des difficultés structurelles de gestion des ressources humaines, qui constituent aujourd'hui l'un des principaux défis pour les établissements**³⁰.

Selon les données de la Cnam, le secteur médicosocial présente la fréquence d'accidents du travail la plus élevée parmi les principaux secteurs d'activité en France. Si la gravité des accidents demeure inférieure à celle observée dans le bâtiment et les travaux publics, elle reste néanmoins particulièrement élevée. Cette forte exposition aux risques professionnels contribue à alimenter l'absentéisme, les restrictions d'aptitude et les départs anticipés, tout en compliquant les démarches de recrutement et de fidélisation des salariés.

Ces phénomènes ont des répercussions directes sur le fonctionnement des établissements. La Cour des comptes³¹ souligne ainsi que les coûts liés à l'absentéisme et aux accidents du travail pèsent lourdement sur les structures, tout en favorisant un recours accru aux remplacements et une rotation importante des équipes. Au-delà de leurs conséquences financières – différentes selon les statuts public et privé des Ehpad (voir *infra*) – ces difficultés organisationnelles affectent la continuité de l'accompagnement, alors même que les personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie ont besoin de repères stables et de relations durables avec les professionnels.

Face à ces constats, les pouvoirs publics ont engagé de nombreuses mesures visant à renforcer l'attractivité des métiers du grand âge : revalorisations salariales dans le cadre du Ségur de la santé, création progressive de postes supplémentaires, soutien à la qualité de vie et aux conditions de travail, développement de la formation continue ou encore campagnes de promotion des métiers de l'autonomie. Malgré ces efforts, les tensions demeurent importantes.

Malgré ces initiatives, le secteur reste marqué par une forte instabilité des équipes. En 2023, près d'un professionnel sur cinq travaillait dans son établissement depuis moins d'un an (tableau 5). Cette proportion atteint près d'un tiers dans les Ehpad commerciaux. Cette faible ancienneté témoigne des difficultés de fidélisation rencontrées par le secteur et complique la constitution d'équipes expérimentées et stables. **Or, la continuité des relations avec les résidents constitue un facteur essentiel de qualité de vie, de confiance et de personnalisation de l'accompagnement.**

³⁰ Voir la séance du Conseil de l'âge de novembre 2025.

³¹ 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 », chapitre VI du Ralfss.



Tableau 5 | Part des personnels présents depuis moins d'un an

En %

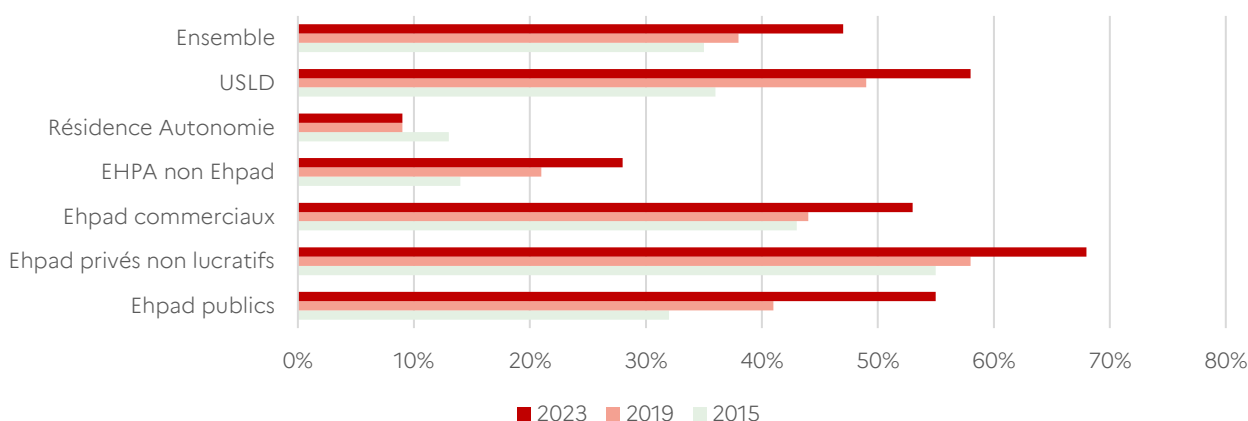
	2015	2019	2023
Ehpad publics	22%	15%	16%
Ehpad privés non lucratifs	27%	18%	21%
Ehpad commerciaux	37%	25%	29%
EHPA non Ehpad	29%	19%	20%
Résidence Autonomie	22%	14%	16%
USLD	20%	14%	14%
Ensemble	25%	17%	19%

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023.

Le recours à l'intérim illustre également ces tensions : alors qu'un tiers des Ehpad y avaient recours en 2015, un établissement sur deux est désormais concerné (graphique 15). Les besoins portent principalement sur les aides-soignants et les infirmiers, professions touchées par les difficultés de recrutement. Si l'intérim permet d'assurer la délivrance du service, il peut également accentuer les difficultés d'organisation, réduire la stabilité des équipes et la cohérence des prises en charge.

Graphique 15 | Part des Ehpad ayant eu recours à l'intérim

En %



Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, tous types d'accueil confondus, hors centres d'accueil de jour.

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023.

Les enjeux de ressources humaines dépassent la question des recrutements et de la sinistralité au travail. Les tensions persistantes sur les équipes constituent autant de facteurs susceptibles d'affecter l'attractivité des métiers et la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents³².

Les directeurs et directrices déclarent des difficultés à gérer la charge quotidienne de travail (78 %) et une souffrance éthique (60 %) engendrée par l'obligation de faire des arbitrages contraires au sens souhaité pour leur travail créant une « usure » face au sentiment de « qualité empêchée », créé par un décalage permanent entre les exigences imposées et les moyens réellement disponibles³³.

³² Séminaire conjoint HCFips – HCFEA, *L'importance du « bien-être » au travail*, décembre 2023.

³³ Fnadepa, 2026, *Risques psychosociaux des directeurs d'ESMS*, enquête des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées, menée auprès de ses 1 650 adhérents avec 645 répondants.

Ces difficultés sont également remontées par l'enquête *Qualité de vie et conditions de travail, Établissements sanitaires et médico-sociaux créé en Nouvelle-Aquitaine (QENA)*, un questionnaire de mesure de la qualité de vie et des conditions de travail spécifiquement construit et validé pour les professionnels des Ehpad par une équipe de l'université de Bordeaux³⁴. Dans cette enquête, plus des trois quarts des répondants estiment que les effectifs ne sont pas adaptés à la charge de l'établissement et près de six sur dix déclarent manquer de temps pour accomplir correctement leurs tâches. S'y ajoutent une charge physique, mentale et émotionnelle élevée ainsi que des temps d'échange interprofessionnels jugés insuffisants. **Malgré ces difficultés, ces professionnels expriment un fort sentiment d'attachement à leur métier : près de 96 % des répondants jugent leur travail utile et 95 % déclarent aimer leur métier.** Ce constat illustre le sentiment ambivalent des professionnels vis-à-vis de leur métier, partagés entre un attachement profond à un travail jugé utile et porteur de sens, et la lassitude née de conditions d'exercice qu'ils estiment de plus en plus difficiles.

Comme le soulignent les travaux du Conseil de l'âge et de l'Igas³⁵ présentés au Haut conseil, **l'amélioration des conditions de travail est une condition indispensable pour garantir une présence suffisante des professionnels auprès des personnes âgées, renforcer l'attractivité des métiers du grand âge et préserver durablement la qualité des soins et de l'accompagnement.**

C. Des établissements peu médicalisés mais qui ressemblent parfois à des hôpitaux

La distinction entre les Ehpad et les USLD est aujourd'hui marquée par une porosité croissante des publics, remettant en cause la frontière entre le secteur médicosocial et le secteur sanitaire.

Les deux types de structures font face à une dynamique d'aggravation générale de l'état médical des personnes accueillies, caractérisée par une forte prévalence des situations de pathologies neuro-évolutives notamment. Si les USLD concentrent une proportion plus importante de patients très complexes, le nombre absolu de résidents nécessitant des soins médicaux et techniques importants demeure largement supérieur en Ehpad, où l'on estime à plus de 80 000 le nombre de personnes concernées, contre environ 13 000 en USLD ([Guérin et Jeandel, 2021](#)).

Cette évolution interroge profondément le modèle historique de l'Ehpad. Les besoins des résidents nécessitent désormais un accompagnement clinique accru, une capacité de gestion des situations d'urgence ainsi qu'une coordination renforcée avec les professionnels et établissements de santé du territoire. De nombreux rapports préconisent ainsi un renforcement significatif des compétences médicales et paramédicales : permanence infirmière de nuit, développement des infirmières en pratique avancée (IPA), consolidation du rôle des infirmières coordinatrices, augmentation du temps médical et recours facilité à la télémédecine. Pour autant, les ressources médicales et paramédicales demeurent souvent en décalage avec la complexité croissante des situations prises en charge. Les difficultés de recrutement des médecins coordonnateurs restent particulièrement marquées : en 2023, plus d'un Ehpad sur cinq déclarait ne pas disposer de médecin coordonnateur malgré l'obligation réglementaire (Drees, enquête Ehpa 2023).

De même, les professionnels paramédicaux spécialisés - psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes ou diététiciens - demeurent peu présents au regard des besoins liés à la prévalence croissante des troubles cognitifs, des pathologies neuro-évolutives et des besoins d'aides à

³⁴ Sibé M., Arditi N., Abraham M., 2024, *Projet QENA Landes – Déploiement généralisé du questionnaire QENA – Ehpad et conception, expérimentation et validation du questionnaire QENA – Dom*, rapport final, université de Bordeaux, réalisé pour le département des Landes. L'outil QENA a été développé et validé entre 2019 et 2021 avec le soutien de l'ARS Nouvelle-Aquitaine et de l'Iresp, financé par la CNSA.

³⁵ [Attractivité des métiers du sanitaire, du social et du médico-social, trois rapports pour éclairer l'action publique.](#)



l'autonomie. **Cette situation crée un décalage croissant entre le profil sanitaire des résidents et les ressources médicales effectivement mobilisables.**

Paradoxalement, alors même que les moyens médicaux demeurent limités, de nombreux Ehpad ont adopté certains codes visuels et organisationnels du monde hospitalier. Le port généralisé de tenues professionnelles, la standardisation des espaces, la présence de chariots de soins dans les couloirs ou encore l'organisation des unités selon des logiques de service peuvent contribuer à donner aux établissements une apparence institutionnelle proche de celle d'un hôpital. Pourtant, les travaux de gérontologie environnementale montrent qu'un environnement trop médicalisé ou institutionnel peut altérer le sentiment d'appropriation du lieu, l'autonomie perçue et la qualité de vie des résidents ([Verbeek et al., 2009](#) ; [Zeisel et al., 2003](#)).

Cette tension se retrouve également dans l'organisation quotidienne des établissements. Plusieurs travaux ont mis en évidence la persistance de pratiques héritées de logiques hospitalières : horaires de repas avancés, heures de coucher déterminées par les contraintes organisationnelles, regroupement des soins selon les disponibilités des équipes ou rythmes collectifs éloignés des habitudes de vie des résidents. Le Défenseur des droits a souligné que ces contraintes pouvaient limiter l'effectivité de certains droits fondamentaux, notamment le respect de l'autonomie, de la liberté d'aller et venir ou du libre choix du mode de vie ([Défenseur des droits, 2021](#)). Les critiques formulées à l'égard des Ehpad au cours des dernières années ont ainsi souvent moins porté sur le niveau de médicalisation que sur le risque d'une institutionnalisation excessive de la vie quotidienne.

Les Ehpad apparaissent ainsi confrontés à un dilemme croissant. D'un côté, ils accueillent des résidents dont l'état de santé justifierait un renforcement substantiel des moyens médicaux et paramédicaux. De l'autre, leur transformation progressive en quasi-structures sanitaires risque d'altérer leur vocation première de lieu de vie. Comme le soulignent plusieurs rapports récents, l'enjeu n'est pas de transformer les Ehpad en hôpitaux, mais de leur permettre de répondre à des besoins de soins de plus en plus complexes tout en préservant un environnement résidentiel favorisant l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie des personnes accueillies³⁶.

Outre le Conseil de l'âge, collectivement, et ses associations et fédérations membres en leur nom propre, de nombreuses représentations plaident pour un changement du modèle des Ehpad. Beaucoup de conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) y ont consacré des réflexions, et les ont remontées à la CNSA et au Conseil de l'âge³⁷. Le Collectif national autoproclamé de la vieillesse (CNaV) a mené des consultations et publié un livre blanc sur les Ehpad³⁸.

Cette évolution pose également la question du modèle de financement, étudié dans ci-après.

³⁶ Voir la séance du Conseil de l'âge de mai 2026.

³⁷ Voir la [Synthèse des rapports d'activité des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie](#) et l'atelier de la Journée nationale des CDCA du 9 décembre 2025 animé par le Conseil de l'âge.

³⁸ [Le livre blanc du CNaV sur les Ehpad](#), septembre 2025.

Partie 2

Les financements, en particulier publics, des Ehpad ont augmenté mais selon une tarification et des outils complexes, peu incitatifs à la qualité

Dans la perspective d'étudier l'organisation et les pratiques d'accompagnement, cette partie analyse les ressources en financement des Ehpad et les moyens qu'ils leur permettent de mobiliser.

Les modalités de financement des soins et d'accompagnement des résidents sont complexes. Ce financement repose sur deux forfaits principaux : le forfait soins, financé par la CNSA *via* les ARS, qui couvrent les soins médico-techniques et une partie des soins quotidiens (toilettes, habillage, etc.) des résidents, et le forfait « dépendance », financé par les départements *via* l'APA, dont l'objectif est de prendre en charge l'accompagnement médico-social des résidents, notamment pour financer une partie des actes de la vie quotidienne tels que la toilette, l'habillage, etc. Les modalités de fixation des montants versés aux établissements seront détaillées dans cette partie.

Il faut également prendre en compte les financements complémentaires alloués par les ARS principalement, permettant de financer des soins et accompagnements spécifiques notamment pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et d'autres syndromes apparentés ; des actions de prévention ; ou de promouvoir la formation ou la qualité de vie au travail des professionnels ; et enfin de financer des investissements. Ils sont contractualisés avec les établissements (*voir infra*).

Enfin, les Ehpad sont un lieu de vie et constituent le logement et le domicile des résidents. Cet hébergement est principalement financé par le résident, qui paie le tarif hébergement, pour un coût moyen de 2 000 € par mois en 2023 (CNSA, 2024). Le tarif hébergement, son fonctionnement, mais également les aides sociales proposées par les départements pour aider les ménages les plus précaires à financer l'hébergement en Ehpad seront présentés dans cette partie. Les investissements immobiliers dans le secteur, les aides financières attribuées par la CNSA, les ARS et les départements pour les rénovations du secteur non-lucratif seront également présentés. Sans oublier les enjeux actuels notamment de transition écologique et de mise aux normes environnementales.

I. Un système de financement éclaté en fonction des prestations

Le modèle de financement actuel des Ehpad est celui fixé dans le cadre de la réforme de la tarification inscrite, à l'issue d'une concertation avec les fédérations et les départements, dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015. **Il confirme un modèle de tarification *ex ante* par l'octroi d'un forfait prospectif moyen lié à un *scoring* des besoins en soins et en aide aux résidents**, et non à l'activité déclarée. La dotation forfaitaire est notifiée en début de campagne budgétaire et versé par douzièmes mensuels par des caisses pivots. L'article 58 de cette loi et ses décrets et arrêtés d'application prévoient :

- une réforme tarifaire par le passage à un financement forfaitaire non seulement des soins, mais également de la « dépendance » ;
- une contractualisation renouvelée à travers la substitution obligatoire d'un Cpom à la CTP ;



- des dispositions transitoires en vue de la montée en charge des Cpom (sur cinq ans) et de la convergence vers le niveau de financement cible des soins des Ehpad (en sept ans) ;
- au niveau des établissements, un pilotage par les ressources entraînant une réforme des règles budgétaires et comptables, avec notamment la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Cette réforme, qui a connu des accroc³⁹ mais aussi une accélération dans la « convergence à la dotation cible », est toujours en vigueur, et c'est par ses leviers que sont déployées les mesures des années 2018-2025 visant à renforcer les Ehpad et notamment le plan de création de 50 000 postes équivalents temps plein de professionnels du soin sur 2020-2030 – « plan 50 000 ETP » (voir *infra*).

A. Les financements au titre des soins ne couvrent pas l'ensemble des interventions soignantes

Le forfait soins permet la prise en charge des soins médicaux et une partie de l'accompagnement médico-social réalisé dans l'établissement. En 2017, le montant médian était de 32 € par jour et par résident soit près de 1 000 € par mois (CNSA, 2019).

1. Une tarification fondée sur une allocation des ressources « aux besoins » des résidents

Le montant du forfait soins est défini par une formule tarifaire. Elle est calculée pour chaque établissement à l'aide d'un indicateur synthétique, appelé groupe iso-ressources moyen pondéré soins (GMPS), qui correspond aux besoins moyens en soins médicaux liés aux maladies chroniques des résidents et au niveau de fragilités pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Les besoins en soins sont mesurés par le médecin coordonnateur de l'établissement à l'aide d'une classification appelée « Pathos » qui identifie 50 états pathologiques cliniques avec 12 profils de soins requis par ces pathologies, constituant 238 couples « état pathologique-profil de soins » (Ducoudray *et al.*, 2017). Pour chacun de ces couples pathologie-profil, huit groupes de ressources ont été identifiés (médecin, psychiatre, soins infirmiers, rééducation, psychométrie, biologie, imagerie et pharmacie), qui définissent le niveau de ressources en soins requis. Le niveau moyen de ressources nécessaires pour chacun des 238 couples a été défini par des spécialistes (médecins gériatres) et exprimé en points par poste de coût. Par exemple, pour le couple « insuffisance cardiaque » avec un profil « surveillance rapprochée », les spécialistes ont estimé que cela nécessite 13 minutes de temps de gériatre par jour, 36 minutes de temps infirmier, etc. Le score moyen de Pathos (PMP) est la somme des points de soins nécessaires dans les huit groupes de ressources. Le forfait de soins est également ajusté en fonction du niveau de besoin d'aides à l'autonomie, qui est calculé par le modèle Aggir (Groupes iso-ressources et autonomie en gériatrie), qui évalue l'autonomie d'une personne pour réaliser les activités essentielles de la vie quotidienne (CNAMTS 2008). Le GIR est basé sur 10 variables d'activité physique et mentale (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, etc.).

Le montant du forfait soins pour chaque établissement est le score moyen pondéré (GMPS) multiplié par un tarif de référence/indice par point défini au niveau national (valeur du point) par décret ministériel chaque année et par la capacité de l'établissement :

$$\text{GMPS} = ((\text{PMP} \times 2,59) + \text{GMP}) \times \text{capacité} \times \text{valeur du point}$$

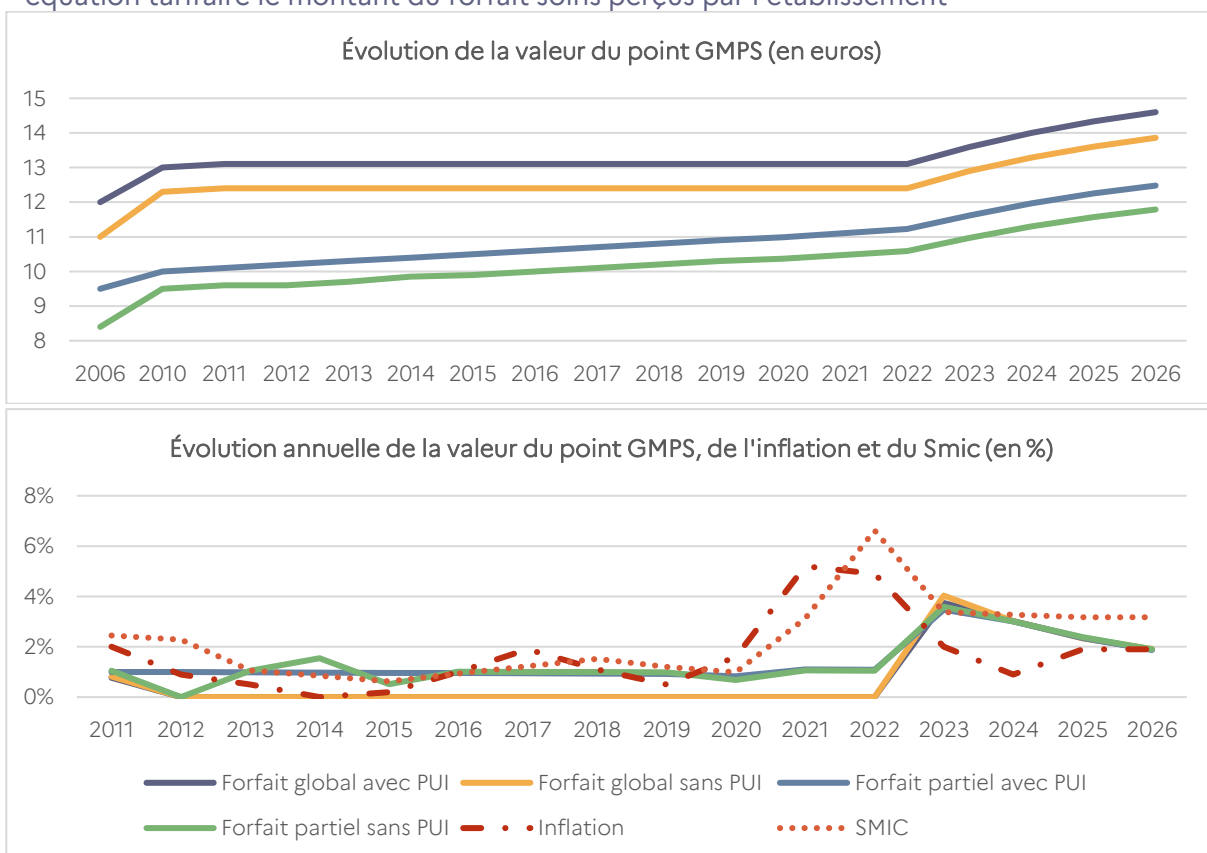
³⁹ En février 2018, Pierre Ricordeau, est désigné médiateur par le gouvernement. Il recommande d'abandonner la convergence à la baisse des Ehpad « perdants à la cible ». Il est suivi dans ses propositions, et la CNSA compense, via les ARS, les baisses non seulement de forfait soins, mais aussi celles sur le forfait « dépendance » pourtant à la charge des départements.

2. Le choix entre quatre types de tarifs plus ou moins larges en périmètre

Les établissements peuvent choisir un périmètre restreint financé par le forfait soin, appelé **tarif partiel**, ou plus étendu ils sont alors au **tarif global**. La dotation du tarif partiel couvre les charges de personnels infirmiers, aides-soignants et aide médico-psychologiques – AMP devenues accompagnant éducatif et social AES (70 %) – le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical. Les autres prestations, consultations et autres sont remboursées comme des soins de ville par la carte vitale du résident. Le tarif global, en plus des charges du tarif partiel, comprend les coûts liés aux consultations d'omnipraticiens, l'ensemble des soins d'auxiliaires médicaux tels que la kinésithérapie, les examens de radiologie légère et les examens de biologie courante. **La valeur du tarif va également varier en fonction de l'intégration ou non des dépenses de médicaments dans leur périmètre, choix lié à l'utilisation d'une pharmacie à usage interne (PUI) par l'établissement.**

La valeur de référence (indice par point défini au niveau national) permet de rendre compte de l'évolution du financement du forfait soins, indépendamment de l'évolution des profils d'état de santé et des besoins d'aide à l'autonomie. On observe une évolution distincte entre les établissements au forfait global et ceux au forfait partiel. En effet, durant 12 ans, de 2010 à 2022, la valeur du point GMPS pour les établissements au forfait global n'a pas augmenté, à la suite de rapports d'inspection qui, après analyse des données de coûts, avaient conclu à une survalorisation. Dans le même temps, la valeur du point GMPS augmentait de 1 % par an dans les établissements au forfait partiel, ce qui se rapproche du niveau de l'inflation observée sur cette période, soit 1,4 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2022 (graphique 16).

Graphique 16 | Évolution du tarif de référence (valeur du point GMPS) qui permet de calculer par équation tarifaire le montant du forfait soins perçus par l'établissement



Sources : Données CNSA et Insee.



En 2023, la valeur du point GMPS augmente à nouveau dans les établissements au forfait global. Le taux d'augmentation est alors plus élevé, proche de 4 % en 2023, puis il redescend progressivement à 2 % d'ici 2026, afin de s'adapter à l'inflation. Une majoration de 20 % de la valeur du point pour les différents forfaits est appliquée pour les établissements des départements d'outre-mer. Les valeurs sont identiques quel que soit le statut (public, associatif, commercial) de l'établissement.

Ainsi, l'équation tarifaire n'a été réévaluée qu'à la marge, principalement pour rééquilibrer les financements entre forfaits globaux et partiels, tenir compte de l'inflation et de certaines différences de situation des établissements médico-sociaux, notamment en outre-mer. Elle n'a en revanche pas été mobilisée pour réévaluer le niveau d'accompagnement ni la qualité des soins des résidents. Les financements versés par la CNSA pour améliorer ces dimensions n'ont pas été intégrés par revalorisation du point GMPS, ce qui aurait laissé la liberté d'utilisation des financements supplémentaires aux établissements, mais par des financements complémentaires fléchés.

3. Des financements complémentaires de l'ARS de plus en plus divers et importants en montant

Il existe des financements de la CNSA versés par l'ARS pour accompagner les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou syndromes apparentés. Les deux dispositifs principaux sont les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et les Unités d'hébergement renforcées (UHR). Ils financent un accompagnement spécifiquement adapté dans un espace spécialement aménagé au sein de l'établissement avec un personnel dédié tels que des assistants de soins en gérontologie, des psychomotriciens, des ergothérapeutes, ou des psychologues. Les Pasa accompagnent les résidents durant la journée tandis que les UHR proposent un accompagnement nuit et jour.

Au contraire des forfaits « soins » et « dépendance » présentés précédemment qui sont versés à l'ensemble des Ehpad, tous les établissements ne bénéficient pas de ces dispositifs, et les montants des forfaits n'ont pour certains pas évolué depuis de nombreuses années. En 2022, il y avait 1 921 Pasa et 333 UHR, couvrant seulement 26 % des Ehpad en Pasa et 1 % en UHR ([Igas, 2021](#)). Les Ehpad peuvent cependant développer des espaces d'accompagnement dédiés à ces personnes sans recevoir de financement spécifique de l'ARS, ainsi on dénombre en 2015 près de 2 600 unités de vie Alzheimer. Le rapport de l'Igas estimait que près de la moitié des Ehpad n'avait aucun dispositif spécifique pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et syndrome apparenté ([Igas, 2021](#)).

Le dispositif d'astreinte d'infirmière la nuit apporte d'autres financements complémentaires pour les soins et l'accompagnement des résidents. Il a pour objectif de pallier le manque de professionnels médicaux durant la nuit et notamment de réduire les transferts aux urgences non nécessaires. Selon l'évaluation de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap), [33 % des Ehpad du pays bénéficient de l'appui d'une infirmière de nuit](#).

D'après certaines fédérations, la part de ces dispositifs a beaucoup augmenté ces dernières années car ils sont également les vecteurs des revalorisations salariales importantes du Ségur (Complément de traitement indiciaire - CTI) et la prime Grand-âge⁴⁰. Ces mesures ont permis, pour les seuls paramédicaux, de revaloriser les rémunérations de 200 000 professionnels⁴¹

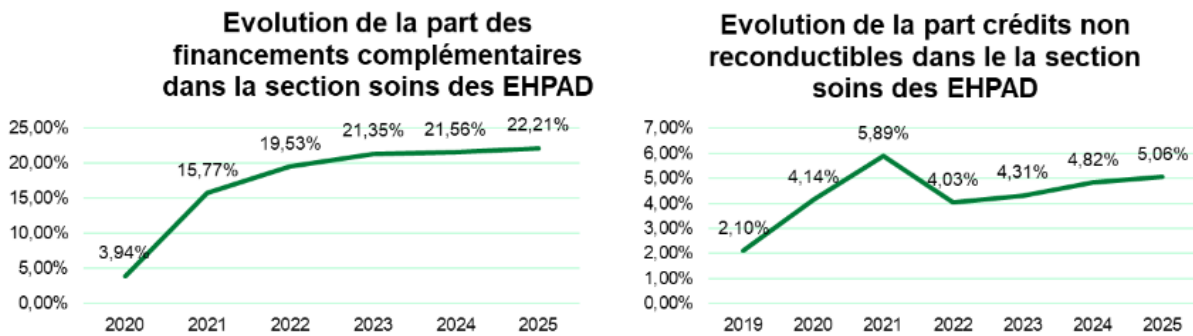
Au total, les analyses de la CNSA montrent que le poids de l'équation tarifaire dans le financement total des soins en Ehpad baisse régulièrement (passant de plus de 90 % à environ 70-80 % - graphique

⁴⁰ Voir la séance du Conseil de l'âge de janvier 2026.

⁴¹ Rapport du Gouvernement au Parlement pris en application de l'article 83 de la LFSS 2023.

17), du fait de la diversification et l'augmentation en montant des financements complémentaires (mesures spécifiques, Ségur de la santé) et des Crédits non reconductibles (CNR).

Graphique 17 | Structure de financement des Ehpad



Source : CNSA.

L'ARS peut apporter des financements complémentaires grâce à l'allocation de crédits non reconductibles, dits CNR. Les CNR proviennent d'un excédent de trésorerie constaté à un instant T dans l'enveloppe régionale des ARS et peuvent permettre d'organiser l'allocation de ces ressources non reconductibles autour d'une stratégie régionale permettant de : (1) quantifier les besoins potentiels de l'ensemble des ESMS ; (2) identifier les axes retenus au regard de ces besoins ; (3) définir un périmètre physique d'ESMS éligibles et un périmètre financier des dotations non reconductibles⁴². Ils peuvent représenter une part significative (0,5 Md€ chaque année) des financements alloués aux Ehpad. Ces dernières années ces crédits ont aussi permis de limiter les conséquences de la crise financière traversée par certains Ehpad.

Cette augmentation importante du poids des financements complémentaires pose question :

- il prive potentiellement de moyens des Ehpad que leur profil de résidentielle ou leur rôle territorial rendrait légitime qu'ils en bénéficient ;
- il complexifie le pilotage budgétaire tant pour les régulateurs que pour les établissements ;
- il masque la réalité des déséquilibres budgétaires des établissements, hors crédits exceptionnels.

À noter que les départements peuvent également octroyer des financements complémentaires ayant trait à la section « dépendance ».

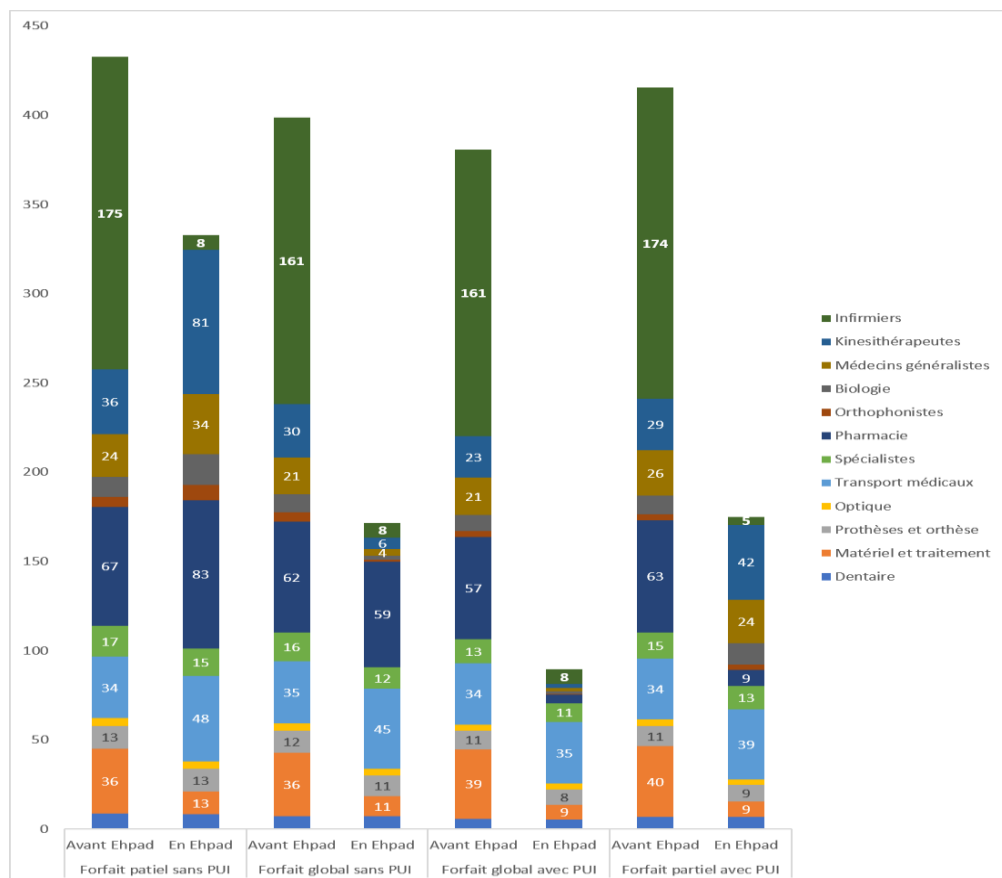
4. Des apports « externes » de soins par les professionnels libéraux et le secteur sanitaire

Une partie des dépenses de santé est financée par des soins externes. Ainsi, les dépenses ambulatoires totales (consultations de médecins ou de professionnels paramédicaux, pharmacie, biologie, etc.) demeurent élevées après l'entrée en Ehpad (graphique 18).

⁴² Circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA no 2014-94 du 28 mars 2014.



Graphique 18 | Évolution des dépenses ambulatoires mensuelles moyennes par personne avant et après l'entrée en Ehpad



Lecture : dépenses moyennes par mois l'année précédant l'entrée dans l'Ehpad et l'année suivant l'entrée en Ehpad. Données sur 82 328 personnes entrées en Ehpad en 2016 et qui étaient encore présentes en 2018. Sources : Resid-ESMS 2014-2019, SG du HCFEA.

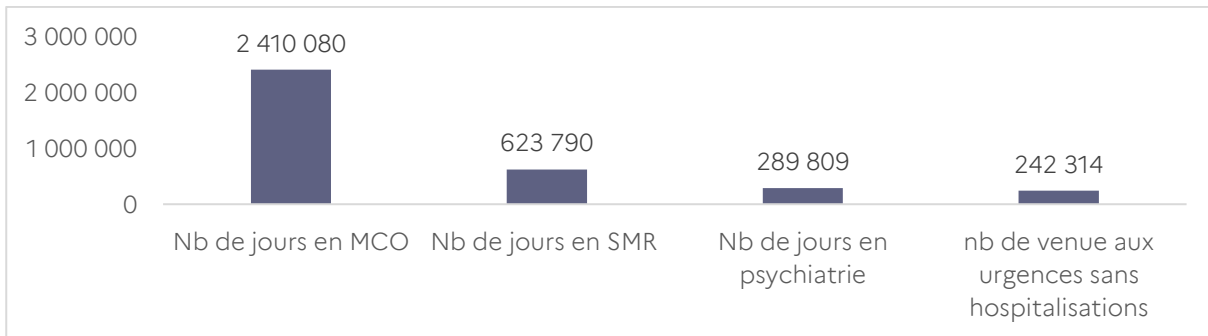
Elles s'élèvent en moyenne à 333 € par mois et par résident dans les Ehpad à forfait partiel sans PUI, à 175 € dans les Ehpad à forfait partiel avec PUI, à 172 € dans les Ehpad à forfait global sans PUI, et à 89 € dans les Ehpad à forfait global avec PUI.

Avant d'entrer en Ehpad, les dépenses ambulatoires des résidents varient de 383 à 432 € selon le type d'établissement. Les dépenses de soins infirmiers sont très élevées avant l'entrée en Ehpad, entre 161 et 175 € par mois et par personne, et baissent à moins de 8 € par mois après l'entrée, les soins infirmiers étant inclus dans le forfait soin versé à l'établissement pour l'ensemble des Ehpad. L'autre poste de dépense qui observe une baisse importante après l'entrée en Ehpad est celui du matériel et des traitements, certains matériels étant financés dans le forfait soins.

Il est intéressant d'observer que certains postes sont plus élevés après l'entrée en Ehpad ; c'est notamment le cas des dépenses de kinésithérapie dans les établissements au tarif partiel. Avant l'entrée dans l'établissement, les personnes ont une dépense moyenne de 36 € par mois et par personne, puis elle est de 81 € par mois et par personne après l'entrée en Ehpad. D'autres postes de dépenses sont également plus élevés après l'entrée en Ehpad, mais de manière bien moins spectaculaire, tels que les dépenses de médecins généralistes, de pharmacie, ou de transports médicaux (probablement lié aux nombreux transferts hospitaliers des résidents d'Ehpad).

L'hôpital joue un rôle central dans l'accompagnement sanitaire des résidents en Ehpad, comme en témoignent le nombre de journées d'hospitalisation particulièrement élevé, en 2019, chaque mois, on estime qu'il y a eu 2,4 millions de journées d'hospitalisation en MCO parmi les 600 000 résidents d'Ehpad, 624 000 journées en SMR, 290 000 en psychiatrie, ainsi qu'environ 240 000 passages aux urgences sans hospitalisation (graphique 19). **Pourtant, la littérature française et internationale met en évidence les effets délétères de l'hospitalisation pour ces résidents, tels que la désorientation ou encore le risque accru d'infections.** Ainsi, limiter autant que possible les hospitalisations en proposant un accompagnement de qualité en Ehpad représente un enjeu majeur pour leur bien-être.

