COALITION 2027

Pour l'autonomie des personnes agées

Le nouveau modèle de gestion **du risque dépendance**

Septembre 2026

Rapport Expert*

*Ce rapport s'adresse aux décideurs et acteurs institutionnels impliqués dans la gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées, ainsi qu'à toute personne disposant d'une bonne connaissance du sujet.

SOMMAIRE

PREAMBULE **3**

La Coalition 2027 pour l'autonomie des personnes agees 3
L'esprit du projet *3*
Les membres *3*
Le mode de travail *3*
Les objectifs *3*

SYNTHESE **4**

Pourquoi un nouveau modèle ? *4*
Stratégie — prévenir, structurer, équiper *4*
Gouvernance — un État stratège, un pilote territorial unique *4*
Financement — un financeur par nature de prestation *4*
Organisation des acteurs — un cadre contractualisé et évalué *5*
Ce que le modèle change pour une personne âgée *5*
Les chiffres cles 5

LE NOUVEAU MODÈLE **6**

PARTIE 1 — LA STRATEGIE DE GESTION DU RISQUE DEPENDANCE **6**

1.1 Prevenir le risque dependance : un reperage systematique pilote par la CNAV 6
1.2 Structurer les parcours : du reperage au plan d'aide individualise 7
La conception du plan d'aides *7*
Le care manager, pierre angulaire du nouveau modèle dans la gestion amont du risque *7*
1.3 Le SPDA : potentialiser une offre qui doit elle-meme se transformer 8
1.4 Un parcours de vie en trois etapes graduees 8
Synthese 8

PARTIE 2 - LA GOUVERNANCE DU RISQUE DEPENDANCE **9**

2.1 Un État stratege du grand age 9
2.2 Reequilibrer la gouvernance de la CNSA 9
2.3 Le SPDA, ordonnateur principal de la politique d'autonomie departementale 10
2.4 La grille de repartition national / local 10
2.5 Coordination du sanitaire et medico-social sur la prevention – role des CARSAT 11
2.6 Schema de la gouvernance cible 11
2.7 Decentralisation ou 5e branche 12
2.8 Participation des usagers, donnees et ressources humaines 12
Synthese 13

PARTIE 3 — LE FINANCEMENT DU RISQUE DEPENDANCE **14**

3.1 Un financement aujourd'hui fragmente entre quatre acteurs 14
3.2 Le reste a charge : distinguer ce qui est subi de ce qui est choisi 15
3.3 Les besoins de financement a horizon 2050 15
3.4 Definir qui finance quoi : un prealable juge prioritaire 16
3.5 Le triptyque USPC / EHPAD renove / Domicile-RSS 17
3.6 Un tarif socle national pour garantir la viabilite des services dans chaque territoire 18
3.7 Impot ou cotisation assurantielle ? 18
3.8 Le financement assurantiel prive : un second niveau a construire 19
3.9 Rapprocher l'APA du modele PCH : un objectif desirable mais couteux 20
3.10 La regle d'or budgetaire pour la Securite Sociale 21
Synthese 21

PARTIE 4 - L'ORGANISATION DES ACTEURS ET LE FONCTIONNEMENT DU SPDA **22**

4.1 Un cadre encore peu materialise, appele a federer l'existant 22
4.2 Les principes structurants : les lois de Rolland transposees a l'autonomie 22
4.3 Combler une lacune du droit : le contrat d'adhesion des operateurs 23
4.4 La gouvernance operationnelle : le Service Autonomie du Conseil departemental 24
4.5 Une evaluation independante a deux etages 24
Synthese 26

PARTIE 5 — LE NOUVEAU MODELE EN SYNTHESE **27**

5.1 Le parcours de la personne, du reperage a la grande dependance 27
5.2 Les trois piliers institutionnels qui portent le modele 27
5.3 Le principe financier unificateur : un financeur par nature de prestation 28
5.4 Ce que le nouveau modele change concretement pour une personne agee 29
Avant / Après — un premier exemple illustratif *29*

LES 10 MESURES PHARES DU NOUVEAU MODELE **31**

Préambule

La Coalition 2027 pour l'autonomie des personnes âgées

L'esprit du projet

La Coalition 2027 est une Coalition ad hoc de volontaires, inspirée de la « *Coalition of the willing* » constituée en mars 2025 en soutien à l'Ukraine. Elle réunit autour d'une conviction commune : le système de prise en charge de la dépendance doit être structurellement repensé pour affronter le « mur de 2030 », point d'accélération de la prévalence de la perte d'autonomie. Cette Coalition 2027 est indépendante, citoyenne, transpartisane, proactive et volontaire. Elle vise à transformer une réflexion déjà mûre en un projet politique concret, porteur d'un modèle universel, solidaire et soutenable pour les trente prochaines années.

Les membres

La Coalition 2027 rassemble, à titre volontaire, une quinzaine d'institutions publiques et privées représentatives de la diversité des acteurs du secteur : opérateurs de services à la personne et de soins à domicile, établissements et fédérations professionnelles, ordres et représentants des professions médicales et paramédicales, associations de retraités, d'aidants et d'usagers, collectivités territoriales, organismes de protection sociale.

Le mode de travail

Le projet se déroule en deux phases. Le premier semestre 2026 a été consacré à la construction du consensus autour du nouveau modèle. Dans un cadre confidentiel garantissant la liberté de parole de chaque participant, six conférences de consensus ont traité un thème structurant (stratégie, gouvernance, financement, organisation des acteurs). Chaque séance a donné lieu à un tour de table, puis à une synthèse des points convergents soumise à validation de l'ensemble des membres.
Le second semestre 2026 ouvre la phase de communication et de promotion du modèle ainsi construit, pilotée par toutes les institutions et personnalités qui choisissent de s'afficher publiquement derrière la plateforme, qu'elles aient ou non participé à la première phase, selon une logique de participation à la carte.

Les objectifs

- Concevoir un modèle performant, innovant et soutenable pour les 30 prochaines années ;
- Produire un document programmatique unique, accessible à tous, conçu comme un programme politique clé en main plutôt qu'un rapport d'experts.
- Garantir la crédibilité du contenu par la seule autorité de la Coalition, sans nécessité de sourcer des travaux académiques tiers.
- Mettre ce modèle à la disposition de l'ensemble des candidats à l'élection présidentielle de 2027, sans exclusivité ni orientation partisane.
- Créer les conditions pour que l'autonomie des personnes âgées devienne une priorité politique affirmée de la campagne présidentielle 2027 et du quinquennat qui suivra.

Synthèse

Pourquoi un nouveau modèle ?

Le système français de prise en charge de la dépendance des personnes âgées montre des signes d'essoufflement structurel face au « mur de 2030 ». La dépense publique dédiée à l'autonomie devra quasiment tripler d'ici 2050, passant de 34,2 à 103 milliards d'euros (1,72 % du PIB), tandis qu'un reste à charge déjà élevé - jusqu'à 1 850 €/mois en établissement – pèse sur les personnes les plus fragiles et sur leurs proches. Face à ce constat partagé, la Coalition 2027, qui réunit une quinzaine d'institutions publiques et privées, a mené six conférences de consensus entre janvier et juillet 2026 pour construire un modèle de gestion du risque dépendance cohérent, soutenable et transpartisan, mis à la disposition de l'ensemble des candidats à l'élection présidentielle de 2027.

Stratégie — prévenir, structurer, équiper

La CNAV pilote un repérage systématique des fragilités dès le passage à la retraite (test FRAGIRE, renouvelé à J+5 et J+10 ans), articulé avec le bilan de santé de la CNAM. Les personnes repérées fragiles intègrent un programme de « care management » pour prévenir l'installation de fragilités irréversibles, tandis que les parcours de dépendance avérée sont structurés par un Contrat de Prise en Charge de l'Autonomie (CPCA). Le modèle mobilise en parallèle les aides techniques innovantes (silver tech) à chaque étape du parcours.

