COALITION 2027

Pour l'autonomie des personnes agées

Protéger l'autonomie **de tous les séniors fragiles**

Un modèle efficient et soutenable, centré sur leurs besoins, pour les trente prochaines années

Septembre 2026

10 LEVIERS CONCRETS
UN MODÈLE CHIFFRÉ À HORIZON 2050

Document de synthèse à l'attention des candidats à l'élection présidentielle de 2027

SYNTHESE

Le nouveau modèle en une page

LA COALITION 2027

La Coalition 2027

Quinze institutions publiques et privées du grand âge, réunies en six conférences de consensus entre janvier et juillet 2026, proposent un modèle transpartisan de gestion de la dépendance, mis à la disposition de tous les candidats à l'élection présidentielle de 2027 — sans exclusivité ni orientation partisane.

Le constat : un système à bout de souffle

- Dépense publique quasi triplée d'ici 2050 (34,2 → 103 Md€, soit 1,15 % à 1,72 % du PIB).
- Reste à charge subi jusqu'à 1 850 €/mois en établissement, supérieur aux revenus de 75 % des résidents.
- Financement de la CNSA à 88 % par l'impôt et 8 % seulement par une cotisation dédiée.
- Pilotage territorial illisible : millefeuille de dispositifs sans réelle vision d'ensemble.

La vision stratégique : 4 principes

- Prévenir avant de réparer : repérer les fragilités dès la retraite.
- Un État stratège, un pilote territorial unique par département (le SPDA).
- Un financeur par nature de prestation : soin → Assurance Maladie ; dépendance → CNSA/départements.
- Un cadre engageant pour les opérateurs, évalué de façon indépendante.

10 MESURES POUR BASCULER

10 mesures pour basculer vers le nouveau modèle

- **1. Repérage systématique à la retraite —** test de fragilité par la CNAV, renouvelé à 5 et 10 ans.
- **2. Un care manager par personne fragile —** évaluation, coordination et suivi dans la durée.
- **3. Un contrat unique de prise en charge (CPCA) —** plan d'aides fondé sur les besoins réels, non plafonné a priori.
- **4. Loi de programmation du grand âge à 5 ans —** portée par l'ensemble des ministères sociaux.
- **5. Un guichet unique par département (SPDA) —** interlocuteur unique des usagers et des opérateurs.
- **6. Une CNSA renforcée en « Parlement du médico-social » —** gouvernance rééquilibrée entre État, départements, partenaires sociaux et usagers.
- **7. Un financeur par nature de prestation —** soin → Assurance Maladie ; dépendance → CNSA/départements.
- **8. Un tarif national de référence à domicile —** chaque heure facturée couvre son coût réel.
- **9. Trajectoire de financement pérenne —** cotisation des retraités aisés portée de 8 % à 30 % d'ici 2050, sans recours au patrimoine.
- **10. Contrat d'engagement et évaluation indépendante —** pour tout opérateur de services, avec voix des usagers (SAT-CARSAT et CDCA).

Ce que ce document met à disposition des candidats

- Un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs du secteur, sans étiquette partisane.
- Une vision stratégique cohérente, déjà arbitrée entre des intérêts parfois divergents.
- 10 mesures concrètes, directement transposables dans un programme de gouvernement.
- Un modèle chiffré, dont les gains sociaux et économiques sont documentés à horizon 2050.

DIAGNOSTIC

Le « mur de 2030 » en un coup d'œil

x 3	103 Md€	1 850 €	15
Quasi-triplement de la dépense publique pour l'autonomie d'ici 2050	Dépense publique projetée en 2050, contre 34,2 Md€ en 2025	Reste à charge médian mensuel en établissement, hors budget de 75 % des résidents	Institutions engagées dans la Coalition, toutes sensibilités confondues

Un système à bout de souffle

Le système français de prise en charge de la dépendance a construit, depuis vingt ans, une infrastructure réelle de services. Mais il montre aujourd'hui des signes d'essoufflement structurel qui appellent une refonte, et non un simple ajustement.