Graphique 19 | Nombre de journées annuelles d'hospitalisation, par type d'hospitalisation

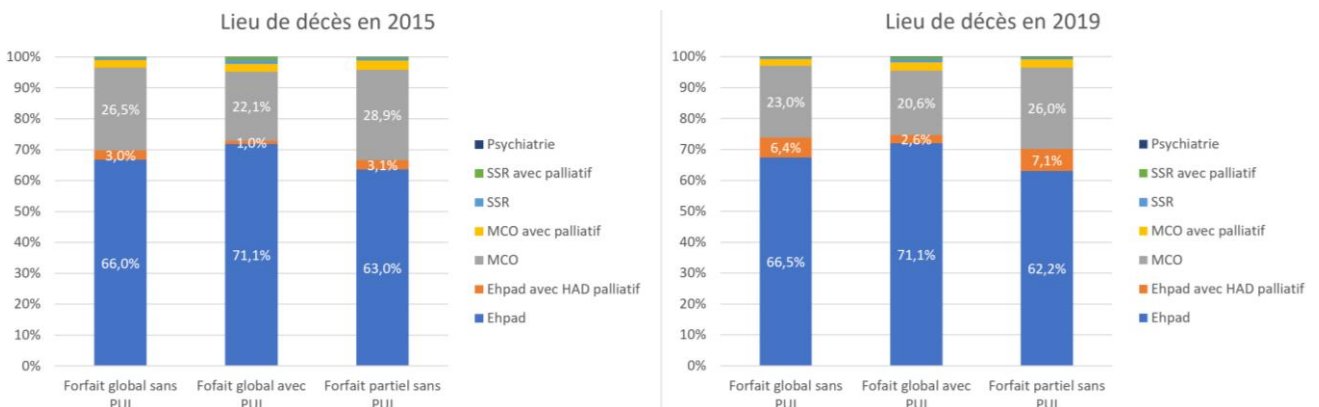


Lecture : nombre de journées estimées en multipliant le nombre de journée moyen d'hospitalisation par résident par mois (données sur 82 328 personnes entrées en Ehpad en 2016 et qui étaient encore présentes en 2018) calculé à partir des données Resid-ESMS du SNDS de 2019 multiplié par douze et par le nombre de personnes en Ehpad au 31/12/2019 soit 594 700 personnes (Drees 2019)

Sources : Resid-ESMS 2019, Insee 2019, SG du HCFEA.

L'hôpital accompagne également la fin de vie des résidents pour près d'un résident sur trois décédés en 2015. Entre 2015 et 2019 (graphique 20) on observe une baisse de la proportion de décès en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et une hausse des hospitalisations à domicile. Depuis les dispositions prises en 2018 par la DGOS et la DGCS pour en élargir le cadre, les équipes de HAD interviennent plus fréquemment en Ehpad. Elles interviennent notamment dans l'accompagnement des soins palliatifs et la réalisation de pansements complexes, permettant ainsi d'éviter certains transferts hospitaliers. L'intervention de ces équipes permet de réduire les hospitalisations classiques, le recours aux urgences non suivies d'hospitalisation, et d'augmenter le recours aux soins palliatifs en fin de vie, tout en réduisant les dépenses hospitalières totales (Penneau et al, 2023).

Graphique 20 | Proportion de résidents décédés par lieu standardisé par âge, sexe, pathologies



Champ : 124 441 personnes décédés en 2019

Source : SNDS, Sidoba, calculs Penneau et al.



Les équipes mobiles sont d’autres acteurs externes à l’établissement qui accompagnent les Ehpad dans la réalisation des soins aux résidents. Contrairement aux équipes d’HAD, les équipes mobiles de gériatrie, de psychiatrie et de soins palliatifs en Ehpad ne réalisent pas les soins, mais aident les établissements dans leurs processus d’accompagnement gériatrique, psychiatrique et de fin de vie des résidents. Les conventions les plus fréquentes en Ehpad sont conclues avec des équipes mobiles de soins palliatifs : en 2023, près de 85 % des Ehpad déclarent en avoir signé une (tableau 6), tandis qu’environ 60 % déclarent des conventions avec des équipes mobiles de gériatrie ou de psychiatrie.

Tableau 6 | Conventiionnements avec des équipes mobiles

Part des établissements ayant signé une convention ou pouvant bénéficier par le biais de son rattachement à une structure sanitaire, de ...	2023				2019
	Ehpad publics	Ehpad privés à but non lucratif	Ehpad commerciaux	Ensemble des établissements (Ehpad, résidence Autonomie, USLD .)	
... une équipe mobile de soins palliatifs	85%	84%	86%	69%	64%
... un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs)	44%	47%	50%	39%	35%
... une équipe mobile d'intervention gériatrique	58%	57%	61%	48%	36%
... une équipe mobile psychiatrique	66%	61%	54%	51%	46%
... une convention au titre de la filière gériatrique (hors "plan bleu")	55%	59%	67%	52%	47%

Champ : France, établissements d’hébergement pour personnes âgées, tous types d’accueil confondus, hors centres d’accueil de jour.

Source : Drees, enquêtes Ehpas 2023.

B. Les financements au titre du forfait « dépendance » ont peu évolué depuis 2017

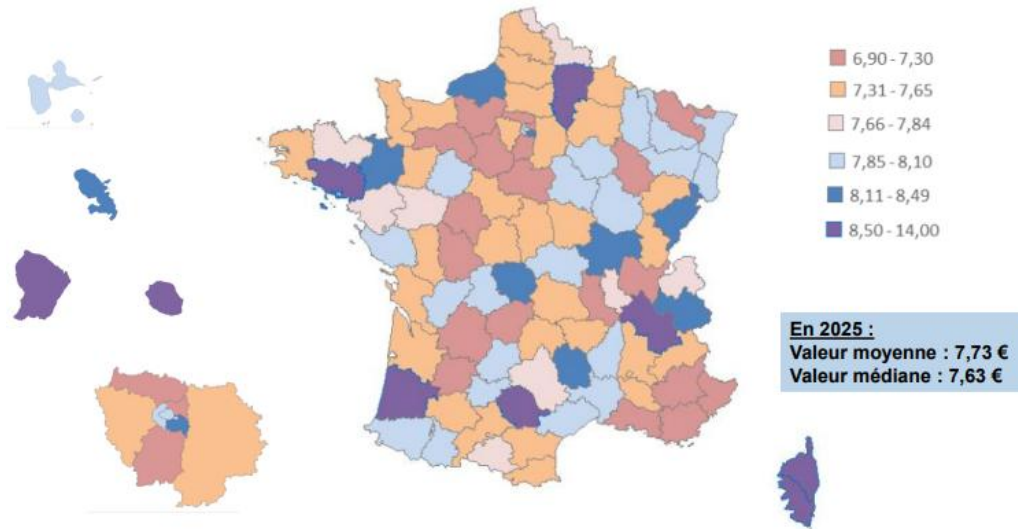
Le forfait « dépendance » cofinance avec le forfait soins le coût de l’accompagnement pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Géré par les départements, le forfait « dépendance » est défini par une formule nationale depuis 2017 dans le but d’harmoniser les règles de financement entre les Ehpad. Le montant est calculé en fonction du GMP et de la valeur du point GIR départemental. Le département finance le forfait pour les personnes appartenant aux GIR 1 à 4, en déduisant le montant du forfait GIR 5-6 qui reste à la charge du résident.

Bien que cette réforme du financement ait contribué à harmoniser les montants du forfait « dépendance » entre les Ehpad au sein d’un même département, il peut exister des disparités entre départements (figure 2). « En 2025, la valeur moyenne du point GIR départemental (...), s’élève à 7,73 euros, soit une hausse de 1,1 % par rapport à 2024 et de 8,6 % sur l’ensemble de la période 2018-2025. A titre de comparaison, la valeur du point GIR moyen pondéré soins (GMPS), servant au calcul de la dotation soins des Ehpad, a progressé de 2,4 % en 2025 et de 13,8 % sur les sept dernières années. La valeur médiane du point GIR 2025 est de 7,63 euros en 2025, contre 7,57 euros en 2024. La valeur maximale est constatée en Corse (9,47 euros), et la valeur minimale est observée dans le Val-d’Oise (6,90 euros). »⁴³

En 2019, le montant du forfait « dépendance » était en médiane de 5,5 €/jour pour les personnes à faible besoin d’aides à l’autonomie (GIR 5-6), de 13 €/jour pour un niveau de besoin d’aides à l’autonomie modéré (GIR 4-3) et 20,5 €/jour pour les personnes en fort besoin d’aides à l’autonomie (GIR 1-2), soit entre 160 € et 600 € par mois et par personne (CNSA, 2021).

⁴³ CNSA, 2026.

Figure 2 | Valeurs du point GIR départemental en 2025



Source : FHF sur données CNSA

Les écarts entre les départements se réduisent peu⁴⁴ et les valeurs moyennes et médianes des points progressent moins que l'inflation (tableau 7).

Tableau 7 | Evolution des valeurs moyennes et médianes de point GIR depuis 2018

	Evolution 2019/2018	Evolution 2020/2019	Evolution 2021/2020	Evolution 2022/2021	Evolution 2023/2022	Evolution 2024/2023	Evolution 2025/2024	Evolution 2025/2018
Médiane	0,70%	0,60%	0,80%	0,80%	1,40%	2,60%	0,80%	7,90%
Moyenne	0,60%	1%	0,80%	0,70%	1,80%	2,40%	1%	8,60%

Source : FHF sur données CNSA

C. Proposée depuis plusieurs années, une expérimentation est en cours de fusion des sections « soins » et « dépendance »

Le décret du 20 février 2025 prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation de fusion des sections « soins » et « dépendance » à compter du 1^{er} juillet 2025 dans 23 départements expérimentateurs⁴⁵. En application de l'article 79 de la LFSS pour 2024, cette fusion consiste à substituer aux forfaits « soins » et « dépendance » un nouveau forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie.

Cette nouvelle tarification permettra, selon le Conseil de l'âge dans son [avis du 4 juillet 2024](#), une simplification des modalités de financement par rapport à celles en vigueur et apportera plus d'équité dans les financements tant pour les établissements d'un même département (mais pas forcément avec ceux de la région car l'expérimentation est départementale) que pour les résidents assurés sociaux (participation forfaitaire fixée au niveau national).

⁴⁴ Une dizaine de départements n'ont pas, ou peu, fait évoluer leurs valeurs depuis 2021 : Corrèze, Gironde, Ariège, Pyrénées-Atlantiques, Territoire de Belfort, CT Corse, Guyane, Deux-Sèvres, Creuse, Haute-Garonne.

⁴⁵ Les collectivités expérimentatrices sont l'Aude, le Cantal, la Charente-Maritime, la Corrèze, les Côtes-d'Armor, la Creuse, le Finistère, la Haute-Garonne, les Landes, le Lot, le Lot-et-Garonne, le Maine-et-Loire, la Haute-Marne, la Mayenne, le Morbihan, la Nièvre, le Pas-de-Calais, les Pyrénées-Orientales, La Métropole de Lyon, la Savoie, la Seine-Saint-Denis, la Guyane et la Réunion.



La conduite de l'expérimentation a fait l'objet d'une forte mobilisation tant du niveau central (DGCS, CNSA) que des ARS et des départements concernés. Préparé avec soin, le nouveau dispositif est administrativement opérationnel depuis le 1^{er} juillet 2025, le dispositif bien déployé dans les 23 départements et il n'y a pas de blocage majeur de mise en œuvre. Les opérations de reprise de la tarification de la section « dépendance » ont demandé un gros travail aux ARS et aux établissements, par exemple en Seine-Saint-Denis, où aucune coupe GIR n'avait été validée depuis plusieurs années, le GMP historique étant reconduit.

Le rapport d'évaluation de cette expérimentation ne sera disponible que fin 2026, mais il apparaît d'ores et déjà à la CNSA et à la DGCS (encadré 3), à la lumière des retours des ARS et des établissements, que :

- une majorité d'Ehpad est gagnante à la réforme, et reçoit un forfait unique majoré par rapport à la situation antérieure ;
- l'effet de simplification est réel s'agissant de la fin des refacturations entre départements au titre du domicile de secours. Au-delà de l'économie budgétaire et administrative qu'elle a permis de réaliser pour les départements « de départ », elle a permis aux établissements de limiter le portage en trésorerie de sommes parfois tardivement recouvrées.

Encadré 3 | Premiers retours chiffrés de l'expérimentation de la fusion des sections

Afin de compenser le transfert de charge vers la Sécurité sociale, les départements expérimentateurs reversent à l'État et à la CNSA une fraction des recettes correspondant à leurs dépenses antérieures d'APA en établissement. Cette rétro-compensation repose sur une fraction du concours APA prélevée par la CNSA et, lorsque celle-ci est insuffisante, sur une fraction de la quote-part départementale de taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA). Le montant de référence est calculé à partir de la moyenne des dépenses d'APA en établissement des années 2022, 2023 et 2024, avec un plafonnement fondé sur le 1^{er} quartile national des valeurs de point GIR observées en 2024 (7,34 €). L'expérimentation couvre près de 1 570 Ehpad (environ 117 600 places, soit près de 19 % des capacités nationales, et 115 USLD). Le coût global de la réforme est estimé à 748 M€ en année pleine : 628 M€ pour le financement des forfaits uniques versés aux Ehpad, 43 M€ concernent les USLD et 77 M€ correspondent à l'effet « export », lié aux résidents accueillis dans un établissement situé dans un département expérimentateur mais dont le domicile de secours relève d'un autre département.

Le montant de rétrocompensation versé par les départements est estimé à 572 M€ en année pleine (286 M€ en 2025 du fait d'une entrée en vigueur au 1^{er} juillet). L'écart entre le coût global de la mesure et les recettes reprises aux départements conduit ainsi à un surcoût net pour la Sécurité sociale estimé à 176 M€ en année pleine (85 M€ en 2025). Ce surcoût correspond notamment à l'effet de convergence des valeurs de point GIR (+ 29 M€ pour les établissements), à la baisse de la participation financière des résidents (+ 15 M€) et à la prise en charge des résidents « importés » (+ 99 M€).

L'expérimentation modifie également les modalités de participation financière des résidents. Le régime antérieur, reposant notamment sur un « talon GIR 5/6 » et sur une participation complémentaire calculée en fonction des ressources, est remplacé par une participation forfaitaire aux frais d'entretien de l'autonomie, de 6,16 € en 2026. Cette simplification vise à harmoniser les règles applicables entre établissements et entre résidents. Une clause de protection garantit toutefois que les résidents déjà présents au 1^{er} juillet 2025 dont la participation était inférieure à ce montant ne voient pas leur reste à charge augmenter.

Au total, la réforme entraîne un transfert d'une partie du financement des départements et des résidents vers la branche autonomie, tout en simplifiant le modèle de financement des établissements et en renforçant l'équité de traitement entre territoires et entre résidents.

D. Le financement du tarif hébergement repose essentiellement sur les résidents et couvre des postes dépassant les fonctions « hôtelières »

Cette section examine le financement de l'hébergement (location de la chambre, entretien des locaux, blanchisserie, repas, animation de la vie sociale, etc.) et des investissements. Ces aspects sont principalement financés par les résidents et leurs familles, via le tarif hébergement.

1. Les prestations liées à l'hébergement

Les prestations obligatoirement incluses dans le tarif hébergement sont fixées dans des décrets appelés « prestations socle ». Des prestations complémentaires liées à l'hébergement peuvent être souscrites par le résident après information et lui sont facturées en sus. Le décret du 30 décembre 2015, pris « dans un objectif de plus grande transparence pour les personnes âgées accueillies en Ehpad et pour leur entourage, et afin de rendre possible la comparaison des prix dans ces établissements » a défini la liste des prestations minimales délivrées ainsi que les modalités selon lesquelles l'ensemble de ces établissements et services transmettent à la CNSA les informations relatives à leur capacité d'hébergement, permanent et temporaire, ou d'accompagnement, à leurs tarifs, « notamment les tarifs afférents à la dépendance ainsi qu'au prix du socle de prestations fournies ».

Le décret du 28 avril 2022 précité renforce les obligations d'information et de transparence vis-à-vis des résidents et ajoute aux prestations incluses dans le socle deux nouveaux items, le blanchissage et le marquage du linge des résidents ainsi que la possibilité d'accès à Internet dans les chambres. L'ensemble de ses dispositions relatives au renforcement de l'information et de la transparence sur les prix et les prestations minimales sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2023.

La question de la solvabilisation des séjours en Ehpad a fait l'objet de nombreuses réflexions du Conseil de l'âge (voir l'introduction du présent rapport). Avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), environ 79 % des résidents ne peuvent pas financer leurs frais de séjour (hébergement + dépendance) avec leurs seules ressources. La préservation d'une offre accessible est essentielle. Les places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) sont en proportion plus nombreuses dans les Ehpad publics, puis privés associatifs et moins en Ehpad privé (tableau 8).

Tableau 8 | Nombres de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), d'établissements ayant une convention APL ou accueille des bénéficiaires de l'ALS

	Nombres de places habilitées ASH	Proportion des places habilitées à l'ASH	Pourcentage d'Ehpad ayant une convention APL	Pourcentage d'Ehpad qui accueille des bénéficiaires de l'ALS
Ehpad publics hospitaliers	127 079	100 %	49 %	44 %
Ehpad publics non hospitaliers	159 993	99 %	68 %	25 %
Ehpad privés à but non lucratif	146 753	84 %	73 %	22 %
Ehpad privés à but lucratif	13 936	10 %	34 %	13 %

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023.

La possibilité pour les Ehpad habilités à l'aide sociale de pouvoir plus simplement différencier le tarif hébergement pour le moduler à la hausse pour des résidents non admis à l'aide sociale et occupant une chambre individuelle était demandée de longue date par des fédérations ou groupes d'Ehpad publics et associatifs. Suite à une disposition votée en loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, le décret n° 2024-1270 du 31 décembre 2024, relatif aux



tarifs d'hébergement dans les établissements totalement ou majoritairement habilités à l'ASH, introduit la possibilité d'augmenter le tarif hébergement pour les résidents ne bénéficiant pas de cette aide. Saisi pour avis, [le Conseil de l'âge avait pris majoritairement acte de cette mesure](#). Certes, elle avait le mérite de créer un cadre plus transparent pour ces modulations de tarifs et d'apporter des compléments de ressources à des Ehpad dont les tarifs habilités étaient revalorisés en deçà de l'inflation, elle-même en forte hausse en 2022-2023, par certains départements. Mais le Conseil avait estimé que l'objectif de sécuriser l'accès à une offre accessible financièrement sur l'ensemble des territoires n'était que très insuffisamment garanti par les modalités prévues par le décret.

- ▶ Le Conseil de l'âge réaffirme son attachement à la préservation d'une accessibilité financière et territoriale aux Ehpad.
- ▶ Pour limiter le reste à charge sur le tarif hébergement demandé aux résidents et à la famille, il réitère sa demande d'une transformation de la réduction d'impôt « Ehpad » en un crédit d'impôt mesure la moins coûteuse, la plus simple et la plus juste pour diminuer le reste à charge.

2. La couverture de nombreuses autres dépenses (direction, SI, investissements)

Le tarif hébergement des Ehpad contribue également au financement de nombreuses dépenses de structure et de fonctionnement, telles que les coûts de direction, les fonctions administratives et support, les systèmes d'information, les investissements immobiliers et matériels, la maintenance, ou encore certaines charges générales indispensables au fonctionnement de l'établissement.

Ces dépenses présentent souvent un caractère transversal et bénéficient à l'ensemble des activités de l'Ehpad, y compris celles relevant des « soins » et de la « dépendance ». La répartition théorique entre les trois sections tarifaires (« soins », « dépendance » et « hébergement ») ne reflète donc pas toujours la réalité économique des coûts supportés, ce qui conduit le tarif hébergement à absorber une part significative de charges qui concourent également à la qualité des accompagnements.

Les dépenses liées à la transition écologique – en particulier la mise aux normes énergétiques et la décarbonation des consommations – relèvent principalement de la section hébergement, à l'exception des consommables, dispositifs médicaux et médicaments. Cette règle connaît toutefois des dérogations et certains financements peuvent être mobilisés via l'OGD, notamment au titre des CNR « investissement » et « transition écologique », dont 49 M€ ont été délégués lors de la seconde phase de la campagne 2025, afin d'accompagner les établissements dans ces démarches.

E. Une gouvernance partagée qui nécessite une meilleure articulation entre les tutelles et avec les Ehpad

1. Une articulation entre les autorités de tutelle confrontée à des enjeux de coordination⁴⁶

Le pilotage des Ehpad repose sur une gouvernance originale, caractérisée par une responsabilité conjointe des conseils départementaux (CD) et des agences régionales de santé (ARS). Cette architecture institutionnelle traduit la double nature des établissements : ils constituent à la fois des lieux de vie relevant des politiques de l'autonomie et des établissements médico-sociaux participant pleinement à l'organisation des parcours de santé.

⁴⁶ Voir la séance du Conseil de l'âge d'octobre 2025.

Les conseils départementaux interviennent en leur qualité de chefs de file des politiques de l'autonomie et des solidarités territoriales. À ce titre, ils assurent notamment le financement de la section « dépendance », participent aux décisions d'autorisation et de planification de l'offre et inscrivent les Ehpad dans une stratégie plus large de soutien à domicile, de prévention des fragilités et d'aménagement territorial. Les ARS exercent quant à elles leurs compétences sur les dimensions sanitaires et médico-sociales, à travers le financement des soins, l'organisation de l'offre, les missions de contrôle et l'articulation avec les établissements de santé et les professionnels de santé.

Lors de la séance du Conseil d'octobre 2025, les représentants des départements comme ceux des ARS ont insisté sur le caractère complémentaire de leurs interventions et sur la nécessité de développer des modes de pilotage davantage intégrés. Cette exigence de coordination est d'autant plus forte que les défis auxquels sont confrontés les Ehpad dépassent largement les seuls enjeux de financement. Les questions de qualité des accompagnements, de recrutement des professionnels, de médicalisation, de prévention, d'investissement immobilier ou encore d'inscription territoriale des établissements supposent des réponses mobilisant les compétences des deux autorités.

Les expériences récentes illustrent les bénéfices de cette coopération. Les commissions départementales chargées de l'examen des situations financières dégradées ont permis de réunir l'ensemble des parties prenantes autour d'un diagnostic partagé et de réponses coordonnées. De même, les démarches communes d'inspection et de contrôle ou encore les réflexions sur les transformations de l'offre témoignent d'une évolution vers une logique davantage partenariale.

Un autre enjeu majeur concerne les systèmes d'information. Les difficultés persistantes d'interopérabilité entre les outils des établissements, des ARS et des Conseils départementaux conduisent encore à de multiples ressaisis et à des transmissions redondantes d'informations. Au-delà de leur coût administratif, ces dysfonctionnements mobilisent inutilement les équipes de direction et les professionnels des établissements. Le développement de systèmes d'information interopérables apparaît ainsi comme un levier essentiel pour fluidifier les échanges, renforcer le pilotage partagé et dégager davantage de temps au bénéfice de l'accompagnement des résidents.

Les réflexions relatives à l'articulation entre les ARS et les Conseils départementaux connaissent par ailleurs un regain d'actualité dans le débat public. En novembre 2025, le Premier ministre a ainsi annoncé sa volonté d'engager une réforme profonde de la gouvernance territoriale de la santé et de l'autonomie, en envisageant un renforcement des compétences des départements dans le champ médico-social et des soins de proximité, dans un nouvel acte de décentralisation⁴⁷. Cette orientation, s'inscrivant dans une réflexion plus large sur le rôle des départements comme « collectivité des solidarités » et sur une clarification des responsabilités aujourd'hui partagées entre l'État et les collectivités territoriales, ne semble ne plus être d'actualité.

Pour autant, les débats et les auditions conduits dans le cadre du présent rapport invitent à distinguer deux questions qui se recoupent sans se confondre. La première est celle de la répartition institutionnelle des compétences entre les différents niveaux de gouvernance ; la seconde est celle des modalités concrètes de coopération entre les acteurs. À cet égard, les difficultés aujourd'hui rencontrées par les établissements semblent moins résulter de l'existence de deux autorités de tutelle que de la complexité des procédures, de la multiplication des interlocuteurs, de l'insuffisante interopérabilité des systèmes d'information et de la fragmentation des outils de pilotage.

En d'autres termes, si une éventuelle évolution de l'architecture institutionnelle pourrait modifier les responsabilités respectives des acteurs, elle ne dispenserait pas de répondre aux enjeux plus

⁴⁷ [Lettre du Premier ministre aux présidents de Conseil départemental](#), 24 novembre 2025.



opérationnels de simplification, de partage de l'information, de coordination des décisions et de qualité du dialogue de gestion avec les établissements. À l'inverse, plusieurs exemples observés sur les territoires montrent qu'une coopération étroite entre ARS et conseils départementaux permet d'ores et déjà d'apporter des réponses efficaces.

2. Des relations entre les autorités de tutelle et les Ehpad en quête d'un nouvel équilibre

Les relations entre les autorités publiques et les Ehpad ont connu une évolution profonde au cours des quinze dernières années, marquée par un déplacement progressif des outils de régulation. Initialement fondé sur le régime juridique de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux, le pilotage s'est progressivement structuré autour de la contractualisation pluriannuelle, faisant du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPom) le principal support du dialogue entre les autorités de tarification et les établissements.

En théorie, le droit de l'autorisation constituait le principal levier de suivi de la qualité de l'accompagnement et de la gestion des établissements. L'autorisation, délivrée pour une durée déterminée, pouvait être remise en cause à son échéance ou de manière anticipée en cas de contrôle ou d'évaluation défavorable ou encore lorsque l'évolution des besoins de la population le justifiait. Dans la pratique, ce dispositif s'est toutefois révélé peu opérant comme instrument de pilotage, les renouvellements étant largement automatiques et les mécanismes de retrait rarement mobilisés.

Les réformes ont progressivement fait du CPom le cadre de droit commun de la relation entre les autorités publiques et les gestionnaires. L'introduction de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et la disparition du dialogue budgétaire annuel obligatoire ont encore renforcé cette évolution. Le CPom est devenu le support de la définition des objectifs de transformation des établissements, des démarches d'amélioration de la qualité, des coopérations territoriales, des investissements, des restructurations ainsi qu'à l'octroi de financements complémentaires.

Cette évolution traduit une transformation profonde du rôle des tutelles. Les travaux conduits par le Conseil de l'âge mettent toutefois en évidence les limites progressivement atteintes par les modalités actuelles de contractualisation. Conçu comme un outil de pilotage stratégique et de confiance, le CPom est devenu, dans de nombreux cas, un dispositif particulièrement exigeant sur le plan administratif, mobilisant des ressources importantes tant pour les ARS et les conseils départementaux que pour les établissements. La multiplication des pièces justificatives, la complexité des procédures, les difficultés de suivi des engagements ou encore l'hétérogénéité des pratiques territoriales conduisent à une mobilisation importante des équipes de direction et des services des tutelles, sans que cette charge soit toujours proportionnée à la valeur ajoutée produite.

Les réflexions engagées au niveau national, illustrées notamment par le moratoire décidé en 2025 sur la signature de certains nouveaux CPom dans l'attente d'une simplification, traduisent la reconnaissance de ces difficultés.

Pour le Conseil de l'âge, l'enjeu apparaît ainsi moins celui du maintien ou de la suppression du CPom que de sa simplification et de son repositionnement sur les résultats attendus des Ehpad. Il convient de recentrer le contrat sur ses dimensions stratégiques, de mieux proportionner ses exigences à la taille et aux enjeux de chaque établissement ou gestionnaire, de renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information et de privilégier, autant que possible, l'utilisation des données déjà disponibles ou que pourront livrer les outils numériques, plutôt que des ressaisies. Plus largement, les auditions conduites convergent vers une même idée : la qualité de la relation entre les tutelles et les Ehpad dépend moins de la sophistication des outils contractuels que de la qualité du dialogue de

gestion, de la stabilité des interlocuteurs, de la visibilité donnée aux établissements et de la capacité des autorités publiques à exercer simultanément leurs missions d'accompagnement, de régulation et de contrôle dans un cadre fondé sur la confiance, la responsabilité et la durée.

- ▶ Le Conseil de l'âge considère qu'un abandon de la logique de CPom serait contreproductif. Dans un secteur confronté à des enjeux majeurs de transformation, il demeure nécessaire de disposer d'un cadre partagé permettant de définir des objectifs pluriannuels, de programmer les investissements, de formaliser les engagements réciproques entre les établissements et les autorités publiques et de garantir une visibilité minimale sur les trajectoires d'évolution.
- ▶ De même, les besoins de suivi des politiques publiques, de transparence dans l'utilisation des financements publics, de contrôle de la qualité des accompagnements et de traçabilité des décisions prises par les différents acteurs justifient le maintien d'outils de pilotage formalisés – CPom mais également les EPRD et les ERRD, tableau de bord de la performance, etc. Ces notions doivent être adaptées aux spécificités du secteur médico-social et ne sauraient se traduire par une inflation documentaire mais nourrir le dialogue de gestion entre les Ehpad et les tutelles.

II. Les Ehpad ont vu leurs ressources et leurs coûts moyens augmenter et leurs effectifs se renforcer

A. Une hausse des coûts moyens à la place et des financements, mais des déficits qui se diffusent

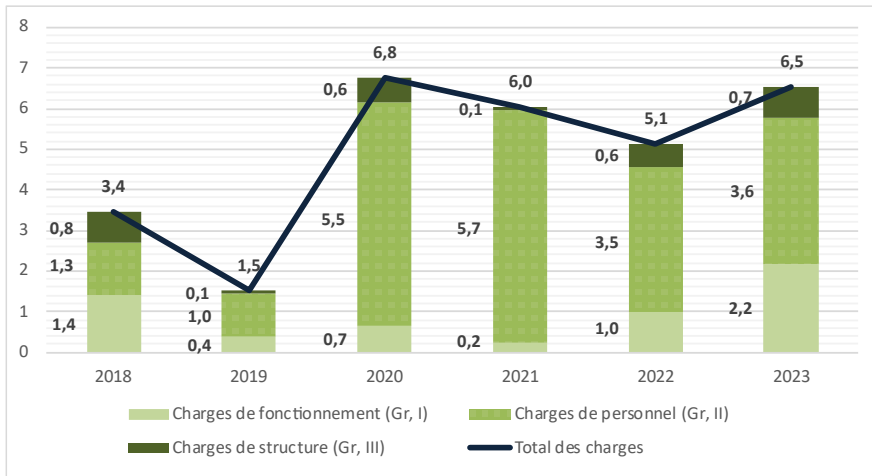
1. Une augmentation des recettes et des ressources, inférieure celle des charges des Ehpad

Entre 2018 et 2023, les Ehpad ont vu leurs coûts augmenter pour plusieurs raisons (graphique 21) :

- coûts supplémentaires liés à la Covid-19 : absence et remplacement du personnel malade, protocoles de sécurité (coût des masques, etc.) ;
- revalorisations salariales : Ségur et autres primes ;
- charges de personnel extérieur, incluant le recours à l'intérim, en hausse de 7,0 % en 2023, après + 20,3 % en 2022. Les charges de personnel extérieur ont globalement doublé entre 2017 et 2023, atteignant presque un milliard d'euros par an. Cette hausse de charge de personnel extérieur pouvant être une politique d'embauche des établissements pour avoir plus de flexibilité ou une conséquence des difficultés d'embauche du secteur (voir *infra*). ;
- reprise de l'inflation à partir de 2022 en France (+ 4,9 % en 2023 après + 5,2 % en 2022) qui impacte à la fois les coûts fixes (les charges de fonctionnement ont augmenté de 9,3 % entre 2020 et 2023) mais également les coûts de l'investissement immobiliers et numérique.



Graphique 21 | Contribution des différents postes à l'évolution totale des charges
En %



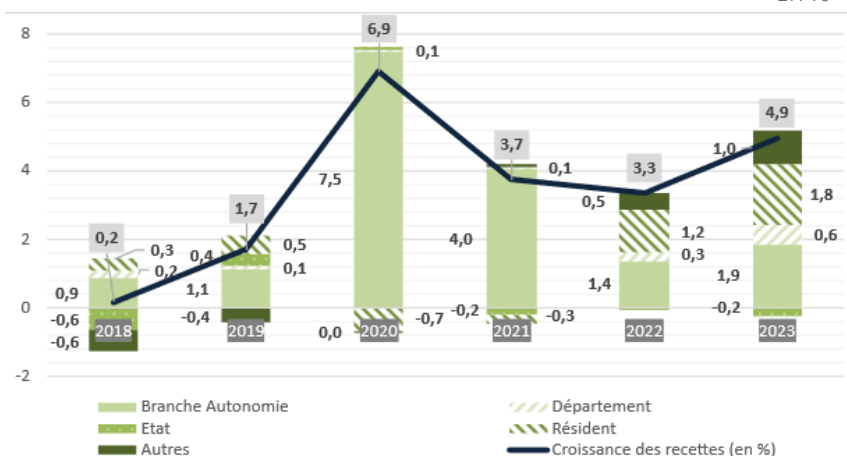
Source : CNSA, ERRD 2017-2023, Repère statistique n°26.

En parallèle, les Ehpad ont vu leurs recettes augmenter chaque année (graphique 22). Ces dernières années, les principales mesures ayant majoré leurs ressources sont issues de la branche Autonomie, via l'Ondam médico-social (OGD) et la section soins :

- le plan de création de 50 000 ETP (1 Md€ de financement supplémentaire jusqu'en 2026) ;
- la compensation des primes « Ségur », y compris pour les personnels des sections « dépendance » et « hébergement » ;
- le financement de nouvelles missions complémentaires ;
- l'octroi de crédits non reconductibles, notamment au titre des fonds d'urgence.

Les augmentations les plus importantes sont observées en 2020 et 2021, durant la crise liée à la Covid-19, au cours de laquelle la branche Autonomie a fortement soutenu les établissements. Elle a permis de compenser la baisse des taux d'occupation, qui a réduit leurs recettes, mais aussi de couvrir les surcoûts liés à la situation sanitaire, et financer les revalorisations salariales et autres primes.

Graphique 22 | Contribution des différents financeurs à l'évolution totale des recettes
En %



Source : CNSA, ERRD 2017-2023, Repère statistique n°26.

On observe également que la branche Autonomie a contribué à une hausse des recettes de 1,4 % en 2022 et de 1,9 % en 2023, soit 36 % de l'augmentation annuelle. Comme indiqué précédemment, les

hausse de dépenses de la branche Autonomie passent principalement par l'augmentation des financements complémentaires, notamment pour financer les revalorisations salariales, développer la qualité de l'accompagnement (places de Pasa, UHR ou infirmières de nuit), ou encore soutenir les établissements en déficit via les fonds d'urgence.

En revanche, l'augmentation des recettes pendant la crise de la Covid-19 a été relativement peu portée par les départements. En 2022 et 2023, on observe toutefois une contribution des financements départementaux à la hausse des recettes, à hauteur de 0,3 % en 2022 et 0,6 % en 2023, soit respectivement 9 % et 12 % de l'augmentation.

2. Depuis 2023, les résidents sont une source de recette complémentaire largement mobilisée à la fois par une hausse des taux d'occupation, mais également des prix d'hébergement

En 2023, les résidents contribuent à un taux d'évolution annuel des recettes de 1,8 %, soit 36 % de l'augmentation totale (graphique 22), et la progression la plus dynamique des recettes leur est attribuée. Le financement apporté par les résidents a ainsi augmenté de 5,0 % (après + 3,4 % en 2022). Cette hausse est cohérente avec celle du prix de l'hébergement en Ehpad (+ 4,1 % dans les secteurs public et privé non lucratif en 2023), ainsi qu'avec la légère remontée des taux d'occupation. Cette progression contraste avec les deux années de recul du financement apporté par les résidents, qui s'établissait à - 0,8 % en 2021 et à - 1,7 % en 2020, en lien avec la baisse des taux d'occupation.

De fait, si les récentes circulaires budgétaires ont recommandé de ne pas appliquer de modulation négative sur l'activité pour l'équation « soins », la progression des financements à la charge des résidents a été contenue par les modalités de fixation des tarifs hébergement. En effet, dans les établissements habilités à ASH, ces tarifs sont construits sur une logique d'équilibre financier intégrant des hypothèses de taux d'occupation, historiquement élevés avant la crise sanitaire, mais qui ne sont plus systématiquement atteints. Pour les établissements non habilités, l'évolution des tarifs reste par ailleurs plafonnée. Dans ce contexte, la maîtrise des effets prix et le non-ajustement des financements aux volumes réalisés limitent les marges d'équilibre de la section hébergement.

Depuis 2023 les taux d'occupation remontent. La FHF indique que le taux d'occupation moyen des Ehpad publics atteint 94,6 % en 2024, en progression de 1,5 point par rapport à 2022, et qu'il devrait continuer à augmenter rapidement sous l'effet d'une demande croissante dans les années à venir (voir *infra*). Les Ehpad recevront des recettes plus importantes sur ce poste.

B. Une situation de déficits préoccupante et concentrée sur les Ehpad publics

Au total, à l'exception de l'année 2020, l'augmentation des recettes des établissements entre 2018 et 2023 est moins importante que l'augmentation de leurs charges. La situation s'est donc aggravée sur la période, malgré l'augmentation des crédits complémentaires.

En 2023, la proportion d'Ehpad déficitaire était de 68 % contre 37 % en 2017, de même la proportion d'Ehpad ayant un CAF négatif est passé de 18 % en 2017 à 43 % en 2023⁴⁸.

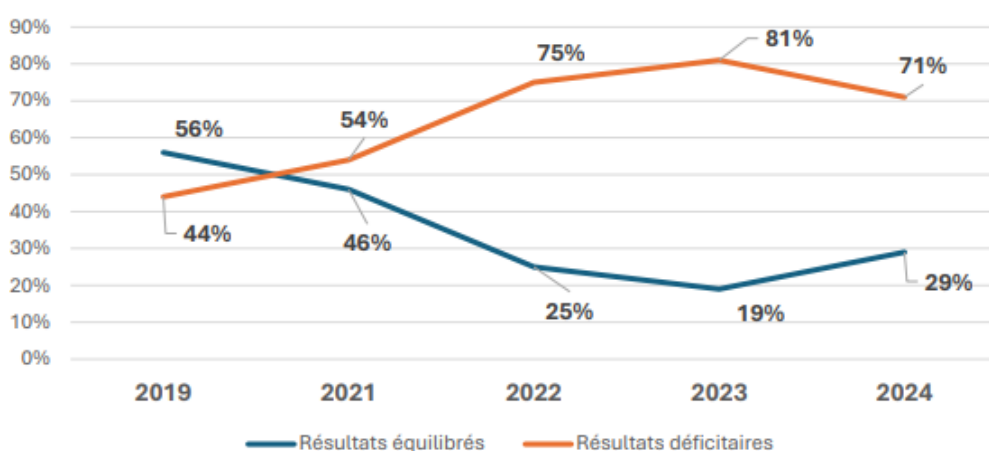
⁴⁸ Le déficit d'une structure s'obtient en soustrayant ses charges à ses produits. La capacité d'autofinancement (CAF) se calcule en ne retenant que les produits encaissables et les charges décaissables. La CAF permet ainsi de mesurer la capacité de la structure à rembourser ses emprunts et à financer ses investissements, elle rend compte du flux de trésorerie dont dispose l'Ehpad. Si un établissement présente une CAF négative, cela signifie qu'il ne peut pas financer ses investissements et doit recourir à l'emprunt ou à la subvention pour équilibrer son budget : c'est donc un signal négatif quant à sa situation budgétaire.