Gouvernance — un État stratège, un pilote territorial unique

L'État fixe le cadre national des droits et devoirs de la politique d'autonomie. Le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA), piloté par le Service Autonomie du Conseil départemental, devient l'ordonnateur territorial unique, absorbant les dispositifs de coordination existants (DAC, CLIC). La CNSA voit son rôle renforcé : elle fonctionne comme un véritable Parlement du médico-social, garant d'un modèle décentralisé mais intégré à un système national universel.

Financement — un financeur par nature de prestation

Le principe unificateur du modèle est simple : le financeur est déterminé par la nature de la prestation, et non par le type de structure qui la délivre. L'Assurance Maladie finance le soin - y compris dans les futures Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) qui remplaceront les USLD - tandis que la CNSA et les départements financent la dépendance et l'accompagnement, en EHPAD rénové comme à domicile. Un tarif socle national, fixé par la CNSA, garantit la viabilité des services dans chaque territoire. Pour rééquilibrer une CNSA aujourd'hui financée à 88 % par l'impôt (CSG), la part des cotisations sociales portées par les retraités les plus aisés passerait de 8 % à 30 % du financement de la CNSA d'ici 2050, via un relèvement progressif de la CASA à environ 3,45 %.

Organisation des acteurs — un cadre contractualisé et évalué

Tout opérateur souhaitant bénéficier de la visibilité et des financements du SPDA signe un contrat d'adhésion l'engageant sur ses missions et ses indicateurs de contribution. La qualité du service est évaluée à deux étages indépendants : un Service Autonomie Territoires (SAT), créé au sein des CARSAT, pour l'évaluation institutionnelle et la comparaison interdépartementale ; un Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) rénové pour l'évaluation de la qualité vécue par les usagers. Les deux évaluations remontent conjointement à la CNSA.

Ce que le modèle change pour une personne âgée

Un Contrat de prise en charge de l'Autonomie (CPCA) unique formalise un plan d'aides construit à partir des besoins réels évalués, et non contraint a priori par une enveloppe plafonnée. Un tarif de référence national garantit que chaque heure facturée est réellement rémunérée à son coût. Un guichet unique au sein du SPDA sécurise l'accès aux droits, et la qualité du service reçu est désormais évaluée par une instance indépendante - donnant corps à une prise en charge plus lisible, plus équitable et soutenable pour les trente prochaines années.

Les chiffres clés

Dépense publique actuelle	29,5 Md€ en 2023, soit 1,06 % du PIB, répartis entre quatre financeurs publics.
Dépense totale	Environ 38 Md€ en 2023, dont 21 % - près de 8 Md€ - restent à la charge des ménages.
Trajectoire de prévalence à 2050	Evolution de la prévalence de dépendance des séniors de 14,3% (2,7 M) à 14,8% (3,6 M)
Trajectoire financière à 2050	34,2 Md€ en 2025, 56,1 Md€ en 2035 et 103 Md€ en 2050 : un triplement en vingt-cinq ans.
Poids dans l'économie	De 1,15 % du PIB en 2025 à 1,72 % en 2050, soit +0,57 point de PIB.
Fragmentation du financement	CNSA : 18,8 Md€ ; départements : 5,0 Md€ ; CNAM : 4,3 Md€ ; État : 1,4 Md€ en 2023.
Reste à charge	61 % portent sur l'hébergement, 38 % sur la dépendance et 1 % sur les soins.
Gouvernance de la CNSA	52 membres et 92 voix au Conseil, dont 41 détenues par l'État : une gouvernance à rééquilibrer.
Alignement APA-PCH	Selon l'ambition retenue, un surcoût immédiat de 2,5 à 4,3 Md€ ; jusqu'à 11 Md€ en 2050 pour un alignement complet.

LE NOUVEAU MODÈLE

Partie 1 — La stratégie de gestion du risque dépendance

Les fondations stratégiques du nouveau modèle sont centrées sur trois axes : la prévention du risque, la structuration, l'évaluation des parcours et l'usage massif des aides techniques innovantes (silver tech).

1.1 Prévenir le risque dépendance : un repérage systématique piloté par la CNAV

Si l'essentiel des prestations nécessaires aux personnes fragiles existe déjà, notamment à travers les prestations sociales de la CNAV, la marge de progrès se situe dans le repérage des personnes fragiles et l'accès au bon service. La CNAV, qui dispose des données socio-économiques de chaque assuré au moment du passage à la retraite, est identifiée comme l'opérateur naturel de ce repérage à grande échelle.

Le mécanisme retenu

- Un test d'auto-évaluation fondé sur la grille FRAGIRE, proposé à chaque nouveau retraité, renouvelé à J+5 ans et J+10 ans pendant la retraite.
- Une identification des déterminants de la fragilité - santé, habitat, vie sociale, situation socio-économique -, articulée avec le bilan de santé de la CNAM.
- Une intégration des personnes repérées « *fragiles* » dans un programme de « *care management* » pour prévenir l'installation de fragilités irréversibles.
- Des campagnes d'information pour responsabiliser les usagers et leur permettre de « *venir* vers » le système, et non plus seulement d'être recherchés par lui.

Ce dispositif s'inscrit dans un continuum de prévention tout au long de la vie, associant trois caisses selon une logique de séquence : la CNAM pour la prévention santé avant 60 ans (avec, en germe, un bilan de santé dont la myologie à 45-50 ans), la CNAV pour le repérage et l'orientation des fragilités au moment de la retraite, et la CNSA pour la prise en charge des personnes fragiles puis dépendantes.

1.2 Structurer les parcours : du repérage au plan d'aide individualisé

La gouvernance du repérage et du pilotage des parcours des personnes fragiles (GIR 5-6) a été définie ainsi :

Pilotage du repérage	Pilotage du plan d'aides
CNAV, dès le départ en retraite, puis J+5 ans et J+10 ans	CNAV, en lien avec le Conseil départemental ; transmission à la CNSA en cas de bascule vers la dépendance (GIR 4)

La prise en charge des personnes fragiles ou dépendantes repose sur un nouvel outil central : le **Contrat de Prise en Charge de l'Autonomie (CPCA)**.
Il comprend un plan d'aides individualisé réévalué au moins une fois par an, des objectifs mesurables, une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un care manager, l'intégration systématique des aides techniques innovantes disponibles, et des modalités d'évaluation définies par la HAS et la CNSA.

La conception du plan d'aides

Une fois la demande d'un usager saisie par un opérateur de services, elle est transmise au Conseil départemental pour que les fonctionnaires territoriaux compétents en la matière évaluent le profil de dépendance de la personne et le contenu du plan d'aides.

Deux évolutions sont proposées par la Coalition 2027 concernant le plan d'aides : le périmètre de ce plan d'aides (dont le nombre d'heures, les aides techniques...) est défini à partir des besoins stricts et non des limites financières (logique PCH et non APA), et une évaluation annuelle de ces plans d'aides devra systématiquement intervenir.

Le care manager, pierre angulaire du nouveau modèle dans la gestion amont du risque

Plutôt que de créer un métier ex nihilo, la Coalition 2027 privilégie l'évolution des métiers existants, dans le prolongement naturel de celui d'assistante sociale, qui associe des compétences paramédicales et sociales.
Le care manager est responsable de l'évaluation des besoins, de la coordination des intervenants, du suivi du plan d'aides et du lien avec le médecin traitant.
Une spécialisation de 300 heures en licence 3, ouverte aux infirmiers et aux travailleurs sociaux, est proposée pour décloisonner les deux mondes du soin et de l'aide.