CE QUI NE VA PLUS	CE QUI FONCTIONNE ET DOIT ÊTRE CONSERVÉ
Un financement fragmenté entre 4 acteurs (CNSA, départements, Assurance Maladie, État), illisible pour le citoyen.	Un maillage d'opérateurs déjà dense sur tout le territoire (aide à domicile, EHPAD, soins infirmiers).
Un reste à charge subi : jusqu'à 1 850 €/mois en établissement, supérieur aux revenus de 75 % des résidents.	Des prestations qui existent déjà pour l'essentiel des besoins, via la CNAV et l'Assurance Maladie.
Des plans d'aide plafonnés sur des critères budgétaires : à domicile, un bénéficiaire très dépendant (GIR 1) ne reçoit en moyenne que 85h/mois, pour des besoins réels estimés à 150h.	Un premier tarif plancher national mis en place en 2022, qui a déjà revalorisé la moitié des heures d'aide facturées en France.
Un pilotage territorial illisible : conférences des financeurs, commissions de coordination et schémas multiples sans réelle coordination.	Une 5e branche de la Sécurité sociale, créée en 2020, qui a posé un premier cadre institutionnel pour l'autonomie.
La branche autonomie (CNSA) est financée à 88 % par l'impôt (CSG) et seulement 8 % par une cotisation dédiée.	Des outils d'évaluation des besoins déjà éprouvés (grilles FRAGIRE, AGGIR, PATHOS) sur lesquels s'appuyer sans tout reconstruire.
Un modèle centré sur l'établissement plutôt que sur la prévention et le domicile, alors que le domicile coûte structurellement moins cher aux finances publiques.	Un mouvement de fond déjà engagé depuis 2015 mais peu structuré (virage domiciliaire, Services Autonomie à Domicile) sur lequel s'appuyer.

La dépense publique pour l'autonomie des personnes âgées passera de 34,2 Md€ en 2025 (1,15 % du PIB) à 103 Md€ en 2050 (1,72 % du PIB) — un quasi-triplement porté surtout par la hausse de la prévalence de la dépendance, avec une accélération marquée entre 2030 et 2040.

STRATEGIE

La vision stratégique du nouveau modèle

Face à ce constat, la Coalition 2027 ne propose ni un simple ajustement paramétrique, ni une nationalisation complète, ni une décentralisation totale. Elle propose un modèle hybride, organisé autour de quatre principes simples et complémentaires.

1

Prévenir avant de réparer

Repérer les fragilités dès le départ à la retraite, pour agir avant l'installation d'une dépendance irréversible, plutôt que d'attendre la crise. C'est aussi le principe le plus rentable économiquement.

2

Un État stratège, un pilote territorial unique

L'État fixe le cap national ; un guichet unique par département (le SPDA) devient l'interlocuteur de toutes les personnes âgées et de tous les opérateurs, en lieu et place du millefeuille actuel.

3

Un financeur par nature de prestation, pas par type de structure

Le soin médical est toujours financé par l'Assurance Maladie ; la perte d'autonomie et l'accompagnement sont toujours financés par la CNSA et les départements — que la personne soit chez elle ou en établissement.

4

Un cadre engageant et évalué, pas une simple déclaration d'intention

Les opérateurs de services s'engagent contractuellement sur des objectifs de qualité, mesurés par une instance indépendante — et non plus seulement par celui qui organise le système.

Un parcours de vie gradué, centré sur la personne

ÉTAPE ET PRINCIPE RETENU	FINANCEUR PRINCIPAL
1. Domicile — Adaptation du logement, services médicaux et aides à domicile, prolongés aussi longtemps que l'état de santé le permet.	CNSA / département / Assurance Maladie
2. Habitat intermédiaire — Logement sécurisé (gardiennage) associé à un ensemble de services soins-aides sous contrat.	CNSA / département
3. Établissement spécialisé — Réservé à la grande dépendance, avec une offre de soins intensive pour les phases les plus lourdes, sans barrière d'âge.	Assurance Maladie (soin) / résident (hébergement)

Ce parcours n'est pas linéaire : des équipes mobiles gèrent les épisodes de décompensation transitoire sans changement automatique de structure, et un retour vers un profil plus autonome reste toujours possible après une prise en charge réussie.

PROGRAMME D'ACTION

10 mesures concrètes pour basculer vers le nouveau modèle

Ces mesures forment un ensemble cohérent : chacune est nécessaire, mais c'est leur combinaison qui produit le changement de modèle. Elles sont directement transposables dans un programme de gouvernement.

AXE 1 — PRÉVENIR ET MIEUX ACCOMPAGNER LES PARCOURS

1

Un repérage systématique à la retraite

Un test d'auto-évaluation des fragilités (FRAGIRE), proposé automatiquement à chaque nouveau retraité par la CNAV, et renouvelé 5 puis 10 ans après.