Selon la CNSA, depuis 2022, la situation est relativement plus dégradée pour les Ehpads publics que pour les Ehpads privés non lucratifs, celle des Ehpads commerciaux n'étant pas possible à appréhender à partir de la base des ERRD du fait de la section hébergement. On voit que 45,5 % des Ehpads publics avaient une CAF négative en 2023 (37,5 % en 2022), et 23,4 % d'entre eux présentaient un taux de CAF supérieur à 5 % (18,5 % en 2022 et 13,3 % en 2021). 39,0 % des Ehpads privés non lucratifs avaient une CAF négative en 2023 (29,9 % en 2022), et 17,9 % d'entre eux présentaient un taux de CAF supérieur à 5 % (15,5 % en 2022 et 13,2 % en 2021).

Selon les publications récentes de la FHF, la situation financière des Ehpads publics ne semble plus s'aggraver en 2024 et la part des établissements en déficit apparaît même en légère diminution (graphique 23). Cette évolution pourrait être liée, au moins en partie, à l'amélioration des taux d'occupation, ainsi que du Fonds d'urgence de 100 M€.

Graphique 23 | Répartition des résultats (équilibrés/déficitaires) des Ehpads publics depuis 2019



Source : FHF.

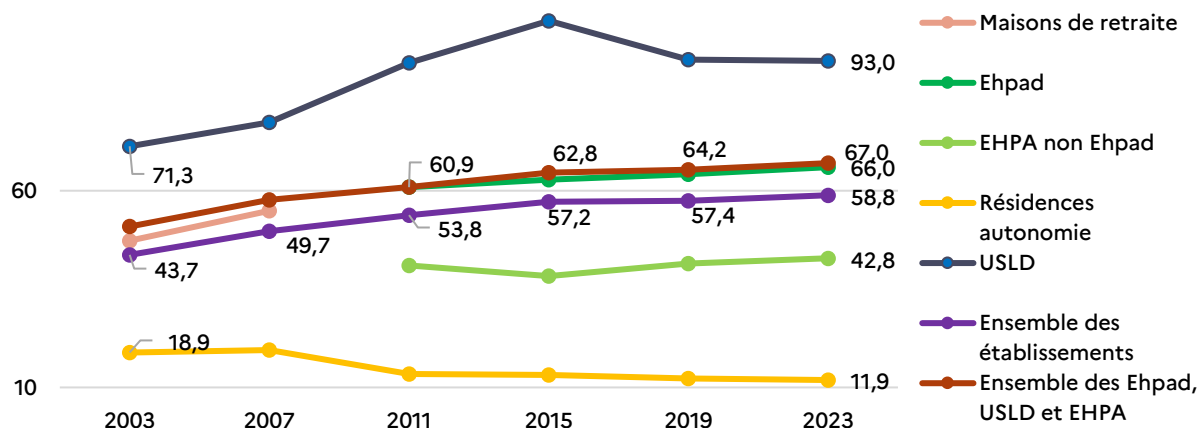
La situation financière devrait également être améliorée par la possibilité pour les Ehpads publics et privés non lucratifs de fixer un tarif d'hébergement différent pour les personnes non habilitées à l'ASH (voir *supra*).

C. Les financements supplémentaires sur le soin n'ont pas permis l'augmentation souhaitable du nombre de professionnels présents auprès des personnes

Les effectifs ont certes progressé au cours des deux dernières décennies. Le taux d'encadrement dans les Ehpads est ainsi passé d'environ 44 équivalents temps plein (ETP) pour 100 places au début des années 2000 à 66 ETP pour 100 places en 2023 (graphique 24). Cette évolution traduit un investissement significatif dans le renforcement des équipes. Sur une période plus récente, entre 2019 et 2023, le taux d'encadrement a augmenté de 64,2 ETP à 67 ETP pour 100 résidents soit 7 600 ETP supplémentaires ce qui représente environ un ETP supplémentaire par Ehpad⁴⁹.

⁴⁹ Voir la séance du Conseil de l'âge de novembre 2025.

Graphique 24 | Taux d'encadrement (nombre d'ETP pour 100 places installées) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées



Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, tous types d'accueil confondus, hors centres d'accueil de jour.

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023.

Toutefois, cette progression demeure partielle au regard de l'objectif régulièrement avancé par le Conseil de l'âge d'un taux d'encadrement de 80 professionnels pour 100 résidents. Pour atteindre cet objectif, il faudrait près de 80 000 ETP supplémentaires, soit plus que le plan de création de « 50 000 ETP » prévu sur la période 2020-2030 (encadré 4).

Encadré 4 | Le « plan 50 000 ETP » - une trajectoire partiellement engagée et des effets à objectiver

Le renforcement des effectifs en Ehpad constitue un objectif majeur des politiques publiques récentes, avec l'ambition affichée de créer 50 000 postes supplémentaires d'ici 2030. Toutefois, cette trajectoire demeure à ce stade partiellement engagée et appelle plusieurs points d'attention.

Tout d'abord, l'échéance initialement envisagée à la fin du quinquennat présidentiel a été progressivement repoussée à 2030, sans qu'une programmation pluriannuelle détaillée ne permette à ce stade de sécuriser pleinement la trajectoire. Les volumes annuels de postes financés sont ainsi définis au moment de la présentation des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et le Conseil de l'âge n'a pu obtenir les prévisions 2027-2030 de financement qui seront engagés.

Sur la période 2023-2026, les financements mobilisés au titre de ce plan représentent plus d'un milliard d'euros, correspondant à environ 20 000 équivalents temps plein (ETP) financés selon la FHF. Leur mise en œuvre repose principalement sur deux leviers : l'augmentation de la valeur du point GMPS (Groupe iso-ressources moyen pondéré soins), qui bénéficie à l'ensemble des Ehpad, et les crédits d'actualisation destinés à intégrer l'évolution des besoins en soins et en accompagnement. À cet égard, les postes financés par l'évolution de l'équation tarifaire peuvent être considérés comme répondant à une augmentation structurelle de la charge en soins et en accompagnement, davantage que comme des créations nettes de capacité.

La traduction effective de ces financements en recrutements supplémentaires demeure toutefois difficile à objectiver. Dans un contexte où une grande majorité des établissements connaissent des situations déficitaires, l'augmentation des dotations générales, notamment via la revalorisation de la valeur du point GMPS, peut également contribuer à restaurer les équilibres financiers dégradés. Sans mécanisme de suivi permettant d'identifier précisément les créations nettes d'emplois associées aux crédits mobilisés, il existe un risque que tout ou partie de ces financements produisent un effet de compensation des déficits plutôt qu'un effet strictement additionnel sur les effectifs.

Ces éléments rejoignent les constats formulés dans le rapport de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) remis en octobre 2023 dans le cadre de l'article 73 de la LFSS pour 2023. Celui-ci indique que la trajectoire de 50 000 recrutements, représentant un coût estimé à 2,5 Md€ à horizon 2030, permettrait d'atteindre un ratio d'encadrement soignant de 4,5 professionnels pour 10 résidents, soit une progression de



19 % par rapport à 2019. À titre de comparaison, l'atteinte d'un ratio de 6 professionnels pour 10 résidents nécessiterait environ 86 400 ETP supplémentaires, pour un coût estimé à 4,6 Md€. Ainsi, au-delà de l'annonce d'un objectif quantitatif de créations de postes, l'enjeu réside dans la capacité à garantir que les financements engagés se traduisent effectivement par une augmentation durable des effectifs en établissement, au regard des besoins d'accompagnement et des objectifs d'amélioration de la qualité.

Surtout, cette progression des effectifs doit être mise en regard de l'évolution du profil des personnes accueillies. Les Ehpad hébergent aujourd'hui des résidents plus âgés, plus en besoins et présentant davantage de pathologies chroniques qu'auparavant, ce qui accroît les besoins en soins, en accompagnement quotidien et en coordination médico-sociale (voir *supra*). Dans ce contexte, l'écart entre les ressources disponibles et les besoins d'accompagnement demeure significatif.

Seuls les Ehpad publics non hospitaliers au tarif global se rapprochent de cet objectif, avec 77,8 ETP pour 100 résidents (tableau 9). Ils ne sont pourtant pas les établissements présentant le taux d'encadrement en personnel soignant, et donc au contact quotidien des résidents, le plus élevé, car leurs taux d'encadrement en personnel administratif et en services généraux sont importants. En effet, ce sont les établissements publics hospitaliers au tarif global qui comptent le plus grand nombre de personnels soignants, avec 40 ETP pour 100 résidents, contre 36 ETP dans les établissements publics non hospitaliers au forfait global. À l'inverse, le nombre d'ETP le plus faible est observé dans les établissements privés à but lucratif au tarif partiel, avec 26 ETP pour 100 résidents.

Tableau 9 | Taux d'encadrement par profils de personnel en fonction du statut de l'établissement et du tarif soins (global ou partiel)

Fonction principale exercée	Ehpad privés à but lucratif		Ehpad privés à but non lucratif		Ehpad publics hospitaliers		Ehpad publics non hospitaliers	
	Tarif global	Tarif partiel	Tarif global	Tarif partiel	Tarif global	Tarif partiel	Tarif global	Tarif partiel
I. PERSONNEL DE DIRECTION, DE GESTION ET D'ADMINISTRATION	4,7	4,7	4,6	4,6	2,0	2,4	4,6	4,5
II. PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX	8,0	7,4	7,1	6,9	3,9	5,6	10,7	10,5
III. PERSONNEL D'ENCADREMENT	0,8	0,6	0,9	0,7	1,1	0,9	0,9	0,8
IV. PERSONNEL ÉDUCATIF, PÉDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION	6,5	5,6	5,7	5,4	3,3	3,1	4,7	4,1
V. PERSONNEL MÉDICAL	0,7	0,6	0,6	0,4	0,6	0,5	0,5	0,3
VI. PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT	28,5	25,9	31,3	27,4	39,8	32,4	36,5	32,7
<i>dont infirmier</i>	5,6	5,4	5,9	5,0	7,3	6,1	6,5	5,9
<i>dont aide soignant</i>	19,1	17,1	21,2	18,6	30,4	24,2	27,8	24,2
VII. AGENT DE SERVICE	15,0	15,2	15,1	14,3	16,7	16,8	19,8	19,0
ENSEMBLE	64,2	60,1	65,2	59,7	67,3	61,6	77,8	71,8
Nombre d'établissements	441	1079	593	1343	1018	63	559	1176

Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, tous types d'accueil confondus, hors centres d'accueil de jour.

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023.

La Drees identifie une hausse de 1 100 ETP sur le personnel paramédical, soignant et psychologues, avec notamment une hausse ETP de psychologue de 200 ETP et 200 ETP supplémentaires d'intervenant en activité adaptée mais aussi une hausse des ETP d'aide-soignant d'assistant de soins en gérontologie. À l'opposé on observe une baisse de 2 400 ETP d'infirmière dont moins 220 d'infirmières coordinatrices. Si ces chiffres doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent être facilement modifiés par des différences de codage en « autres » entre les années

d'enquêtes, ils permettent tout de même de questionner la dynamique de ces métiers au sein des Ehpad.

Tableau 10 | Taux d'encadrements par métiers des professionnels paramédicaux en 2019 et 2023

	2023		2019	
	ETP	Taux d'encadrement	ETP	Taux d'encadrement
PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMEDICAL OU SOIGNANT	215 550	28,49	214 400,0	28,13
Orthophoniste, orthoptiste	40	0,00		
Psychologue	3 740	0,49	3 560	0,47
Total infirmier	41 570	5,50	43 950	5,76
<i>Infirmier coordonnateur</i>	2 950	0,39	3 170	0,42
<i>Infirmier diplômé d'État</i>	38 540	5,10	40 720	5,34
<i>Infirmier psychiatrique</i>	80	0,01	60	0,01
Masseur-kinésithérapeute	530	0,07	550	0,07
Ergothérapeute	1 720	0,23	1 570	0,21
Pédicure-Podologue	60	0,01	80	0,01
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	1 190	0,16	1 170	0,15
Intervenant en activité physique adaptée	430	0,06	210	0,03
Dététicien	350	0,05	320	0,04
Total aide-soignant	154 380	20,41	153 900	20,19
<i>Aide-soignant non assistant de soins en gériologie</i>	125 610	16,61	129 050	16,93
<i>Aide-soignant assistant de soins en gériologie</i>	28 770	3,80	24 850	3,26
Autre personnel paramédical	11 540	1,53	9 090	1,19

Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, tous types d'accueil confondus, hors centres d'accueil de jour.

Source : Drees, enquêtes Ehpa 2023.

III. Le périmètre actuel de soins et la tarification des Ehpad ne sont pas optimaux

A. Un périmètre de soins « socle » trop limité

Le périmètre actuel de la dotation « soins » socle est largement hérité du modèle qui préexistait au moment de la médicalisation des Ehpad, élargi aux actes de médecins traitants et des professionnels libéraux conventionnés, la biologie et la petite radiologie pour le tarif global.

Le périmètre de la dotation soins est resté largement inchangé depuis, n'étant étendu qu'à deux postes : le médicament pour les Ehpad dotés d'une pharmacie à usage interne ; Le petit matériel médical, les fournitures médicales (souvent dispositifs médicaux) et matériels médicaux amortissables par une réforme intervenue en 2008⁵⁰.

Sont restés en dehors de la dotation soins des tarifs partiel et global :

- les soins spécialisés mobilisant des médecins spécialistes ou nécessitant un plateau technique (radiologie, hospitalisation), financés par l'Ondam soins de ville et sanitaire ;
- l'amortissement des dispositifs d'entretien de l'autonomie (section « dépendance ») ;

⁵⁰ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article 88. Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins. Pour les fauteuils roulants : « Fauteuil roulant à pousser ou manuel non affecté à un résident particulier pour un handicap particulier ».



- le gros équipement médical et les investissements immobiliers ;
- les dépenses liées à l'hébergement (chambre, restauration, blanchisserie, animation).

Ces choix de financement conduisent à un périmètre étroit à la main de la direction et de la coordination médicale de l'Ehpad, en comparaison à ceux couverts par exemple par la dotation soins des USLD ou des maisons d'accueil spécialisées. Du fait d'un périmètre figé, le tarif peine à intégrer de nouvelles professions parfois jugées indispensables, soit en prévention (ergothérapeutes, psychomotriciens, professionnel en activité physique adaptée) ou à la qualité du travail (secrétaires médicales, responsables qualité).

1. Un tarif partiel trop limité dans son périmètre au regard des soins primaires

Le tarif partiel ne comprend pas des interventions essentielles pour la décision médicale, à la fois l'analyse clinique et la prescription, la prévention et certains soins paramédicaux de rééducation des résidents. Ce périmètre étroit ne correspond pas à ce que les pouvoirs publics en France et dans de nombreux pays définissent comme le bouquet d'intervention de professionnels pour les soins et la prévention au bénéfice des patients et personnes, *a fortiori* vulnérables, et que l'on encourage à se constituer en « équipes de soins primaire » en ville. Cet éclatement pour les résidents en Ehpad de professionnels, d'équipes et d'intervention que l'on cherche à rapprocher ou à regrouper en ville est doublement préjudiciable :

- en termes de bonne coordination et concertation des professionnels au service de la santé des résidents ;
- en termes de rationalisation des soins, ceux inclus dans le tarif partiel sont « sous enveloppe » de tarification et sont donc contraints alors que ceux dispensés par les professionnels libéraux intervenant sur les « soins de ville » sont non contingentés.

2. L'intérêt du tarif global est freiné par la difficulté à appréhender son efficacité globale

Les travaux autour des coûts et de l'impact du tarif global

Au moment du Plan solidarité grand âge, le gouvernement a souhaité inciter les Ehpad à passer au tarif global, dont la valeur du point a été augmentée en 2007 (+ 20 %).

Suite à un rapport de l'Igas, sa valeur a été gelée en 2011, rouverte en 2014 sous condition d'accord de l'ARS (enveloppe de 10 M€, Ehpad au TP avec PUI prioritaires). La mission d'évaluation du tarif global de 2011 (Igas) a relevé par ailleurs les points suivants :

- au total, le tarif global coûte plus cher que le tarif partiel (mais cela est dû en partie au surcalibrage « incitatif » de la dotation) ;
- le tarif global semble encourager certaines bonnes pratiques (meilleur suivi des soins, réduction du nombre d'intervenants, fin de pratiques abusives de facturation) ;
- la comparaison des coûts complets des soins par type de tarif ne permet pas à elle-seule d'évaluer l'efficacité relative des options tarifaires (effet surdotation, facteurs externes)
- l'effet régulateur du TG n'est pas automatique et suppose une politique volontariste ;
- l'efficacité et la qualité des prises en charge tiennent principalement aux modalités organisationnelles, plus qu'aux options tarifaires ;
- rapport complémentaire (2013) : 15 % de jours d'hospitalisation en moins au TG (comparaison statique)

L'efficacité du tarif global n'est pas automatique et dépend davantage des modalités organisationnelles internes que de l'option tarifaire choisie. De plus, la valeur du point du tarif global a été gelée pendant 11 ans (2011-2022) car elle était jugée survalorisée. La dernière mission Igas-Igf en date a estimé que « la poursuite ou la reprise d'incitations au tarif global n'est pas justifiée et un principe de neutralité tarifaire devrait s'appliquer, les écarts entre les valeurs de point devant seulement refléter les différences de périmètre de dépenses prises en charge ».

a. Les nouveaux travaux autour des coûts et de l'impact du tarif global⁵¹

Les données disponibles en coût complet – forfait soin des Ehpad et dépenses de soin de ville pour les Ehpad en tarif partiel – mettent en évidence des écarts relativement limités entre les différents modèles (tableau 11).

Tableau 11 | Coût complet - forfait soin des Ehpad et dépenses de soin de ville pour les Ehpad en tarif partiel – en 2023

	TG avec PUI	TG sans PUI	TP avec PUI	TP sans PUI	Total
Établissements	908	1 532	38	3 526	6 004/7500
Places	121 638	125 875	4 263	265 349	517 125/600 000
GMPS moyen	1 356	1 353	1 343	1 328	1 339
Dotations soins annuelle moyenne/place (en €)	18 514	17 478	15 605	14 583	
Coût complémentaire annuel moyen/place (en €)		1 051	1 375	2 922	
Coût complet annuel moyen par place (en €)	18 514	18 530	16 981	17 504	
Coût total annuel (en M€)	2 248	2 200	67	3 873	8 388/10-11 000

Source : Données Cnam, calculs SG HCFEA.

Le coût complet annuel moyen par place s'établit à 18 514 € pour les établissements en tarif global avec PUI et à 17 504 € pour les établissements en tarif partiel sans PUI, soit un différentiel d'environ 1 000 € par place et par an. Les établissements en tarif global sans PUI présentent un coût complet moyen très proche (18 530 € par place). La base de la Cnam n'étant pas pleinement exhaustive (6 000 Ehpad sur 7 500), les résultats peuvent être conditionnés à la taille des échantillons dans chacun des forfaits : à ce titre, le montant relativement bas du coût complet des établissements en tarif partiel avec PUI (seulement 38 dans la base Cnam) doit être analysé avec précaution. Ces écarts doivent en outre être appréciés au regard des différences de profils des résidents accueillis, des niveaux de médicalisation et des modalités d'organisation propres à chaque catégorie d'établissement.

À cet égard, les travaux du Conseil de l'âge invitent à dépasser une approche exclusivement centrée sur les ressources mobilisées pour développer progressivement une culture de l'évaluation davantage orientée vers les résultats des politiques publiques. Il ne s'agit pas de transposer au secteur médico-social une logique de performance strictement quantitative ou financière, mais de disposer d'éléments objectifs permettant d'apprécier si les moyens engagés contribuent effectivement à améliorer la qualité des accompagnements, à préserver l'autonomie des personnes, à garantir leurs droits, à renforcer leur qualité de vie et à soutenir les professionnels dans l'exercice de leurs missions (encadré 5).

Encadré 5 | Effet du passage au forfait global sur le recours hospitalier et les coûts

L'article réalisé par l'IPP et l'Irdes, intitulée « The impact on patient outcomes of integrated healthcare budgets in nursing homes: an event study analysis », à paraître, coécrit par Pauline Culioli, Anne Penneau et Delphine Roy, a pour objectif d'évaluer l'effet du passage au système de paiement global sur les changements

⁵¹ Voir les séances du Conseil de l'âge de décembre 2025 et d'avril 2026.



organisationnels, le profil des résidents entrant dans l'établissement, le recours aux hospitalisations des résidents et les coûts des soins.

Méthode. L'étude identifie 134 établissements passés au forfait global entre 2015 et 2018 et les comparent aux Ehpad restés au forfait global sur la période (environ 4 500 établissements). Elle mobilise les données de l'enquête Ehpa (Drees), appariées aux données du SNDS, pour analyser les changements organisationnels associés à cette évolution du financement, notamment les profils et les pratiques professionnelles au sein des établissements concernés. L'analyse porte sur plusieurs indicateurs relatifs aux patients : le nombre de jours d'hospitalisation, le recours aux services d'urgence, les prescriptions potentiellement inappropriées et les coûts des soins. Elle mobilise une méthode économétrique de double différence (« *stacked difference-in-differences* »), qui compare l'évolution des indicateurs étudiés dans les Ehpad traités par rapport aux Ehpad témoins restés au forfait partiel.

Résultats. Le passage au forfait global s'accompagne d'une augmentation de la probabilité d'employer directement des médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé. 21 % des établissements ont un médecin généraliste salarié à la suite du passage au forfait global contre 1 % avant. L'étude n'a toutefois pas permis d'analyser finement les changements organisationnels, car une part importante des professionnels libéraux rémunérés par l'Ehpad n'est pas observable dans l'enquête Ehpa. Les auteurs observent une modification du profil des résidents entrant dans l'établissement, avec une augmentation notable des admissions à la suite d'une hospitalisation en SMR. Les analyses montrent également une baisse des hospitalisations : le nombre d'hospitalisations est ainsi inférieur de 10 % après le passage au forfait global pour les nouveaux résidents. Malgré cette baisse, les coûts globaux (dotation versée par les ARS, dépenses ambulatoires et hospitalières des résidents) restent supérieurs à ceux observés dans le cadre du forfait partiel, la dotation allouée aux établissements au forfait global étant plus élevée.

Par ailleurs, des travaux conduits actuellement par la DGCS, évoqués lors de la séance d'avril 2026, montreraient que les effectifs des Ehpad au TG sont plus importants par rapport aux Ehpad au TP principalement sur les postes d'infirmiers et d'AS, qui sont pourtant financés « en socle » dans le TP. Cela indiquerait qu'au-delà de financer la rémunération des professionnels « entrants » dans le TG, le delta de financement finance aussi un renforcement des effectifs chargés des soins et aide de base.

b. L'intérêt et les limites de l'option « médicaments »⁵²

Seule une minorité d'Ehpad dispose d'une PUI, en propre ou en groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), et a opté pour l'option « tarif avec médicaments ».

Au-delà de la question de la taille critique en nombre de lits et aux investissements en matériel et ressources humaines que suppose la création d'une PUI ou à la possibilité de s'adosser une PUI existante (voir *infra*), de nombreux acteurs pointent une moindre attractivité de l'option médicament : le supplément de tarif ne couvrirait plus les coûts du circuit du médicament, incluant bien sûr l'achat des produits en eux-mêmes.

Deux facteurs sont mis en avant :

- la non-revalorisation du tarif médicament ;
- des médicaments onéreux sont de plus en plus souvent prescrits aux résidents de Ehpad ; or, la possibilité de définir par arrêté une liste en sus n'a pas été mise en œuvre, même si certaines ARS ont adopté une « liste en sus régionale » pour octroyer des financements complémentaires.

Aux dépenses liées aux médicaments onéreux s'ajoutent celles relatives aux vaccins ainsi que la question de l'adaptation des dotations aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), notamment en matière de prévention vaccinale. De manière générale, l'absence de prise en compte

⁵² Voir la séance du Conseil de l'âge de mars 2026.

systématique des impacts financiers liés aux évolutions des recommandations ou aux revalorisations conventionnelles peut contribuer à fragiliser l'attractivité du tarif global incluant la pharmacie à usage intérieur (PUI). En l'absence de reconnaissance explicite de ces charges dans des listes de produits ou actes en sus, ainsi que de mécanismes de compensation adaptés, un risque de désincitation au développement ou au maintien des PUI peut être observé. Une telle évolution pourrait, à terme, conduire à une réduction progressive du recours à ces structures, avec des effets potentiellement défavorables en matière de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et, plus largement, sur la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

S'agissant de la barrière à l'entrée liée au coût d'une PUI, on a vu que la constitution de GCSMS d'établissements exploitant une PUI ou l'adossement à celle d'un établissement de santé, comme au CH Simone Veil, sont des options viables.

L'article 64 de la LFSS 2009 avait cherché à contourner en ouvrant la possibilité d'expérimentations « relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge, pour une période n'excédant pas deux ans, dans les établissements ne disposant pas de PUI ou non membres d'un groupement de coopération sanitaire. Il s'agissait ainsi de tester leur intégration dans la dotation globale des établissements, *« dans le souci d'une meilleure régulation en termes économiques comme en termes de santé publique, au lieu d'un remboursement au coup par coup des ordonnances »*, les médicaments étant gérés et délivrés par les pharmacies d'officine.

L'expérimentation a débuté en décembre 2009. Une mission d'évaluation de l'Igas a rendu un rapport en septembre 2010 concluant au caractère peu opportun d'une généralisation, à l'interruption de l'expérimentation, et formulait une série de propositions alternatives à la généralisation d'un processus d'intégration du médicament dans les dotations soins⁵³. Une seconde mission de l'Igas⁵⁴ a été diligentée et constaté que *« sur un plan plus qualitatif, l'expérimentation a contribué à une amélioration des pratiques en matière d'organisation du circuit du médicament, de sécurité de la chaîne du médicament, de traçabilité, et à la mise en œuvre de projets de soins plus intégrés »*. Si elle préconisait de mettre fin à l'expérimentation, c'était au bénéfice de la publication, dans les meilleurs délais, d'un plan d'action pour une meilleure maîtrise du risque médicament en Ehpad.

La mission Igas-IGF de 2016 sur le tarif global est revenue sur le sujet. Elle préconisait d'inciter chaque Ehpad à examiner les leviers d'efficacité de la dépense et de sécurisation du médicament, pouvant passer par la mise en place d'une PUI (notamment par regroupement avec d'autres Ehpad) ou le conventionnement avec une officine de ville (encadré 6). Une modélisation des dépenses des PUI était proposée, permettant de déterminer un seuil, indicatif, au-delà duquel sa mise en place devrait être économiquement envisageable. Les inspections proposaient par ailleurs la relance de l'élaboration de la liste en sus et la clarification des normes réglementaires applicables.

Encadré 6 | Le conventionnement Ehpad-officine – un cadre structurant pour la prise en charge médicamenteuse⁵⁵

Dans le cadre d'un conventionnement avec un Ehpad, l'officine contribue à la sécurisation du parcours médicamenteux du résident dès son admission. Son intervention englobe notamment la réalisation du bilan partagé de médication, l'analyse pharmaceutique des prescriptions, le suivi de l'évolution des traitements ainsi

⁵³ Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des Ehpad sans pharmacie à usage intérieur, confiée à Pierre Naves et Muriel Dahan.

⁵⁴ Cette mission a réalisé des comparaisons entre le groupe des expérimentateurs et un échantillon de contrôle auxquelles s'est ajouté un focus sur un groupe d'Ehpad avec pharmacie à usage intérieur (PUI). Les comparaisons de volume et de coût des consommations de médicaments entre expérimentateurs et échantillon miroir faisaient apparaître une consommation globale et une dépense moyenne supérieures, tous médicaments confondus, dans le groupe des expérimentateurs.

⁵⁵ Voir la séance du Conseil de l'âge de mars 2026.



que la préparation sécurisée des piluliers. Elle assure également la traçabilité des médicaments, la prise en compte rapide des modifications thérapeutiques et la prévention des risques iatrogènes tels que les chutes, les interactions médicamenteuses, les états confusionnels ou les erreurs de prise.

Selon Pierre-Olivier Variot, président de l'Uspo, et pharmacien d'officine engagé auprès d'Ehpad pour la fourniture et la dispensation de médicaments en Côte d'Or, cette mission repose sur une collaboration étroite et continue entre le pharmacien, les médecins prescripteurs et l'infirmière coordinatrice. La convention permet ainsi de structurer cette coopération en définissant clairement les rôles et les modalités d'intervention de chaque professionnel. Elle favorise une meilleure réactivité face aux évolutions de l'état de santé des résidents, tout en renforçant la qualité et la sécurité de leur prise en charge. Ce cadre partenarial peut également inclure la fourniture de prestations complémentaires, telles que les dispositifs médicaux, les pansements, la nutrition médicale ou le matériel de soins. Adaptable aux besoins de l'établissement, il constitue un outil de coordination évolutif, régulièrement réévalué pour répondre aux contraintes de l'Ehpad dans le respect des règles déontologiques.

c. *La faible prise en compte des investissements dans le bâti et dans le numérique*

Les deux séminaires (voir *infra*) que le Conseil de l'âge a consacrés respectivement aux questions du numérique et de l'immobilier en Ehpad ont mis en évidence les limites d'un modèle où, hors financements exceptionnels (par crédits nationaux des plans France Relance ou Ségur du Numérique ou par crédits non reconductibles des ARS), les investissements et la maintenance de ces équipements « non directement médicaux » sont portés quasi uniquement par le tarif hébergement.

B. Les outils d'allocation des financements sur les tarifs « soins » et « dépendance » sont dépassés et leur dissociation n'a plus de sens

1. La gestion de deux équations tarifaires est complexe et assise sur des outils d'évaluation obsolètes et susceptibles d'être codés de façon optimisée

a. *La grille Aggir affiche ses limites*

C'est à partir de la grille Aggir et du GIRage de chaque résident qu'est calculé le GIR moyen pondéré de chaque Ehpad. L'évaluation Aggir doit être réalisée pour toute personne entrant en Ehpad. C'est une obligation réglementaire, car le GIR détermine l'éligibilité à l'APA (GIR 1 à 4), le montant du tarif « dépendance » facturé au résident, ainsi que par pondération le niveau d'accompagnement requis. Les textes ne fixent pas un délai strict, mais la pratique réglementaire impose une évaluation à l'entrée, puis une réévaluation en cas de changement d'état, et au minimum une fois par an. Les faiblesses de la grille Aggir s'agissant notamment de la prise en compte des maladies neuro-évolutives et des troubles du comportement ou psychiques ont été largement documentées notamment par le Conseil de l'âge dans son rapport Domicile⁵⁶. Conçue à l'origine pour apprécier le degré de besoin d'aides à l'autonomie au regard de la réalisation de certains actes essentiels de la vie quotidienne et servir de base à l'attribution de l'APA, la grille Aggir répond à une logique spécifique de compensation de la perte d'autonomie. Elle n'a pas été pensée comme un outil d'évaluation globale des besoins de la personne, ni comme un indicateur de la qualité ou de l'intensité de l'accompagnement nécessaire.

Cette distinction est particulièrement importante en Ehpad : les personnes accueillies présentent très souvent des situations caractérisées par une combinaison de limitations fonctionnelles, de polyopathologies, de troubles cognitifs, de vulnérabilités psychiques, de fragilités sociales et de besoins importants en matière d'accompagnement relationnel ou de coordination des soins (voir *supra*). Une partie significative de ces dimensions est imparfaitement appréhendée par la grille. Deux

⁵⁶ Voir notamment son document Eclair'âge [Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille Aggir, outils d'évaluation et adéquation de l'APA](#).

personnes classées dans un même GIR peuvent ainsi présenter des besoins très différents en matière de surveillance, de présence humaine, de stimulation, de prévention des risques, d'accompagnement comportemental ou de coordination médicale.

Pour les Ehpad, ces constats invitent à une certaine prudence dans l'interprétation des indicateurs fondés sur le seul niveau moyen de besoin d'aides. Le GMP constitue un outil utile pour objectiver une partie des besoins et répartir les financements, mais il ne saurait être assimilé à une mesure exhaustive de la charge réelle d'accompagnement ou de la complexité des situations prises en charge. Il ne renseigne qu'imparfaitement, mais de manière non négligeable, sur des dimensions aujourd'hui centrales pour les établissements, telles que les troubles neurocognitifs, les besoins de présence relationnelle, les problématiques de santé mentale, les enjeux éthiques liés aux accompagnements ou encore les besoins de coordination avec les acteurs sanitaires et sociaux. Par ailleurs, des études ont mis en évidence le risque de codage « à la hausse » des résidents en Ehpad⁵⁷.

Dans cette perspective, le Conseil de l'âge invitait moins à abandonner cet outil qu'à la compléter progressivement par des approches plus multidimensionnelles. L'enjeu n'est pas de substituer une nouvelle grille à une autre, mais de mieux articuler les outils de financement, les outils d'évaluation des besoins et les outils d'appréciation de la qualité des accompagnements. Une telle évolution permettrait de mieux rendre compte de la réalité des situations vécues par les résidents et de mieux adapter les financements aux transformations profondes du vieillissement en Ehpad.

b. L'outil Pathos

L'outil Pathos permet à l'issue de coupes régulières de déterminer le besoin en soin de chaque résident et de calculer le Pathos moyen pondéré de chaque Ehpad. Il a été créé puis développé entre 1997 et 2000 par des médecins de l'assurance maladie et des gériatres. Il a été testé en France, mais aussi en Belgique, et a été jugé robuste sur un plan médical et scientifique (reproductibilité). En 2007, à la suite de travaux de valorisation en points/euros, il est entré dans l'équation de tarification du forfait soins de l'ensemble des Ehpad médicalisés, sur le modèle « coupe réalisée par le médecin coordinateur/validation par l'ARS », et un plan de formation de ces acteurs.

Un outil information GALAAD a été mis à la disposition de tous les acteurs avec remontée dans une base nationale de CNSA des coupes saisies/validées. Il a été depuis réservé aux ARS et à la CNSA, les établissements ne pouvant plus l'utiliser sauf en « chargement » de leurs coupes.

En 2011 est installé un comité scientifique de Pathos, qui rédige un rapport en 2012. Le rapport note que « *Si une actualisation régulière des recommandations de codage a été effectuée, le concept du référentiel et son algorithme (états pathologiques, poste de soins, ordonnances, sommations pondérées...) n'ont jamais à ce jour été réexaminés* ».

Le travail conduit entre 2014 et 2017 de rénovation de Pathos et de ses ordonnances n'a pas été mené à son terme, et le travail n'a pas été repris depuis. Entretemps, les réformes de la tarification/stratégies des Ehpad ont conduit à mobiliser des volumes financiers toujours plus importants au titre du PMP, lequel augmente par ailleurs fortement au global des Ehpad.

Le rapport de la **mission USLD et Ehpad, des professeurs Jeandel et Guérin** (juin 2021) s'est penché sur la question et souligne les limites du système de cotation Pathos pour évaluer les besoins en soins des résidents des USLD et des Ehpad :

⁵⁷ Voir la séance du Conseil de l'âge d'avril 2026 et IPP, « De la demande à l'attribution : les déterminants du bénéfice de l'APA, à domicile et en établissement, Une comparaison entre données d'enquête et données administratives », Dossier de la Drees à venir.



- le système Pathos ne capte pas toujours correctement la complexité des pathologies des résidents, surtout ceux ayant des troubles psycho-comportementaux sévères ou des polyopathologies. Cela peut mener à une sous-évaluation des besoins en soins et à une allocation inadéquate des ressources. Par ailleurs, une même situation peut être codée différemment, avec des impacts financiers. L'outil permet d'aller assez loin dans la description des situations, mais ouvrant la voie à des pratiques différentes ;
- les profils de soins et les niveaux de besoin d'aides évoluent avec le temps, mais le système Pathos n'est pas toujours mis à jour régulièrement pour refléter ces changements. Par exemple, la dernière coupe Pathos nationale remonte à 2011, ce qui rend difficile l'évaluation des besoins actuels ;
- les indicateurs utilisés par Pathos, comme les Groupes iso-ressources (GIR) et le Pathos moyen pondéré (PMP), ne saisissent pas toutes les dimensions des besoins en soins, notamment les aspects psycho-sociaux et environnementaux des résidents, limitant la capacité à planifier et à fournir des soins holistiques adaptés.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2022 précité, préconise notamment, par le biais d'une réforme des ordonnances Pathos, de mieux valoriser la prévention, les thérapies non médicamenteuses et le suivi de l'évolution des pathologies. Elle recommande de résorber le retard des coupes (GIR et Pathos) qui fondent les équations tarifaires. La Cour constate les limites des outils⁵⁸ et recommande de procéder à la réforme envisagée des modalités de validation des coupes Pathos et GIR, en accompagnant les Ehpad dans la professionnalisation et la sécurisation du processus.

Enfin, la mission sur la transformation des unités de soins de longue durée⁵⁹ de l'Igas préconise de maintenir le financement actuel des USLD si elles devaient être transformées en Ehpad, et de n'ajuster que progressivement leur financement aux caractéristiques de leurs résidents. Cet ajustement ne pourrait se faire sans une révision du Pathos dont de multiples rapports rappellent l'obsolescence pour mesurer la situation de santé et les besoins d'accompagnement des personnes.

La CNSA assure toujours la mission d'actualiser les référentiels de codage, de produire des guides et de promouvoir des formations à Pathos. Le dernier document présentant le modèle Pathos et un guide de formation datent de 2022. Elle adresse également des instructions aux ARS sur les modalités de validations des coupes Pathos et de déploiement des campagnes de formation (dernière en date à notre connaissance : 2023). Elle exploite les remontées des coupes dans le système d'information Galaad et livre des indications intéressantes à la fois sur les nouvelles coupes et sur les scores moyens selon diverses variables.

La fréquence des coupes est en principe tous les deux ans et demi. 25 % des Ehpad sont coupés en moyenne chaque année depuis 2022. En cumulé, sur 2022-2025, 68 % des Ehpad ont été coupés.

Si les grilles Aggir et Pathos ont été conçues comme des outils d'objectivation des besoins des personnes âgées et de répartition équitable des financements, leur intégration dans le modèle de tarification des Ehpad leur confère également une fonction incitative.