1.3 Le SPDA : potentialiser une offre qui doit elle-même se transformer

Le cadre fédérateur pour piloter l'offre de services est le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA), qui deviendra le fil rouge de tout le modèle.
Son rôle initial est de faire rencontrer l'offre et la demande au bon moment, en intégrant les personnes fragiles dans une offre publique et privée adaptée : l'offre publique étant prioritairement orientée vers les personnes vulnérables et précaires, sans reste à charge.

1.4 Un parcours de vie en trois étapes graduées

La Coalition 2027 dessine un principe directeur qui structurera l'ensemble du modèle : dissocier la fonction logement des fonctions servicielles soins-aides, pour que chaque sénior dispose d'un « **package serviciel** » adapté à ses besoins, quel que soit son lieu de vie.

Étape	Principe
1. Domicile	Adaptation du logement, services infirmiers, médicaux et aides à domicile, prolongés aussi longtemps que l'état de santé le permet.
2. Habitat intermédiaire	Logement sécurisé avec gardiennage, associé à un package serviciel soins-aides contractualisé.
3. Établissement spécialisé	Réservé à la grande dépendance, avec une offre servicielle intensive incluant HAD et libéraux pour les phases de décompensation ou de fin de vie.

Synthèse

Proposition	Contenu
1. Repérage national piloté par la CNAV	Auto-évaluation FRAGIRE pour tous les nouveaux retraités, renouvelée à J+5 et J+10 ans
2. Allocation fragilité + CPCA au sein du SPDA	Allocation distincte de l'APA pour les GIR 5-6 ;
3. Réforme des métiers du médico-social : mise en avant du Care manager	Évolution des métiers existants, spécialisation L3 de 300h, care manager institutionnalisé
4. Dissociation logement / services	Package serviciel garanti, parcours gradué domicile → habitat intermédiaire → établissement

Partie 2 - La gouvernance du risque dépendance

La Coalition 2027 a répondu à la question qui conditionne la mise en œuvre de la stratégie de gestion du risque dépendance : qui décide quoi, à quel échelon, et avec quels moyens ?
Le constat de départ est sévère : l'État ne joue aujourd'hui pas son rôle de stratège dans le médico-social, la gouvernance de la CNSA est jugée déséquilibrée, et le pilotage territorial est peu lisible et souffre d'un empilement d'outils redondants.

2.1 Un État stratège du grand âge

La Coalition 2027 constate que les forces de réflexion ministérielles sur le vieillissement et le grand âge se résument à un bureau d'une dizaine de personnes à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), largement absorbé par la rédaction de textes réglementaires.

La proposition centrale est de mobiliser l'ensemble des services des ministères sociaux (DGS, DGOS, DGCS, DSS) autour d'une vision de long terme, formalisée par une loi d'orientation et de programmation du grand âge à 5 ans, pour laquelle la CNSA produirait un rapport stratégique et opérationnel de référence, sur le modèle du rapport charges et produits de la CNAM.

2.2 Rééquilibrer la gouvernance de la CNSA

Le Conseil de la CNSA, censé jouer le rôle de « *Parlement du médico-social* », est aujourd'hui composé de 52 membres et 92 voix, dont 41 pour l'État seul - soit quasiment une voix sur deux.

La Coalition 2027 propose de réduire la part de l'État au profit des départements (financeurs et pilotes de l'offre), des acteurs opérationnels et des représentants syndicaux, pour construire une gouvernance plus proche de celle des autres branches de sécurité sociale : paritarisme entre représentants des employeurs et des salariés, et représentation des usagers avec un droit de vote spécifique.

Ainsi, le Conseil serait composé de trois groupes de parties prenantes - représentants syndicaux d'employeurs et de salariés, représentants d'usagers, et représentants des départements -, avec une recomposition des postes de vice-Président et une modification du règlement intérieur en conséquence.

2.3 Le SPDA, ordonnateur principal de la politique d'autonomie départementale

Le constat local est sans détour : le millefeuille d'outils hérités des strates législatives successives - conférences des financeurs, commissions de coordination, schémas départementaux multiples - génère une complexité qui nuit à la lisibilité et à l'efficacité de l'action publique.

La proposition est radicale : le SPDA doit se substituer à l'ensemble de ces dispositifs et devenir l'interlocuteur unique des opérateurs (SAD, EHPAD, HAD, PDSA, accueil de jour, plateformes territoriales) et des assurés pour toute décision relevant de la politique départementale de la dépendance.

Un angle mort à corriger : les résidences services seniors (RSS)
Les RSS échappent aujourd'hui au régime d'autorisation médico-sociale classique : leur ouverture ne nécessite qu'un permis de construire, alors que l'installation d'un service autonomie à domicile en leur sein exige, elle, une autorisation départementale. La Coalition 2027 propose d'intégrer les RSS dans le périmètre du SPDA et dans le dispositif d'évaluation de la HAS, pour garantir un pilotage cohérent et renforcer la reconnaissance de ce segment intermédiaire entre domicile et établissement spécialisé.

2.4 La grille de répartition national / local

Le principe directeur retenu est simple à énoncer, plus complexe à mettre en œuvre : tout ce qui touche aux droits et devoirs des personnes, à l'équité entre citoyens et à la soutenabilité du financement relève du national ; tout ce qui relève de l'évaluation des besoins, de l'organisation concrète des parcours et de l'adaptation aux réalités locales relève du département.

Relève du NATIONAL	Relève du LOCAL (département / SPDA)
Critères d'éligibilité, barèmes des prestations (APA, PCH)	Évaluation des besoins et des parcours : repérage, plans d'aides, évaluation
Équation tarifaire nationale unique pour la part soins (AGGIR/PATHOS)	Mix de l'offre (domicile vs établissement), adapté aux réalités locales
Tarif plancher de la dépendance, en EHPAD comme à domicile	Coordination et évaluation concrète des parcours
Référentiels nationaux de qualité et de sécurité pour la définition des plans d'aides et les contrôles	Politique d'investissement et de transformation de l'offre
Maîtrise de l'enveloppe globale (OGD) et péréquation interdépartementale	Tarif hébergement (volet principal où la variabilité territoriale est économiquement justifiée)
Architecture nationale des systèmes d'information	Propriété des données usagers (gérées, mais non possédées, par le national)
Autorisation d'activité des prestataires selon des critères nationaux	Avis préalable du département sur chaque autorisation

2.5 Coordination du sanitaire et médico-social sur la prévention — rôle des CARSAT

La gestion en silos du système est identifiée comme une source de surcoût (impact négatif sur la productivité) et de perte d'opportunités pour la prévention.
La Coalition 2027 recommande une approche holistique de la prévention à tout âge, pilotée au niveau national dans le cadre de la stratégie nationale de santé et articulée avec les trois caisses concernées : CNAM, CNAV et CNSA.
En région, les CARSAT pourraient jouer un rôle de catalyseur de cette politique transversale de prévention à tous les âges, notamment pour la prévention du risque de perte d'autonomie chez les personnes fragiles.
Ce rôle se heurte toutefois à une lacune structurelle : ni la CNAV ni les CARSAT ne disposent de relais territoriaux de proximité comparables à ceux des ARS ou des conseils départementaux.
La CNAV dispose néanmoins d'un atout sans équivalent : un lien mécanique et mensuel avec l'ensemble des retraités, via le versement des pensions.
Ce point de contact récurrent et universel serait mobilisé pour le repérage précoce de la fragilité - par exemple via un questionnaire ou un signalement systématisé - en s'appuyant sur le dispositif existant de la Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, où la CNAV siège déjà comme financeur.
Ce signalement, une fois émis par la CNAV, se traduit ensuite par un plan d'aides personnalisé piloté par un care Manager, visant à renforcer le profil de la personne et éviter l'entrée dans la dépendance. Il est concrètement piloté par la CNAV qui peut s'orienter vers un acteur territorial capable d'agir – au sein du SPDA.
La CNAM, pour sa part, conserverait son rôle naturel sur le volet santé du repérage (dépistage, vaccination, parcours de soins), à articuler avec ce dispositif pour éviter une nouvelle juxtaposition de circuits cloisonnés.