2

Un « care manager » pour chaque personne fragile ou dépendante

Un professionnel unique — issu des métiers d'assistante sociale ou d'infirmier — responsable de l'évaluation des besoins, de la coordination des aides et du suivi dans la durée. Cette nouvelle filière pourrait créer près de 100 000 emplois qualifiés d'ici 2050.

3

Un contrat de prise en charge (CPCA)

Un plan d'aides individualisé, construit à partir des besoins réels évalués médicalement (grille AGGIR/Pathos), et non plus plafonné a priori par une enveloppe budgétaire.

AXE 2 — UNE GOUVERNANCE CLAIRE : UN ÉTAT STRATÈGE, UN PILOTE TERRITORIAL UNIQUE

4

Une loi de programmation du grand âge à 5 ans

Portée par l'ensemble des ministères sociaux, pour sortir la politique du grand âge de la seule gestion réglementaire au coup par coup.

5

Un guichet unique par département (le SPDA)

Le Service Public Départemental de l'Autonomie devient l'interlocuteur unique des personnes âgées et des opérateurs, en lieu et place du millefeuille actuel — il absorbe notamment les dispositifs de coordination existants (DAC, CLIC).

6

Une gouvernance rééquilibrée de la CNSA

Moins de poids pour l'État seul, davantage de place pour les départements, les partenaires sociaux et les représentants des usagers — la CNSA devient un véritable « Parlement du médico-social », doté d'un rapport stratégique annuel.

AXE 3 — UN FINANCEMENT CLARIFIÉ, DOCUMENTÉ ET SOUTENABLE

7

Un financeur par nature de prestation

Les soins médicaux sont toujours financés par l'Assurance Maladie — y compris pour les patients les plus lourds, sans barrière d'âge — tandis que la perte d'autonomie et l'accompagnement sont financés par la CNSA et les départements. Le triptyque USPC / EHPAD rénové / Domicile devient le cadre de référence.

8

Un tarif national de référence pour l'aide à domicile

Fixé au niveau national, il garantit que chaque heure d'aide facturée est réellement rémunérée à son coût, mettant fin aux écarts actuels de plusieurs euros par heure selon les départements.

9	**Une trajectoire de financement pérenne et documentée** Relèvement progressif et ciblé de la contribution des retraités les plus aisés, pour porter la part des cotisations sociales dans le financement de l'autonomie d'environ 8 % à 30 % d'ici 2050 — sans aucun recours au patrimoine des familles.

AXE 4 — DES ENGAGEMENTS DE QUALITÉ, ÉVALUÉS DE FAÇON INDÉPENDANTE

10	**Un contrat d'engagement obligatoire pour les opérateurs de services** Tout opérateur souhaitant bénéficier de la visibilité et des financements publics signe un contrat sur ses missions et ses indicateurs de qualité, évalués chaque année par un Service Autonomie Territoires en CARSAT et par un CDCA rénové — avec une place formalisée pour la voix des usagers.

Une règle de discipline budgétaire pour sécuriser le modèle

Le budget de la branche autonomie doit être structurellement à l'équilibre sur une période glissante de 5 ans — condition de la crédibilité du modèle auprès des cotisants et des financeurs, et garantie que l'effort demandé ne sera pas reporté sur les générations futures.

IMPACT

Le gain économique et social du nouveau modèle

Le nouveau modèle n'est pas qu'une question d'organisation : c'est aussi, et peut-être surtout, une décision économique. Les travaux de l'Institut Santé (rapport Bizard , juillet 2025) démontrent que la prévention et le maintien à domicile sont les deux principaux leviers de soutenabilité financière du système.

Le domicile coûte structurellement moins cher que l'établissement

11 700 €	22 600 €	x 2
Coût public moyen par personne et par an à domicile	Coût public moyen par personne et par an en établissement	Rapport de coût établissement / domicile, tous GIR confondus

L'écart croît avec le niveau d'autonomie : pour une personne en GIR 4, l'établissement coûte 4 fois plus cher aux finances publiques qu'un maintien à domicile (28 700 € contre 7 500 € par an, tous financeurs confondus).