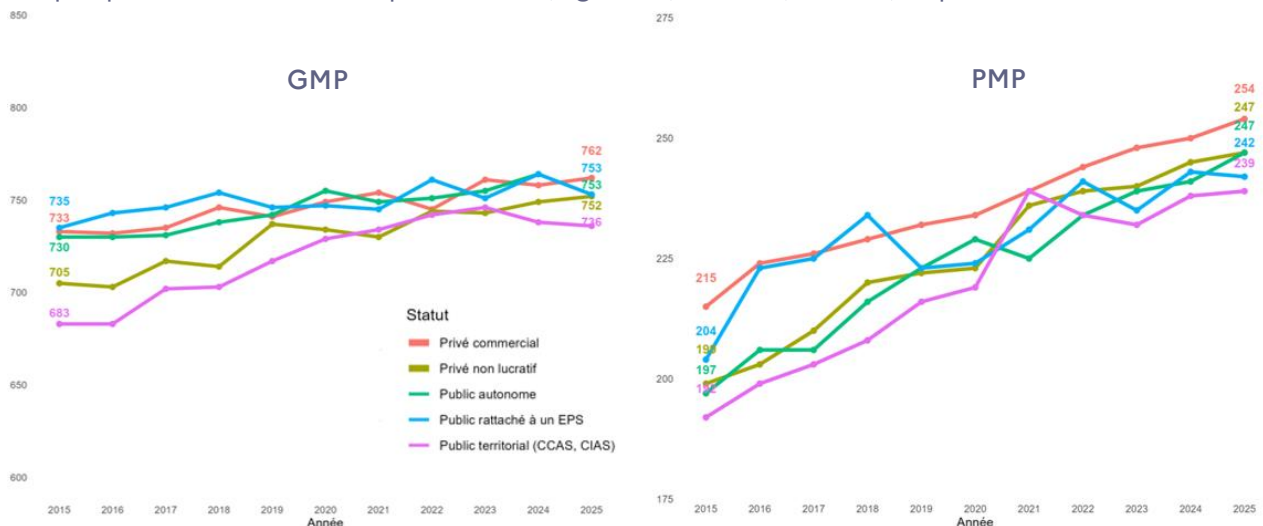
⁵⁸ La Cour note qu'il existe « de fortes disparités entre Ehpad en matière d'outillage et de capacité à réaliser ces coupes. Certains disposent d'outils informatiques de traçage des soins ou d'automatisation de la grille Aggir (logiciels Osiris, Titan, Netsoins), là où d'autres en sont dépourvus. Pour certains Ehpad rattachés à un groupe, comme ceux du Groupe SOS Seniors, des procédures et des formations pour sensibiliser les équipes ont été mises en place et la coordinatrice médicale du groupe assiste les établissements pour une préparation de la coupe. Les Ehpad isolés ne disposent pas d'un tel appui. Dès lors, le passage à une "coupe Pathos" annuelle doit être accompagné d'un appui au développement des outils informatiques de traçage des soins, de formations et de conseils aux médecins coordonnateurs ».

⁵⁹ Mission d'expertise, Loulergue Pierre, Corlay Delphine, 2025.

En effet, si lorsqu'un niveau de besoins en soins plus élevé conduit à une augmentation des ressources allouées, une diminution du GMPS par des actions de prévention élargies ne conduira pas à un surcroît de financement.

La dynamique que la CNSA observe sur la grille Pathos illustre cette problématique. Les données produites par la CNSA montrent une progression significative du Pathos moyen pondéré (PMP) des Ehpad sur la dernière décennie : entre 2015 et 2025, le PMP moyen augmente de 22,9 %, tandis que le GMP, qui mesure le niveau de besoin d'aides, n'augmente que de 4,6 % (graphique 25). Cette évolution représente environ 1 Md€ de dépenses supplémentaires depuis 2015 au titre de la section soins⁶⁰. Cette progression peut naturellement s'expliquer par l'évolution du profil des résidents accueillis en Ehpad : augmentation des situations de polypathologie, montée des troubles cognitifs, alourdissement des prises en charge médicales. Toutefois, la CNSA souligne également que cette évolution peut être liée à des modifications des pratiques de codage et à une meilleure mobilisation des possibilités offertes par la grille Pathos. Cette distinction est essentielle : une partie de l'évolution du score peut traduire une évolution réelle des besoins, mais une autre peut relever d'effets liés à l'outil lui-même.

Graphique 25 | Évolution des points GMP (à gauche) et PMP (à droite) depuis 2015



Source : CNSA.

Le risque de biais comportemental découle directement de la place donnée au PMP dans le financement. Le score Pathos n'est pas seulement un indicateur descriptif : il influence la dotation soins des établissements. La CNSA indique ainsi qu'un point supplémentaire de PMP représente, pour un Ehpad de 80 places, un gain potentiel estimé entre 2 400 et 3 000 € par an. Cette relation mécanique entre le niveau de codage et les ressources d'un établissement crée une incitation à documenter au mieux les situations des résidents – l'outil pourrait permettre donc, avec des contrôles d'effectivité, de rémunérer la prévention – mais peut également encourager les établissements à adopter des stratégies d'optimisation, pour un double effet d'aubaine, du codage, assistés par des prestataires, notamment lors des campagnes de coupe Pathos :

- un effet contre-productif – un établissement qui a beaucoup de survenue d'effets indésirables (escarre, mycose) va avoir un financement plus élevé qu'un établissement qui a mis en place de la prévention (alors qu'il y a un coût associé) ;

⁶⁰ Voir la séance du Conseil de l'âge d'avril 2026.



- un effet d'optimisation – certains codages deviennent systématiques avec une augmentation très importante de certaines pathologies (insuffisance rénales, escarres, mycose, etc.) y compris sur des phases de diagnostic, ou de traitement léger n'induisant pas une charge élevée en termes de suivi, permettant de gagner quelques dizaines de points.

Cette logique peut conduire à une tension avec l'objectif de prévention et de maintien de l'autonomie. En effet, dans un modèle où les financements augmentent avec le niveau de besoins en soins reconnus, les efforts visant à stabiliser l'état des personnes ou à limiter l'aggravation de leur situation peuvent être moins visibles financièrement que la reconnaissance d'une dégradation nécessitant davantage de soins. L'outil peut ainsi créer un paradoxe : les établissements sont encouragés à améliorer l'accompagnement et prévenir la perte d'autonomie, mais leur financement repose principalement sur la mesure des besoins résultant de cette perte d'autonomie.

Cette tension est renforcée par le caractère ponctuel de l'évaluation. La coupe Pathos constitue une photographie des besoins à un moment donné, agrégeant ensuite les situations individuelles dans un indicateur moyen d'établissement. Le décalage possible entre la situation réelle des résidents et la date de l'évaluation peut alors favoriser des stratégies de calendrier ou de préparation/optimisation de la coupe avec des acteurs privés.

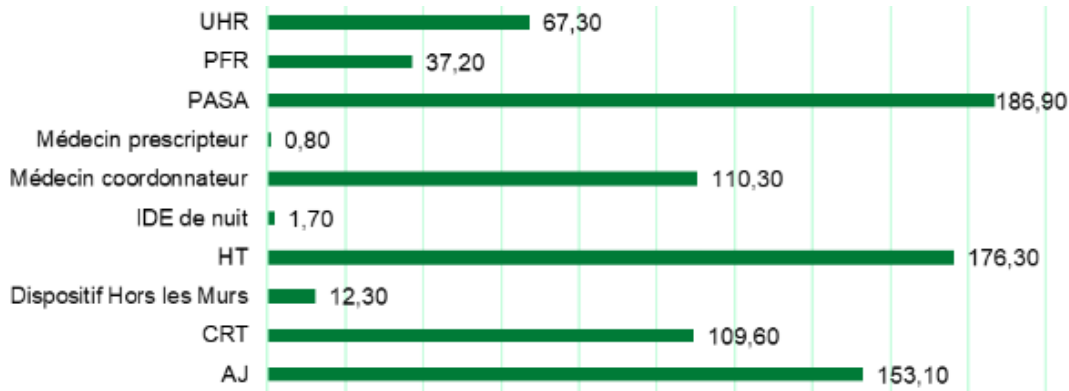
Ainsi, le cas de Pathos met en évidence une difficulté plus large : un outil pertinent pour objectiver les besoins peut devenir un outil stratégique dès lors qu'il conditionne directement les ressources. L'enjeu n'est donc pas de remettre en cause l'évaluation des besoins en soins, mais d'interroger la manière dont les mécanismes de financement peuvent mieux concilier reconnaissance des besoins, qualité des accompagnements et incitations à la prévention. Le choix de présenter une nouvelle coupe et le moment où l'organisation gestionnaire la transmet à l'ARS peuvent faire l'objet d'une optimisation stratégique par les établissements.

L'outil Pathos permet donc de traduire des « besoins » en ressources à mobiliser, lesquelles donnent lieu à une dotation tarifée. Toutefois, le système actuel ne permet pas d'apprécier l'effectivité réelle de la prise en charge et des prestations effectivement délivrées. Cette effectivité pourrait être mieux appréhendée par le développement d'indicateurs de qualité, notamment des indicateurs de résultats (voir *infra*). Cette limite renvoie plus largement à un enjeu de régulation du modèle : en amont, les coupes Pathos mettent en évidence certaines contraintes, notamment liées au rythme et aux conditions de réalisation des évaluations, tandis qu'en aval, la qualité et l'effectivité de l'accompagnement ne sont pas suffisamment mesurées ni intégrées dans la modulation des dotations. Il en résulte un système partiellement déséquilibré, qui finance *via* son « équation » les besoins estimés sans garantir une évaluation fine des prestations effectivement réalisées.

2. Certaines missions pourtant essentielles des Ehpad ainsi que des charges contraintes sont portées par des crédits complémentaires

Tout d'abord, seules les places d'hébergement permanent sont financées par la dotation soins. L'hébergement temporaire et l'accueil de jour font l'objet d'autorisation et de financements spécifiques. Les financements pour les unités spécialisées (Pasa, UHR) représentent les premiers postes de dépenses de crédits complémentaires (graphique 26), mais ils ne sont pas universels ; près de la moitié des Ehpad ne disposent d'aucun dispositif spécifique pour les résidents atteints d'Alzheimer.

Graphique 26 | Montants estimés par modalités d'accueil/dispositifs spécifiques en 2025 (en M€)



UHR : unité d'hébergement renforcée ; PFR : plateforme d'accompagnement et de répit ; PASA : pôle d'activités et de soins adaptés ; IDE de nuit : infirmier(ère) diplômé(e) d'État de nuit ; HT : hébergement Temporaire ; CRT : centre de ressources territorial ; AJ : accueil de jour.
Source : CNSA.

Ce *statut quo* pose question dans le contexte de montée globale des besoins des publics, et du devenir incertain du dispositif des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui ont fait l'objet d'une « suspension » par instruction, et dont la réforme a été annoncée par le gouvernement.

a. Des crédits complémentaires qui portent l'essentiel du financement des mesures salariales du Ségur de la santé, et qui compensent plus largement des différences de charges entre les catégories juridiques d'établissements.

Que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social, les réformes de la tarification intervenues autour des années 2000 fixant des tarifs ou valeurs de point nationales n'ont pas cherché à prendre en compte les différentiels de charges en particulier de personnel et de fiscalité des établissements. Ainsi, les tarifs nationaux de la tarification à l'activité des établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique – odontologie (MCO) se limitent à prendre en compte les différences de champ des dépenses financées entre les différentes catégories d'établissements (d'un côté les établissements publics et les Espic, dont les médecins sont salariés, et de l'autre les cliniques privées, dont les médecins sont rémunérés à l'acte sur les dépenses de soins de ville), d'où l'existence de deux grilles de tarifs pour les mêmes groupes homogènes de séjour. Des majorations géographiques existent dans les deux grilles pour prendre en compte des différentiels de coût (Île-de-France, Corse, départements d'Outre-Mer).

Le principe adopté pour la valeur nationale du point « GMPS » est le même.

Les seules majorations de la valeur du point existent pour prendre en compte des périmètres de charges différents en fonction des différents types d'option tarifaire – majorations prévues pour les Ehpad en tarif global et les Ehpad avec PUI – et les Ehpad des départements d'outre-mer.

La volonté de calibrer le plus justement possible en fonction des effectifs en emploi et du statut des établissements les revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé, à savoir principalement la Prime grand âge des personnels des Ehpad, n'a pas conduit à remettre en cause cette logique. Ainsi, les financements supplémentaires octroyés aux Ehpad pour financer les primes ou revalorisations décidées entre 2020 et 2023 l'ont été par les financements complémentaires.



Sur la période 2020-2025, elles représentent environ 3,1 Md€, principalement au titre des mesures Ségur et des évolutions de grilles salariales, mais également d’autres mesures liées aux rémunérations et aux charges sociales (tableau 12). Ces crédits ont donc joué un rôle de soutien structurel, en accompagnant l’augmentation du coût du travail dans un secteur fortement dépendant des ressources humaines.

Tableau 12 | Détail des financements complémentaires depuis 2020 (en M€)

Enveloppe	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Indemnité nuit et JFD				28	68		96
Reval. SEGUR & grille	702	1 560	174	62	11	1	2 509
PGA	259	0,3	27		0,4		287
Reval. pouvoir d’achat – public				103	33		136
Cotisations CNRACL						84	84
Total	961	1 560	201	193	112	85	3 112

Source : CNSA.

Par ailleurs, la valeur du point étant identique pour les établissements d’une même catégorie, mais de statut juridique différent, elle ne prend que mal en compte le « coin fiscal-social », soit des écarts de charges et de fiscalité entre le public et le privé, évalué par la DSS lors de la définition de la prise en charge selon le statut du complément de traitement indiciaire à la suite du « Ségur », une différence de coût de l’ordre de 15 %.

b. Des CNR dont le poids augmente du fait des fonds d’aide aux Ehpad

Enfin, on constate toujours une gestion de queues de financements par Crédits non reconductibles (CNR). La LFSS pour 2024 puis la LFSS pour 2025 ont acté le financement à hauteur de 100 M€, puis de 300 M€ d’un fonds de soutien aux Ehpad. Ces crédits, ouverts par des commissions départementales *ad hoc* réunissant ARS et départements sur le critère de la situation financière des Ehpad et de leur engagement à entrer dans un plan de redressement de leur déficit, ont été versés sous la forme de CNR. Ce recours massif aux CNR a eu le mérite d’apporter un soutien supplémentaire aux Ehpad les plus en difficulté, mais se caractérise par un manque de visibilité et de stabilité pour les gestionnaires par rapport à une inscription dans l’équation tarifaire.

IV. L’insuffisante prise en compte de la qualité, des questions de taille critique pour atteindre l’efficacité et de la capacité à investir

A. La non prise en compte de la qualité et des externalités positives

Le modèle d’autorisation et de financement des Ehpad est fondé sur les besoins et des obligations réglementaires, mais non sur des résultats intermédiaires ou finaux de qualité.

S’agissant du suivi de la qualité, deux dispositifs ont été déployés pour remonter des informations et donner des garanties à la fois aux autorités, mais aussi possiblement au grand public⁶¹ : le tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux qui permet la restitution d’indicateurs nécessaires au pilotage de la performance des établissements et services médico-sociaux (ESMS) ; le nouveau référentiel d’évaluation externe des ESMS de la Haute autorité de santé.

⁶¹ Voir la séance du Conseil de l’âge de septembre 2025.

1. Des exigences réglementaires sont posées par le CASF

Les règles minimales de fonctionnement des Ehpad en France sont fixées par décret et codifiées au CASF, principalement aux articles D.312-155 à D.312-159-2 (tableau 13). Leur dernière révision date du décret n°2016-1164 du 26 août 2016 fixant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des Ehpad, en application de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, avec une entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2016.

Obligation première, tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes doit organiser l'accès aux soins médicaux et infirmiers, et se doter d'une équipe de professionnels, dont un médecin coordonnateur, dont le temps d'activité au sein de l'Ehpad dépend du nombre de chambres⁶². **Ces règles minimales ne définissent pas de normes, ni de taux d'encadrement.**

Tableau 13 | Obligation des Ehpad au titre des soins

Accès aux soins médicaux et paramédicaux	Organisation des soins infirmiers, coordination avec les médecins traitants, continuité des soins.	D.312-155-0
Médecin coordonnateur	Élaboration du projet de soins, avis sur les admissions, coordination des professionnels de santé.	D.312-156
Équipe soignante minimale	Infirmiers, aides-soignants, psychologue, professionnels paramédicaux selon besoins.	Décret 2016-1164 ; D.312-155-0
Projet de soins personnalisé	Évaluation gériatrique, prévention, objectifs de soins, suivi.	D.312-155-0
Prévention et éducation à la santé	Prévention des chutes, dénutrition, déshydratation, escarres, troubles cognitifs.	D.312-155-0
Gestion des médicaments	Organisation de la prescription, préparation, distribution et traçabilité.	D.312-10-6
Dossier de soins	Tenue d'un dossier médical et de soins conforme aux règles professionnelles.	L.1111-7 ; D.312-155-0
Coopération gériatrique	Coordination avec hôpitaux, réseaux gériatriques, dispositifs d'appui à la coordination.	D.312-155-0
Accompagnement en fin de vie	Soins palliatifs, soutien psychologique, respect des directives anticipées.	L.1111-11 ; D.312-155-0

Source : SG du HCFEA.

Par ailleurs, les Ehpad sont soumis à des obligations issues du Code de la santé publique portant pour la sécurité sanitaire, la prévention des infections, la gestion des médicaments, les compétences et les actes des professionnels de santé, les droits des patients, la qualité et la sécurité des soins.

2. L'évaluation externe des Ehpad, pilotée par la HAS, a représenté un progrès indéniable

Depuis une importante réforme conduite entre 2018 et 2022, les Ehpad, en tant qu'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), sont soumis à un dispositif rénové d'évaluation de la qualité prévu à l'article L. 312-8 du CASF. Cette réforme vise à renforcer la qualité de

⁶² Décret n°2024-779 du 9 juillet 2024 - art. 1.

- un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est inférieure à 44 places ;
- un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;
- un équivalent temps plein de 0,60 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;
- un équivalent temps plein de 0,80 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 100 et 199 places ;
- un équivalent temps plein de 1 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 200 places.



l'accompagnement des personnes accueillies, à promouvoir l'effectivité de leurs droits, à soutenir l'amélioration continue des pratiques professionnelles et à accroître la transparence vis-à-vis des usagers, des familles et des autorités publiques.

Le dispositif repose sur un cycle quinquennal d'évaluation comprenant une démarche d'autoévaluation, fortement encouragée par la HAS, et une évaluation externe réalisée tous les cinq ans par un organisme évaluateur indépendant accrédité par le Cofrac. L'objectif n'est pas seulement de vérifier la conformité réglementaire des établissements, mais également d'apprécier la qualité réelle de l'accompagnement proposé aux personnes âgées et la capacité de l'établissement à faire vivre une dynamique d'amélioration continue.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel national unique élaboré par la Haute autorité de santé (HAS). Celui-ci est structuré en trois chapitres, neuf thématiques, quarante-deux objectifs et cent cinquante-sept critères d'évaluation. Les thématiques portent notamment sur les droits des personnes accompagnées, la bientraitance et l'éthique, l'expression et la participation des résidents, la personnalisation de l'accompagnement, la préservation de l'autonomie, l'accompagnement à la santé, la continuité des parcours, la politique de ressources humaines ainsi que la démarche qualité et la gestion des risques. Certains critères sont communs à l'ensemble des ESSMS tandis que d'autres sont spécifiquement adaptés au secteur des personnes âgées.

L'évaluation mobilise plusieurs méthodes complémentaires : entretiens avec les résidents, leurs proches et les professionnels, observations directes des pratiques, visites sur site, analyse documentaire ainsi que des méthodes de type « accompagné traceur » permettant d'apprécier concrètement le parcours et l'expérience de la personne accompagnée. La HAS définit la méthode, les outils et les modalités de cotation, tandis que les évaluateurs indépendants sont chargés d'apprécier la cohérence des éléments recueillis.

Les résultats sont appréciés à l'aide d'un système de cotation harmonisé comportant quatre niveaux de qualité, complété par une cotation spécifique permettant de valoriser les pratiques particulièrement innovantes ou allant au-delà des exigences attendues. Une attention particulière est portée à certains critères dits impératifs, relatifs notamment au respect des droits fondamentaux des personnes, à la prévention de la maltraitance, à la sécurité des soins, à la gestion des événements indésirables ou encore à la gouvernance de la qualité.

L'évaluation doit déboucher sur l'identification des points forts et des axes de progrès de l'établissement, la formalisation d'un plan d'amélioration de la qualité et le suivi des actions engagées dans le cadre du rapport d'activité annuel. Elle constitue également un outil de pilotage pour les gestionnaires et les autorités de contrôle et de tarification, en contribuant à objectiver la qualité des accompagnements proposés.

Enfin, dans une logique de transparence renforcée, les rapports d'évaluation sont transmis aux autorités compétentes ainsi qu'à la HAS. Depuis le 1^{er} avril 2025, les principaux résultats sont publiés sur la plateforme Qualiscope de la HAS. Cette publication comprend une présentation de l'établissement, une synthèse du niveau de qualité atteint et un extrait du rapport d'évaluation. Les établissements sont en outre tenus d'afficher sur site les principaux résultats de leur évaluation afin d'informer les résidents, les familles et le public.

3. La mesure de la satisfaction des résidents n'est pas généralisée

Dans le cadre de la feuille de route Grand âge, il avait annoncé un recueil régulier de la satisfaction des résidents. La HAS avait reçu mission de travailler à un cadre et des règles de recueil de la satisfaction de publics dont certains sont très vulnérables et peu à même de s'exprimer dans de

bonnes conditions. Elle a diffusé en septembre 2023 un guide « *Recueillir le point de vue des personnes hébergées et accueillies en Ehpad* »⁶³.

De nombreux établissements ou groupes ont leurs propres outils et démarches de recueil de la satisfaction des résidents et/ou de leur famille. S'agissant de certains acteurs, on peut citer la charte d'engagement du Synerpa dans laquelle la satisfaction des résidents et de leurs proches aidants ainsi que des collaborateurs est régulièrement recueillie selon un protocole et une grille harmonisée, méthodologie d'enquête reprenant les recommandations de la HAS et certifiée ISO 20488, avec un prestataire (Wedoxa) mobilisé pour l'administration. Les résultats pour 2024 montrent que les notes de satisfaction générale collectées sont plutôt bonnes avec une moyenne de 8,1 sur 10 pour les résidents, 7,6 pour les proches aidants et 6,9 pour les collaborateurs. Plus dans le détail, les résidents tout comme les proches aidants ont accordé la note la moins bonne à la restauration (respectivement 7,44 et 7,47).

4. Un plan de contrôle et un décret « transparence » qui manquent de suivi

Après l'affaire *Orpea*, le gouvernement a lancé un plan de contrôle des Ehpad par les ARS, parfois conjointement avec les départements, dont l'évaluation par l'Igas est en cours. Il ressort de la communication gouvernementale qu'à l'issue des contrôles (dont 80 % d'entre eux ont été réalisés « sur pièces »), 777 Ehpad (soit 11 % du total) ont été considérés en « situation dégradée »⁶⁴. Une liste de 55 établissements ayant fait l'objet de sanctions administratives a été diffusée fin mars 2025.

Par ailleurs, le décret du 22 avril 2022 précité a renforcé les exigences de transparence applicables aux Ehpad en imposant notamment, aux établissements privés commerciaux, la mise en place d'une comptabilité analytique permettant de mieux retracer l'utilisation des dotations publiques et les flux financiers entre établissements et organismes gestionnaires. Cette comptabilité doit être attestée par un commissaire aux comptes afin de renforcer la traçabilité de l'utilisation des financements publics, notamment ceux relevant de la dotation « soins ». Il rend également obligatoire la transmission à la CNSA de cinq indicateurs clés relatifs aux conditions d'accompagnement en Ehpad, en vue de les rendre publics : la composition du plateau technique ; le profil des chambres (doubles/simples) ; le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement ; la présence d'un infirmier de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'établissement ; le partenariat avec un dispositif d'appui à la coordination (DAC). Un arrêté définit le contenu et les modalités de calcul de ces indicateurs, qui n'ont pas fait l'objet d'une première publication des résultats à ce jour.

5. La question non résolue de la prise en compte de la qualité finale et l'annonce d'un nouveau concept : les maisons « France autonomie »

La question de la prise en compte de la qualité « finale » des prises en charge dans le financement des Ehpad demeure aujourd'hui largement ouverte. Une base législative avait été posée notamment par la loi ASV de 2015, ouvrant la possibilité d'introduire une part de financement conditionnée à la qualité, mais dont la mise en œuvre est restée limitée en raison des difficultés de définition et de production d'indicateurs homogènes (voir *infra*). Dans le champ sanitaire, une dynamique est en œuvre avec notamment des incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Cette évolution marque la volonté de renforcer le lien entre qualité certifiée et allocation des ressources, mais sa transposition « telle quelle » au secteur médico-social est difficile.

⁶³https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/recueillir_le_point_de_vue_des_personnes_hebergees_et_accueillies_en_ehpad_diaporama_2023-09-20_15-57-46_545.pdf.

⁶⁴ Voir la séance du Conseil de l'âge d'octobre 2025.



La réflexion sur les indicateurs de qualité dans les Ehpad doit être donc poursuivie, autour des dimensions « ressources humaines » et à « organisation des parcours » notamment, car déterminants de la qualité effective de l'accompagnement, mais aussi des résultats mesurables (voir en partie 3 les préconisations du Conseil pour financer la qualité en Ehpad).

Parallèlement, une évolution plus récente du cadrage politique vient relancer le débat sur la lisibilité et la structuration de l'offre. La ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées a proposé la transformation des Ehpad en « maisons France autonomie ». D'abord associée à une logique de labellisation fondée sur un cahier des charges national, cette perspective a toutefois été par la suite précisée, la ministre indiquant⁶⁵ qu'il s'agirait davantage d'un cadre d'évolution et de transformation des établissements, reposant sur des engagements de missions et une dynamique de convergence des pratiques. Parmi les orientations envisagées figuraient notamment le renforcement de la diversification de l'offre, dont la capacité à proposer de l'accueil temporaire, ainsi qu'une meilleure lisibilité des parcours pour les personnes âgées et leurs aidants. Le dispositif reste à ce stade en cours de concertation avec les acteurs du secteur.

Dans ce contexte de réflexion de la lisibilité de l'offre, la question de la dénomination même des établissements a fait l'objet de travaux récents du Conseil de l'âge relatifs au vocabulaire de l'âge et sur le besoin de concilier « réalité et aspiration » (encadré 7) pour nommer leurs lieux.

Encadré 7 | Synthèse des travaux du Conseil de l'âge sur le lexique de l'âge et des personnes âgées

Nommer un lieu, c'est choisir entre décrire la réalité et dessiner celle que nous désirons, en utilisant des mots porteurs d'un avenir dans la pleine autonomie. Aujourd'hui, le vocabulaire des lieux des personnes âgées reste lourd de sens, historiquement médical, chargé d'une histoire où chaque appellation tente de rompre avec le passé. Longtemps, nous avons parlé de « maisons de retraite », claire et familière, mais qui porte l'idée d'un retrait du monde, d'une mise à l'écart. Avant cela, la notion d'« hospice » renvoyait à un « mouoir », accentuant la stigmatisation et la dimension strictement sanitaire. Puis vint le règne des sigles froids : « Ehpad », acronyme technique qui s'est imposé mais qui est « usé » par les crises, renvoyant une image stigmatisante. L'enjeu est important : il faut trouver les mots qui impulsent la généralisation et la perception de solutions de « chez-soi accompagnés ». Le Conseil privilégie deux termes, « maison » ou « résidence », et n'a pas tranché entre eux.

<p> Privilégier <i>maison, résidence ou habitat, avec des qualificatifs positifs (inclusif, partagé)</i></p>	<p> Utiliser <i>un vocabulaire qui témoigne de vie, de dignité et de citoyenneté</i></p>	<p> Attention <i>aux termes trop institutionnels comme établissement ou structure</i></p>	<p> Proscrire <i>les sigles impersonnels (Ehpad) et les termes trop médicaux / techniques</i></p>
--	--	---	---

« Résidence » est connoté positivement mais peut « sonner » commercial et introduire une confusion avec l'offre existante (résidences autonomie, résidences service seniors). « Maison » évoque chaleur et appropriation, mais c'est un terme exigeant qui devient moins sympathique lorsqu'il est accompagné de son indispensable qualificatif (« de retraite », « d'accueil »).

Quel que soit le choix final, on préférera un lexique qui parle de vie, d'accompagnement et de citoyenneté, plutôt que de prise en charge et de montée en compétence soignante.

⁶⁵ Audition de Camille Galliard-Minier, ministre déléguée, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, sur sa feuille de route, commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 16 juin 2026.

B. La question se pose de la taille critique et/ou optimale des Ehpad

Comme toute structure, l'Ehpad est exposé à la question des économies d'échelle. Les établissements de petite taille disposent en effet de capacités plus limitées, tant dans leurs fonctions de gestion (ressources humaines, expertise juridique, systèmes d'information) que pour l'approvisionnement en matériel ou la prise en charge de besoins spécifiques (troubles cognitifs, maladies chroniques). Assurer pleinement leurs missions suppose dès lors une certaine « taille critique », d'autant que ces missions ont vocation à s'élargir (voir partie 3). La recherche d'une « taille critique » n'est pas nouvelle et a fait l'objet d'une attention particulière depuis le début des années 2000. En mobilisant des données sur la structure de coûts d'échantillons d'Ehpad, des études scientifiques ont estimé une taille « optimale », qui se situerait entre 60 et 80 lits par structure⁶⁶.

Dans les établissements de grande taille, la standardisation plus poussée de certaines tâches peut se faire au détriment de l'individualisation de l'accompagnement, et donc de la qualité des soins. La Drees montre notamment que le taux d'encadrement en personnel soignant tend à diminuer avec la taille des établissements⁶⁷. Des travaux internationaux, conduits notamment en Suède, mettent en évidence une association négative entre la taille des établissements et la satisfaction des résidents⁶⁸, qu'expliquerait une prise en charge moins personnalisée au sein des plus grandes structures. **Il existe ainsi un réel enjeu de concilier une taille suffisante pour parvenir à des économies d'échelle et le maintien de structures « à taille humaine ».**

1. Des leviers au-delà de la taille de l'établissement : mutualisation et regroupement

La taille des structures n'est cependant pas le seul facteur d'économies d'échelles : la mutualisation de certaines ressources ou fonctions, voire l'appartenance à un même groupe constituent aujourd'hui des leviers cruciaux. L'appartenance à un même groupe constitue le degré le plus élevé de mutualisation de ressources entre plusieurs structures. De ce point de vue, des différences importantes existent entre les secteurs privé et public. En effet, les Ehpads privés lucratifs sont principalement organisés en groupes, disposant de nombreux services d'expertise et d'une standardisation des processus dans leurs établissements. Selon une étude de la Drees, en 2022, 56 % des établissements appartenaient aux cinq principaux groupes d'Ehpad⁶⁹. Les Ehpads privés non-lucratifs et publics connaissent des niveaux de regroupement largement inférieurs : 2,1 Ehpad par gestionnaire pour les Ehpads privés non-lucratifs, 1,7 pour les Ehpads publics hospitaliers et 1,1 Ehpad pour les Ehpads publics autonomes⁷⁰.

L'appartenance à un groupe d'Ehpad n'est pas le seul moyen de coopération ou de coordination entre plusieurs établissements. Depuis de nombreuses années, les Ehpads sont en effet incités à mutualiser certaines activités, à travers la création de plusieurs dispositifs. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en a posé les premiers jalons avec la création d'un nouvel instrument juridique : le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

⁶⁶ Voir notamment : Martin C., Dormont B., 2011, *L'efficacité des EHPAD en France*, 33èmes Journées des Économistes de la Santé Français (JESF), 1^{er}-2 décembre 2011, Clermont-Ferrand, France ; ainsi que Dervaux B., Leleu H., Noguès H., Valdmanis V., (2006), "Assessing French nursing home efficiency : An indirect approach via budget-constrained DEA models", *Socio-Economic Planning Sciences*, vol. 40, n° 1, p. 70-91.

⁶⁷ Drees, 2020, Le taux d'encadrement dans les Ehpads, *Les Dossiers de la Drees*, n° 6, décembre.

⁶⁸ Spangler D., Blomqvist P., Lindberg Y., Winblad U., 2019, Small is beautiful? Explaining resident satisfaction in Swedish nursing home care, *BMC Health Services Research*, vol. 19, art. 886.

⁶⁹ Louvel A., Monirijavid S., 2025, Ehpad : un résident sur dix est accueilli dans un établissement géré par l'un des cinq grands groupes d'Ehpad, *Études et Résultats*, n° 1346, DREES, septembre.

⁷⁰ Cour des comptes, 2022, *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad : un nouveau modèle à construire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Paris, février.



Celui-ci permet à plusieurs structures de mettre en commun ou de gérer ensemble des moyens – locaux, personnels, achats, systèmes d'information. La logique de regroupement des activités des structures a été renforcée, suite à la loi ASV de 2015, par la généralisation des CPom, qui font de la mutualisation de certaines fonctions (restauration, blanchisserie, informatique, support) un objectif de gestion. La loi du 26 janvier 2016 a poursuivi cet objectif de coordination des structures médicale et médico-sociales sur le territoire, à travers la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT), dont l'adhésion est rendue obligatoire pour toutes les structures publiques non autonomes. Outre l'institution des GTSM à compter du 1^{er} janvier 2025 (voir *supra*), d'autres formes de mutualisation coexistent du reste, de la simple convention de partenariat au groupement d'employeurs.

2. Un mouvement de mutualisation engagé mais encore inabouti

Ces dispositifs demeurent toutefois inégalement mobilisés. Fin 2022, si près de 60 % des Ehpads coopéraient au sein d'une forme de groupement, 11,5 % seulement déclaraient appartenir à un GCSMS⁷¹. La Cour des comptes, tout en reconnaissant l'utilité de l'inscription des Ehpads dans des réseaux, a ainsi souligné le développement insuffisant de ces mutualisations⁷². L'Anap, dans son guide consacré à la transformation des Ehpads, identifie de même la nécessité de se regrouper et de mutualiser les fonctions support pour accompagner les évolutions organisationnelles attendues⁷³. Ces freins relèvent pour l'essentiel de facteurs organisationnels : complexité juridique, hétérogénéité des statuts et des autorités de tutelle, réticences à la perte d'autonomie de gestion, ingénierie qu'exige leur constitution. La question de la taille critique invite ainsi à dépasser la coopération ponctuelle au profit d'organisations plus intégrées – Ehpads « plateformes », pôles ressources territoriaux – conjuguant une taille critique avec des unités de vie à taille humaine.

C. La faible prise en compte du besoin d'investissement dans le bâti et les outils numériques, au-delà des plans engagés

Les deux séminaires que le Conseil de l'âge a consacrés respectivement aux questions du numérique et de l'immobilier en Ehpads ont mis en évidence les limites d'un modèle où, hors financements exceptionnels (par crédits France relance ou Ségur du numérique ou par crédits non reconductibles des ARS), les investissements et la maintenance de ces équipements « non directement médicaux » sont portés quasi uniquement par le tarif hébergement acquitté par le résident.

Le séminaire sur le numérique en Ehpads en mars 2026⁷⁴ a mis en évidence le rôle structurant joué par les acteurs nationaux, au premier rang desquels la Délégation du numérique en santé (DNS) et la CNSA, dans la mise en œuvre d'une stratégie de transformation numérique des Ehpads. Portée par la DNS, la feuille de route du numérique en santé repose sur une logique d'ensemble visant à garantir le partage fluide et sécurisé des données de santé tout au long du parcours des personnes, notamment via « Mon espace santé » et les dispositifs du Ségur numérique. Cette stratégie s'appuie sur des outils structurants, en particulier le dossier usager informatisé (DUI), conçu comme un socle commun d'échange et de coordination entre les professionnels, avec une exigence forte d'interopérabilité, de sécurisation et de conformité des logiciels. Le pilotage est organisé à plusieurs niveaux (DNS, Assurance maladie, ANS, ARS),

⁷¹ Données relatives à la situation au 31 décembre 2022, d'après le baromètre KPMG des Ehpads 2021.

⁷² Cour des comptes, 2022, *op. cit.*

⁷³ Anap, 2020, *Transformation de l'Ehpads — s'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées*.

⁷⁴ Voir le séminaire du Conseil de l'âge de mars 2026.

traduisant une volonté d'intégration des Ehpad dans le *continuum* du système de santé, même si les discussions ont montré que cette intégration demeure encore partielle et techniquement perfectible.

Dans ce cadre, la CNSA joue un rôle central de déploiement opérationnel et de financement, notamment à travers le programme ESMS numérique, doté de moyens importants (plus de 600 M€ pour le secteur médico-social). Ce programme vise à généraliser l'équipement en DUI interopérable, structurer le marché des éditeurs et accompagner la montée en compétences des acteurs, tout en favorisant l'innovation. Les résultats apparaissent substantiels : environ 34 000 structures médico-sociales ont été embarquées dans la dynamique Ségur, et près de 75 % des Ehpad sont aujourd'hui équipés d'un DUI, avec plusieurs centaines de milliers de dossiers actifs. Toutefois, la CNSA souligne elle-même que l'objectif d'équipement est globalement atteint mais que celui des usages reste à consolider, seuls environ la moitié des établissements ayant atteint un niveau d'utilisation jugé satisfaisant. Les actions engagées portent ainsi désormais sur la pérennisation des usages, l'accompagnement des équipes, la sécurisation des systèmes (cybersécurité) et le renforcement de l'interopérabilité.

Au-delà de ce socle institutionnel, le séminaire a fait intervenir France silver eco, une grande fédération d'établissements du secteur privé associatif, la Fehap, ainsi qu'une entreprise développant une solution nouvelle pour gérer la levée de doutes, Orikio.

Les présentations ont montré une diversification rapide des solutions numériques et technologiques mobilisées par les établissements, qui s'inscrivent dans le cadre posé par les pouvoirs publics. Le DUI constitue un levier majeur d'organisation et de qualité, en améliorant la traçabilité des soins, la coordination et le pilotage, tout en facilitant les relations avec les familles et les partenaires. Parallèlement, de nombreuses solutions viennent enrichir cet écosystème : télémédecine, capteurs de surveillance, intelligence artificielle pour la prévention des événements indésirables, outils favorisant le lien social ou encore dispositifs d'amélioration des conditions de travail. Ces innovations répondent à des objectifs convergents : améliorer la qualité de la prise en charge, soutenir les professionnels et libérer du temps pour le soin, dans un contexte de tension sur les ressources humaines.

Le séminaire sur l'immobilier d'avril 2026⁷⁵ a tout d'abord mis en évidence l'ampleur de l'effort d'investissement engagé au cours des dernières années, en particulier dans le cadre du « Ségur de l'immobilier ». Doté d'une enveloppe de 1,5 Md€ sur la période 2021-2024, ce plan a permis d'amorcer une transformation significative du parc, à mi-chemin entre rénovation et recomposition de l'offre, avec près de 49 000 places créées ou rénovées en Ehpad et plusieurs milliers de projets soutenus, incluant le développement de tiers-lieux et l'amélioration du confort et de la qualité d'usage des établissements. Cet investissement inédit a contribué à faire évoluer les standards architecturaux vers des établissements plus ouverts, davantage centrés sur la qualité de vie, la « domiciliation » des espaces et l'intégration dans leur environnement territorial. Il a également permis de résorber une partie des situations les plus critiques, en offrant une fenêtre d'opportunité pour des projets longtemps différés et en favorisant l'émergence de modèles plus diversifiés et plus intégrés aux parcours résidentiels et de soins.