2.6 Schéma de la gouvernance cible

Niveau	Compétences et autorité
National - État stratège + CNSA	Loi d'orientation et de programmation ; fixation des droits et barèmes ; tarification nationale des soins ; tarif plancher dépendance ; péréquation interdépartementale ; normes qualité ; architecture des SI. Autorité : État et CNSA (pilote financier), HAS pour la qualité.
Local - Département / SPDA	Planification de l'offre par bassin de vie ; avis d'autorisation ; coordination et évaluation des parcours ; pilotage du domicile (APA, SAD) ; intégration des RSS ; tarif hébergement. Autorité : Conseil départemental, SPDA ordonnateur, CNSA en appui d'ingénierie.

2.7 Décentralisation ou 5e branche

La Coalition 2027 a produit un tableau comparatif détaillé entre les deux modèles institutionnels possibles, dont la synthèse est reprise ici pour éclairer l'arbitrage final.

Critère	Modèle Sécurité sociale (5e branche)	Modèle Décentralisation (départements)
Équité territoriale	Couverture nationale uniforme, péréquation intégrée	Risque fort d'inégalités entre départements riches et pauvres
Réactivité locale	Lourdeur administrative, délais plus longs	Meilleure capacité d'adaptation aux réalités du terrain
Stabilité des ressources	Recettes fiscales nationales stables et prévisibles	Dépend de ressources propres très variables selon le département
Capacité face au choc 2035-2050	Mobilisation possible de recettes nationales supplémentaires	Capacité financière insuffisante dans les départements ruraux et vieillissants
Légitimité démocratique	Parlement + Conseil de la CNSA	Conseils départementaux élus, proximité démocratique forte
Faisabilité politique 2027	Réforme visible et revendicable en campagne	Suppose d'assumer un retour en arrière sur la réforme de 2020

Le scénario de compromis
La Coalition 2027 retient une voie médiane : une 5e branche renforcée, avec une place accrue des départements dans la gouvernance du Conseil de la CNSA (modèle de co-pilotage) et du SPDA, plutôt qu'une décentralisation complète qui ferait des départements de véritables opérateurs de sécurité sociale.

2.8 Participation des usagers, données et ressources humaines

Trois chantiers transversaux complètent l'édifice de gouvernance.
D'abord, la participation des usagers : des représentants formés doivent intégrer les Conseils départementaux et les Conférences régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), avec un budget de formation dédié, sans renoncer pour autant au présentiel - le tout-numérique ayant ses limites pour une partie du public concerné.
Ensuite, l'interopérabilité des systèmes d'information, condition d'un pilotage par la donnée, suppose de résoudre la défiance des départements à l'égard d'une possible prise de main de l'État sur leurs données.
Enfin, la réforme du dispositif d'évaluation des établissements et services médico-sociaux (ESMS), aujourd'hui financé par les établissements eux-mêmes - un biais que la Coalition 2027 propose de corriger en confiant ce financement à la CNSA (de l'ordre de 70 à 100 M€).

Synthèse

Proposition	Contenu
1. Créer un État stratège du grand âge	Mobilisation des services des ministères sociaux, loi d'orientation à 5 ans, rapport stratégique CNSA
2. Réformer la gouvernance de la CNSA	Réduction de la part de l'État au Conseil, renforcement des départements, représentants syndicaux et usagers
3. Tarif de référence national pour le domicile	Tarif national CNSA assurant la solubilisation + majoration modulable si le département le souhaite
4. Clarifier la gouvernance locale	Le SPDA se substitue aux outils existants ; intégration des RSS
5. Réformer l'évaluation des ESMS	Évaluation nationale unique par la HAS, financée par la CNSA
7. SI national interopérable	Architecture nationale, départements propriétaires de leurs données
8. Renforcer la participation des usagers	Intégration dans les instances, budget formation, maintien du présentiel

Partie 3 — Le financement du risque dépendance

Le financement actuel est fragmenté entre quatre acteurs (CNSA, Conseils départementaux, État, CNAM). Il est illisible pour le citoyen, et structurellement sous-dimensionné pour répondre aujourd'hui aux attentes des usagers et faire face au quasi doublement de la dépense publique nécessaire d'ici 2050.

3.1 Un financement aujourd'hui fragmenté entre quatre acteurs

L'effort national en faveur de l'autonomie des personnes âgées s'élève à 29,5 milliards d'euros de dépenses publiques en 2023, soit 1,06 % du PIB.

Financeur	Montant	Part	Affectation principale
CNSA	18,8 Mds€	64 %	Principalement les établissements
Départements (hors abondement CNSA)	5,0 Mds€	17 %	APA et aide sociale à l'hébergement (ASH)
CNAM	4,3 Mds€	14,5 %	Soins de ville à domicile
État	1,4 Mds€	4,5 %	Dont crédit d'impôt emploi à domicile
Total	**29,5 Mds€**	**100%**	

Le reste à charge des personnes âgées représente environ 21 % des dépenses totales, soit près de 8 Mds€, dont 61 % au titre de l'hébergement (4,9 Mds€), 38 % au titre de la perte d'autonomie (3 Mds €) et 1 % au titre des soins (0,38Mds €).
Ainsi, sur 38 Mds de dépenses liées à l'autonomie des personnes âgées en 2023, 79% sont pris en charge par quatre financeurs publiques et 21% par les ménages.

Une incohérence de fond : la CNSA, branche assurantielle financée à 88 % par l'impôt
La création de la 5e branche en 2020 a tranché institutionnellement la question de l'autonomie, sans la trancher financièrement. Les recettes de la CNSA (41,8 Mds€ en 2024) proviennent à 88 % de la CSG, un impôt général, contre seulement 8 % de cotisations dédiées – Contribution solidarité Autonomie (CSA, provenant de la journée de solidarité, 0,30% en charges patronales) et la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA, 0,3% retraités payant CSG à 8,3% ou 6,6%) - et 4% de sources diverses (taxes sur les salaires, Dotations de l'État).

Néanmoins, le financement de ce risque du grand âge par le travail n'est pas forcément très cohérent, sachant que l'exigence de relever le salaire net et d'améliorer la compétitivité des entreprises restreignent un peu plus cette option.

Le citoyen ne « voit » donc pas ce qu'il paie pour ce risque spécifique, contrairement à une cotisation identifiable - ce qui affaiblit le sentiment de droits acquis et fragilise la branche à chaque débat budgétaire.

3.2 Le reste à charge : distinguer ce qui est subi de ce qui est choisi

Le diagnostic posé par la Coalition 2027 sur le sujet du lissage des heures et du reste à charge des plans d'aides structure toute la suite de la réflexion. À domicile, le plan APA moyen est de 564 €/mois, couvert à 75 % par l'APA ; le reste à charge varie de 48 € à 133 €/mois selon le GIR. Le plafond national a été calé sur une charge moyenne et non sur les besoins réels : celui du GIR 1 ne permet de financer qu'environ 85 heures par mois, soit moins de 3 heures par jour. Pour la moitié des allocataires, le plan d'aide n'est consommé qu'aux deux tiers.
Deux mécanismes distincts, mais cumulatifs, expliquent ce sous-recours : la non-application du lissage des heures, qui génère une perte structurelle estimée à 20 % du volume d'heures réellement utile, et le reste à charge lui-même, qui dissuade certains allocataires de consommer la totalité de leur plan même quand le volume théorique serait suffisant.