Le coût de l'inaction

0,2 pt PIB	0,37 pt PIB	~50 Md€
Coût de l'inaction sur le seul virage domiciliaire en 2050	Coût de l'inaction sur la seule prévention, scénario défavorable	Coût cumulé de la double inaction en 2050 (scénario pessimiste)

La silver économie : un relais de croissance pour les territoires

Un modèle public stable, centré sur la prévention et le domicile, solvabilise un marché privé en forte croissance : la silver économie est estimée à 60 Md€ au début des années 2020, avec un potentiel de doublement à 130 Md€ d'ici 2030, selon le ministère de l'Économie et des Finances — des emplois non délocalisables, précieux pour les territoires ruraux les plus vieillissants.

Le gain social : la dignité et la réversibilité de la fragilité

Illustration — un senior de 70 ans repéré fragile par la CNAV

Aujourd'hui : aucune suite structurée au repérage. Cinq ans plus tard, la fragilité s'est aggravée jusqu'à la perte d'autonomie : la personne bascule en GIR 2, avec une demande d'APA déposée dans l'urgence après une chute à domicile.

Demain : le repérage déclenche une orientation automatique vers le SPDA, qui ouvre un contrat de prise en charge (CPCA) avec un care manager référent. À J+5 ans, la personne a regagné en autonomie et reste à un stade de fragilité légère, sans avoir basculé vers la dépendance.

- Respecter le choix de la grande majorité des personnes âgées, qui préfèrent vieillir chez elles plutôt qu'en établissement.
- Garantir la même dignité de prise en charge à tous les niveaux de dépendance, y compris pour les profils les plus lourds en établissement.
- Créer, avec le métier de care manager, une nouvelle filière professionnelle qualifiée et non délocalisable.
- Réduire l'isolement social par une coordination continue des parcours, plutôt qu'un accompagnement fragmenté.

SYNTHESE FINALE

Ce que le nouveau modèle change, acteur par acteur

AUJOURD'HUI	DEMAIN, AVEC LE NOUVEAU MODÈLE
Personnes âgées et familles — Plan d'aide plafonné sur des critères budgétaires, reste à charge subi et imprévisible, démarches dispersées entre plusieurs guichets.	Plan d'aide construit sur les besoins réels, reste à charge plafonné et équitable, guichet unique et contrat unique de prise en charge.
Aidants — Charge de coordination reposant largement sur la famille, faute d'un interlocuteur identifié et continu.	Un professionnel référent (« care manager ») coordonne le parcours et devient l'interlocuteur stable de la famille.
Professionnels et opérateurs — Tarifs horaires très variables selon les départements, parfois inférieurs au coût réel du service.	Un tarif national de référence garantit que chaque heure facturée couvre réellement son coût, sur tout le territoire.
Départements — Pilotage éclaté entre de multiples dispositifs de coordination, sans réelle vision d'ensemble ni évaluation indépendante.	Rôle de pilote territorial unique et clarifié, avec une évaluation externe qui objective la performance sans juge-et-partie.
Assurance Maladie — Frontière floue entre soins et dépendance, notamment pour les patients les plus lourds en établissement.	Principe clair : la Maladie finance systématiquement le soin, y compris pour les patients les plus lourds, sans barrière d'âge.
État et CNSA — Réflexion stratégique limitée à une poignée d'agents, gouvernance jugée déséquilibrée au profit du seul État.	Un État stratège doté d'une loi de programmation à 5 ans ; une gouvernance rééquilibrée associant départements, partenaires sociaux et usagers.

Finances publiques — Financement à 88 % par l'impôt, peu lisible et politiquement fragile à chaque débat budgétaire ; virage domiciliaire non engagé.	Trajectoire de financement documentée jusqu'à 2050, rééquilibrée entre impôt et cotisation dédiée, sous une règle d'équilibre budgétaire à 5 ans.

Un modèle prêt à intégrer un programme présidentiel

Le travail de fond est fait. Six conférences de consensus, quinze institutions engagées, un modèle chiffré à horizon 2050 : la Coalition 2027 met à la disposition de tous les candidats un projet de réforme immédiatement mobilisable, sans qu'il soit nécessaire de reconstruire un diagnostic ou un arbitrage déjà posé.

Ce que la Coalition 2027 propose à chaque candidat

- Faire de l'autonomie des personnes âgées une priorité politique affirmée de la campagne 2027.
- Ouvrir le débat sur le financement : de 8 % à 30 % de cotisations sociales dédiées d'ici 2050.
- Engager le déploiement du modèle dès 2027, pour une prise en charge de la dépendance efficace et soutenable dans la durée.

Contact

Coalition 2027 pour l'autonomie des personnes âgées
Mail : coalition2027autonomie@gmail.com

2027
COALITION
Pour l'autonomie des personnes agées