Toutefois, les présentations et discussions en séminaire convergent pour souligner le caractère encore très insuffisant de cet effort au regard des besoins structurels. Le parc immobilier demeure en effet largement vieillissant et inadapté : plus de la moitié des établissements ont plus de 30 ans et une part significative n'a pas fait l'objet de rénovation récente, tandis que persistent des situations d'obsolescence en 2022 selon la CNSA :

- 10 % des places sont en chambres doubles/multiples et 11 % ne disposent pas de sanitaires complets (dont 20 % rattachés à un Établissement public de santé – EPS) ;
- 13 % des Ehpad sont des établissements ERP de type U (dont 60 % rattachés à un EPS) ;

⁷⁵ Voir le séminaire du Conseil de l'âge d'avril 2026.



- 13 % des Ehpad ont un avis défavorable de la commission de sécurité incendie ;
- 21 % des Ehpad déclarent la présence d'amiante ;
- 55% des Ehpad ont été construits avant l'application de la réglementation thermique 2000 ;
- 58 % des Ehpad ont plus de 30 ans (environ 60 % dans chaque statut) dont 33 % n'ont pas engagé de travaux depuis plus de 20 ans (40 % rattachés à un EPS).

Concernant les normes applicables aux Ehpad, depuis le décret du 28 décembre 2015, le cadre réglementaire d'urbanisme qui leur est applicable a connu une mutation structurelle avec le passage de la destination « équipements d'intérêt collectif » à la destination « habitation », sous-destination « hébergement ». Ce changement juridique entraîne la suppression des régimes dérogatoires dont bénéficiaient les projets de construction, imposant désormais le respect strict des règles de droit commun des plans locaux d'urbanisme (PLU) en matière de hauteur, de stationnement et d'emprise au sol. Il complexifie et renchérit potentiellement la réalisation de nouveaux projets.

Les besoins d'investissement restent massifs, estimés en 2019 par la FHF à environ 15 Md€ pour la rénovation d'un quart du parc, et confirmés par des analyses plus récentes faisant état de plusieurs milliards d'euros nécessaires, notamment dans le secteur public pour uniquement permettre le maintien de la capacité d'accueil actuelle des Ehpad. Dans un contexte de dégradation des équilibres financiers des établissements et de renchérissement des coûts de construction, la soutenabilité de l'investissement apparaît fragilisée. Le séminaire met ainsi en exergue la nécessité d'inscrire dans la durée un plan d'investissement ambitieux, mieux ciblé et articulé avec des objectifs de transformation (qualité d'usage, transition écologique, adaptation aux profils de besoin d'aides), afin d'éviter un risque de décrochage du parc et de garantir la capacité du système à répondre aux enjeux démographiques et qualitatifs du vieillissement.

En complément des réflexions relatives au financement ponctuel de l'investissement via des plans de type « Ségur », se pose également la question de l'autofinancement du renouvellement et de la maintenance des immobilisations, qu'il s'agisse du bâti ou des équipements numériques, ainsi que des modalités selon lesquelles les dotations de fonctionnement permettent d'en assurer l'entretien dans la durée. Or, les mécanismes d'actualisation des dotations prennent insuffisamment en compte ces besoins récurrents de maintien en condition opérationnelle, ce qui interroge leur soutenabilité réelle. Cette limite apparaît d'autant plus significative que, si le bâti et le numérique relèvent théoriquement de la section hébergement, ils contribuent en pratique à la qualité globale de l'accompagnement, y compris sur les dimensions médicales et de *nursing*, mettant ainsi en évidence un décalage entre la logique de financement et la réalité des usages.

Partie 3

Conforter, simplifier, rénover : vers un nouveau modèle et un nouveau rôle des établissements

I. Les orientations du Conseil de l'âge vis-à-vis de l'évolution du nombre de places et de la transformation des Ehpad

Dans le rapport « bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile » précité, le Conseil de l'âge avait formulé des préconisations pour consolider les projets de vie au domicile privé des personnes âgées et dans une offre de lieux d'accompagnement qui doit par ailleurs continuer à se diversifier. Mais il a aussi estimé que « *pour de nombreuses personnes âgées, une large palette d'habitats en collectif doit permettre des projets de vie où le lien social sera nativement présent. Une consolidation et une modernisation de l'offre de type résidentielle, de l'accueil familial et une mue des Ehpad sont à ce titre nécessaires* ». Il a adopté à ce titre l'objectif transformation des Ehpad pour les inscrire « *dans une logique domiciliaire* », sans renoncer à leur capacité à délivrer soins et aides, ni aux gains d'efficacité et de coordination permis par le regroupement des interventions dans un même lieu, assurant la continuité des accompagnements, limitant la dispersion des acteurs et structurant les parcours.

Les travaux préparatoires au présent rapport confortent le Conseil de l'âge dans cette orientation. Face au défi de la transition démographique, il convient de préserver à l'avenir dans notre pays une offre de prestations délivrées par des établissements médico-sociaux dédiés à l'accompagnement de longue durée au bénéfice de personnes âgées et très âgées. Ces établissements doivent être des lieux de soins et d'aide à l'autonomie, et il convient de les renforcer à cet effet, tout en laissant plus de place à la dimension de « lieu de vie ». Les exemples de transformation présentés au Conseil par des groupes ou des établissements montrent que c'est une orientation que certains ont déjà prise, et leurs réalisations montrent qu'elle est atteignable. Mais il ne suffit pas de voir se dessiner « la rive d'en face ». Il faut aussi construire les ponts pour l'atteindre. **Le Conseil de l'âge formule ci-après des orientations pour permettre de mener une transformation véritable des Ehpad, qui pourra s'accompagner du changement de dénomination que le Conseil de l'âge a appelé de ses vœux.**

A. La transition démographique exercera une pression sur l'ensemble des lieux d'accompagnement appelant à conforter l'offre en établissement spécialisé

Les vingt prochaines années seront marquées par une augmentation très forte des personnes âgées de 80 ans et plus, soit celles pour lesquelles le taux d'institutionnalisation commence à dépasser les 10 % par rapport aux logements ordinaires et qui représentent 79 % des résidents des Ehpad en 2023.

Sur la base des projections alors disponibles, le rapport Libault de 2019 estimait à 108 000 le nombre de places supplémentaires nécessaires en Ehpad d'ici 2030 pour répondre aux seuls besoins liés au vieillissement, sans compter les adaptations nécessaires aux évolutions des pathologies (maladies neurodégénératives, polyopathologies) et aux attentes des usagers. Depuis, et pour de multiples raisons (orientation politique et sociétale globale privilégiant le domicile, crise d'image et difficultés financières et en ressources humaines des Ehpad, contraintes sur les financements publics), les



pouvoirs publics ont entériné une stabilité du nombre de places en Ehpad à moyen – long terme, et un recentrage de ces derniers sur les personnes en GIR 1 et 2⁷⁶.

1. Une augmentation forte des besoins futurs, un risque de saturation de tous les lieux d'accompagnement y compris intermédiaires⁷⁷

Les nouvelles projections du nombre de personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie, réalisées avec le modèle Livia de la Drees, estiment que, par rapport à l'année de référence de 2021, il y aurait :

- en 2030, + 255 000 seniors en besoin d'aides à l'autonomie et + 84 900 en besoin d'aides à l'autonomie sévère ;
- en 2050, + 738 100 seniors en besoin d'aides à l'autonomie et + 297 000 en besoin d'aides à l'autonomie sévère.

Ces nouvelles projections 2025, reposant sur des données plus récentes (notamment les projections démographiques Insee Omphale 2022 et l'enquête Autonomie-Ménages 2022), permettent d'affiner les projections en prévoyant une hausse un peu plus contenue des besoins d'aides à l'autonomie du fait d'hypothèses actualisées d'amélioration de l'état de santé à âge donné. Mais elles ne bouleversent pas la tendance de fond qui reste une forte hausse du nombre de personnes âgées en besoin d'aide à l'autonomie.

Sur la base de deux scénarios polaires, la Drees a projeté, à horizon 2050, une ventilation du nombre de places par lieu d'accompagnement :

- dans le scénario 1 « à pratiques d'entrée en Ehpad inchangées », il faudrait créer 314 300 places en Ehpad pour répondre aux besoins ;
- dans le scénario 2 où la création d'aucune place en Ehpad ne serait décidée, et qui correspond à l'orientation politique actuelle, les + 738 100 personnes en besoin d'aides à l'autonomie supplémentaires se répartissent entre :
 - un accompagnement à domicile pour + 413 800 personnes,
 - un accompagnement en Ehpad (en remplacement des personnes autonomes qui y sont actuellement hébergées) pour + 40 100 personnes,
 - la création de places en résidence autonomie (ou en habitat partagé et/ou inclusif) pour y accueillir 284 100 personnes supplémentaires en besoin d'aides à l'autonomie. Comme ces structures continueraient également à héberger un peu plus de personnes autonomes qui ont une préférence pour l'habitat intermédiaire, le besoin de création de places est donc supérieur à la hausse du nombre de personnes en besoin d'aides à l'autonomie.

Ainsi, le strict respect de l'orientation politique privilégiant le domicile conduirait à y accompagner 413 800 personnes de plus en 2050, à la condition de créer 284 100 places d'habitat intermédiaire.

[Le rapport de la mission inter-inspection relative aux diverses formes d'habitat partagé adapté au vieillissement de l'Igas et de l'IGEDD](#) utilise les dernières projections Livia de la Drees pour projeter plus finement les besoins futurs, à une maille territoriale fine, pour projeter les lieux d'accompagnement les plus adaptés aux problématiques (mesurées principalement à partir du GIR) des personnes qui seront en besoin de soutien à l'autonomie. **La mission juge que « l'Etat ne prévoit pas la création de places dans les années à venir. Si ce statu quo se maintient, la situation deviendra très tendue d'ici 2040 dans de nombreux départements ».**

⁷⁶ Voir les annexes aux PLFSS sur ce point ainsi que les différents [avis du Conseil de l'âge sur les PLFSS successifs](#).

⁷⁷ Voir la séance du Conseil de l'âge de mai 2026.

Elle estime ainsi que « l'offre actuelle ne permettra pas d'accueillir l'ensemble de ces seniors, à taux d'institutionnalisation inchangé, que pour une moitié des départements. Les départements du Sud sont ceux pour lesquels la situation se tendra le plus rapidement : la saturation des établissements par des seniors très dépendants (GIR 1-2 et GIR 3 atteints de troubles neuro-cognitifs) intervient dès 2030 pour la Drôme, le Vaucluse, les Hautes-Alpes, le Lot, la Haute-Savoie et les deux départements corses ; la saturation s'étend progressivement jusqu'à ce qu'en 2040, dans la quasi-totalité des départements de la moitié Sud de l'hexagone et de l'Île-de-France, les Ehpad soient complets uniquement en accueillant les seniors les plus dépendants ».

Les analyses très approfondies montrent le risque de saturation des capacités du domicile mais aussi des habitats intermédiaires en particulier des résidences autonomie par des publics pour lesquels ils ne sont pas adaptés⁷⁸. La mission recommande donc de créer 48 000 places en Ehpad dans les départements où l'offre est la plus basse en termes de taux de couverture.

À taux d'entrée en établissement inchangées, ce sont 270 000 places qui pourraient être nécessaires en Ehpad d'ici 2050 et 50 000 places en résidences autonomie

Sans création de places supplémentaires en Ehpad, ce sont 320 000 places qui seraient nécessaires en résidences autonomie

Dans son rapport prospectif consacré à l'adaptation de l'offre d'habitat au vieillissement, le Haut-Commissariat au Plan⁷⁹, en partenariat avec le cercle de réflexion Matières Grises, estimait que les Ehpad demeureront indispensables pour l'accueil des personnes les plus en besoin d'aides. Anticipant la forte progression du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans à partir de 2030, les auteurs préconisaient ainsi la création de 60 000 places supplémentaires en Ehpad d'ici 2050, en complément du développement massif des solutions intermédiaires entre le domicile et l'institution.

Les travaux en cours entre les ARS et les départements dans le cadre de la mobilisation nationale France Autonomie devraient permettre de disposer d'ici septembre 2026 d'une vision actualisée du besoin de développement d'offres et de places nouvelles.

Figurer les places d'Ehpad (c'est-à-dire se placer dans un « monde » où les places actuelles devront continuer de faire l'objet d'investissements pour rester « praticables » – voir *supra*), sans opérer un développement très important d'alternatives, reviendrait donc, dans un tel contexte d'accroissement des besoins :

- à spécialiser les Ehpad dans la prise en charge des besoins sévères d'autonomie ;
- à « dégrader » en moyenne la prise en charge des seniors les plus en besoin d'aide à l'autonomie.

- ▶ La vision prospective sur les besoins des publics futurs appelle à préserver voire développer les accompagnements en établissement dès lors qu'ils s'inscrivent dans une logique domiciliaire.
- ▶ Un consensus se dessine au sein du Conseil de l'âge pour juger indispensable de développer l'offre de prestations délivrées par des établissements dédiés à l'accompagnement de longue durée au bénéfice de personnes âgées et très âgées.

⁷⁸ L'attrition potentielle des futurs aidants, du fait de l'évolution des comportements conjugaux et des structures familiales, risque de renforcer cette crainte. Voir Conseil de l'âge (2024), *Panorama des comportements conjugaux et configurations familiales chez les seniors*, document Eclair'âge.

⁷⁹ Haut-commissariat au Plan, 2023, *Quand les babyboomers auront 85 ans : projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050*, rapport en partenariat avec le think tank Matière grise.



La question de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (PHV) est bien documentée par les données et travaux de la Drees, de la CNSA et de l'Igas : l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap conduit à une augmentation rapide de la part des personnes âgées dans les établissements médico sociaux pour adultes.

Fin 2022, la Drees indique que parmi les quelque 320 000 personnes accompagnées dans des établissements et services médico-sociaux dédiés aux adultes handicapés, 9 % d'entre elles ont 60 ans ou plus, sachant que la littérature invite à identifier un premier seuil d'impact du vieillissement dès 40-50 ans.

Les orientations vers les établissements pour personnes âgées sont limitées avant 60 ans, mais deviennent significatives ensuite : à partir de 60 ans, une part importante – jusqu'à un quart des sortants de structures adultes – est orientée vers ces établissements, et les flux augmentent nettement avec l'âge. L'âge moyen d'entrée en Ehpa/Ehpad en provenance du secteur handicap est autour de 65 ans. Toutefois, ces transitions restent minoritaires à l'échelle globale (environ 1 % des résidents d'Ehpa/Ehpad), traduisant le fait que le maintien dans le secteur handicap constitue encore la modalité dominante, notamment par adaptation des structures (unités dédiées, médicalisation).

S'agissant des critères de choix entre les secteurs, la pratique des acteurs (ARS, départements, MDPH) se tourne de plus en plus vers une approche fondée non sur l'âge mais sur les besoins fonctionnels, le projet de vie et le niveau d'autonomie des personnes.

Le maintien en structure handicap est privilégié lorsque celle-ci peut s'adapter (niveau de médicalisation, offre spécifique PHV, organisation en « maisonnées ») ou lorsque le transfert ferait perdre des repères essentiels. À l'inverse, l'orientation vers un Ehpad est justifiée lorsque les besoins en soins gériatriques et en accompagnement de la perte d'autonomie le nécessitent, excèdent les capacités des structures handicap, et lorsque la personne exprime un projet de vie compatible avec ce cadre. Un renforcement des moyens de l'Ehpad est alors nécessaire – notamment pour mobiliser les métiers compétents (éducateurs, psychomotriciens) – qui sont apportés par des crédits des ARS et les départements, parfois conjointement.

Le Conseil de l'âge souscrit à ces orientations ainsi qu'à la conclusion du rapport de l'Igas, qui souligne la nécessité de dépasser les logiques de filière pour aller vers une offre modulaire et territorialisée, permettant des solutions intermédiaires (structures mixtes, plateformes de services, coopérations entre Ehpad et établissements handicap), afin d'éviter des orientations par défaut. L'objectif n'étant pas de complexifier les parcours des PHV mais d'acculturer les champs du handicap et de l'autonomie des personnes âgées afin d'augmenter le volume d'accompagnement adapté et de mieux respecter l'autodétermination des personnes.

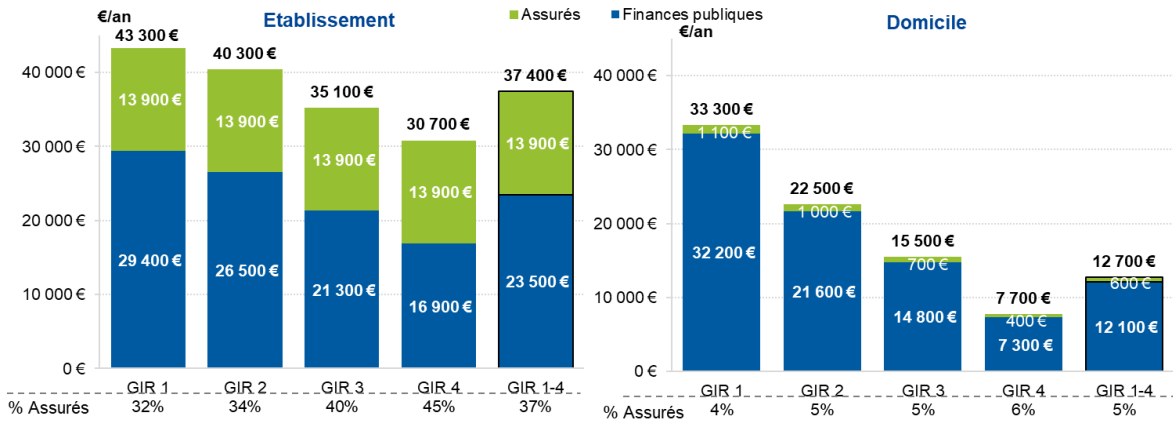
2. Il est préférable que les personnes en besoin important de soutien soient accompagnées au sein de structures du type Ehpad, plutôt que par des structures sanitaires ou des résidences autonomie

En premier lieu, il convient de relativiser la différence de coût pour les financeurs publics entre les Ehpad et les autres lieux d'accompagnement des personnes âgées en besoin de soutien à l'autonomie, y compris les domiciles historiques.

Les analyses de 2021 du Conseil de l'âge dans sa [note de comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie \(domicile ou Ehpad\)](#), montrant que les coûts publics d'accompagnement des personnes en GIR 1 et de certaines en GIR 2 étaient plus élevés à domicile qu'en Ehpad, sont confirmées par les données publiées en annexe aux lois de financement de la sécurité sociale

(graphique 27)⁸⁰. Ces analyses ne prennent, qui plus est, pas en compte le sous-calibrage et la sous-exécution des plans d'aide APA à domicile exposés par le Conseil de l'âge dans ses précédents rapports. En ce sens, faire monter la proportion de GIR 1 et 2 accompagnés à domicile fait sens si les aspirations et les capacités des personnes et de leurs proches le permettent, mais n'est pas un facteur de rationalisation des dépenses.

Graphique 27 | Comparaison établissement/domicile du coût annuel moyen par personne et par GIR



Note : afin de permettre une meilleure comparabilité avec le domicile, les montants sont présentés hors dépenses de gîte et de couvert, estimées à 90 % du minimum vieillesse (soit 813 € par mois en 2020).

Lecture : le coût d'accompagnement d'un bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 est, en moyenne par an, de 43 300 € en établissement, et 33 300 € à domicile, dont respectivement 32 et 3 % à la charge des assurés.

Champ : France entière. En Ehpad, sont incluses les dépenses au titre des sections tarifaires « soin », « dépendance » et « hébergement » ; à domicile, le champ couvre l'allocation personnalisée d'autonomie, le crédit d'impôt, et une partie des dépenses de soins des infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes et psychiatres.

Source : DSS, [REPSS Autonomie](#).

Il est intéressant de positionner les Ehpad par rapport aux deux autres cadres d'accompagnement « polaires », à droite et à gauche des Ehpad, que sont les résidences autonomie (taux d'encadrement de 1,2 pour 10) et les USLD (9,3 pour 10), et savoir s'il ne faudrait pas privilégier ces deux autres types de structures.

S'agissant des résidences autonomie, dont les prestations socle comportent la sécurisation des personnes par une présence 24h/24 d'un personnel et des prestations de prévention, les coûts d'accompagnement en soins et aides à la vie quotidienne sont les mêmes qu'à domicile. Certains rapports ont proposé qu'elles se voient attribuer un forfait soins équivalent à celui des Ehpad. Le Conseil de l'âge reste réservé sur cette option, compte tenu de l'étroitesse des équipes de direction des résidences autonomie, de l'inadaptation plus forte des locaux à organiser et délivrer des soins, et des effets taille importants en termes de qualité et d'efficacité.

- ▶ Pour le Conseil de l'âge, il apparaît plus pertinent de développer l'offre d'Ehpad transformés et humanisés plutôt que de saturer les résidences autonomie avec des personnes en besoin d'aides à l'autonomie, surtout sévère.
- ▶ Il rappelle sa proposition de doter les résidences autonomie d'un forfait « coordination des soins » financé par l'assurance maladie par le biais de la fonction d'infirmier référent, inscrit dans la loi « Valletoux » et rémunéré dans le cadre de l'avenant à la convention infirmière signé par l'Uncam, l'Unocam et les syndicats représentatifs des infirmiers libéraux en mars 2026.

⁸⁰ Il n'en va pas de même, évidemment, s'agissant des dépenses privées, par le poids et la moindre solvabilisation publique du tarif hébergement.



S’agissant des USLD, la mission de l’Igas de 2025 sur ces structures a pu présenter au Conseil de l’âge ses analyses et scénarios d’évolution⁸¹. Constatant comme le rapport des Pr Jeandel et Guerin (2020) que vingt ans après la « partition », les publics des Ehpad et des USLD restaient pour partie proches (voir *supra*), et qu’en revanche les besoins en soins de santé liés aux personnes âgées augmentaient, elle explorait trois scénarios d’évolution (tableau 14).

Tableau 14 | Scénarios d’évolution des USLD

Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Transformation majoritaire en places d’Ehpad	Réaffirmation de l’identité sanitaire des USLD	Créer des unités de soins gériatriques renforcés adossées aux SMR sur un modèle « Unité de soins prolongés complexe » gériatrique et transformer les lits restant en Ehpad
Cohérent avec la notion de domicile Cohérent avec l’évolution générale des résidents des Ehpad Cohérent avec le besoin de proximité	Cohérent avec des patients de plus en plus lourds, nécessitant une permanence des soins et un suivi médical important Cohérent avec le rôle d’aval hospitalier dans un objectif de limiter les ré-hospitalisations	Ce scénario nécessite encore d’être approfondi, en particulier sur les besoins à venir en unités de soins gériatriques
Mais des conditions de réussites nombreuses : Une montée en compétence soignante d’Ehpad permettant la permanence des soins Un transfert / recrutement de ressources humaines impératif La création de places	Des conditions de réussites : Engager une rénovation des USLD en cohérence avec les standards d’accueil des personnes âgées dépendantes Engager une révision du financement allant au-delà de la fusion des sections soins et autonomie Ajuster les ressources humaines et en particulier le nombre d’aides-soignants aux besoins de nursing des patients.	Il s’inscrirait sur du long terme La cohérence de l’adosser aux SMR est à étudier

Source : Igas, 2026.

Mais, aussi la mission indique que, quel que soit le scénario choisi, il conviendra d’avoir une vision territoriale de l’implantation de structures en capacité d’accueillir des personnes aux polyopathologies complexes nécessitant un accompagnement médical et paramédical constant, en proximité, en s’inscrivant dans une filière gériatrique globale dans des conditions d’accueil respectueuses des enjeux de domicile. Les USLD sont des unités qui connaissent des difficultés structurelles de positionnement, en majorité vétustes, et dont le taux d’occupation moyen a fortement chuté, le redressement post-Covid étant modéré : il est passé de 97 % en 2015 à 86 % en 2023, avec de fortes disparités et des services où il ne dépasse pas les 80 %.

► Le Conseil de l’âge estime que le scénario 3 évoqué par la mission est le plus prometteur. De nombreux professionnels hospitaliers comme cela a été le cas lors du congrès de la FHF Grand Est de juin 2026, expriment la nécessité que l’hôpital fasse sa mue et se réorganise autour des besoins de santé complexes du public âgé, déjà majoritaire dans sa patientèle. L’idée de créer des services de médecine polyvalente associant interventions de médecins internistes, de gériatres et de médecins de spécialité pour des consultations et bilans est évoquée. Des unités de soins prolongés complexes pourraient en être un aval, alternatif aux SMR.

⁸¹ Voir la séance du Conseil de l’âge de mai 2026.

- ▶ En revanche, compte tenu des tableaux cliniques nouveaux qui seront à prendre en soins – et en particulier le poids et la diversité des troubles – et des caractéristiques bâtementaires des USLD, il lui apparaît pertinent non pas de convertir ces dernières en Ehpad « *in situ* », mais d'en supprimer une partie des lits pour, par fongibilité de crédits, redéployer les crédits afférents vers l'OGP pour le financement de places en Ehpad supplémentaires.

Ces créations de places nouvelles se feraient principalement par extension de capacité d'Ehpad existants, et ciblées, comme le fait l'ARS d'Île-de-France (figure 3), vers des problématiques spécifiques et mal couvertes.

Figure 3 | Extrait du plan Bien vieillir en Île-de-France 2026-2030 piloté par l'ARS Île-de-France



Axe 4 : Accueillir de nouveaux publics fragiles en EHPAD

- ▶ **Créer 16 unités spécialisées en EHPAD pour mieux accueillir et l'accompagner des personnes âgées atteintes de pathologies psychiatriques**
 - AAC mars 2026 : création de deux unités par département (4 M€)
- ▶ **Mieux accueillir et accompagner les personnes issues de la grande précarité avec notamment un parcours de rue antérieur**
 - Accueil d'un certain nombre de résident dispersé dans les différentes unités (2 M€)
- ▶ **Créer de nouveaux Pôles d'Accueil et d'Activités adaptées (PASA) à destination de personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives**
 - 260 PASA à fin 2025 soit un taux de couverture de 37%
 - AAC mars 2026 : financement de 40 PASA (3,5 M€)
- ▶ **Travaux complémentaires à conduire :**
 - Evaluation des besoins de création d'Unités d'hébergement renforcé (UHR) en EHPAD

Source : ARS Île-de-France.

- ▶ Le Conseil de l'âge juge préférable de créer des places supplémentaires d'Ehpad plutôt que suivre des personnes âgées en besoin d'aides à l'autonomie, surtout en GIR 1 et 2, à domicile ou en résidence autonomie, dans des conditions d'accompagnements moins sécurisés et plus coûteux en financements publics. Il propose de lancer des travaux pour déterminer le juste nombre de places à créer, sur la base des + 48 000 de la mission et des remontées des travaux de projection des besoins des ARS et départements.
- ▶ Il préconise de conduire une réforme des USLD selon le troisième scénario travaillé par l'Igas, permettant le redéploiement d'une partie des capacités et des financements sanitaires de ces dernières vers la création de places ciblées en Ehpad.

B. Il faut concevoir des établissements combinant une forte densité et diversité de soins et d'aides à l'autonomie, et une dimension « lieu de vie et de participation » renforcée

1. Un élargissement du périmètre et des types de soins délivrés en Ehpad est nécessaire

Cet élargissement doit être établi sur le périmètre *a minima* de ce qui a été jugé comme le socle des soins courants que doivent pouvoir délivrer les équipes de soins primaires intervenant en ville et à domicile au bénéfice de tout patient.



Il est en effet essentiel que pour des personnes accueillies qui ont un profil de pathologies supérieur à la moyenne de la population, **ces soins soient assurés au sein et sous la direction ainsi que la coordination de la structure** :

- coordination de l'évaluation du statut fonctionnel et des besoins des résidents et de prise en soins médico-techniques et d'entretien de ces derniers (médecin et infirmier coordinateurs) ;
- rôle de synthèse médicale, de détermination de la stratégie thérapeutique et de prescription du médecin de soins (médecin traitant, médecin prescripteur) ;
- orientation vers les médecins et établissements pour les consultations et soins spécialisés ;
- intervention des professionnels paramédicaux des soins techniques, de prévention et d'entretien, de rééducation et de remobilisation ;
- accès aux analyses et explorations nécessaires au suivi des maladies chroniques, au dépistage, au diagnostic et à la décision médicale ;
- délivrance des dispositifs médicaux et petits matériels médicaux ;
- dispensations et des médicaments prescrits.

Ce périmètre minimal est d'autant plus important à établir en prenant en compte la prévalence désormais très marquée des personnes atteintes de troubles de la cohérence et du comportement : maladies neuro-évolutives bien sûr, mais également les personnes souffrant de troubles psychiques et psychotiques.

On doit aussi prendre en compte que, désormais, et ce sera plus encore le cas à l'avenir, les Ehpad sont des lieux où la durée de séjour se réduira du fait d'une spécialisation, voulue ou subie, sur les GIR et les problématiques de santé les plus complexes, et que la gestion de la fin de vie au sein de l'établissement concernera une très forte proportion de résidents.

Cet objectif de densifier la fonction de délivrance des soins des établissements ne doit pas se concevoir comme une volonté qui serait celle de toujours plus voire de surmédicaliser la prise en soins des résidents des Ehpad. Il est au contraire **la condition de la délivrance du juste soin**. L'augmentation en nombre et en expertises diversifiées de professionnels au sein des Ehpad doit permettre de répondre à une plus large diversité de tableaux cliniques, et de garder la proportionnalité des soins évitant dégradation et escalade dans la mobilisation de moyens, notamment hospitaliers.

Il doit également permettre d'élargir le champ des compétences professionnelles mobilisables en interne – on pense au premier chef aux ergothérapeutes et aux professionnels de l'activité physique adaptée – et de développer les thérapeutiques non médicamenteuses validées (encadré 8).

Encadré 8 | Un recours aux thérapeutiques non médicamenteuses (TNM) validées à développer

Les grandes institutions internationales et nationales convergent vers une reconnaissance des TNM comme composantes d'une prise en charge globale, particulièrement en gériatrie, dans une logique de prévention des déficiences, de maintien des capacités et de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse.

Les principes généraux de recours en sont les suivants :

- priorité aux approches non pharmacologiques en première intention dans les troubles fonctionnels fréquents du vieillissement (douleur chronique, troubles cognitifs débutants, troubles du sommeil, symptômes anxiodépressifs, perte de mobilité) ;
- intégration dans des parcours coordonnés combinant soins, prévention et accompagnement social (OMS, OCDE) ;
- personnalisation des interventions en fonction des préférences, des capacités et de l'environnement de la personne (King's Fund, Commonwealth Fund) ;
- objectif de réduction des prescriptions inappropriées, notamment psychotropes et antalgiques (HAS, OCDE).

Les TNM sont considérées comme particulièrement pertinentes dans les situations suivantes :

- prévention de fragilités - programmes d'activité physique adaptée (APA), nutrition, stimulation cognitive ;
- troubles neurocognitifs - interventions psychosociales (stimulation cognitive, thérapies occupationnelles, musicothérapie), en première ligne avant médicaments ;
- troubles du comportement et symptômes psychologiques des démences (SCPD) - priorité aux approches environnementales et relationnelles ;
- douleur chronique et troubles musculosquelettiques - kinésithérapie, exercices, approches corps-esprit (tai-chi, relaxation) ;
- prévention des chutes - programmes multicomposants (équilibre, renforcement musculaire) ;
- troubles du sommeil et anxiodépressifs - thérapies cognitivo-comportementales, hygiène de vie, interventions non médicamenteuses en première intention.

- ▶ L'accompagnement des résidents doit s'organiser autour d'un objectif fédérateur de maintien ou de regain des capacités fonctionnelles – selon le principe que « tous ceux qui le peuvent doivent être debout » – grâce à une action coordonnée des professionnels, à la réduction des traitements et des contentions, à la limitation du confinement et à la mise en œuvre d'équipements favorisant à la fois l'autonomie des personnes et la prévention des risques pour les soignants.

Cet objectif cardinal qui apparaît simple dans son expression, appelle une mobilisation globale pour soutenir les capacités des personnes à l'atteindre⁸² :

- intervention coordonnée des professionnels avec un regard à la fois médical, ergothérapeutique et une action sur l'environnement pour ses adaptations favorisent l'autonomie des personnes ;
- réduction de la médication par la révision régulière des plans de prescription ;
- limitation progressive et fin à terme de la contention préventive.

Dans cette vision, la limitation du confinement en lit ou en chambre des résidents offre des avantages tant pour les résidents que pour les établissements et leurs professionnels. Elle limite les conséquences de la « dépendance iatrogène », où l'absence de mobilité favorise à la fois la survenance de risques – d'escarres, d'isolement relationnel et de dépressions – et entraîne une charge de travail accrue pour les professionnels. Cela ne se conçoit pas sans que la prise en compte de l'objectif « zéro portage manuel » qui doit éviter, par des équipements de levage et de portage, les atteintes à la santé physique des personnels (voir *infra*).

2. Il faut poursuivre l'humanisation des Ehpad pour permettre une vie « comme à domicile », et invisibiliser la dimension « soins »

Le rapport Domicile de 2024 du Conseil de l'âge avait déjà affirmé que la dimension de domicile devait être présente dans tous les lieux d'accompagnement, dont les Ehpad (encadré 9).

Encadré 9 | Rappel des orientations du rapport « domicile » du Conseil de l'âge

Il importe de tirer toutes les conséquences de l'objectif consensuel de transformation des Ehpad pour les inscrire dans une logique domiciliaire et – le cas échéant – leur permettre d'évoluer vers des domiciles intermédiaires, comme le suggérait le rapport du Conseil de la CNSA de 2018.

« De nombreux établissements se sont engagés dans cette voie, portant leur action à la fois sur :

⁸² Voir notamment les séances du Conseil de l'âge de décembre 2025 et de mai 2026.



- leur projet d'établissement, en s'ouvrant à la fois en interne (liberté de circulation et de choix des résidents, allègement de l'aspect médical s'agissant du port de blouses par les personnels) et sur l'extérieur (respect des droits de sortie des résidents et de visite des familles, accueil d'activités et de publics externes) ;
- les aspects immobiliers, en travaillant sur la configuration des bâtiments et des circulations, en rénovant chambres pour les transformer en vrais logements et espaces de vie communs.

En découle un enjeu de transformation de l'offre, qui ne peut être que progressive et accompagnée. Elle peut passer par une hybridation et un rapprochement des différents parcs de structures en s'inspirant des nombreux projets innovants comme le développement sur un même site d'une offre plurielle Ehpad/domiciles intermédiaires bénéficiant de services en commun (...) ».

Le Conseil de l'âge propose de définir des normes qualitatives pour les espaces privatifs, s'appliquant en Ehpad comme en résidence, aux constructions neuves ou aux restructurations : 30 à 35 mètres carrés, comprenant toujours un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaires), pouvant être doté d'une kitchenette, permettant l'habitat d'une personne seule ou, sur une surface plus importante, deux cohabitants.

Les nouveaux travaux du Conseil de l'âge ont montré toute l'importance de la transformation des espaces intérieurs, privatifs et commun.

L'enquête Epha 2023 indique que sur le niveau d'humanisation et le niveau de confort des Ehpad, un effort important doit encore être accompli (voir supra). Les Ehpad gagneront également à sortir d'une logique du « huis clos » où l'ensemble des activités et de la vie ne sont organisées qu'au sein de leurs murs, au bénéfice des seuls résidents, et assurées par les seuls professionnels salariés de la structure.

L'humanisation des Ehpad ne se limite toutefois pas à l'architecture ou au confort matériel. Elle passe également par une évolution des pratiques professionnelles et de l'environnement quotidien. À cet égard, de nombreux établissements s'interrogent sur la place des tenues professionnelles traditionnelles. Sans remettre en cause les exigences d'hygiène ou de sécurité lorsqu'elles s'imposent, le recours moins systématique aux « blouses » mais plutôt à des « tenues civiles » adaptées, tel qu'adoptées notamment par le groupe LNA après un test dans 10 établissements, atténuant l'image hospitalière de l'établissement.

Depuis de nombreuses années, des groupes ou Ehpad pionniers ont développé une démarche visant à faire rentrer dans les établissements de nouveaux services et de nouveaux publics (encadré 10). S'ils ne sont pas destinés, à titre principal, aux résidents, ils leur offrent la possibilité d'en bénéficier directement (salon de coiffure, salle pour des cours de gym ou de yoga, tiers-lieux, café ou restaurant ouverts à tous publics), d'y contribuer eux-mêmes (épiceries tenues par les résidents).

En s'appuyant à la fois sur les équipes, les résidents et des intervenants extérieurs (professionnels ou bénévoles), les établissements peuvent être le cadre d'activités artistiques et culturelles comme à l'Ehpad Kersalic (salle de cinéma) ou à la résidence de l'Abbaye (théâtre), à l'Ehpad Donation Brière (répétition d'une chorale associative au sein de l'Ehpad).

La dimension intergénérationnelle est fortement présente dans un nombre croissant d'Ehpad. Elle est particulièrement marquée quand les locaux de l'Ehpad accueillent une crèche ouverte à des parents extérieurs, comme la résidence Tohannic à Vannes. Le brassage de public et les occasions de rencontre et d'activités en commun en sont démultipliées. Mais de nombreux autres Ehpad nouent des partenariats avec des écoles. Ils sont de tout niveau allant de rencontres intergénérationnelles au sein de l'Ehpad ou des locaux d'une école maternelle ou primaire, d'un centre de loisirs périscolaire, à des accords avec de grandes écoles pour accueillir des étudiants en stage « social » qui appuient les équipes d'animation de l'Ehpad pour des activités au leur sein ou des sorties à l'extérieur.

Ces activités ne sont pas nécessairement coûteuses pour les Ehpad et peuvent même apporter des ressources au travers des loyers perçus lorsque l'activité implantée est commerciale ou tarifée (maisons de santé, crèches). Pour celles qui demanderaient un investissement initial, des aides sont souvent versées par les ARS (pour les tiers-lieux), les départements, communes et intercommunalités.