Reste à charge SUBI	**Reste à charge CHOISI**
Plan d'aides sous-financé et sous-dimensionné au regard des besoins réels : défaillance du système, touchant les plus dépendants et les plus modestes. À corriger en priorité.	Services au-delà du socle, relevant du libre choix de la personne. Marché complémentaire légitime, non prioritaire dans la correction.

En établissement, le reste à charge médian atteint 1 850 €/mois après aides, un montant qui dépasse les revenus de 75 % des résidents.
La conférence retient le principe d'un reste à charge maintenu, mais strictement plafonné : 80 à 85 % des personnes devraient contribuer, avec exonération ou niveau symbolique pour les deux premiers déciles de revenus, et un bouclier protecteur limitant le reste à charge à 10-15 % des revenus à domicile.
Le cas des SSIAD, qui ne connaissent aujourd'hui aucun reste à charge, est identifié comme insuffisamment responsabilisant et pourrait évoluer.

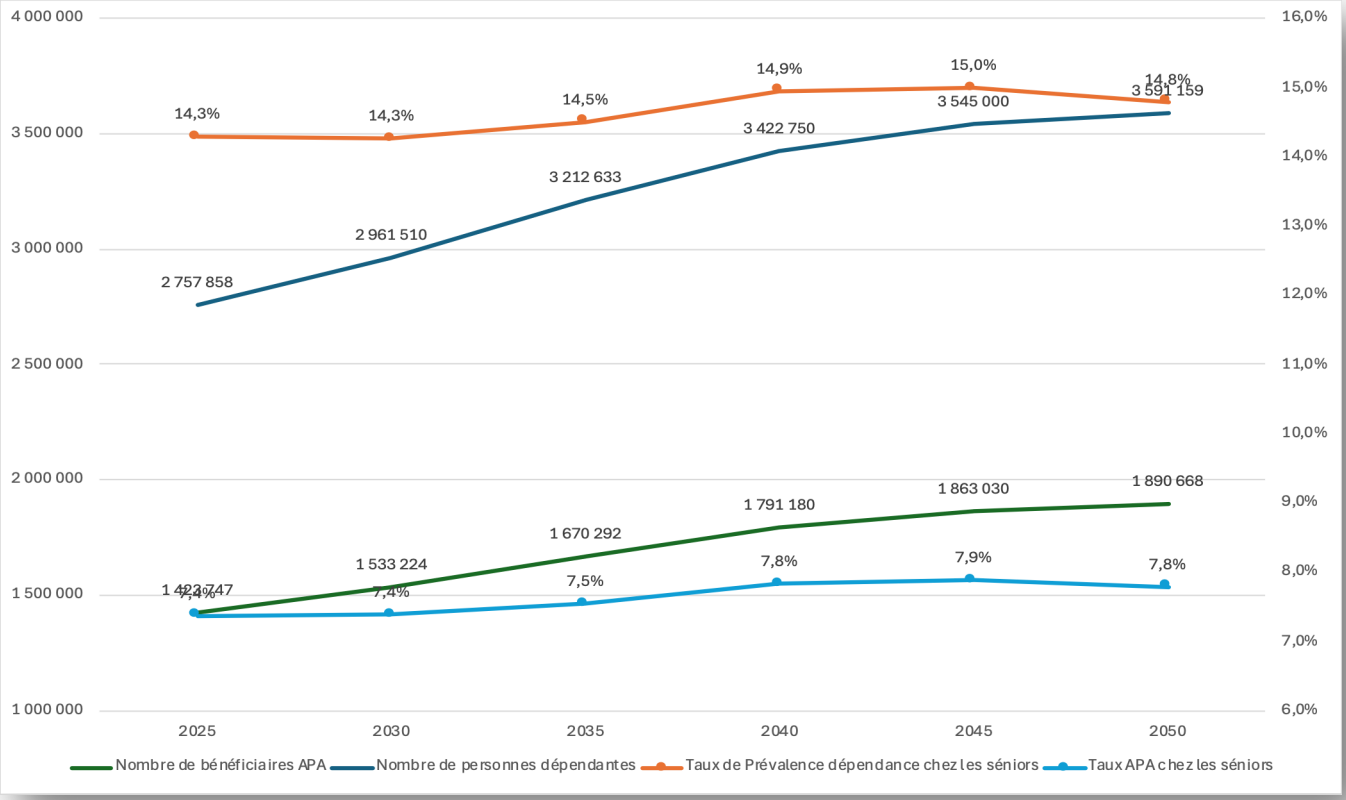
3.3 Les besoins de financement à horizon 2050

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

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

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

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



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

Sur la base de ce scénario intermédiaire[1] de prévalence des modèles Livia (Drees) et EP-24, la dépense publique pour la dépendance passerait de 34,2 Mds€ en 2025 (1,15 % du PIB) à 103 Mds€ en 2050 (1,72 % du PIB) - soit un triplement en valeur, porté t par la croissance des effectifs à domicile.

	2025	**2035**	**2050**	**Évolution**
Dépense totale	34,2 Mds€	56,1 Mds€	103,0 Mds€	x 3,0
% du PIB	1,15 %	1,45 %	1,72 %	+0,57 pt

3.4 Définir qui finance quoi : un préalable jugé prioritaire

La Coalition 2027 fait un constat de méthode : tant que le secteur n'aura pas défini une règle claire sur le périmètre pris en charge par chacun des financeurs, la confusion dominera. Ce préalable est jugé plus important que la connaissance précise de l'évolution des besoins financiers globaux.

[1] Le scénario intermédiaire est un scénario optimiste qui nécessitera une politique de prévention efficace- avec 3,6 millions de personnes dépendantes en 2050 (dont 1,9 million Gir 1-4). Le scénario stable en prévoit 4,1 millions et le scénario pessimiste 4,8 millions en 2050. *Modèle LIVIA (DREES) et modèle EP24 (INSEE-DREES)*

Pour y répondre, la Coalition 2027 propose de confier à deux instances déjà existantes de la CNSA - son Comité scientifique pour l'avis technique, son Conseil pour la décision finale - le rôle d'un « *CEPS de l'autonomie* », c'est-à-dire un organisme de définition du périmètre des prestations financées par la CNSA, sur le modèle de ce qui existe en santé pour les médicaments. Cette instance s'appuierait sur des **paniers de prestations impératifs,** construits par profil de dépendance grâce à un outil mixte GIR-Pathos, et validés par la HAS.

3.5 Le triptyque USPC / EHPAD rénové / Domicile-RSS

Une proposition structurante de la Coalition 2027 consiste à différencier le financeur selon la nature de la prestation. La création d'un troisième niveau de prise en charge - les Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC), qui remplaceraient les actuelles USLD – serait financé par l'assurance maladie.
Le constat de départ est clinique avant d'être financier : la distinction historique entre EHPAD (relevant du code de l'action sociale, où la personne est un résident) et USLD (relevant du code de la santé publique, où la personne est un patient) est devenue obsolète.
En 2016 déjà, six fois plus de résidents à besoins médicaux intensifs se trouvaient en EHPAD qu'en USLD. Les USPC accueilleraient les patients réunissant des polypathologies chroniques instables et une dépendance technique lourde (ventilation, dialyse, trachéotomie), sans aucune barrière d'âge - un AVC à 80 ans générant autant de dépendance qu'à 55 ans.