Encadré 10 | Enseignements du séminaire sur l'immobilier et l'investissement en Ehpad du 8 avril 2026⁸³

La fondation Partage et Vie illustre l'évolution des modèles immobiliers vers des formes plus « domiciliaires » et intégrées, articulant lieu de vie et lieu de soin. Les projets présentés reposent sur des unités de vie à taille humaine, des espaces personnalisables et une ouverture renforcée vers l'extérieur, dans une logique d'appropriation par les résidents et de continuité avec le domicile antérieur. La fondation met également en avant le développement de plateformes territoriales combinant Ehpad, résidences autonomie, centres de ressources, services à domicile et équipements ouverts (crèches, tiers-lieux), traduisant une hybridation croissante des fonctions. Toutefois, le développement de cette stratégie est contraint par les enjeux immobiliers, notamment du fait de la hausse des coûts, de la dépendance à des bailleurs externes et de la nécessité de mener des opérations lourdes de restructuration pour adapter des établissements anciens aux standards actuels.

Le projet porté par le CHU de Brest illustre une démarche particulièrement structurante de transformation territoriale et architecturale, fondée sur une logique de « quartier des aînés » et de « transformation domiciliaire ». Celui-ci vise à dépasser le modèle de l'Ehpad hospitalier centré sur le soin pour construire des lieux de vie ouverts, intégrés dans leur environnement et combinant différentes fonctions (prévention, répit, expertise, innovation). Le programme s'appuie sur plusieurs opérations de reconstruction et de réorganisation de l'offre, pour un montant d'investissement significatif (78 millions d'euros), et sur une forte intégration des dimensions organisationnelles, technologiques et partenariales. Cette approche témoigne de la volonté de concevoir des environnements plus attractifs, tant pour les résidents que pour les professionnels, en conciliant haut niveau de compétence soignante et qualité d'usage, inscrivant l'Ehpad dans un écosystème territorial élargi.

Conforter les Ehpad, c'est aussi retrouver du temps et du sens au service de la qualité de vie des résidents et des interventions des professionnels.

3. Avec une dimension éthique placée au premier plan, une meilleure balance entre sécurité, libertés et (bon) sens renforceront l'attractivité du secteur

La prise en compte du consentement et des préférences de chaque résident est tout d'abord un impératif éthique et juridique, issu des droits reconnus à tout patient par le code de la santé publique et des personnes accompagnées par le CASF. La réflexion éthique, déjà présente s'agissant des personnes âgées vulnérables, a été relancée par la traversée de la pandémie Covid-19 (voir *supra*).

Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a produit des avis déterminants pour rappeler le cadre de droits et l'attention particulière qui doivent s'attacher à l'éthique des soins et des aides⁸⁴.

Le Conseil de l'âge a consacré une séance de son plan de travail aux questions éthiques se posant en Ehpad (encadré 11), faisant intervenir deux anciens membres du CCNE avec un cadrage introduit par Karine Lefeuvre, professeure à l'EHESP – et personnalité qualifiée du Conseil de l'âge, et où sont intervenus Régis Aubry, professeur des universités, praticien hospitalier et Sarah Dauchy, présidente du CNSPFV et psychiatre à la maison médicale Jeanne Garnier.

⁸³ Voir le séminaire du Conseil de l'âge d'avril 2026.

⁸⁴ Avis n° 136 – 7 juillet 2021 L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin ;

Avis n°139 – 13 septembre 2022 Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité ;

Avis n°148 – 30 janvier 2025 Enjeux éthiques relatifs aux situations de vulnérabilité face aux progrès médicaux et aux limites du système de soins.



Encadré 11 | Enseignements de la séance du Conseil de l'âge de février 2026⁸⁵

La séance du Conseil de l'âge consacrée aux questions éthiques en Ehpad a mis en évidence que ces établissements sont fortement traversés par des enjeux éthiques, sans que ceux-ci soient encore pleinement investis dans les organisations et les pratiques professionnelles. Ces enjeux concernent notamment le respect du consentement, la liberté d'aller et venir, la place des familles, ou encore l'accompagnement de la fin de vie, qui constituent des situations fréquentes de dilemmes entre protection et autonomie des résidents.

Les interventions ont souligné que la notion de consentement doit être repensée : elle ne peut pas être réduite à un acte ponctuel ou binaire, mais doit être appréhendée comme un processus continu, susceptible d'évoluer dans le temps et nécessitant la possibilité de revenir sur ses choix.

Cette approche est d'autant plus essentielle que la grande majorité des résidents présente des troubles cognitifs, ce qui n'empêche ni leur capacité à ressentir ni leur faculté à exprimer des préférences. Dès lors, la recherche du consentement doit être permanente, qu'il s'agisse de l'entrée en établissement, des soins, ou des modalités de vie quotidienne, et peut nécessiter l'appui de tiers, comme la personne de confiance.

La discussion a également mis en lumière la nécessité d'une transformation des organisations et des pratiques pour permettre la mise en œuvre effective de cette exigence éthique.

Le respect du consentement et de la dignité suppose en effet de redonner une place centrale au temps, tant pour recueillir la parole des résidents que pour analyser les situations et ajuster les décisions, dans un contexte où les contraintes organisationnelles et de ressources peuvent limiter cette disponibilité.

Il apparaît nécessaire de sortir d'une logique strictement procédurale pour favoriser une approche plus relationnelle et réflexive, fondée sur l'écoute, la capacité à reconsidérer les décisions et le travail collectif des équipes.

Cela passe par un renforcement de la formation des professionnels, d'intégrer ces dimensions au cœur des pratiques quotidiennes – notamment dans des moments clés comme les soins d'hygiène – et de reconnaître institutionnellement le temps consacré à ces activités comme un temps pertinent de soin. Plus largement, l'éthique est une démarche qui doit être structurée, devant être outillée, valorisée et inscrite dans le fonctionnement des établissements afin de garantir que les résidents demeurent des sujets à part entière malgré leur vulnérabilité.

L'Ehpad s'affirme ainsi aujourd'hui comme le « théâtre ultime de l'existence », où la fin de vie, bien qu'elle représente le dénouement de 70 % des séjours (voir *supra*), demeure cet « éléphant dans la pièce » selon Sarah Dauchy qu'il est impératif de regarder en face pour en restaurer la dignité.

Pour le résident, ce temps n'est pas une simple échéance biologique, mais un processus psychique et sensoriel continu, qui exige de l'institution qu'elle préserve jusqu'au bout son statut de sujet, capable d'exprimer ses volontés à travers les directives anticipées ou le relai d'une personne de confiance. Pour les professionnels, cette mission impose un travail émotionnel d'une densité singulière, une navigation complexe entre l'engagement dans le lien et la nécessité de masquer ses propres sentiments pour répondre aux exigences du quotidien⁸⁶.

En définitive, accompagner la fin de vie en Ehpad implique de reconnaître que résidents et professionnels sont avant tout des « sujets éprouvants », dont la richesse intérieure et la vulnérabilité partagée constituent le socle même d'une authentique éthique de proximité.

⁸⁵ Voir la séance du Conseil de l'âge de février 2026.

⁸⁶ Le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) a réalisé un [guide sur les soins palliatifs et la fin de vie](#) visant à accompagner les professionnels sur ces questions ainsi qu'à réhabiliter et garantir la dignité de ce temps.

a. Réaffirmer que les établissements sont des lieux de liberté(s)

Dans le cadre de la stratégie de lutte contre les maltraitances, une politique plus active de communication sur les droits a été actée. La diffusion par le ministère de la charte des droits dans une version « facile à lire et à comprendre » est un point positif, tout comme la campagne de communication lancée à l'occasion de la refonte du dispositif de recueil des signalements pour maltraitance assurée par la nouvelle ligne 31 33 et les cellules départementales animées par les ARS.

Sur deux sujets emblématiques car ils permettent de « lisser » la rupture que constituent l'entrée en Ehpad, la loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024 a permis non seulement une avancée de droits qui préexistaient, mais surtout de mettre l'accent sur la meilleure balance à trouver entre règle collective et contrainte des établissements d'un côté, et droits des personnes de l'autre.

Elle a confirmé le droit des résidents d'accueillir leurs animaux de compagnie, sous réserve de leur capacité à assurer les besoins physiologiques, comportementaux et médicaux de ces animaux et de respecter les conditions d'hygiène et de sécurité et sauf avis contraire du conseil de la vie sociale (CVS) (article L311-9-1 du CASF). L'arrêté du 3 mars 2025 a déterminé les modalités et les catégories d'animaux qui peuvent être accueillis et peut prévoir des limitations pour chacune de ces catégories.

L'article 11 de la même loi, consacre « le droit des personnes qu'ils [les établissements médico-sociaux] accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix », incluant le droit de refuser une visite. Une instruction de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) guide les ARS dans l'accompagnement des établissements pour la mise en œuvre effective du droit (...) ainsi que les recours envisageables en cas de non-respect. Elle rappelle que « les visites sont ainsi possibles en dehors des horaires d'ouverture administrative de l'établissement par exemple le week-end ou durant les temps de repas ou de soins », que « les directions ne sont plus autorisées à les limiter par des horaires de visites inscrits au sein des règlements de fonctionnement ou des contrats de séjours ».

La mise en œuvre de ces dispositions pose évidemment un défi, notamment en termes de sécurité des locaux, de présence de personnels, et donc des difficultés pour les établissements, car il leur revient de s'organiser pour permettre la venue de visiteurs hors des horaires d'ouverture. Mais ceux qui mettent en œuvre déjà ce droit de visite à toute heure constatent qu'il a la vertu de créer une relation de confiance avec les familles et proches, et d'établir également une transparence et une forme de partage de contraintes qui ne rend pas inquiétant notamment le faible taux de présence des personnels le soir ou la nuit. Certains d'entre eux se sont organisés, comme l'Ehpad Camille Saint-Saëns du groupe SOS, situé à Aulnay-sous-Bois, pour disposer d'un digicode avec un code spécifique destiné aux proches, permettant l'accès à l'établissement et la traçabilité du passage.

S'agissant du droit à une vie relationnelle, affective et sexuelle, elle constitue une dimension qui a longtemps été niée, mais qui est très fortement présente dans le quotidien des établissements, de leurs résidents et à l'esprit des équipes. Reconnaître et organiser l'accès à ce droit est d'autant plus important que les enquêtes sur les pratiques sexuelles des Français montrent qu'elle ne s'arrête pas aux barrières des âges élevés⁸⁷.

Tout d'abord, parce qu'une partie, certes minoritaire, des résidents sont en couple en établissement. D'autre part, parce que des relations se nouent au sein des établissements, avec des « aventures » ou des remises en couple. La Charte ISA, publiée le 9 novembre 2023 lors du colloque international Euryal (Charte internationale des droits à l'intimité, la sexualité et l'autonomie en établissement) promeut une approche globale qui reconnaît le droit à la sexualité, le respect de la vie privée, la liberté affective et sexuelle, tout en insistant sur la nécessité d'adapter l'accompagnement dans les

⁸⁷ La dernière vague de l'enquête Contexte des Sexualités en France (CSF) de l'Inserm conduite en 2022-2023 montre qu'en 2023, 56,6 % des femmes et 73,8 % des hommes restent actifs sexuellement entre 50 et 89 ans.



établissements médico-sociaux. De son côté, la HAS a publié en 2025, de nouvelles recommandations sur l'accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS. Ces deux documents encouragent à une approche positive de la sexualité, la mise en place de bonnes pratiques et la formation des professionnels de santé et du secteur social et médico-social.

Évidemment, la capacité des équipes en termes de formation, en intégrant dans les formations initiales et continues un apprentissage structuré des notions d'autodétermination et de pouvoir d'agir, et de l'aménagement des locaux et en particulier des chambres est déterminante pour faire de ce droit une réalité. Il nous apparaît ainsi indispensable. À titre d'exemple, la Mutualité Française a développé et promu une approche d'accompagnement d'inspiration psychoéducatrice.

b. Accepter la prise de risque mesurée

Comme y invitait [l'avis du Conseil de l'âge portant contribution aux États généraux des maltraitances de 2023](#), il convient de donner corps au principe selon lequel l'accompagnement et/ ou la protection des personnes ne sont pas des finalités en soi, mais ont pour but de permettre l'exercice des droits et des libertés. Favoriser un contexte où le maintien de libertés fondamentales comme celle d'aller et venir, impliquant la prise de certains risques est possible dès lors qu'ils sont « assumés et mesurés » et ne constituent pas une « mise en danger délibérée » est un objectif à poursuivre.

L'article 121-3 du code pénal invite à distinguer, tant pour l'auteur direct (l'accompagnant) qu'indirect (le dirigeant), le manquement « à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement » et la faute plus générale « d'imprudence ou de négligence ». Cet article peut être soulevé dans une plainte contre un établissement, même si celui-ci a cherché à concilier au mieux une part de prise de risque raisonnable, pour donner plus de liberté aux résidents, et son obligation de sécurité, et que l'accord sur ce point avec la personne et/ou sa famille est acté dans l'annexe au contrat de séjour⁸⁸.

► Le Conseil de l'âge appelle à poursuivre les réflexions engagées par les directions des ministères de la Justice et des Solidarités pour aménager l'application de cet article dans les établissements médico-sociaux, tout aménagement de responsabilité de l'établissement devant s'établir dans la limite de l'article L223-1 du Code pénal qui réprime la mise en danger délibérée d'autrui⁸⁹.

c. Redonner du (bon) sens et de l'attractivité aux Ehpad tant pour les professionnels que pour les personnes et leurs familles par des approches favorisant qualité de vie et qualité du travail

Au-delà des impératifs éthiques et du respect des libertés, c'est également le sens et le bon sens qui doivent redevenir une boussole dans le projet des établissements et l'action de leurs équipes.

Le modèle et les missions confiées aux Ehpad l'obligent à délivrer les soins et aides nécessaires au regard de besoins primordiaux et du statut fonctionnel des résidents. Les établissements ont organisé leur fonctionnement et les tâches autour de ces tâches essentielles que sont soigner, nourrir et assurer l'hygiène des personnes et des locaux. En a résulté une pression et une dérive « taylorienne » qui s'est imposée dans les Ehpad, conduisant à uniformiser la réponse aux besoins des personnes et la réponse qui est apportée par les équipes. Cela s'est fait au prix du sentiment d'un échec collectif à privilégier la relation à la tâche, l'aider à faire plutôt que le faire à la place de, et d'un ressenti de maltraitance institutionnelle où les uns et les autres se sentent en permanence pressés et brusqués.

⁸⁸ Voir la séance du Conseil de l'âge de novembre 2025.

⁸⁹ Article 223-1 Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

Les personnes entrant en Ehad avaient leur histoire, leurs goûts et habitudes particulières. Certains étaient très actifs et autonomes, couche-tôt ou couche-tard, prenaient un petit déjeuner à 8 h ou grignotaient à 11 h, prenaient une douche le matin ou le soir... Certes, les parcours heurtés précédant l'entrée en établissement ont pu altérer les capacités physiques ou mentales des personnes à vivre au quotidien en autodétermination, et majorer le besoin d'assurer des soins essentiels notamment d'hygiène. Par ailleurs, la règle de l'établissement, et les impératifs de l'organisation de la vie collective et des soins individuels ne peuvent pas toujours s'accommoder d'un programme « à la carte ».

Pour autant, un respect et une attention réelle aux habitudes et *desiderata* des résidents est non seulement un facteur de considération et de bien-être pour ces derniers (encadré 12), mais également de décharge des personnels de ces moments critiques, constituant autant de goulots d'étranglement et de mal-être des professionnels que sont le lever et les toilettes, et le moment des repas et de la descente ou remontée en chambre.

Encadré 12 | Témoignage de Jacqueline Monnier, présidente du CVS de l'Ehad Kersalik (22)

« À Kersalik, nous ne sommes pas dans la survie, mais bien dans la vie. Notre quotidien est marqué par le respect de notre autonomie : nous nous levons à l'heure qui nous convient, choisissons nos menus, décidons du moment et de la manière de faire notre toilette, et nous nous habillons selon nos envies.

La liberté est le socle de notre maison. Nous nous promenons sans contrainte dans le jardin, nous vivons avec nos animaux domestiques et nous restons connectés au monde avec nos téléphones portables. La vie sociale est foisonnante, entre les animations sportives, les spectacles et la gazette interne, Le Petit Kersalik, qui nous informe des projets et immortalise nos moments partagés.

Ici, les barrières institutionnelles s'effacent. Il n'y a ni blouses ni uniformes ; le personnel et les habitants forment une famille où l'on mange ensemble, à la même table, dans un esprit d'égalité et de connaissance mutuelle. »

Des vies transformées

« Je me fais aujourd'hui la porte-parole de mes voisins pour témoigner de ce bien-être. Une nouvelle habitante de mon "village" me confiait récemment qu'il ne lui avait fallu qu'une semaine pour réaliser que la vie en Ehad pouvait être agréable : "Je me sens chez moi, entourée de soignants dont les attentions sont aussi délicates que discrètes". L'histoire de mon amie Georgette est tout aussi émouvante. Arrivée épuisée par des années passées à aider son mari à domicile, elle a trouvé à Kersalik un immense soulagement. Grâce au soutien des équipes, elle a pu retrouver son rôle d'épouse et de femme, laissant de côté le poids de l'aidance unique. Aujourd'hui veuve, elle reste entourée et heureuse au sein de notre communauté. »

Le temps des découvertes

« Vivre à Kersalik, c'est aussi avoir la chance de vivre des "premières fois" et de faire de magnifiques découvertes, même à un âge avancé.

Des voyages à Paris pour visiter l'Assemblée nationale ou prendre la parole au Sénat.

Des séances de Tai-Chi en pleine nature, au bois Le Meur, ou encore l'accès à la piscine et au théâtre.

Grâce à l'atelier d'écriture, j'ai découvert des capacités que je ne soupçonnais pas en écrivant deux contes sophrologiques.

Entre chants, danses et défis "Top Chef", nous prouvons chaque jour que bien vivre et être heureux en Ehad est possible. Nous portons cette parole avec force pour que le modèle change, afin d'offrir ce même respect et cette même joie aux vieux de demain. »

En combinant une action de prise en compte des rythmes et habitudes de vie des personnes, et des aménagements des locaux favorisant des espaces de vie et de *snacking* ou de repas dans la proximité des chambres, dans une logique d'unités de vie, on peut parvenir à mieux gérer ces moments souvent trop intenses. De nombreux groupes ou établissements ont pris conscience de l'intérêt de sortir de ces schémas, et ont impulsé en interne, en s'appuyant souvent sur des démarches holistiques d'attention aux personnes et à leur qualité de vie, prenant en compte leurs capacités tout autant que leurs limitations.



La transformation du modèle institutionnel vers l'Ehpad de demain repose, pour beaucoup d'acteurs, sur une rupture avec une organisation historiquement marquée par des logiques de standardisation et de division du travail pour faire de la reconnaissance de l'expertise humaine un principe structurant de l'organisation⁹⁰.

Pour les professionnels, cette mutation peut s'incarner, selon Corinne Antoine-Guillaume, directrice de l'Ehpad Kersalic (22), par une identité commune de soignant, dépassant les hiérarchies traditionnelles entre savoirs et reconnaissant davantage les expertises issues du terrain, au-dessus de la seule exécution technique. En garantissant également le respect des rythmes biologiques et la souveraineté des choix quotidiens, l'Ehpad devient un espace d'autodétermination où, selon les mots des habitants, prime « *la vie sur la survie* ».

Parallèlement, l'adoption d'une véritable logique domiciliaire métamorphose l'établissement, à l'image de ce que met en place le groupe LNA avec le passage de l'occupation d'une chambre à l'habitation d'un « logement », permettant aux résidents de se réapproprier leur existence. Le management se réinvente de la même manière, notamment *via* des fonctions de proximité comme les « maîtresses de maison », qui assurent un rôle de référent soignant et d'interlocuteur privilégié pour les familles, garantissant une personnalisation de l'accompagnement.

Pour nourrir ces démarches holistiques, à l'image de la fondation Partage et vie, de nombreux établissements intègrent la méthode Montessori comme fil conducteur du soin et du lien, et d'autres la démarche Humanitude. Cette approche repose sur des valeurs de dignité et de confiance, visant à croire au potentiel de l'autre plutôt qu'à ses seules limitations. En pratique, cela se traduit par une attention portée aux capacités préservées des résidents, les encourageant à être acteurs de leur quotidien – par exemple en participant à l'épluchage des légumes ou à la lecture pour autrui – afin de maintenir leur utilité sociale et leur estime de soi. Cette philosophie nouvelle, fondée sur la réciprocité du « don » et du « juste besoin », restaure un lien de confiance avec les habitants, terme choisi pour désigner les résidents dans une logique domiciliaire, produit des bénéfices tangibles sur leur santé globale et leur bien-être, comme le souligne Corinne Antoine-Guillaume. Elle est toutefois exigeante et induit la mise en place de processus long car elle nécessite d'être pleinement comprise, partagée et « portée » par les habitants, les professionnels, les familles et enfin les tutelles.

Cette mutation profonde s'appuie également sur des innovations architecturales et design, telle que portée par le CHU de Brest avec sa « Cité des Aînés », qui vise l'invisibilisation du soin. L'objectif est de favoriser l'oubli de la finalité médico-sociale au profit d'un sentiment réel d'être « chez soi », où le bâti redonne à l'habitant un pouvoir d'intervention sur son environnement.

S'agissant de l'attractivité, de la fidélisation et du maintien en capacité de travail des professionnels, les travaux conduits sur la question, dont ceux des hauts conseils⁹¹ et les différents rapports dont ceux, récents, de l'Igas, montrent qu'une action globale est nécessaire pour la restaurer.

Elle passe par une action résolue pour améliorer les conditions de travail et en réduire la pénibilité. Les trois rapports rendus publics par l'Igas en 2026 (encadré 13) fournissent un cadre méthodologique et des leviers d'action qui sont de nature à réduire fortement l'exposition des directions et personnels aux risques professionnels, qu'ils soient physiques ou psycho-sociaux.

⁹⁰ Voir notamment les séances du Conseil de l'âge de décembre 2025, de mai 2026 et le séminaire sur l'immobilier d'avril 2026.

⁹¹ Séminaire du Hcfips et du Conseil de l'âge de décembre 2023, rapport des hauts conseils au Premier ministre de juin 2025.

Encadré 13 | Principales recommandations des trois rapports de l'Igas sur l'attractivité des métiers du sanitaire, du social et du médico-social de février 2026⁹²

Alors qu'ils sont au cœur de l'accompagnement des personnes vulnérables et sont porteurs d'une forte utilité sociale, les métiers du sanitaire, du social et du médico-social souffrent d'un manque d'attractivité et connaissent des tensions de recrutement majeures.

Ces difficultés, liées notamment à une pénurie de professionnels et à une hausse des besoins induite par le vieillissement de la population, fragilisent la mise en œuvre des politiques sociales : fermetures temporaires de services, allongement des délais de prises en charge...

Face à ce constat préoccupant, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a mené, de 2024 à 2025, trois missions complémentaires visant à éclairer les multiples dimensions de l'attractivité de ces métiers (hors professions médicales) et à proposer des leviers d'action.

Des préconisations pour renforcer les différentes dimensions de l'attractivité

- Mettre en place un nouveau modèle de pilotage des ressources humaines à travers la création d'un comité interministériel des ressources humaines du sanitaire, du social et du médico-social et l'élaboration d'une stratégie nationale des ressources humaines, à l'image des approches déployées dans plusieurs pays européens.
- Mettre en réseau les institutions chargées de l'observation et de la prospective des métiers de la santé et de l'accompagnement social, afin de simplifier et fiabiliser les données et renforcer leur utilité pour les acteurs.
- Produire un tableau de bord annuel des tensions RH pour l'ensemble du secteur et améliorer la connaissance prospective afin d'anticiper les besoins en recrutement.
- Augmenter fortement le nombre de professionnels certifiés, en formation initiale ou continue, tout en réduisant l'attrition observée parmi les personnels formés.
- Mieux accompagner les employeurs, et valoriser les initiatives locales fructueuses, comme les plates-formes des métiers l'autonomie, d'une part, et mobiliser davantage France Travail en faveur de ces secteurs, d'autre part.
- Réduire significativement la sinistralité du secteur de l'autonomie, comme le démontrent les comparaisons internationales – notamment avec le Québec – et sectorielles, comme celle menée avec le secteur du BTP. Ces expériences montrent qu'une stratégie claire, centrée sur un objectif affirmé - supprimer les ports de charge délétères pour la santé- peut transformer durablement les conditions de travail. L'Igas propose un plan décennal, mobilisant des outils existants et reposant sur un investissement massif en matériel (rails plafonniers, aides techniques) et la formation initiale et continue comme l'accompagnement des managers.

Il existe également un enjeu de lisibilité et de cohérence des mécanismes de rémunération lorsque l'application d'une convention collective conduit, dans certains cas concernant les « métiers » des Ehpad, à des niveaux de rémunération inférieurs au Smic. Dans ces situations, un complément différentiel est versé afin d'assurer le respect du salaire minimum légal, mais celui-ci apparaît sur une ligne distincte du bulletin de paie, dans l'attente de l'extension ou de l'agrément de la convention collective par les autorités compétentes. Ce mode de construction de la rémunération peut ainsi donner lieu à une lecture fragmentée des grilles conventionnelles et de la rémunération effectivement perçue. Dans ce contexte, la question d'une meilleure articulation entre les mécanismes conventionnels et les dispositifs d'évolution salariale mérite d'être posée, notamment à travers des modalités de revalorisation plus intégrées, telles que celles susceptibles d'être portées par le taux de GVT (glissement vieillesse-technicité), afin de limiter les effets de discontinuité liés aux procédures d'agrément et de renforcer la cohérence d'ensemble des parcours salariaux.

⁹² Les trois rapports de l'Igas sur l'attractivité des métiers du sanitaire, du social et du médico-social de février 2026 :

- [Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?](#) ;
- [Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social](#) ;
- [Attractivité des métiers de l'autonomie : pour une nouvelle stratégie de réduction des risques professionnels.](#)



Lorsque les Ehpads intègrent des tiers-lieux (bistrot, micro-crèches, salons de coiffure ouverts, ils peuvent devenir de véritables ressources pour leur territoire. En sortant de leur isolement, ces établissements élargissent leur rôle au-delà de leurs murs. Cette ouverture contribue à améliorer la qualité de vie des résidents tout en proposant des services et des espaces de lien social aux personnes âgées du territoire, inscrivant ainsi l'Ehpad dans une logique de proximité et d'intérêt général.

d. Conforter le dispositif d'évaluation externe des ESMS et renforcer la valeur probante de la démarche.

Les dernières communications de la HAS indiquent que le dispositif d'évaluation externe des ESMS – et donc des Ehpads – est considéré comme stabilisé dans ses principes, mais qu'il a déjà fait et qu'il fera à l'avenir l'objet d'ajustements méthodologiques, d'un renforcement de la transparence et d'une montée en exigence progressive⁹³. La HAS réfléchit par ailleurs aux modalités de déploiement d'un recueil de la satisfaction des personnes accompagnées par les ESMS, et en particulier les résidents des Ehpads. Elle a publié un guide en 2025 constituant le socle scientifique de son programme de travail pluriannuel « Soutenir les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le recueil du point de vue des personnes qu'ils accompagnent ».

Encadré 14 | L'analyse des premiers résultats des évaluations de la HAS

Le *think tank* Matières grises a publié fin 2025 une note d'analyse structurée des premiers résultats des évaluations s'appuyant sur les données d'évaluation publiées par la HAS (2025), couvrant près de la moitié des Ehpads. Outre ceux de la HAS, c'est un des rares bilans transversaux de la campagne d'évaluation externe des Ehpads. Son analyse est à la fois positive sur le principe du dispositif mais assez marquée dans ses conclusions sur les résultats et les écarts observés.

La note considère le nouveau dispositif comme une rupture structurelle majeure et positive, qui était attendue de longue date, et que les acteurs se sont bien appropriés le référentiel et la démarche.

Selon sa propre exploitation des résultats obtenus par les Ehpads, Matières Grises estime que le secteur privé commercial obtient les meilleurs résultats, 53 % des Ehpads privés commerciaux étant classés en A contre 35 % tous statuts confondus, et 9 % classés C contre 21 % en moyenne.

Le *think tank* en tire plusieurs interprétations :

1. La qualité serait liée à l'organisation des structures plus qu'au statut : capacité d'investissement, structuration des process, présence d'un management qualité
2. Le secteur privé, surtout quand intervient une logique de groupe, apparaît plus « industrialisé », avec une meilleure formalisation des pratiques, une appropriation plus rapide du référentiel HAS et une culture qualité plus développée.

A contrario, même si la note est prudente, elle pointe implicitement au sein du secteur des Ehpads publics des difficultés de formalisation. De fait pour la FHF, les moyens financiers dont disposent les ESMS publics, au regard de ceux des groupes privés lucratifs, pour se préparer au processus d'évaluation – coûteux en temps et en expertise qualité – constitue un facteur déterminant des résultats obtenus.

Cette analyse met en lumière un risque, que la HAS avait déjà présent à l'esprit, de biais dans les évaluations, lié au choix par l'établissement de l'évaluateur (dès lors qu'il est accrédité par le Cofrac) et de la durée de son intervention. Il est évident que la situation client/prestataire n'est structurellement pas saine, et qu'il convient d'en sortir à l'avenir (encadré 15).

Parmi les solutions envisageables, la plus satisfaisante serait que ce soit la HAS qui recrute, forme et rémunère des tiers experts évaluateurs, comme pour la certification des hôpitaux. Toutefois, le nombre d'ESMS représente un défi, et nécessiterait à la fois un renforcement fort des équipes de la

⁹³ Voir la séance du Conseil de l'âge de septembre 2025.

HAS pour pouvoir piloter ce process exigeant et la remontée de dépenses et de ressources des établissements vers la HAS, ce qui est difficile compte tenu de la pluralité des financements.

Encadré 15 | Coût et financement des évaluations externes, hors dépenses de la HAS et du Cofrac

Les dépenses liées à la rémunération des organismes et auditeurs accrédités par le Cofrac pour la réalisation des évaluations externes sont imputées, pour les Ehpad, sur la section « hébergement » du budget. Ces dépenses sont considérées comme des charges d'exploitation liées au fonctionnement général de l'établissement et à l'amélioration de la qualité, et non comme des dépenses directement liées : ni aux soins (section « soins » financée par la CNSA), ni à l'accompagnement des actes essentiels de la vie (strict périmètre GIR de la section « dépendance »). Certaines ARS peuvent octroyer des crédits non reconductibles pour financer tout ou partie du coût de l'évaluation, et les conseils départementaux peuvent tolérer une clé de répartition (« hébergement »/« dépendance ») si l'établissement le justifie⁹⁴. Sur la base d'un coût moyen HT de 8 000 € par établissement, pour 7 300 Ehpad (44 % publics, 32 % associatifs, 24 % privés lucratifs) correspondant à environ 614 000 places installées, le coût d'une campagne complète d'évaluation peut être estimé à 56 M€ sur cinq ans.

Une seconde option consisterait à prévoir que l'établissement ne soit plus libre de son choix d'évaluateur, et que ce soit la HAS qui accrédite ces derniers et les rémunère directement, sur la base de prestations et de coûts standardisés, évitant tant les prestations *low cost* (préparation documentaire insuffisante et moins de deux jours de présence sur place) qu'excessivement coûteuses. Elle pose la même question que la première option de remontée de crédits des établissements vers la HAS.

Une troisième option, moins lourde, consisterait à conserver les modalités actuelles d'effectif et de financement, c'est-à-dire à la rémunération des évaluateurs par les établissements, mais en organisant une désignation par la HAS de l'évaluateur parmi ceux accrédités (par tirage au sort ou loterie, combinant par un algorithme des critères de dimensionnement respectif et de proximité géographique de l'évaluateur et de l'établissement).

- ▶ Le Conseil de l'âge encourage la stratégie de la HAS de renforcement méthodologique, d'un renforcement de la transparence et d'une montée en exigence progressive du dispositif d'évaluation externe.
- ▶ Il juge indispensable que le lien direct « client/prestataire » entre évaluateurs et établissements soit rompu.
- ▶ Il estime nécessaire de développer, sous pilotage de la HAS, une démarche de recueil régulier de la satisfaction des résidents et de leur famille.

C. Il faut mettre les établissements au service de prestations et de parcours des personnes âgées plus diversifiés et mieux coordonnés

1. Les Ehpad, ressources au sein de la filière gériatrique et dans les territoires

Le Conseil de l'âge a conseillé puis approuvé les évolutions récentes visant à **confier plus de responsabilités aux ESMS dans l'accompagnement de parcours plus diversifiés des personnes âgées**. Au sein du SPDA, les Ehpad et les services intervenant à domicile doivent être des acteurs essentiels du maintien en autonomie et de l'amélioration de la coordination des interventions.

⁹⁴ Voir la séance du Conseil de l'âge de janvier 2026.



► Le Conseil de l'âge rejoint le gouvernement et les fédérations d'établissements sur l'objectif de continuer à développer les différentes prestations que tous les Ehpad devraient, à terme, pouvoir délivrer, dans une logique de transformation de l'offre :

- dans sa contribution au répit et de mobilisation au travers de l'accueil de jour ;
- de répit et de gestion des sorties d'hospitalisation, avec l'hébergement temporaire ;
- de soutien aux projets de vie à domicile, avec les démarches d'Ehpad hors les murs, d'Ehpad à dom, et maintenant le cadre en cours de généralisation de CRT dans le volet 2 de leur mission.

Le SPDA doit permettre de rendre plus homogène entre les territoires, et mieux organisée, la couverture des besoins en prestations des personnes et de répit de leurs aidants.

2. La nouvelle circulaire sur la filière gériatrique, une occasion de clarifier les rôles en termes de coordination des soins et aides

La DGOS et la DGCS ont présenté⁹⁵ le travail conduit actuellement avec les fédérations pour abroger la [circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques](#) et élaborer une nouvelle instruction sur l'organisation territoriale de la prise en charge des personnes âgées incluant les filières gériatriques afin notamment d'intégrer dans l'instruction l'ensemble des dispositifs déployés depuis 2007 (admission directe non programmée, appuis gériatriques, actes de télémedecine...); de structurer des organisations territoriales décloisonnées permettant d'améliorer les parcours de soins des personnes âgées sur le territoire.

Cette démarche s'appuie sur les mesures de différentes stratégies nationales formalisées dont la stratégie nationale soins d'accompagnement et soins palliatifs 2024-2034, la feuille de route de développement de l'HAD 2021-2026 et la stratégie maladies neurodégénératives 2025-2030

Elle prévoit également d'augmenter la contribution du secteur sanitaire au travers de ses ressources avec quatre mesures principales :

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

L'objectif est la mise en place d'une organisation territoriale permettant la prise en charge globale des personnes âgées de 75 ans et plus sur chaque territoire, en incitant l'hôpital à travailler avec les acteurs de la ville et du médico-social. **Au sein de cette organisation, le rôle de second ou troisième recours de la filière gériatrique pour la prise en charge de patients polypathologiques et en besoin d'aides ou à risque de besoin d'aides serait réaffirmé. Ces orientations apparaissent pertinentes.**

► Pour le Conseil de l'âge, les sujets de limites de prestation entre les Ehpad et les ressources territoriales du champ sanitaire (établissement pivot de la filière gériatrique) et de coordinations (DAC) ne sont pas assez présents dans la réflexion. Si la mission de CRT sur le volet 2 des Ehpad (et des SAD) semble plutôt bien acceptée et accueillie, la mise en œuvre par des ESMS des missions du volet 1 des CRT a pu susciter des relations d'incompréhension de la part d'établissements de santé au cœur de la filière gériatrique ou de gestionnaires de DAC. Une clarification sur ce point lui apparaît donc nécessaire.

⁹⁵ Voir la séance du Conseil de l'âge de décembre 2025.

II. Les pistes d'évolution proposées par le Conseil de l'âge pour mettre le financement au service de l'établissement de demain

Les analyses du Conseil de l'âge le conduisent à prôner la rénovation du système complexe de financement et de tarification, dans le sens d'un renforcement de la capacité tant des Ehpad que des régulateurs à s'assurer de la qualité des interventions.

A. Continuer à renforcer et diversifier les effectifs en relation avec les résidents

Les Ehpad sont un secteur où l'accroissement des moyens et donc des financements reste nécessaire. Si le mouvement est déjà partiellement engagé, il est encore insuffisant, notamment pour atteindre la cible fixée par le Conseil d'un taux d'encadrement de 8 professionnels pour 10 résidents et résoudre la situation financière particulièrement dégradée de certaines catégories d'établissements. Cette orientation, datant de 2018, du Conseil de l'âge est corroborée par d'autres études ou travaux plus récents (encadré 16). Dans le cas d'un prolongement de l'augmentation de la prévalence et de l'intensité des besoins d'aides à l'autonomie des résidents d'Ehpad (voir *supra*), il est possible que cet objectif de taux d'encadrement apparaisse à l'avenir comme un seuil minimal. Dans cette perspective, il pourrait être nécessaire de viser, en moyenne à l'échelle de l'ensemble des établissements, un ratio de l'ordre de 10 professionnels pour 10 résidents.

L'étude de la Drees de 2020 précitée sur les liens entre GMP, PMP et taux d'encadrement montre que si l'on adopte un indicateur plus fin qui est le taux d'encadrement corrigé du GMP pour mesurer l'adéquation des moyens mis en œuvre afin de répondre aux besoins de soin d'accompagnement de la perte d'autonomie, en 2015, pour 1 000 heures de besoins de soins d'accompagnement de la perte d'autonomie, le personnel soignant et les agents de service ne pouvaient répondre, au maximum, que par 836 heures de soins de base prodigués dans la moitié des Ehpad. Dans 75 % d'entre eux, ils ne peuvent assurer qu'au maximum 964 heures de soin de base.

Encadré 16 | Les premières préconisations du Conseil de l'âge dans son [chapitre du rapport au Premier ministre des Hauts conseils de juin 2025](#)

Dans le rapport de juin 2025, le Conseil avait proposé de retenir l'objectif d'engager une évolution profonde, mais progressive, des modalités de financement des soins et de l'autonomie des Ehpad. Il s'agissait d'aller vers un financement qui favorise et récompense la qualité de leurs interventions, et renforce la capacité managériale de la direction à améliorer à la fois la réponse aux besoins des résidents et le sens et les conditions de travail de leurs salariés.

Cette évolution passait par :

- l'augmentation du volume de soins inclus et financés par la branche autonomie au sein de la dotation « soins », à la fois pour les Ehpad au tarif partiel et ceux au tarif global, puis d'étendre le champ tarifaire en favorisant d'une part le passage au tarif global ;
- l'élargissement du périmètre et la simplification du pilotage pourra enfin s'appuyer sur le projet de fusion des sections « soins » et « entretien de l'autonomie » de l'ensemble des Ehpad, si l'évaluation de l'expérimentation qui débutera au 1^{er} juillet 2026 est probante ;
- une refonte des tarifs soins et entretien de l'autonomie des Ehpad, avec une intégration de la prévention du financement des moyens et professionnels prenant en compte les troubles neurodégénératifs et la fin de vie dans l'équation tarifaire.