Niveau	Population cible	Financeur principal
USPC	GIR 1-2 avec soins médicaux et techniques intensifs	Assurance Maladie (100 %, hors hébergement)
EHPAD nouveau modèle	GIR 1-3, dépendance lourde, polypathologies stables	CNSA / Département
Domicile / RSS	GIR 1-3 non concernés par USPC et EHPAD ; GIR 4-6, autonomie préservée	CNSA / Département

Dans ce nouveau modèle, la distribution des personnes dépendantes en 2026 situe à environ 100 000 le nombre de patients relevant des futures USPC, 470 000 résidents en EHPAD nouveau modèle, et 800 000 personnes prises en charge à domicile ou en RSS.
À l'horizon 2050, ces effectifs évolueraient respectivement vers 130 000, 360 000 et 1,4 million de personnes - illustrant le « virage domiciliaire » que porte l'ensemble du modèle.

USPC - Un transfert budgétairement quasi neutre
Avec le maintien du forfait hébergement à la charge du patient, le passage à 100 % CNAM sur les soins et la dépendance des USPC représente un simple jeu de vases communicants entre la CNSA et la CNAM : +0,5 Md€ pour la CNAM en 2026 (puis +1,4 Md€ en 2050), exactement compensé par l'économie miroir de la CNSA.
Ce scénario présente une cohérence conceptuelle forte - la CNAM finance le sanitaire, le patient finance l'hébergement, comme en SSR ou en MAS - et un coût marginal pour les finances publiques.

3.6 Un tarif socle national pour garantir la viabilité des services dans chaque territoire

Au domicile, le système actuel de tarification est jugé encore plus fragmenté qu'en établissement. Il repose sur une dualité de régimes hérités de la loi ASV de 2015 :

- Les services autorisés par les conseils départementaux (« tarifés »), dont le prix de l'heure est fixé territorialement dans le cadre d'un CPOM ou d'une tarification annuelle ; et les services agréés (« non tarifés »), à prix libre, pour lesquels s'applique un tarif plancher national de compensation en-deçà duquel le département ne peut financer l'heure d'APA.
- Le tarif plafond horaire de l'APA varie ainsi aujourd'hui de 25 €/heure — tarif plancher national, pour les non tarifés — à 27-32 €/heure selon les territoires, pour les tarifés.

Le coût de revient réel d'un service autonomie se situant autour de 34 €/heure, il existe donc un différentiel structurel compris entre 2 € et 9 € par heure réalisée selon les territoires et les régimes, qui fragilise durablement les opérateurs.

Un premier tarif plancher national a déjà permis, en 2022, de réévaluer la moitié des heures facturées en France, certains départements étant auparavant sous les 14 €/heure.

La Coalition 2027 propose d'aller plus loin avec un véritable tarif de référence national, fixé par la CNSA et applicable à tous les services autonomie à domicile (SAD), mettant ainsi fin à la dualité tarifé/non tarifé. Ce tarif de référence intègrera la dotation complémentaire qualité actuelle et tout autre complément national.

A la discrétion des Conseils départementaux, ce tarif de référence national pourra être complété par une dotation modulable selon les réalités locales (ruralité, montagne, spécificités locales de services).

3.7 Impôt ou cotisation assurantielle ?

Il existe un choix de doctrine non tranché à la racine de la 5e branche : la dépendance est-elle une assurance sociale classique, avec une assiette de cotisation propre à trouver, ou une politique de solidarité nationale comme le RSA, financée par l'impôt et gérée comme telle ?

Option A - Renforcement assurantiel	Option B - Maintien du financement fiscal
Augmenter les contributions dédiées (CASA notamment), cohérent avec la création de la 5e branche, mais politiquement difficile à porter sur les retraités, même les plus aisés.	Accepter, en l'absence de réforme fiscale, une hausse du reste à charge pour les usagers. Aucune solution miracle identifiée dans ce scénario.

Une piste documentée consiste à augmenter la CASA (actuellement 0,3 % sur les retraites supérieures à 25 703 €, soit environ 110 €/an par retraité concerné, pour 900 M€ de recettes totales) : la porter à 1 % générerait 3 Mds€, à 2 % environ 6 Mds€.

L'argument avancé est double : la population active supporte déjà un haut niveau de prélèvement et une part importante de la solidarité intergénérationnelle (aidants compris), tandis que la population de retraités va fortement croître jusqu'en 2040. La cotisation autonomie pourrait donc reposer prioritairement sur les retraités capables de la supporter sans dégrader leur qualité de vie.

Sources de financement de la CNSA et de la CNAM de 2023 à 2050

	CSG	Cotisations	TVA	Autres taxes
CNSA modèle actuel en 2023	88%	8%	0%	4%
CNSA nouveau modèle en 2050	66%	30%	0%	4%
CNAM modèle actuel en 2023	23%	37%	21%	19%
CNAM nouveau modèle en 2050	30%	30%	25%	15%
Sources: Commission des comptes de la sécurité sociale - Institut Santé				

Le taux de cotisation sur les pensions des retraités les plus aisés (45% du total) serait de 3,45% en 2050 (soit 112€ /mois) pour financer 20,4 Mds € des dépenses, pour atteindre 30% du total de la CNSA.

3.8 Le financement assurantiel privé : un second niveau à construire

Plusieurs pistes complémentaires sont explorées pour un financement privé du risque, sans qu'aucune ne soit retenue comme solution unique :

- Un volet « dépendance » obligatoire à partir de 60 ans, intégré à un futur contrat santé supplémentaire socle (proposition reprise des travaux de l'Institut Santé),
- Des contrats de prévoyance collectifs ou individuels dédiés à la dépendance (6,4 millions de personnes déjà couvertes, mais un marché encore balbutiant et freiné par la sélection adverse), ou
- Un Plan d'Épargne Retraite Autonomie (PERA) basculant automatiquement vers un compartiment dédié en cas de perte d'autonomie constatée.

Le recours au patrimoine comme modalité de financement du risque dépendance n'est pas retenu.

Le financement d'un service public de la dépendance ne saurait priver les citoyens de leur patrimoine : la Coalition 2027 écarte donc toute institutionnalisation du recours au patrimoine comme modalité de financement de ce risque social - qu'il s'agisse d'un mécanisme généralisé de récupération sur succession ou d'une obligation de mobilisation patrimoniale.
Cette position de principe n'exclut naturellement pas la liberté, pour ceux qui le souhaitent, de céder tout ou partie de leur patrimoine afin de financer des services allant au-delà du panier du service public.

Le tableau suivant présente un scénario possible de financement possible d'un système de gestion de l'autonomie des personnes âgées sur la base des propositions précédentes.