▶ À l'issue de ses nouveaux travaux, le Conseil de l'âge confirme les orientations adoptées en juin 2025, et souhaite les préciser.



- ▶ S'agissant des évolutions et de leur impact attendu, le Conseil de l'âge considère que toute réforme de la tarification doit être mise au service d'une qualité renforcée et contrôlée par le suivi d'indicateurs et des contrôles, mais avec deux préalables :
 - une poursuite accélérée de la remise à niveau des ressources, en particulier humaines, des Ehpad est le préalable pour fixer des exigences supérieures de qualité ; la programmation du plan « + 50 000 ETP » à 2030 a le mérite d'exister, mais elle est insuffisante ;
 - la remédiation des difficultés financières de certaines catégories d'Ehpad est nécessaire pour préserver l'offre actuelle, desserrer la contrainte de gestion et redonner une capacité d'investissement à ces établissements. Toutefois, le financement des soins n'est pas le seul à devoir y contribuer, ayant déjà beaucoup contribué à amortir l'effet ciseau recettes/dépenses des Ehpad en prenant plus que sa part notamment dans le financement des revalorisations salariales dont les personnels ont bénéficié « *sur les trois sections* » tarifaires.

Concernant la fusion des sections, des informations communiquées par la DGCS et la CNSA (encadré 3 *supra*), il ressort que, pour peu que le calendrier soit adapté et laisse le temps d'opérer la reprise par les ARS dans un plus grand nombre de départements, il n'y aurait pas de difficulté opérationnelle à la généraliser. Par ailleurs, le coût de l'opération serait moindre que l'estimation initiale, autour de 450 M€, et accompagnée d'une récupération de concours et de recettes fiscales auprès des départements qui n'auraient plus à financer de forfait « dépendance ».

Cette réforme apporterait des moyens supplémentaires aux Ehpad et pourrait concourir, dans des proportions à définir, à contribuer au retour à l'équilibre des Ehpad déficitaires sur la section « dépendance », mais aussi à l'objectif d'augmentation du taux d'encadrement des Ehpad vers la cible de 8 pour 10 que le Conseil de l'âge appelle de ses vœux.

Enfin, une réflexion a été engagée par les ministères des solidarités et des finances pour tenter de résoudre les difficultés qui ont empêché, au lancement de l'expérimentation, de fusionner effectivement les modalités de calcul du forfait final et notamment la double équation (dont par exemple le taux de TVA pesant sur la section « entretien de l'autonomie »).

- ▶ Le Conseil de l'âge propose de généraliser à horizon 2028, dans l'ensemble des départements et pour l'ensemble des Ehpad, l'expérimentation de fusion des sections « soins » et « entretien de l'autonomie », avec l'adoption d'une base législative dès le PLFSS pour 2027.
- ▶ Il préconise d'en tirer parti pour simplifier encore le système *a minima* en fusionnant les deux équations, et en rénovant plus profondément l'allocation des ressources aux Ehpad.

B. Rénover, simplifier et redonner du sens au système d'allocation des ressources

Le Conseil de l'âge estime qu'il est souhaitable, et sans doute désormais possible, de trouver et de mettre en œuvre de meilleures modalités d'allocation des ressources en soins aux Ehpad, permettant de donner plus de poids et plus de sens à la partie financée par la tarification et les équations tarifaires, d'actualiser les outils et de simplifier le système.

Il estime prioritaire à ce titre d'affecter au regard de meilleurs inducteurs de charge en soins plus de financements aux Ehpad, de plus les inciter à la prévention et à la qualité, et réfléchir aux voies de réintégration de certaines missions et financements distribués de façon complémentaire ou non reconductibles aux établissements, et qui une fois attribués sont largement « cristallisés ». D'autant que la suspension de l'outil des CPom pose la question du dialogue de gestion « objectifs/moyens » entre les régulateurs et les établissements.

Le Conseil formule dans ce cadre les préconisations suivantes.

1. Étendre le périmètre de tarification « soins » de tous les Ehpad en convergeant vers le tarif global incluant les dépenses de médicaments

La cible pertinente pour les Ehpad est celle du tarif global avec médicament, sans pour autant aller jusqu'au salariat des médecins traitants et de la PUI gérée en propre ou en commun.

Les avantages du tarif global/du tarif avec médicament, certes plus coûteux dans certaines configurations, poussent à faire évoluer l'organisation, les tâches, les métiers et produisent une amélioration globale de la qualité. Par ailleurs, les établissements au TG et au TG avec PUI limitent les dépenses d'hospitalisation de leurs résidents (voir *supra*).

Le Conseil de l'âge estime que la qualité des relations que peut nouer un établissement avec une ou plusieurs pharmacies d'officine, ainsi que la montée en qualité des SI et outils permettant d'assurer une traçabilité des médicaments et de leur dispensation, rend crédible la possibilité d'une intégration des dépenses de médicaments dans le forfait soins de tous les Ehpad :

- sur la base d'une valeur de point revue à la hausse et de l'édiction d'une liste en sus nationale ;
- d'une convention à conclure avec les pharmaciens pour fixer un cadre compatible avec les missions et l'économie d'une officine.

Deux années de travaux techniques et de test à blanc sur un panel d'Ehpad et de pharmacie permettraient à la fois de calibrer un nouveau tarif « médicament » modulé au nombre de places mais aussi du PMP ou de son équivalent, et de s'assurer qu'on puisse assurer la même traçabilité des consommations et des dépenses de médicaments que quand la dispensation est en officine « sur la carte Vitale ».

- ▶ Le Conseil invite la DGCS et la CNSA notamment à poursuivre leurs travaux sur l'évaluation des coûts complets ainsi que du périmètre et des types de dépenses financés respectivement par les différentes catégories de tarifs (TP / TG, avec / sans médicament).
- ▶ Sur la base de ces études, le Conseil de l'âge propose que pour tous les Ehpad, une cible de passage au tarif global avec intégration des dépenses de médicaments à cinq ans, avec passage « en sas » sous deux ans à un tarif partiel étendu à l'ensemble des interventions des professionnels paramédicaux conventionnés (MKR, orthophonistes, etc.).
- ▶ De la même façon, il préconise d'ouvrir un droit d'option pour une intégration des médicaments dans le forfait des Ehpad sans PUI leur permettant de passer par une pharmacie d'officine pour la dispensation et le bon usage des médicaments, dans le cadre d'une convention type.
- ▶ Le financement de ces évolutions, qui représentent un transfert de charge, doit être assuré par un transfert de crédits, de l'enveloppe « soins de ville » de l'Ondam vers l'OGD PA de l'Ondam médico-social.
- ▶ Ces orientations permettront un rééquilibrage entre secteurs, justifié par les analyses de la partie 1, qui montrent que la France dépense comparativement moins en SLD qu'en dépenses curatives que d'autres pays plus avancés de l'OCDE en matière de structuration des soins.

Les mesures de périmètre proposées *supra* permettraient de réaliser à la fois un gain sur l'organisation des soins et des interventions des professionnels, mais aussi un effet de « rationalisation ».



Elles doivent s'accompagner de garanties sur le fait que l'intégration de plus de dépenses de soins dans le périmètre des forfaits soins ne se traduise pas par des effets indésirables de perte d'information sur les soins délivrés, et de sous ou de sur-recours à certains types de soins. Sur cet aspect, et à l'occasion des [travaux sur la saisine des Hauts-Conseils par le PM](#), la présidence du Conseil de l'âge a eu un échange avec l'Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (MKR), qui a saisi le ministère de la Santé et le Défenseur des droits de cas signalés par des MKR libéraux de demandes d'interruptions de soins dont bénéficiaient certains résidents par la direction de certains Ehpad passés au tarif global. Il est donc indispensable que cette mesure visant à intégrer leurs interventions dans le forfait partiel des Ehpad, avant le passage des Ehpad au forfait global, soit envisagée en reconnaissant le rôle de prévention et de maintien de l'autonomie que les MKR (et autres professionnels paramédicaux) peuvent jouer, ainsi que l'identification des résidents ayant besoin de leurs interventions soit réalisée de concert entre ces professionnels, la direction et le médecin coordonnateur de l'Ehpad. Dans ce cadre, le maintien des interventions de masso-kinésithérapie pour les résidents nécessitant une prise en charge thérapeutique spécifique peut utilement s'articuler avec le développement de programmes d'activité physique adaptée, susceptibles de répondre, pour certains résidents, à des objectifs de prévention, de maintien des capacités fonctionnelles et de préservation de l'autonomie.

2. Faire passer prioritairement le renforcement des moyens des aides en soins et en prévention par la dotation soins

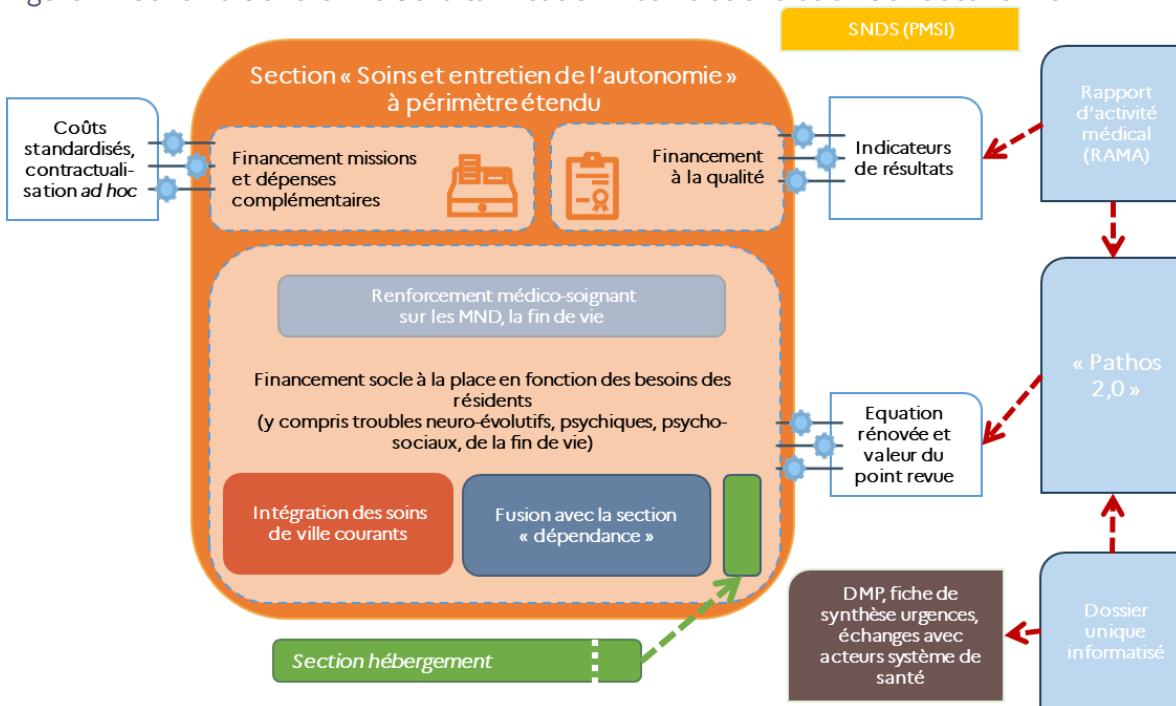
Si la rénovation du système de coupes et des outils d'évaluation ainsi que la réduction du nombre et du poids des financements complémentaires font consensus, il est plus complexe d'envisager les meilleures voies de réforme.

Les réformes conduites s'agissant de la tarification des SSIAD et des établissements pour enfants en situation de handicap (Serafin-PH) montrent que les travaux pour concevoir un nouveau modèle sont longs (plus de 10 ans pour ces deux projets). Mais elles montrent également que l'on peut aussi concevoir des modalités permettant à la fois la justesse et la justice dans l'allocation des ressources, prenant en compte la diversité des besoins des personnes et de l'intensité ou du nombre de type de prestations assurées. Dans ce cadre, il serait possible de passer à un financement rétrospectif (basé sur une déclaration de l'activité réalisée) plutôt que de maintenir un financement prospectif (moyens alloués majoritairement *a priori*).

Le Conseil de l'âge a évoqué dans ses travaux les options suivantes :

- réformer les ordonnances Pathos pour intégrer les actions de prévention, les interventions d'autres catégories de professionnels, intégrer aussi l'apport du numérique (non financé sur le tarif soins) ;
- simplifier la génération des coupes par le numérique (DUI, IA), et l'enrichir d'indicateurs portés dans le tableau de bord de la performance ou le RAMA rénové par le décret de 2025 ;
- passer en déclaration annuelle de PMP, avec contrôle de cohérence et par échantillonnage ;
- identifier d'autres « inducteurs » de charge en soins et aides, qu'on pourrait mobiliser à la place d'Aggir et de Pathos, que l'on garderait pour le suivi « épidémiologique », pour calculer ou moduler à la hausse un « nouveau » GMPS ou nouveau score à inventer (figure 4).

Figure 4 | Schéma de réforme de la tarification « soins et entretien de l'autonomie »



Source : SG du HCFEA.

- Pour le Conseil de l'âge, la tarification doit être rénovée pour faire financer par dotation initiale notifiée à l'établissement - par l'équation et le nombre de points, incluant *a minima* les fonctions Pasa et UHR, mais aussi possiblement des « majorateurs » ou multiplicateurs correspondant à des missions étendues - une grande partie des financements actuellement complémentaires, qu'ils soient associés à des missions complémentaires ou des renforcements d'actions décidés par les pouvoirs publics.

Comme l'a indiqué une ARS siégeant au Conseil, « Le « petit » forfait de 65 K€ pour les Pasa n'a plus lieu d'être car doit concerner tous les Ehpad et donc en contrepartie renforcer l'établissement ». Les difficultés liées à la mise en œuvre d'une telle évolution sont cependant importantes mais peuvent être surmontées :

- nécessité de fixer des coûts ou niveaux de financement « standardisés », alors que certains financements sont parfois calculés « individuellement » Ehpad par Ehpad ; on les fixerait sur une base rationalisée (plus grande mutualisation des astreintes de nuit par exemple) ;
- perte du contrôle en termes d'effectivité de la réalisation de l'action demandée (UHR, Pasa, formation des personnels), qui peut être gérée par inscription dans le décret fixant les règles minimales de fonctionnement citée *supra*.

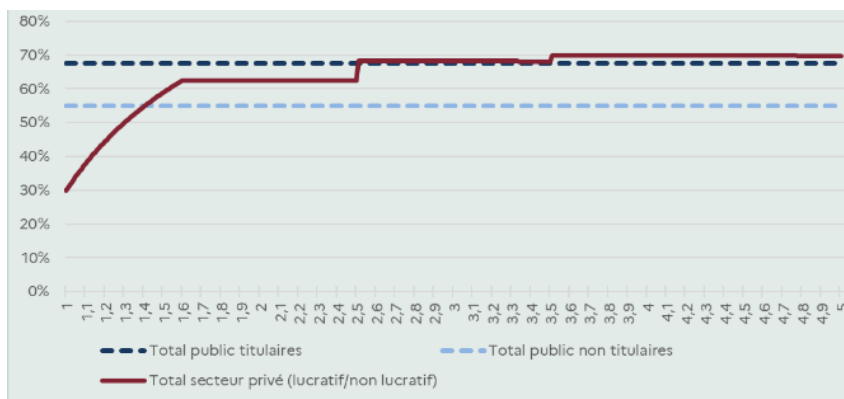
Il faut ainsi déterminer si l'on dispose de données suffisamment robustes qui permettraient de faire passer dans l'équation certains de ces financements. Par ailleurs, dans une logique « multi-prestations » des Ehpad, la question se pose différemment pour le financement des accueils de jour et de l'hébergement temporaire, qui ne rentrent pas dans l'équation du fait de leur dispersion entre structures et leur modèle de financement pluriel.



3. Prendre en compte par la valeur du point l'impact des décisions nationales de revalorisation des salaires ou des différentiels pérennes de structure et de poids des cotisations sociales

Les demandes de comparaison des différentiels de charges supportés par les acteurs selon qu'ils soient du champ privé (lucratif ou non) ou public sont anciennes. Ces demandes sont centrées sur les différences de régimes sociaux et fiscaux applicables. Elles sont exacerbées depuis l'augmentation du niveau de la réduction générale de cotisations sociales (allègements généraux, AG) après la « bascule » du CICE dont bénéficient les employeurs privés, de la compensation des revalorisations salariales dites du « Ségur », et, ces derniers temps, par les hausses en cours et programmées de cotisations patronales à supporter par les employeurs publics au titre de la CNRACL. La Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) a montré que des différentiels importants de taux de cotisation existaient en la défaveur du secteur public jusqu'à 2,5 Smic (graphique 28).

Graphique 28 | Taux effectif de prélèvements légaux selon le revenu et le secteur (après allègements généraux) ainsi que selon le niveau de salaire en part de Smic



Source : CCSS, rapport de septembre 2022.

Depuis ces analyses, différentes mesures sont intervenues. D'un côté, les taux de cotisation employeurs de la CNRACL augmentent de 13 points en quatre ans ce qui augmentant le différentiel de coûts entre les statuts. Les modalités de compensation de ces hausses sont forfaitaires et ne tiennent pas compte de la réalité des ETP affiliés à la CNRACL, ce qui crée des désajustements importants dans le niveau de compensation et pourrait inciter les gestionnaires publics à accroître le nombre de contractuels ou à externaliser des prestations. De l'autre, les AG des employeurs de statut privé ont été revus dans leur dégressivité par la LFSS pour 2025 et le décret du 4 septembre 2025, suite au rapport « Bozio – Wesmer », les rendant moins généreux.

Or, les charges de personnel représentent près de 70 % des charges totales des établissements, et leur évolution a été plus rapide que les autres charges ces dernières années (voir *supra*).

À cela s'ajoute le désavantage, mis en lumière par le Hcfips, consistant pour les employeurs du secteur public d'être leurs « auto-assureurs » du risque d'arrêt maladie, accidents du travail et maladies professionnelles. Ne versant certes pas de cotisations à ce titre, ils ne sont pas substitués par des indemnités journalières et doivent, jusqu'à certaines limites, appliquer le maintien de salaire.

Ces situations constituent un biais important, même si les employeurs de droit privé, associatif et commerciaux, pourront faire valoir des dispositifs sociaux ou fiscaux qui leur sont moins favorables.

- ▶ Compte tenu du poids des dépenses de personnel et de l'ampleur du coin fiscal-social sur les bas salaires, le Conseil estime nécessaire d'appliquer une correction, pouvant se substituer aux crédits complémentaires ou CNR accordés notamment aux Ehpad hospitaliers ou territoriaux.
- ▶ Il préconise de prolonger les travaux engagés entre l'Etat et les fédérations des différentiels existants par une exploitation la plus exhaustive possible des déclarations sociales nominatives (DSN) des employeurs des différents statuts. Cela permettrait de déterminer le niveau des différentiels et de jouer sur la valeur nationale du point pour :

- ancrer en tarification socle des compléments reconduits année après année (compensation de la revalorisation du Ségur et des suivantes) ;

- différencier les valeurs de point entre statut d'établissement pour prendre en compte les différences structurelles de structure des coûts sociaux ou des chocs externes (AG, cotisations CNRACL). Il estime qu'il ne serait pas légitime que ce soit la branche autonomie qui finance « seule » le surcroît de cotisations lié aux déficits d'un régime de retraite, alors même que le rapport de l'Igas et de l'IGF montre que la CNRACL pâtit de désavantages par rapport à d'autres régimes (autofinancement des prestations non contributives de solidarité).

4. Intégrer et allouer des financements sur des objectifs de qualité et de résultats

Les modèles de financement doivent prendre en compte des objectifs de qualité et prendre en compte l'apport des Ehpad à l'efficacité globale des parcours et des dépenses sociales : le système d'allocation de ressources des Ehpad et d'incitation qu'il véhicule doit intégrer une dimension de rémunérations prenant en compte la qualité mesurée⁹⁶, à l'image de celle des établissements de santé (encadré 17). Selon Hélène Croguennec-LeSaout, *au travers de ces équations tarifaires, il y a un travail, une forme, de normalisation de soins qui opère, puisque ces équations, elles, ne tendent finalement pas tant à réguler les prix qu'à réguler ou conditionner, in fine, les pratiques*. Elles relèvent des injonctions contradictoires qui traversent continuellement le secteur des Ehpad : celles autour de l'individualisation de l'accompagnement mais également celles qui tendent vers une standardisation des soins du fait d'un manque de moyens – tant humain que financier.

Selon le Conseil, la prise en compte de la qualité ne peut pas se substituer à un niveau de financement qui établit *ex ante* les conditions pour placer tous les établissements en capacité de délivrer des accompagnements et prestations de qualité. Les propositions *supra* du Conseil y sont consacrées. **Mais elle peut intervenir *ex post* pour valoriser les résultats obtenus, et donner aux établissements un retour sur les investissements qu'ils ont consentis pour y parvenir et continuer à les améliorer.**

Le Conseil de l'âge, sur la base du travail de l'Irdes précité, invite à suivre trois types d'indicateurs :

- de structure (organisation, bonne utilisation des financements et des moyens mobilisés) ;
- de processus (pratiques professionnelles) ;
- de résultats (effets sur les résidents et sur les parcours).

Les deux premières logiques relèvent au premier chef des missions de la HAS et de l'action des financeurs et régulateurs publics, ARS et départements, par un suivi, dans un cadre rénové par rapport aux CPom actuel, en mobilisant également les SI pour un suivi régulier d'indicateurs. Doivent ainsi être déployées des démarches accrues de contrôle de gestion notamment par l'exploitation des EPRD – pour analyser l'emploi des ressources – et des résultats du tableau de bord de la

⁹⁶ Voir la séance du Conseil de l'âge d'avril 2026.



performance. Enfin, une politique de contrôle par sondage ou par soupçon doit être maintenue après le plan de contrôle conduit en 2022-2024.

En second lieu, la démarche d'évaluation externe de la HAS doit impulser une démarche d'amélioration continue de l'organisation et des processus, et de disposer d'une meilleure vision du positionnement de chaque établissement par rapport aux critères de qualité, et de plus d'éléments mesurables sur les résultats obtenus. Le plan d'amélioration de la qualité, que doivent présenter les établissements en deçà des exigences, doit être suivi par les régulateurs territoriaux.

S'agissant de la rémunération à la qualité, les évolutions s'agissant des établissements de santé sont un point de référence, même si l'objectif poursuivi était lié à des préoccupations de santé publique (lutte contre les infections nosocomiales) puis de réduire le poids de la tarification à l'activité. On note le poids important pris par le résultat de la certification dans l'octroi de ce financement.

Encadré 17 | L'évolution du financement à la qualité des établissements de santé⁹⁷

La réforme du financement à la qualité des établissements de santé préparée par la DGOS et applicable à partir de 2026, marque un changement profond dans la manière d'inciter financièrement à l'amélioration de la qualité des soins. Elle abandonne la logique antérieure fondée sur des comparaisons entre établissements et sur un score composite global, jugée trop complexe et insuffisamment incitative, au profit d'un modèle individualisé reposant sur la performance propre de chaque établissement et sa progression dans le temps. La suppression des groupes de comparaison et des seuils éliminatoires conduit ainsi à une logique de rémunération fondée sur la trajectoire propre, intégrant des bonus et des malus selon les évolutions observées.

Le nouveau dispositif repose sur une structuration par indicateurs autonomes, chacun étant associé à une enveloppe financière dédiée. Il distingue trois grandes catégories d'indicateurs : la certification HAS, qui devient le pilier du dispositif en concentrant 40 % de l'enveloppe (soit environ 280 M€), les indicateurs de conformité à des attendus réglementaires, et les indicateurs de qualité mesurés notamment à partir des IQSS et de la satisfaction des patients (e-Satis). La certification occupe désormais une place centrale, avec des niveaux de rémunération directement corrélés au niveau obtenu (A+, A, B, C, D), traduisant une volonté forte de valoriser les établissements les mieux certifiés. Les autres indicateurs introduisent une logique à la fois de niveau atteint et de progression, renforçant le caractère incitatif et continu du dispositif.

Dans le médico-social, il n'est pas actuellement possible d'indexer au résultat de l'évaluation externe HAS, une allocation spécifique de financement en fonction du positionnement des Ehpad. À la différence de la certification des établissements de santé, ancienne et ancrée dans le temps, le dispositif pour le médico-social n'a concerné qu'environ 50 % des Ehpad, et que les biais mentionnés *supra* sur les liens évaluateur/établissement avantagent certains Ehpad.

Par ailleurs, La DGOS a d'ores et déjà annoncé une évolution possible à partir de 2027, visant à intégrer davantage d'indicateurs cliniques et de pertinence des soins, ce qui constituerait une étape supplémentaire vers un véritable financement à la qualité centrée sur les résultats pour les patients.

- ▶ Pour allouer une fraction des ressources au bénéfice « individuel » des Ehpad, le Conseil de l'âge propose donc de se concentrer sur les indicateurs de résultat et s'appuyer sur un système d'indicateurs multidimensionnel, dépassant les seuls outils actuels (GMP/PMP), afin de mesurer à la fois la qualité des soins, la qualité de vie des résidents, et la performance globale des parcours :
 - pertinence des hospitalisations et des passages aux urgences ;
 - qualité de la prescription médicamenteuse ;
 - évolution de l'état de santé (fonctionnel, cognitif) ;

⁹⁷ Voir la séance du Conseil de l'âge de janvier 2026.

- prévention des événements indésirables (chutes, escarres...);
- qualité de vie et satisfaction des résidents.

Une palette d'indicateurs de résultats pourrait être sans difficultés majeures tirée ou extraite des bases de données existantes :

- les données collectées sur l'évolution du GMP et du PMP des résidents, surtout si elles sont réactualisées plus régulièrement comme envisagé *supra* ;
- le tableau de bord de la performance (données sur les soins et les hospitalisations des résidents ou ayant trait aux ressources humaines) ;
- la base RésidESMS apparié au SNDS (et notamment sur les dépenses de médicaments délivrés en ville et sur le volet hospitalisations *via* PMSI) ;
- le DUI ;
- le Rama rénové par le décret de 2025 (pour les escarres ou la contention).

S'agissant du financement de ce dispositif, le niveau de financement actuel n'est pas tel qu'on puisse préempter sur la masse actuellement distribuée au titre des dotations « soins » des ARS et de Ehpad pour en « distraire » X % qui ne seraient reversés qu'aux établissements atteignant certains standards de qualité et de résultats. La valorisation financière de ces résultats devrait toutefois reposer sur des financements complémentaires, sans réduire les dotations de base des établissements.

5. Financer une partie de l'augmentation des moyens des Ehpad par les économies produites en termes de meilleure efficacité des parcours sur les dépenses d'assurance maladie

Dans son rapport au Premier ministre, le Conseil de l'âge avait insisté sur les externalités positives que produisent les accompagnements médico-sociaux, en ville comme en établissement, sur les parcours des personnes âgées à problème de santé ou d'autonomie complexes. Ils permettent à la fois de stabiliser des situations cliniques, et de permettre un meilleur recours au système de soins.

Le Conseil avait appelé à adopter un plan centré sur la prévention des épisodes indésirables et évitables de soin, et à titre principal des chutes graves et mortelles. Fixant un potentiel d'économies à 1 Md€ à horizon 2030, il avait proposé un plan de redéploiement des sommes économisées vers les acteurs hospitaliers et médico-social, à titre principal les Ehpad, acteurs de la filière gériatrique.

Il maintient cette proposition dans un contexte où les chutes de personnes âgées entraînant le décès ou de graves séquelles sur les personnes âgées ont encore augmenté : près de 175 000 hospitalisations liées à une chute ont été recensées chez les personnes de 65 ans et plus en 2024⁹⁸ soit une augmentation de près de 30 %. Cela représente près de 500 M€ de dépenses supplémentaires chaque année – uniquement pour la première année de prise en charge.

- ▶ Le Conseil de l'âge estime sa proposition toujours d'actualité, et un moyen de financer les mesures qu'il propose pour renforcer *ex ante* les moyens des Ehpad, et d'installer un financement à la qualité prenant y compris en compte les résultats obtenus par chaque Ehpad en termes de qualité médico-soignante et de gestion des parcours des résidents.

⁹⁸ Santé Publique France (2026), « [Hospitalisations et mortalité en lien avec une chute chez les personnes de 65 ans et plus en France](#) », Bulletin « chutes ».



Rappel de la proposition du Conseil de l'âge d'un plan global transverse visant à établir et accompagner de véritables parcours gériatriques – rapport au Premier ministre

Le Conseil de l'âge propose de mettre en place un plan d'action national pour diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées et atteindre une économie de 1 Md€ à horizon 2030. Il intégrerait un volet « anti-chutes » prenant le relais du plan national lancé en 2022, avec un objectif de réduction des chutes graves chez les 65 ans et plus porté à 30 % d'ici fin 2026. Il s'appuierait sur les meilleures pratiques régionales en matière d'animation, d'appui aux professionnels et de propositions d'activité/aides pour les personnes concernées (...).

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

Dans le cadre d'un contrat d'intéressement à la qualité et à l'efficacité de leurs accompagnements, les Ehpad verraient leurs moyens renforcés pour stabiliser l'état de santé de leurs résidents, prévenir leur glissement, et développer de nouvelles approches comme les thérapeutiques non médicamenteuses validées. Ce renforcement atteindrait à terme 300 à 400 M€, venant en relais des plans actuels (« 50 000 ETP », création de nouvelles Pasa, etc.). La mise en œuvre de la mesure passerait par une « provision » sur l'Ondam hospitalier lié à la réduction des volumes évitables de recours aux urgences et à l'hospitalisation des personnes âgées, permettant si les objectifs annuels sont réalisés d'en reverser les deux tiers au renforcement des moyens ambulatoires des établissements de santé et des équipes de soin des Ehpad (...).

La DGCS a indiqué qu'elle conduisait une réflexion en ce sens, consistant à l'introduction d'une part complémentaire liée à la qualité et à l'efficacité dans le financement des Ehpad, en s'inspirant du modèle déployé à l'hôpital. Il fonctionnerait sur le principe d'un intéressement financier : une enveloppe dédiée serait distribuée aux établissements en fonction de leurs résultats au regard d'objectifs de qualité, de pertinence des soins et d'efficacité. L'objectif est de corriger les limites du modèle actuel de tarification qui ne prend pas suffisamment en compte les efforts de prévention ou d'amélioration des parcours. Le dispositif vise ainsi à inciter les établissements à développer des pratiques de maintien de l'autonomie, la qualité des soins et l'optimisation des ressources⁹⁹.

Cette part qualité aurait en outre une dimension territoriale et de filière, en étant articulée avec les financements hospitaliers et pilotée par les ARS. Les objectifs seraient définis au niveau national et régional, puis déclinés localement, avec une attention particulière portée à des enjeux comme la réduction des hospitalisations évitables et l'amélioration des sorties d'hospitalisation des personnes. Les financements pourraient être mutualisés entre acteurs sanitaires et médico-sociaux, afin d'encourager les coopérations et d'aligner les incitations entre secteurs. La répartition des dotations, qui seraient versées sous la forme de crédits non reconductibles, serait à la main des ARS, sur la base d'indicateurs de résultats (efficacité, pertinence, qualité des parcours), sans introduire à ce stade de mécanisme de pénalité, compte tenu de la fragilité économique du secteur.

6. Il est indispensable de programmer et d'accompagner l'effort d'adaptation du parc d'Ehpad à horizon 2035 et 2050 (immobilier, numérique)

Une partie importante de la qualité et de l'efficacité des Ehpad est liée à la capacité d'avoir un cadre bâti propice aux soins et de recourir davantage à des outils numériques, les deux pouvant également améliorer la qualité de vie des résidents et soulager les conditions et travail et le besoin d'interventions humaines des personnels.

⁹⁹ Voir la séance du Conseil de l'âge de janvier 2026.

Le Conseil de l'âge a consacré un séminaire à ces questions¹⁰⁰, montrant que des groupes et établissements de tout statut, parfois positionnés comme bailleurs ou uniquement gestionnaires de l'activité ont entrepris de vastes programmes de rénovation pour produire une nouvelle génération d'établissements intégrant les dernières normes :

- constructives et environnementales (encadré 18) ;
- organisationnelles et architecturales, avec un nombre de lits suffisants (90 à 150) pour atteindre une taille critique en termes d'efficacité, mais réparti en des unités de taille et de conception humaine (une dizaine de chambres) ;
- de confort intérieur et d'ouverture sur l'extérieur.

L'intervention de CDC Habitat y a mis en lumière les tensions croissantes pesant sur le modèle immobilier des Ehpad, dans un contexte de vieillissement du parc et de renchérissement rapide des coûts de construction et de réhabilitation¹⁰¹. Quand ces dimensions sont prises en compte simultanément, les coûts globaux au m² en sont minorés, mais cela est plus évident à programmer en construction neuve qu'en réhabilitation

- ▶ Le Conseil de l'âge appelle à une démarche construite et détaillée de quantification du besoin d'investissement en Ehpad, au titre des mises aux normes et de l'humanisation, à horizon 2050, qui pourrait être pilotée par la CNSA et l'Anap.
- ▶ Il demande que dans le cadre de la loi de programmation prévue par la loi du 8 avril 2024, un fonds national de soutien à l'investissement mutualisant financements de la branche autonomie et des financeurs de la transition écologique et du logement social soit créé et confié en gestion à la CNSA et qu'une programmation financière d'au moins 5 Md€ (500 M€ par an) soit établie sur dix ans, avec des garanties pour que les dotations de fonctionnement permettent ensuite de maintenir ou renouveler ces investissements.

Encadré 18 | La nécessaire transformation écologique du modèle Ehpad

La prise en compte des enjeux écologiques est un enjeu central dans tous les domaines de l'action publique, y compris l'accompagnement des personnes ayant des besoins d'aide à l'autonomie. De ce point de vue, les politiques visant le maintien à domicile de personnes ayant des besoins d'aide importants peuvent avoir des conséquences non-négligeables sur les émissions de CO₂ du secteur.

Le rapport du Shift Project¹⁰² pour la CNSA et l'EN3S sur la décarbonation du secteur de l'Autonomie pointe la nécessité d'une transformation progressive du modèle des Ehpad afin de réduire leur impact environnemental tout en garantissant leur capacité d'accompagnement dans un contexte de vieillissement démographique et de changement climatique. Le premier enjeu concerne le bâti et les consommations énergétiques. Les établissements sont souvent installés dans des bâtiments anciens, fortement consommateurs d'énergie, notamment pour le chauffage, la production d'eau chaude et le fonctionnement quotidien. La réduction des émissions implique donc d'accélérer les rénovations énergétiques, d'améliorer la performance thermique des bâtiments, de réduire la dépendance aux énergies fossiles et d'adapter les locaux aux épisodes climatiques

¹⁰⁰ Voir le séminaire du Conseil de l'âge d'avril 2026.

¹⁰¹ Idem. En tant qu'opérateur global de l'habitat d'intérêt public, le groupe souligne l'ampleur des besoins de restructuration d'un parc largement ancien et hétérogène, ainsi que la complexité croissante des opérations, souvent conduites en site occupé et soumises à des contraintes réglementaires multiples et parfois contradictoires. Les projets récents illustrent par ailleurs une hausse marquée des coûts (+ 23 % par chambre et jusqu'à + 43 % au m²), qui pèse sur la soutenabilité des opérations. Dans ce contexte, CDC Habitat insiste sur la nécessité d'arbitrer entre rénovation, transformation et reconstruction, tout en intégrant des objectifs d'adaptation aux nouveaux profils de résidents, d'amélioration des conditions de travail des professionnels et de prise en compte des enjeux climatiques.

¹⁰² Shift project, 2024, *Décarbonons ensemble le secteur de l'autonomie* !, étude réalisée avec la CNSA et l'EN3S.



extrêmes, notamment aux fortes chaleurs. La conception et la rénovation des établissements doivent désormais intégrer des objectifs de sobriété énergétique et de résilience climatique.

Le fonctionnement quotidien des Ehpad constitue également un levier majeur de transformation. Le rapport identifie notamment l'alimentation comme un poste important d'émissions, appelant à faire évoluer les pratiques de restauration collective. La gestion des déchets, les achats responsables et la limitation de l'usage de produits à fort impact environnemental constituent des axes d'amélioration. Les Ehpad doivent également repenser leurs organisations internes afin de réduire leur empreinte carbone.

Cela concerne notamment les déplacements des professionnels, des intervenants extérieurs et des familles, qui nécessitent une réflexion sur l'accessibilité des établissements, les mobilités moins carbonées et l'organisation territoriale de l'offre. Au-delà des actions techniques, le rapport souligne la nécessité d'inscrire chaque Ehpad dans une trajectoire de décarbonation structurée, reposant sur un diagnostic des émissions, des objectifs progressifs et un accompagnement adapté. La transformation écologique des Ehpad ne peut être dissociée d'une réflexion plus large sur leur rôle futur : les établissements devront évoluer vers des lieux plus ouverts sur leur territoire, davantage intégrés dans les parcours de vie des personnes âgées et complémentaires des solutions de maintien à domicile.

Dans une étude récente¹⁰³, des chercheurs de l'Institut des politiques publiques ont comparé l'empreinte carbone annuelle liée à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie à domicile et en établissement. Les résultats montrent que celle-ci est plus élevée lorsque les personnes résident à domicile, en particulier pour celles ayant des besoins d'accompagnement importants. Pour les personnes en GIR 1-2, l'écart est d'environ 25 % (11,7 tonnes d'équivalent CO₂ à domicile contre 9,1 en établissement) et tient pour l'essentiel aux économies d'échelle propres à l'hébergement collectif - mutualisation et réutilisation des dispositifs médicaux, centralisation des aides professionnelles limitant la multiplication des déplacements - ainsi qu'aux caractéristiques des logements individuels, en moyenne plus grands et plus émissifs. Pour les GIR 3-4, les différences entre les deux lieux de vie sont faibles et s'expliquent surtout par la différence entre les profils des personnes (10,1 tonnes d'équivalent CO₂ à domicile contre 9,0 en établissement).

Le caractère moins énergivore de l'aide à l'autonomie en établissement vis-à-vis du domicile ne doit pas occulter la nécessité d'investissements importants dans les Ehpad en matière de décarbonation.