Répartition du financement par financeur dans le nouveau modèle de 2025 à 2050

		2025			2030			2040			2050		
	Sources	Actuel	%Total	%PIB	%Total	Mrtds €	% PIB	%Total	Mrtds €	% PIB	%Total	Mrtds €	% PIB
CNSA		**21,8**	63,7%	0,77%	**64%**	28,6	0,8%	**65%**	45,1	1,0%	**66%**	68	1,2%
	Cotisations sociales	1,7	5,1%	0,06%	6,4%	2,9	0,1%	13,0%	9,0	0,2%	19,8%	20,4	0,3%
	CSG	19,2	56,1%	0,68%	55,0%	24,6	0,7%	49,4%	34,3	0,8%	43,6%	44,9	0,8%
	Autres impôts & taxes	0,9	2,5%	0,03%	2,6%	1,1	0,0%	2,6%	1,8	0,0%	2,6%	2,7	0,0%
CNAM		**5,0**	14,6%	0,18%	**14,7%**	6,6	0,2%	**14,9%**	10,3	0,2%	**15%**	**15,5**	**0,3%**
	Cotisations sociales	1,8	5,4%	0,07%	5,3%	2,4	0,1%	4,9%	3,4	0,1%	4,5%	4,6	0,1%
	CSG	1,1	3,4%	0,04%	3,5%	1,6	0,0%	4,0%	2,8	0,1%	4,5%	4,6	0,1%
	TVA	1,0	3,1%	0,04%	3,2%	1,4	0,0%	3,5%	2,4	0,1%	3,8%	3,9	0,1%
	Autres impôts & taxes	0,9	2,8%	0,03%	2,6%	1,2	0,0%	2,5%	1,7	0,0%	2,3%	2,3	0,0%
Départements	Impôts locaux	**5,8**	16,9%	0,21%	**16,5%**	7,4	0,2%	**16%**	11,0	0,2%	**15%**	**15,5**	**0,26%**
État	Impôts	**1,6**	4,7%	0,06%	**4%**	1,8	0,1%	**2%**	1,4	0,0%	**1,0%**	**1,0**	**0,0%**
Mutuelles	Contrat obligatoire	**0,0**	0,0%	0,00%	**1%**	0,3	0,0%	**2%**	1,6	0,0%	**3,0%**	**3,1**	**0,1%**
Total		**34,2**	**100,0%**	**1,21%**	**100%**	**44,7**	**1,30%**	**100%**	**69,4**	**1,53%**	**100%**	**103**	**1,76%**

Sources : Modèle Institut Santé

3.9 Rapprocher l'APA du modèle PCH : un objectif désirable mais coûteux

L'APA fonctionne par plafonds forfaitaires par GIR, indépendamment des besoins réels de chaque personne, alors que la PCH évalue individuellement les besoins sans plafond horaire fixe. Un rapprochement est jugé pertinent sur le fond - deux personnes en GIR 3 n'ayant pas nécessairement les mêmes besoins - mais son impact financier est élevé.

Scénario d'alignement	Surcoût 2026	Surcoût 2050
Minimal (relèvement des plafonds GIR 1-2 uniquement)	+2,5 Mds€	—
Intermédiaire (plafonds + tarif national + ticket modérateur réduit)	+3,9 Mds€	—
Complet (alignement intégral sur tous les éléments PCH)	+4,3 Mds€	+11 Mds€

Ces évaluations restent à préciser à partir d'une étude économique plus exhaustive. Elles sont réalisées à périmètre constant de prévalence de la dépendance, sachant que le nouveau modèle visera à investir en amont du risque pour faire baisser cette prévalence en aval.

Avec la clé de répartition actuelle (CNSA 41 %, départements 59 %), ce sont les départements qui porteraient la part la plus lourde du surcoût - financièrement impossible à absorber sans réforme structurelle préalable.

La Coalition 2027 pose donc une condition de séquence : la nationalisation du financement de l'APA doit précéder tout alignement sur le modèle PCH, sous peine de mettre les conseils départementaux en difficulté budgétaire grave.

3.10 La règle d'or budgétaire pour la Sécurité Sociale

Le budget de la Sécurité Sociale – dont celui de la branche autonomie - doit être structurellement à l'équilibre sur le moyen terme pour au moins trois raisons :

- **Éviter le report de la dette sur les générations futures.** Sans règle contraignante, les déficits sociaux ont tendance à devenir chroniques et à être transférés à la CADES, c'est-à-dire remboursés par les actifs et les générations suivantes plutôt que par ceux qui en bénéficient.

- **Garantir la soutenabilité financière face à la montée en charge du risque autonomie.** Avec le "mur de 2030" et l'augmentation mécanique des besoins jusqu'en 2050, un système déjà en déséquilibre structurel n'aurait pas la capacité d'absorber cette charge supplémentaire sans discipline budgétaire préalable.

- **Renforcer la crédibilité et l'acceptabilité du modèle proposé.** Une règle d'or donne des garanties tangibles aux cotisants et aux financeurs (départements, CNAM, CNSA) que les efforts demandés serviront à un système pérenne, et non à combler des déficits reconduits d'année en année.

Des périodes de crise économique ou sanitaire peuvent légitimement engendrer un déficit conjoncturel, mais celui-ci doit alors être compensé par un excédent au cours des années suivantes.
Une règle d'or budgétaire serait instituée rendant obligatoire pour le Parlement de voter un budget de la sécurité sociale équilibré sur une période glissante de 5 ans.

Synthèse

- La nécessité d'un tarif socle national uniforme pour l'aide à domicile.
- Le triptyque USPC / EHPAD rénové / Domicile-RSS comme architecture cible.
- L'alignement du financeur sur la nature de la prestation (CNAM pour le soin, CNSA/département pour la dépendance).
- La suppression de la barrière d'âge de 60 ans dans les financements.
- La nécessité de définir des paniers de prestations impératifs par profil.
- Le guichet unique pour les usagers.
- Le financement de l'évaluation des ESMS par la 5e branche (CNSA).
- La règle d'or budgétaire de la Sécurité Sociale.

Partie 4 - L'organisation des acteurs et le fonctionnement du SPDA

Après avoir posé la stratégie, la gouvernance et le financement, la Coalition 2027 répond à la question suivante : comment le SPDA fonctionne-t-il concrètement ? Qui l'anime, comment les opérateurs y participent, et comment la qualité du service rendu est-elle évaluée ?

4.1 Un cadre encore peu matérialisé, appelé à fédérer l'existant

Le SPDA n'a aujourd'hui aucune existence juridique propre : c'est un assemblage de structures existantes, appelé à absorber ou fédérer les dispositifs de coordination territoriaux déjà en place - au premier rang desquels le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), qui a lui-même fusionné depuis 2019 les anciens MAIA, PTA, CTA/PAERPA et réseaux de santé gérontologiques, ainsi que les CLIC historiques (environ 600 agences locales aujourd'hui), partiellement intégrés selon les choix de chaque département.

4.2 Les principes structurants : les lois de Rolland transposées à l'autonomie

Le SPDA s'ancre juridiquement dans les principes classiques du service public, ici déclinés pour les opérateurs de l'autonomie.

Principe	Traduction pour les opérateurs du SPDA
Continuité	Réponse sans rupture de parcours quelle que soit la porte d'entrée ; coordination entre acteurs pour éviter les « trous » dans l'accompagnement.
Égalité d'accès	Même qualité de service sur tout le territoire, indépendamment du profil, du lieu de résidence ou du type de handicap.
Adaptabilité	Personnalisation des parcours, prise en compte des spécificités locales, évolution des réponses selon les besoins.
Neutralité	Non-discrimination entre secteurs (PA/PH, sanitaire/social), absence de captation des usagers au profit d'un seul opérateur.
Transparence	Information claire sur les droits et dispositifs, participation des usagers à l'évaluation du service rendu.

4.3 Combler une lacune du droit : le contrat d'adhésion des opérateurs

Le cahier des charges national du SPDA (arrêté du 28 mai 2025) évoque une « *responsabilité solidaire des acteurs* », mais ne prévoit aujourd'hui aucun mécanisme d'engagement formalisé : l'appartenance au SPDA reste purement déclarative. Cette absence de cadre contractuel ouvre trois risques concrets, identifiés comme prioritaires à corriger.

- **Le passager clandestin** : un opérateur se déclare membre du SPDA pour en tirer les bénéfices (visibilité, réseau) sans contribuer aux missions communes.
- **La captation** : un opérateur dominant oriente le programme d'actions de la conférence territoriale dans le sens de ses intérêts propres, au détriment de la neutralité du service public.
- **La volatilité** : un opérateur se retire sans préavis, créant une rupture de service pour les bénéficiaires qu'il coordonnait.