Cette orientation s'inscrit dans les recommandations portées au niveau national par l'Anap, qui invite les gestionnaires d'établissements sanitaires et médico-sociaux à intégrer les enjeux de transition écologique, de performance énergétique et d'adaptation au changement climatique dans leurs stratégies immobilières¹⁰⁴. **Dans ce cadre, l'adaptation des bâtiments aux épisodes de fortes chaleurs constitue un enjeu croissant pour les Ehpad, particulièrement exposés en raison de la vulnérabilité de leurs résidents.**

Le financement de l'investissement relève, de fait, au premier chef des opérateurs eux-mêmes et de la capacité du cycle d'exploitation à engendrer une capacité à financer, en autofinancement ou en mobilisation et rémunération de financements extérieurs (emprunt, levée de capital). Ces orientations sont désormais soutenues par plusieurs dispositifs nationaux. L'Ademe a notamment lancé le [programme Oreno](#) dédié aux établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement, dont les Ehpad, afin d'accélérer les projets de rénovation énergétique performante intégrant explicitement l'adaptation au changement climatique. **De fait, selon l'enquête Ehpa 2023, la quasi-totalité des Ehpad dispose d'un système de rafraîchissement des locaux dans les espaces collectifs**, contre 55 % en moyenne des autres Ehpa, des résidences autonomie et des USLD. En revanche, ces équipements restent beaucoup moins fréquents dans les espaces privés : ils concernent seulement un Ehpad privé commercial sur cinq – ainsi qu'un Ehpa non Ehpad et une USLD sur six –, et un Ehpad

¹⁰³ Dutronc-Postel P., Roy D., Sukhdeo T., 2026, Les émissions de CO₂ liées à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, *Notes IPP*, n°111, Institut des politiques publiques, juin.

¹⁰⁴ Voir par exemple Anap, [Centre national de ressources pour la transition écologique des établissements sanitaires et médico-sociaux ; Établissements de santé et médico-sociaux en climat tropical – Maîtrisez vos coûts énergétiques](#) pour les Ehpad ultramarins.

public ou privé associatif ainsi que les résidences autonomie sur vingt. Le dispositif fait du « confort d'été » un objectif toujours d'actualité qui appelle également le déploiement de solutions passives telles que l'isolation et les protections solaires, en complément d'autres financements mobilisables comme les certificats d'économies d'énergie ou le Fonds Chaleur pour les projets recourant aux énergies renouvelables.

Les Ehpad sont toutefois dans une situation particulière par rapport à ce cadre général du financement de l'investissement immobilier du fait que les investissements bâtimentaires et numériques (hors certains dispositifs médicaux numérisés) sont portés par la section hébergement, dont les tarifs payés au principal par les résidents représente autour de 40 % des produits.

Des plans d'aide à l'investissement existent depuis la création de la CNSA, pour prendre en compte la capacité limitée de certains acteurs, notamment à tarifs hébergement contraints par l'habilitation à l'aide sociale, à conduire des projets d'investissements conséquents. Par ailleurs, les ARS et les départements, les communes et intercommunalités, les Carsat au titre de la prévention du risque ATMP versent sous la forme de crédits non reconductibles des aides à l'investissement pour des investissements plus ponctuels mais qui peuvent être conséquents (remise aux normes sécuritaires, acquisition de matériels onéreux notamment de prévention).

- ▶ Selon le Conseil de l'âge, il serait utile, dans un premier temps, de faire plus contribuer les sections « soins » et « dépendance » au financement de ces investissements :
 - via une quote-part sur les dépenses de certaines dépenses d'administration et de fonctionnement (en particulier la direction ou le service chargé de la qualité), permettant de dégager plus de marges pour l'investissement sur la section hébergement
 - Via la prise en charge d'une partie des investissements (amortissement des matériels ou des frais d'emprunt).
- ▶ Par ailleurs, un soutien fort à l'investissement doit être programmé, qui doit mobiliser l'ensemble des acteurs des secteurs publics et privés via la reconduction d'un nouveau plan de soutien à l'investissement immobilier et numérique

Aucun chiffrage consolidé et récent n'a été réalisé sur le besoin total d'investissement quel qu'en soit l'objet et le statut des établissements.

Dans son document « projet de loi de programmation pour bâtir une société de la longévité » présenté en mai 2026, la FHF estime le besoin de soutien renforcé sur dix ans à l'investissement à un minimum de 500 M€ par an, afin d'accompagner la modernisation et la transformation de l'offre publique des Ehpad, des USLD et des résidences autonomie hospitaliers. La FHF estime en effet que 20 % des 240 000 places d'Ehpad publics (soit autour de 50 000) sont à reconstruire presque totalement (autour de 150 000 €/place) et au moins autant à rénover en profondeur (30 000 €/place), soit au total de 10 Mds€ de besoin d'investissement pour le seul secteur public si on intègre la question des USLD (autour de 25 000 places). Ce chiffrage intègre les investissements immobiliers et technologiques.

Enfin, face à l'urgence des besoins, une simplification normative : le cadre actuel de la destination « habitation » impose des règles (voir *supra*) qui apparaissent souvent déconnectées des usages réels des Ehpad. Pour réussir leur « transformation » et leur intégration dans leur environnement, il est crucial de permettre leur implantation en cœur de ville, au plus près des services et des familles, plutôt que de les contraindre à l'éloignement géographique pour des raisons de coût foncier ou de rigidité des PLU. Cette souplesse réglementaire est une condition essentielle pour transformer les Ehpad en de véritables plateformes de ressources, de coordination et de services – intégrant tiers-



lieux, micro-crèches ou soins ambulatoires – tout en garantissant la viabilité économique des projets face à une inflation massive des coûts de construction.

- ▶ Le Conseil de l'âge propose un retour à la classification des Ehpad en tant qu'équipement d'intérêt collectif pour lever les freins à l'innovation et à la construction.

S'agissant du numérique, le séminaire du Conseil de l'âge a pointé les **défis et voies de progrès**, pour lesquels une poursuite des actions conjointe de la DNS, de la CNSA, de l'Anap est nécessaire. Au-delà, l'action des fédérations, comme celles de la Fehap (encadré 19), et des groupes ou groupements d'établissements sera déterminante. Le premier enjeu est celui du **passage d'une logique d'équipement à une logique d'usage effectif**, qui suppose un accompagnement renforcé des professionnels, une acculturation aux outils et une conduite du changement adaptée. Le second concerne **l'interopérabilité des systèmes et l'intégration dans les parcours de soins**, encore incomplète entre le médico-social et le sanitaire. Le troisième porte sur les **conditions économiques et organisationnelles de soutenabilité**, notamment le financement des dépenses de maintenance ou de montée en version, et la mutualisation des compétences à l'échelle des territoires. Tout cela en prenant en compte la nécessité d'un **encadrement éthique et sécurisé des usages numériques**, particulièrement dans un contexte de développement de l'intelligence artificielle.

Encadré 19 | L'action de la Fehap pour accompagner le développement de l'usage des solutions numériques et de l'IA au bénéfice de ses adhérents¹⁰⁵

Ses actions s'organisent d'abord autour d'un travail de **sélection, de structuration et de diffusion des solutions pertinentes**. L'intervention met en avant une logique de **cartographie des outils disponibles** et de priorisation : parmi un ensemble très large d'innovations, la Fédération identifie et retient un nombre limité de solutions (par exemple une sélection resserrée parmi plusieurs dizaines d'outils), afin d'aider les établissements à construire une trajectoire maîtrisée et éviter la dispersion. Cette démarche vise explicitement à **sécuriser les choix des établissements**, en articulant innovation, viabilité économique et adéquation aux besoins métiers.

La Fehap développe également un ensemble d'actions d'**accompagnement opérationnel et de mutualisation** au bénéfice de ses adhérents. Elle propose notamment une **centrale d'achat et de négociation avec les fournisseurs**, permettant de réduire les coûts d'accès aux solutions pour les établissements, en particulier les plus petits. Elle structure en parallèle des dispositifs de **soutien financier et organisationnel**, notamment via des fonds dédiés, afin de faciliter l'investissement dans les outils numériques. Cette logique de mutualisation s'accompagne d'un travail de **normalisation et de sécurisation**, incluant l'attention portée à l'hébergement des données (serveurs HDS), à la conformité RGPD et à l'intégration des exigences de certification (notamment HAS) dans l'usage des outils numériques. Un autre axe majeur de son action concerne la **montée en compétences et l'acculturation des professionnels**, identifiées comme des conditions clés de réussite du virage numérique. La Fehap a ainsi développé des dispositifs dédiés tels qu'une **« Académie de l'IA »**, ainsi que des formations et programmes d'accompagnement destinés à diffuser une culture numérique au sein des équipes. Elle insiste sur la nécessité d'éviter une opposition entre innovation et soutenabilité économique et de **former les professionnels à un usage effectif des outils**, notamment dans un contexte de forte hétérogénéité des compétences numériques. Ce travail d'acculturation s'étend à la question de l'intelligence artificielle, pour laquelle la Fédération promeut un cadre d'usage maîtrisé (charte IA, prise en compte du règlement européen, réflexion éthique). Enfin, elle **structure une gouvernance collective de l'innovation**, favorisant les échanges entre établissements et la diffusion de bonnes pratiques. Elle encourage la constitution de **communautés professionnelles et de retours d'expérience**, afin d'ancrer les usages et de faciliter leur appropriation.

Dans cette perspective, la transformation numérique des Ehpad apparaît comme un levier majeur de qualité, de simplification des outils et des process, de gain en temps, mais son plein déploiement

¹⁰⁵ Voir le séminaire du Conseil de l'âge de mars 2026.

est exigeant. La réussite dépendra de la capacité des acteurs publics à consolider dans la durée les conditions d'appropriation, d'interopérabilité et de pertinence des solutions déployées. Il conviendra également de trouver des modalités de financement qui échappent aux logiques actuelles d'imputation entre sections et à la frontière désormais mouvante entre dépenses de fonctionnement et d'investissement, nombre de solutions passant par le modèle déjà très répandu de l'abonnement avec montée en version des solutions.



Épilogue du rapport

Au terme de ses travaux, le Conseil de l'âge est convaincu que l'avenir des établissements aujourd'hui appelés Ehpad passe par une transformation profonde, répondant aux réflexions sur la manière dont notre société entend accompagner ses aînés les plus vulnérables. Car la question posée est celle de notre contrat social. Une société se juge à la façon dont elle considère celles et ceux dont l'autonomie s'est fragilisée. Le vieillissement ne doit pas conduire à un effacement de la personne, réduite à des besoins. Elle doit être vue comme un être singulier, porteur d'une histoire, de relations, de préférences et de libertés qui doivent continuer à être reconnues et respectées. Et dans ce qu'elle peut porter et apporter aux autres comme flamme de vie.

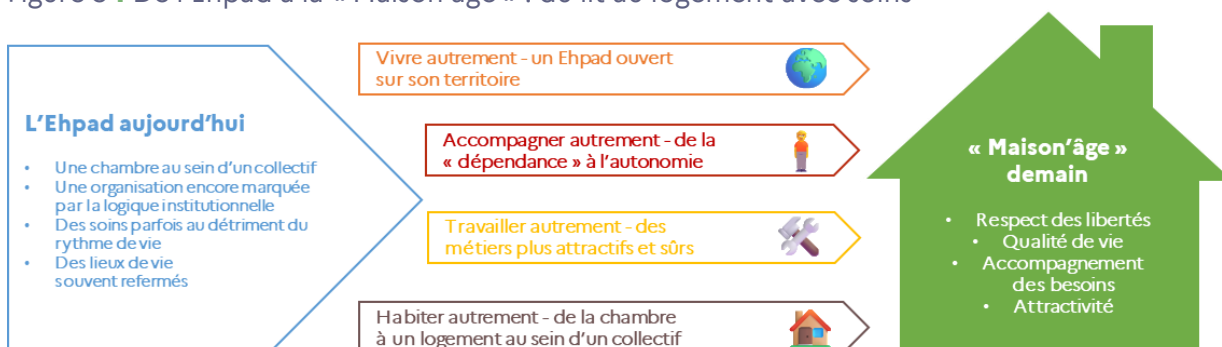
Les établissements de demain ne doivent plus être considérés comme « l'impasse à la fin du chemin », mais comme un lieu où l'on peut être accueilli à différentes étapes d'un parcours. L'établissement doit devenir le cadre de prestations diversifiées, dans un cadre accueillant où l'on a envie d'entrer, d'y trouver des activités, et d'y élire domicile en conservant toujours la capacité d'agir. L'organisation doit se tourner vers une logique d'hospitalité et d'interventions à la fois professionnelles et privilégiant la dimension humaine. Les générations qui arriveront demain en établissement seront plus nombreuses, mais aussi plus attachées à leur participation à la vie sociale et à l'accès et la qualité des soins. Les établissements devront donc être à la fois des lieux avec davantage de soins et de vie.

C'est le sens de la transformation proposée par ce rapport. Plus qu'un changement de vocabulaire, elle traduit un changement de concept et de regard.

La société française ne dispose que de peu de temps pour se préparer à la transition démographique. Les décisions qui permettront d'accompagner dignement les personnes âgées de 2040 ou de 2050 doivent être prises dès aujourd'hui. Le développement nécessaire de toutes les formes d'alternatives au domicile doit se conjuguer avec une offre de solutions en établissements spécialisés rénovés, davantage intégrés aux territoires et ouverts sur la cité, à laquelle doivent donner naissance les Ehpad. Cela impose d'anticiper dans une loi de programmation les capacités d'accueil, les investissements immobiliers et numériques ainsi que la formation des professionnels indispensables pour demain.

L'ambition est ainsi de faire évoluer l'Ehpad vers ce que le Conseil de l'âge a désigné par le terme « maison'âge » (figure 5) : laissant derrière lui tout acronyme, il peut devenir le nom d'un collectif résidentiel accompagné, capable de répondre aux aspirations des personnes et aux enjeux démographiques, sanitaires et sociaux du vieillissement.

Figure 5 | De l'Ehpad à la « Maison'âge » : du lit au logement avec soins



Source : SG du HCFEA.

Cette ambition dépasse le seul avenir des Ehpad et participe à la construction d'une société de la longévité capable de considérer le grand âge non comme une marge de l'existence, mais comme une nouvelle dimension des vies humaines.

Annexes du rapport

1 – Liste des séances du Conseil de l'âge consacrées au « périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des Ehpad ».....	p. 118
2 – Liste des figures, graphiques, tableaux et encadrés	p. 125
3 – Liste des sigles et acronymes.....	p. 127



1 – Liste des séances du Conseil de l'âge consacrées au « périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des Ehpad »

Présentations accessibles sur le site du HCFEA

Séance du 10 juillet 2025 - *Premières données disponibles*

- Étude de l'évolution des profils des résidents, des effectifs soignants et de la dynamique de hausse des coûts de revient en Ehpad
 - o Présentation des données de la Drees sur les Ehpad
 - Angélique Balavoine, attachée statisticienne principale au bureau Autonomie – Personnes âgées et handicapées – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
 - o Présentation des données de la CNSA sur les Ehpad
 - Marine Boisson-Cohen, directrice de la prospective et des études, Marie-Hélène Toupin, statisticienne, Marianne Tenand, cheffe économiste, et Hugues Belaud, responsable du pôle prévision, répartition et suivi des financements – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Séance du 18 septembre 2025 - *Les marqueurs de qualité des Ehpad*

- Examen des marqueurs de qualité et des indicateurs de performance en Ehpad, à partir des bilans des évaluations et des données de pilotage disponibles
 - o Deuxième bilan de la Haute autorité de santé (HAS) de la campagne d'évaluations externes des ESMS/Ehpad
 - Angélique Khaled, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social, et Hélène Lussier, cheffe du service évaluation – Haute autorité de santé (HAS)
 - o Les données collectées du Tableau de bord ESMS pour les Ehpad par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
 - Nathalie Fourcade, directrice générale, et Jonathan Dhif, contrôleur de gestion – Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
 - o Retour d'expérience(s)
 - Frédéric Sananes, ancien directeur d'Ehpad et évaluateur/auditeur externe d'Ehpad

Séance du 9 octobre 2025 - *Les outils des régulateurs territoriaux*

- Présentation des leviers de régulation territoriale, des enjeux de transformation de l'offre, de la contractualisation et des nouveaux modes de financement
 - o Le pilotage de l'offre, la tarification, la contractualisation et le contrôle des Ehpad
 - Jérôme Dupont, adjoint à la directrice de l'Autonomie – Agence régionale de santé (ARS) Normandie

- Sébastien Ripoche, directeur adjoint de l'Autonomie et de la Santé Mentale – Agence régionale de santé (ARS) Pays-de-la-Loire
- Marie Collet, directrice Appui et Pilotage, et Thomas Kleinmann, direction autonomie, membre du réseau Autonomie de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (Andass) – Collectivité européenne d'Alsace
- Bilan par l'Igas des plans de contrôles menés en région
 - Stéphanie Dupays, inspectrice générale – Inspection générale des affaires sociale (Igas)

Séance du 13 novembre 2025 - *Les ressources humaines*

- État des lieux des enjeux de ressources humaines et d'attractivité des métiers : leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail et de réduction de la sinistralité en Ehpad
 - Introduction de la séance
 - Président et SG du HCFEA
 - Restitution de la mission sur l'amélioration de la qualité de vie au travail et la lutte contre la sinistralité dans les métiers de l'autonomie
 - Lucile Olier, inspectrice générale – Inspection générale des affaires sociale (Igas)
 - Présentation des données de l'enquête Epha sur les Ehpad et leurs professionnels
 - Layla Ricroch, cheffe du bureau Autonomie – Personnes âgées et handicapées – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
 - Regards croisés de professionnels des Ehpad
 - Pierre Gouabault, directeur – Ehpad de Bracieux, Contres et Cour Cheverny (41)
 - Eric Clapier, directeur délégué au personnes âgées, Dr Caroline Serano, cheffe de pôle de gériatrie, et Anne Bohélay, cadre supérieure du pôle de gériatrie – Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier Simone Veil (95)
 - Présentation de données complémentaires sur les ressources humaines des Ehpad
 - Marine Boisson-Cohen, directrice de la prospective et des études – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Séance du 18 décembre 2025 - *Effets tarifaires sur les soins et coordination ville-hôpital*

- Évaluation de l'impact du passage au tarif global sur le parcours de soins des résidents et du renforcement de l'intégration des établissements dans la filière gériatrique
 - Premiers travaux de statistiques descriptives sur les financements des soins en Ehpad selon leur tarif
 - Anne Penneau, chercheuse à l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), conseillère scientifique du Conseil de l'âge, et Pauline Culioli, chercheuse à l'institut des politiques publiques (IPP)



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

Séance du 22 janvier 2026 - *Financements complémentaires et parcours*

- Identification des missions complémentaires et des leviers de financement : l'Ehpad comme centre de ressources territorial et moteur d'expérimentations organisationnelles
 - Les financements complémentaires
 - Mélina Ramos-Gorand, responsable du pôle Modèles et réformes tarifaires, Marianne Tenand, cheffe économiste, et Hugues Belaud, responsable du pôle prévision, répartition et suivi des financements – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
 - L'Ehpad comme centre de ressources territorial
 - Isabelle Musseau, administratrice nationale déléguée, membre du Conseil de l'âge, et Anne Pascaud, responsable médico-social – Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF)
 - Retour d'expérience territoriale
 - Sylvie Hervé, directrice, et Marie Voisin, cheffe de service – Equipe CENTICH - Vyv Pays-de-la-Loire (52)
 - Les expérimentations « article 51 » en lien avec les Ehpad/les parcours des personnes âgées
 - Cécile Lambert, rapporteure générale, et Dr Baptiste Pluvillage – Mission article 51

Séance du 19 février 2026 - *Questions éthiques*

- Réflexion sur les enjeux éthiques et l'accompagnement de la fin de vie en Ehpad : concilier respect du consentement, libertés individuelles et impératifs de sécurité
 - Point d'étape sur les travaux
 - Président et SG du HCFEA
 - Introduction sur les enjeux éthiques en Ehpad
 - Karine Lefeuvre, professeure, membre du Conseil de l'âge – Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

- La notion de consentement, les travaux du Comité consultatif national d'éthique
 - Régis Aubry, professeur des universités, praticien hospitalier retraité – Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Besançon (25)
- L'accompagnement des professionnels et des personnes concernées à la fin de vie en Ehpad
 - Sarah Dauchy, présidente du centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV), psychiatre au département de recherche et formation - Maison médicale Jeanne Garnier (Paris)
- Regard et rebonds
 - Pierre Suc-Mella, directeur général délégué Autonomie – Conseil départemental de Haute-Garonne (31)

Séance du 19 mars 2026 - *Organisations et performance*

- Focus sur les nouveaux leviers de mutualisation, de performance et de sécurisation du circuit du médicament au service de l'optimisation du pilotage et des fonctions logistiques
 - Présentation des dispositifs de groupements de coopération ou territoriaux d'ESMS
 - Michel Anrijs, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation, Sylvie Guessab, cheffe du bureau Gouvernance du secteur social et médico-social, et Gilles Chalençon, chargé de mission – Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
 - Présentation du programme Perf'Ehpad
 - Stéphane Pardoux, directeur général, et Marie-Sophie Ferreira, directrice du pôle médico-social – Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap)
 - Modalités d'organisation et données d'éclairage sur la dispensation des médicaments en Ehpad
 - SG du HCFEA
 - Un exemple de gestion par des Ehpad dotés d'une pharmacie à usage intérieur mutualisée
 - Emmanuel Sys, directeur d'Ehpad(s), administrateur, Nathalie Chapey, directrice des soins, et Thomas Froidevaux, pharmacien – GCSMS « Les Ehpad publics du Val-de-Marne » (94)
 - Un exemple de gestion par la pharmacie d'officine
 - Pierre Olivier Variot, pharmacien d'officine, président de l'Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)



Séminaire du 25 mars 2026 - Outils et usages du numérique en Ehpad

- Panorama du virage numérique en Ehpad : état des lieux des dispositifs de partage de données et des innovations technologiques au service du grand âge
 - o Les grands outils de la stratégie Numérique en santé et les Ehpad
 - Morgane Berthelot et Mériadec Féquant, directeurs de projets « transformation numérique du secteur social et médico-social » – Délégation au numérique en santé (DNS)
 - o Le plan ESMS numérique sur le volet Ehpad
 - Hélène Paoletti, directrice de l'appui au pilotage de l'offre – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
 - o « Retour d'expérience(s) » sur l'usage concret des outils du numérique en santé
 - Céline Brémard, directrice – Ehpad/Ssiad « Le Lien », Centre de ressources territoriale (CRT) Centre Sud Haute-Marne (52)
 - o Panorama des solutions éprouvées ou innovantes proposées par les acteurs de la Silver économie en France et à l'étranger
 - Mathieu Alapetite, directeur général – France Silver Eco
 - o Grille d'analyse et exemples identifiés de bons usages du numérique en Ehpad
 - Aurélien Roy, directeur Innovation – Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)
 - o Entendre pour agir – l'IA sonore Orikiio
 - Thomas Godard, directeur développement et partenariats – Orikiio

Séminaire du 8 avril 2026 - L'immobilier en Ehpad

- Diagnostic(s) des enjeux immobiliers et des besoins d'investissement : état du parc existant et leviers de financement pour la modernisation des établissements
 - o Le cadre juridique et les singularités des Ehpad au titre des codes de l'urbanisme, de la construction et de l'habitation
 - Benoît Ameye, sous-directeur des politiques de l'habitat, Emilie Vouillemet, sous-directrice de la qualité du cadre de vie, Olivier Marfaing et Thomas Zuelgaray, adjoints du sous-directeur de la qualité et du développement durable dans la construction – Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP)
 - o Le besoin d'investissement et le suivi du plan France relance
 - Hélène Paoletti, directrice de l'appui au pilotage de l'offre – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
 - o Les évolutions des besoins d'adaptation du parc existant
 - Delphine Pavy, directrice du pôle associatif et médico-social – Groupe Caisse des dépôts et consignations (CDC) Habitat
 - o L'exemple de « la cité des aînés » à Brest
 - Florence Favrel-Feuillade, directrice générale et Julie Chollet, directrice de site – Centre hospitalier universitaire (CHU) de Brest (29)

- Le point de vue et l'expérience des acteurs
 - Charles-Antoine Thel, responsable des questions immobilières – Groupe Clariane, syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées (Synerpa)
 - Delphine Langlet, directrice générale – Fondation partage et vie
 - Benjamin Caniard et Sandrine Courtois, co-responsables du pôle Autonomie et médico-social – Fédération Hospitalière de France (FHF)

Séance du 16 avril 2026 - *Quel(s) modèle(s) pour demain (1) ?*

- Mise en perspective de la corrélation entre modes de financement et qualité de l'accompagnement : enjeux de réforme de l'équation tarifaire et promotion de l'efficacité
 - Le modèle et les outils d'évaluation et de tarification des soins
 - Président du Conseil de l'âge
 - L'évaluation des besoins et les questions posées par le modèle Pathos et l'équation tarifaire
 - Romain Sibille, directeur adjoint de la direction de l'offre, Marina Bosquet et Christine Gaillandre Cléach, médecin conseil – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
 - Les indicateurs de qualité ou d'efficacité
 - Anne Penneau, chercheuse à l'Irdes, conseillère scientifique du Conseil de l'âge
 - Les incitations véhiculées par la tarification – analyse sociale des outils de tarification des Ehpad
 - Hélène Croguennec-Le Saout, chercheuse – Centre d'étude des mouvements sociaux Inserm – EHESP
 - Quels enjeux et objets pour l'évolution de la tarification des Ehpad ?
 - Président du Conseil de l'âge et SG du HCFEA

Séance du 21 mai 2026 - *Quel(s) modèle(s) pour demain (2) ?*

- Regards croisés sur la transformation des établissements : enseignements des modèles étrangers et partage d'expériences de terrain innovantes
 - Panorama international des soins de longue durée aux personnes âgées
 - Ana Llena Nozal, économiste senior, responsable du pôle « soins de longue durée » – Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
 - Quels résidents iront dans les Ehpad demain ?
 - SG du HCFEA
 - Présentation de la mission de l'Igas sur la transformation des unités de soins de longue durée
 - Delphine Corlay, inspectrice générale



- Rebond
 - Olivier Guérin, professeur des universités, praticien hospitalier en gériatrie, chef du pôle réhabilitation autonomie vieillissement, membre du Conseil de l'âge – Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice (06)
- Retour d'expérience - Habiter Kersalic, un nouveau modèle d'accompagnement médico-social
 - Corinne Antoine-Guillaume, directrice, accompagnée de Jacqueline Monnier, Mickael Quelen ainsi que des habitants/équipes – Ehpad Kersalic de Guingamp (22)

2 – Liste des figures, graphiques, tableaux et encadrés

Figures

Figure 1 Les séances du programme de travail du Conseil de l'âge sur les Ehpad	p. 14
Figure 2 Valeurs du point GIR départemental en 2025	p. 49
Figure 3 Extrait du plan Bien vieillir en Île-de-France 2026-2030 piloté par l'ARS Île-de-France	p. 87
Figure 4 Schéma de réforme de la tarification « soins et entretien de l'autonomie »	p. 105
Figure 5 De l'Ehpad à la « Maison'âge » : du lit au logement avec soins	p. 116

Graphiques

Graphique 1 Nombre de places installées en hébergement permanent	p. 20
Graphique 2 Structure par âge et par sexe des résidents accueillis en 2019 et en 2023	p. 21
Graphique 3 Répartition des résidents d'Ehpa selon leur tranche d'âge par catégorie d'établissement et par sexe en 2023	p. 22
Graphique 4 Répartition des résidents d'Ehpa au 31 décembre 2023 selon leur niveau de besoin d'aides à l'autonomie par catégorie d'établissement	p. 22
Graphique 5 Une hausse du GMP et du PMP des résidents en Ehpad	p. 23
Graphique 6 Part des résidents d'Ehpa confrontés, fin 2023, à une fragilité partielle ou totale selon le type d'activité, et comparaison avec 2019	p. 23
Graphique 7 Nombre moyen de journées d'hospitalisation par mois l'année précédant l'entrée en Ehpad	p. 24
Graphique 8 Accessibilité potentielle localisée à l'offre exprimée en nombre d'ETP à moins de 60 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus	p. 27
Graphique 9 Taux de croissance et contribution à la croissance de la DCSI	p. 31
Graphique 10 Composantes médicales et sociales de la DCSI (à gauche) et proportion de personnes de 65 ans ou plus, handicapées ou en besoin d'aides à l'autonomie au sens du Gali (à droite)	p. 31
Graphique 11 Nombre de lits en résidences et hôpitaux, entre 2013 et 2023	p. 32
Graphique 12 Taux d'occupation moyens des Ehpad par trimestre de 2019 à 2023	p. 34
Graphique 13 Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ?	p.36
Graphique 14 Si l'un de vos proches devenait « dépendant », que feriez-vous ?	p. 36
Graphique 15 Part des Ehpad ayant eu recours à l'intérim	p. 38
Graphique 16 Évolution du tarif de référence (valeur du point GMPS) qui permet de calculer par équation tarifaire le montant du forfait soins perçus par l'établissement	p. 43
Graphique 17 Structure de financement des Ehpad	p. 45
Graphique 18 Évolution des dépenses ambulatoires mensuelles moyennes par personne avant et après l'entrée en Ehpad	p. 46
Graphique 19 Nombre de journées annuelles d'hospitalisation, par type d'hospitalisation	p. 47
Graphique 20 Proportion de résidents décédés par lieu standardisé par âge, sexe, pathologies	p. 47
Graphique 21 Contribution des différents postes à l'évolution totale des charges	p. 56
Graphique 22 Contribution des différents financeurs à l'évolution totale des recettes	p. 56
Graphique 23 Répartition des résultats (équilibrés/déficitaires) des Ehpad publics depuis 2019	p. 58
Graphique 24 Taux d'encadrement (nombre d'ETP pour 100 places installées) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées	p. 59
Graphique 25 Évolution des points GMP (à gauche) et PMP (à droite) depuis 2015	p. 69
Graphique 26 Montants estimés par modalités d'accueil/dispositifs spécifiques en 2025	p. 71
Graphique 27 Comparaison établissement/domicile du coût annuel moyen par personne et par GIR	p. 85
Graphique 28 Taux effectif de prélèvements légaux selon le revenu et le secteur (après allègements généraux) ainsi que selon le niveau de salaire en part de Smic	p. 106



Tableaux

Tableau 1 Répartition des résidents entrés en 2023 selon leur niveau de besoin d'aide à l'autonomie par tranche d'âge	p. 24
Tableau 2 Nombre et durée de séjours des résidents d'EHPA sortis en 2023, selon la catégorie d'établissement	p. 25
Tableau 3 Répartition des personnes sorties d'hébergement permanent au cours de l'année 2023 selon le motif de sortie	p. 26
Tableau 4 Montant des financements par la branche autonomie et les ARS des différents établissements et services pour personnes âgées	p. 30
Tableau 5 Part des personnels présents depuis moins d'un an	p. 38
Tableau 6 Conventions avec des équipes mobiles	p. 48
Tableau 7 Evolution des valeurs moyennes et médianes de point GIR depuis 2018	p. 49
Tableau 8 Nombres de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), d'établissements ayant une convention APL ou accueil des bénéficiaires de l'ALS	p. 51
Tableau 9 Taux d'encadrement par profils de personnel en fonction du statut de l'établissement et du tarif soins (global ou partiel)	p. 60
Tableau 10 Taux d'encadrements par métiers des professionnels paramédicaux en 2019 et 2023	p. 61
Tableau 11 Coût complet - forfait soin des Ehpads et dépenses de soin de ville pour les Ehpads en tarif partiel – en 2023	p. 63
Tableau 12 Détail des financements complémentaires depuis 2020	p. 72
Tableau 13 Obligation des Ehpads au titre des soins	p. 73
Tableau 14 Scénarios d'évolution des USLD	p. 86

Encadrés

Encadré 1 La question du positionnement des Ehpads dans les travaux passés du Conseil de l'âge	p. 11
Encadré 2 Les principaux travaux sur le périmètre pertinent d'intervention des Ehpads	p.33
Encadré 3 Premiers retours chiffrés de l'expérimentation de la fusion des sections	p. 50
Encadré 4 Le « plan 50 000 ETP » - une trajectoire partiellement engagée et des effets à objectiver	p. 59
Encadré 5 Effet du passage au forfait global sur le recours hospitalier et les coûts	p. 63
Encadré 6 Le conventionnement Ehpads-officine – un cadre structurant pour la prise en charge médicamenteuse	p. 65
Encadré 7 « Concilier réalité et aspiration » - synthèse des travaux du Conseil de l'âge sur le lexique de l'âge et des personnes âgées	p. 76
Encadré 8 Un recours aux thérapeutiques non médicamenteuses (TNM) validées à développer	p.88
Encadré 9 Rappel des orientations du rapport « domicile » du Conseil de l'âge	p. 89
Encadré 10 Enseignements du séminaire sur l'immobilier et l'investissement en Ehpads du 8 avril 2026	p. 91
Encadré 11 Enseignements de la séance du Conseil de l'âge de février 2026	p. 92
Encadré 12 Témoignage de Jacqueline Monnier, présidente du CVS de l'Ehpads Kersalic (22)	p. 95
Encadré 13 Principales recommandations des trois rapports de l'Igas sur l'attractivité des métiers du sanitaire, du social et du médico-social de février 2026	p. 97
Encadré 14 L'analyse des premiers résultats des évaluations de la HAS	p. 98
Encadré 15 Coût et financement des évaluations externes, hors dépenses de la HAS et du COFRAC	p. 99
Encadré 16 Les premières préconisations du Conseil de l'âge dans son chapitre du rapport au Premier ministre des Hauts conseils de juin 2025	p. 101
Encadré 17 L'évolution du financement à la qualité des établissements de santé	p. 108
Encadré 18 La nécessaire transformation écologique du modèle Ehpads	p. 111
Encadré 19 L'action de la Fehap pour accompagner le développement de l'usage des solutions numériques et de l'IA au bénéfice de ses adhérents	p. 114

3 – Liste des sigles et acronymes

- **Ademe** | Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
- **AES** | Accompagnant éducatif et social (anciennement AMP)
- **Aggir** | Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (modèle évaluant l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne)
- **AJ** | Accueil de Jour
- **AMP** | Aide médico-psychologique
- **Anap** | Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale
- **ANS** | Agence du numérique en santé
- **APA** | Allocation personnalisée d'autonomie
- **APL** | Accessibilité potentielle localisée (indicateur d'adéquation entre offre et demande)
- **ARS** | Agence régionale de santé
- **ASH** | Aide sociale à l'hébergement
- **ATMP** | Accidents du travail et maladies professionnelles
- **CAF** | Caisse d'allocations familiales ou Capacité d'auto-financement
- **Carsat** | Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- **CASF** | Code de l'action sociale et des familles
- **Ccas/Cias** | Centre communal (ou intercommunal) d'action sociale
- **CCNE** | Comité consultatif national d'éthique
- **CICE** | Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
- **CNR** | Crédits non reconductibles
- **CNRACL** | Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
- **CNSA** | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- **CNSPFV** | Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
- **Cofrac** | Comité français d'accréditation
- **CPom** | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **CPTS** | Communautés professionnelles territoriales de santé
- **CRT** | Centre de ressources territorial
- **CSBM** | Consommation de soins et de biens médicaux
- **CTI** | Complément de traitement indiciaire (lié au Ségur de la santé)
- **CTP** | Convention tripartite pluriannuelle
- **CVS** | Conseil de la Vie Sociale
- **DAC** | Dispositif d'appui à la coordination
- **DCSi** | Dépense courante de santé au sens international
- **DGCS** | Direction générale de la Cohésion sociale
- **DGOS** | Direction générale de l'Offre de soins
- **DMP** | Dossier médical partagé
- **DNS** | Délégation au numérique en santé
- **Do.Mini.C.** | Dotation minimale de convergence
- **Drees** | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **DUI** | Dossier usager Informatisé
- **Ehpa** | Établissement d'hébergement pour personnes âgées
- **Ehpad** | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes



- **EMG** | Équipe mobile de gériatrie
- **EMS** | Établissement médico-social
- **Ensa PA** | Effort national de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- **EPRD** | État des prévisions de recettes et de dépenses
- **EPS** | Établissement public de santé
- **ERRD** | État réalisé des recettes et des dépenses
- **ESMS** | Établissement et service médico-social
- **Espic** | Établissement de santé privé d'intérêt collectif
- **ETP** | Équivalent temps plein
- **Fehap** | Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- **FHF** | Fédération hospitalière de France
- **FNMF** | Fédération nationale de la mutualité française
- **GCSMS/GTSMS** | Groupement de coopération (ou territorial) sociale et médico-sociale
- **GIR** | Groupe iso-ressources
- **GMP** | GIR moyen pondéré
- **GMPS** | Groupe iso-ressources moyen pondéré soins
- **GVT** | Glissement vieillesse-technicité
- **HAD** | Hospitalisation à domicile
- **HAS** | Haute autorité de santé
- **HDS** | Hébergeur de données de santé
- **HT** | Hébergement temporaire
- **IFAQ** | Incitation financière à l'amélioration de la qualité
- **Igas** | Inspection générale des affaires sociales
- **Igedd** | Inspection générale de l'environnement et du développement durable
- **IGF** | Inspection générale des finances
- **IPA** | Infirmière en pratique avancée
- **IPP** | Institut des politiques publiques
- **Irdes** | Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- **MCO** | Médecine chirurgie obstétrique
- **MKR** | Masseurs-kinésithérapeutes Rééducateurs
- **MND** | Maladies neuro-dégénératives
- **OCDE** | Organisation de coopération et de développement économiques
- **OGD** | Objectif global de dépenses
- **Ondam** | Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- **Pasa** | Pôle d'activités et de soins adaptés
- **PFR** | Plateforme d'accompagnement et de Répit
- **PHV** | Personnes handicapées vieillissantes
- **PLFSS** | Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
- **PMP** | Pathos moyen pondéré (besoin moyen en soins médicaux)
- **Priac** | Programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- **PSGA** | Plan solidarité grand âge
- **PUI** | Pharmacie à usage Intérieur
- **PUV** | Petites unités de vie

- **QENA** | Questionnaire de mesure de la qualité de vie des conditions de travail
- **Rama** | Rapport d'activité médical et administratif
- **RASA** | Résidence d'accompagnement et de soin pour aînés
- **RGPD** | Règlement général sur la protection des données
- **RSS** | Résidence services seniors
- **SAD** | Service autonomie à domicile
- **SI** | Système d'information
- **SIEG** | Service d'intérêt économique général
- **SLD** | Soins de longue durée
- **SMR** | Soins médicaux et der
- **SMTI** | Soins médicaux et techniques importants
- **SNDS** | Système national des données de santé
- **SPDA** | Service public départemental de l'autonomie
- **Ssiad** | Service de soins infirmiers à domicile
- **Synerpa** | Syndicat national des établissements, résidences et personnes âgées (services d'aide à domicile privés)
- **TNM** | Thérapeutiques non médicamenteuses
- **UHR** | Unité d'hébergement renforcée
- **USLD** | Unité de soins de longue durée
- **Uspo** | Union des syndicats de pharmaciens d'officine



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

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

Retrouvez nos dernières actualités sur

hcfea.gouv.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