La réponse proposée consiste à intégrer dans le Code de l'action sociale et des familles une disposition rendant obligatoire la signature **d'une convention de participation** pour tout opérateur souhaitant figurer dans les annuaires du SPDA, bénéficier des financements de la Commission des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA), ou être orienté par le guichet pivot.

Contenu minimal de la convention de participation

- Engagement de service : missions socles que l'opérateur s'engage à assurer, périmètre géographique et population cible.
- Partage d'information : modalités de remontée vers la conférence territoriale (fréquentation, ruptures, enquêtes usagers).
- Contribution aux instances : participation aux groupes de travail, référent SPDA nommément identifié.
- Indicateurs de contribution : métriques propres à l'opérateur, négociées et produites annuellement.
- Clause de continuité : préavis de 6 mois en cas de retrait, plan de continuité de service pour les bénéficiaires.
- Neutralité et non-captation : interdiction de s'appuyer sur le SPDA pour démarcher des bénéficiaires.
- Durée et révision : alignée sur le plan d'actions annuel, révisable en cas de manquement.

Cette convention de participation devra aussi garantir que chaque opérateur - qu'il soit public ou privé – signant cette convention sera traité équitablement par les Pouvoirs publics.

Ses services seront accessibles à chaque usager dans des conditions de transparence de l'information définies par la loi et opérées par la CNSA.

4.4 La gouvernance opérationnelle : le Service Autonomie du Conseil départemental

Le SPDA est piloté par le Service Autonomie du Conseil départemental, qui anime la Conférence Territoriale de l'Autonomie (CTA) - réunie en formation plénière une fois par an pour valider le plan d'actions, et en formation restreinte trois fois par an avec la participation du vice-président du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Le Service Autonomie du Département assurerait quatre fonctions :

- La cartographie des besoins territoriaux ;
- La régulation de l'offre pour garantir les conditions du service public, sans basculer vers une planification directive, mais en laissant le libre choix des usagers et la transparence d'indicateurs de qualité pour instaurer une concurrence par la qualité ;
- Le suivi des conventions de participation et des indicateurs de contribution des opérateurs ;
- La coordination du Contrat de Prise en Charge de l'Autonomie (CPCA) signé avec chaque bénéficiaire.

Le Contrat de Prise en Charge de l'Autonomie (CPCA)

Placé au cœur du système, ce contrat est signé lors du diagnostic établi de la dépendance de la personne âgée. Il comprend le plan d'aides établi, les opérateurs intervenants du parcours, les droits et devoirs de l'usager, et les mécanismes d'évaluation continue du parcours. Il est signé entre le bénéficiaire, le Conseil départemental et l'opérateur coordinateur du parcours (care manager d'un SAAD, d'une HAD, d'un PSAD ou d'un EHPAD).

4.5 Une évaluation indépendante à deux étages

L'évaluation du SPDA constitue, en l'état actuel du droit, un angle mort : le Conseil départemental, qui pilote le dispositif, ne peut pas en être simultanément l'évaluateur sans se retrouver juge et partie ; les ARS, de leur côté, ne disposent pas des compétences requises pour évaluer la conception de la politique de la dépendance. La Coalition 2027 propose une architecture à deux étages complémentaires.

Premier étage : l'évaluation institutionnelle, par un Service Autonomie Territoires (SAT) en CARSAT

Par analogie avec le modèle de la branche AT-MP, la Coalition 2027 propose de créer, au sein de chaque CARSAT, un « *Service Autonomie Territoires* » (SAT), qui doterait la CNSA d'un bras territorial d'évaluation indépendant du pilote départemental (agences retraite et points d'accueil,

réseau France Services). Ce service n'existe pas aujourd'hui : il s'agit d'une proposition de *Lex ferenda*, à construire. Ce service garantira que les règles du SPDA soient bien respectées par toutes les parties prenantes.

Fonction AT-MP (modèle existant)	**Transposition autonomie (SAT-CARSAT)**
Fixation des taux de cotisation selon la sinistralité	Modulation des dotations aux opérateurs selon leurs indicateurs de performance
Évaluation des risques par secteur et entreprise	Cartographie des zones sous-dotées, des ruptures de parcours et des écarts de qualité
Accompagnement dans les plans de prévention	Appui méthodologique aux CTA, partage des pratiques entre départements
Inspection et contrôle des conditions de travail	Audit des engagements de service public au regard du cahier des charges national

Trois atouts légitiment cette architecture : les CARSAT disposent déjà de la double tutelle CNAV/CNAM, ce qui les positionne naturellement à l'articulation retraite/santé/autonomie. Elles possèdent une expertise d'évaluation individuelle (via le Plan d'Actions Personnalisé) et une présence territoriale infra-départementale. Leur indépendance vis-à-vis des Conseils départementaux leur confère une légitimité d'évaluateur externe sans conflit d'intérêt.

Second étage : l'évaluation de la qualité vécue, par un CDCA rénové

La loi Bien Vieillir du 8 avril 2024 devait donner une place majeure au Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) dans le SPDA, elle n'en fait finalement pas mention.

Le CDCA souffre aujourd'hui de fragilités structurelles : présidé par le président du Conseil départemental, celui-là même qui pilote le SPDA, il ne dispose ni d'un mandat d'évaluation explicite, ni de moyens suffisants, ni d'un secrétariat technique autonome dans la plupart des départements.

La Coalition 2027 propose de transformer le CDCA en co-évaluateur structuré, sous trois conditions cumulatives :

1. Indépendance fonctionnelle : présidence tournante issue des collèges usagers, ou secrétariat technique indépendant financé par la CNSA.
2. Mandat d'évaluation explicite : passage d'un rôle consultatif annuel à un rôle de co-évaluateur continu, avec droit d'accès aux données du SPDA et obligation pour la CTA de répondre aux avis dans un délai fixé.
3. Connexion au niveau régional : création d'une instance de remontée régionale des avis du CDCA, permettant au SAT-CARSAT d'intégrer la dimension usager dans son évaluation.

L'articulation entre les deux étages

CDCA - qualité vécue	SAT/ CARSAT - performance institutionnelle
Enquêtes usagers systématiques, groupes témoins, remontées des représentants PA/PH sur l'expérience usager et l'effectivité des droits.	Audit des données, comparaison interdépartementale, mesure des écarts au regard du cahier des charges et de l'équité territoriale.

Proposition Coalition 2027
Donner au CDCA un mandat d'évaluation de la qualité vécue du SPDA, avec les moyens correspondants, et articuler ses productions avec l'évaluation institutionnelle assurée par le SAT-CARSAT. Ces deux évaluations s'alimentent mutuellement et remontent conjointement à la CNSA dans un rapport annuel commun.

Synthèse

Point	Contenu
Contrat d'adhésion formalisé des opérateurs	Convention obligatoire pour bénéficier des avantages du SPDA
Pilotage par le Service Autonomie du Département	Animation de la CTA à l'échelle départementale
Création d'un SAT en CARSAT	Évaluation institutionnelle indépendante du SPDA
Renforcement du CDCA comme co-évaluateur	Mandat explicite, indépendance fonctionnelle, moyens dédiés
Rapport annuel commun CDCA / SAT-CARSAT vers la CNSA	Remontée conjointe des deux évaluations
Statut juridique propre du SPDA	Personnalité juridique à créer ou non

Partie 5 — Le nouveau modèle en synthèse

Le nouveau modèle de gestion de l'autonomie des personnes âgées peut désormais se lire comme un système cohérent, organisé autour d'une colonne vertébrale : le Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA). Cette partie propose une lecture transversale, qui traverse les quatre piliers pour en révéler l'architecture d'ensemble.

5.1 Le parcours de la personne, du repérage à la grande dépendance

Étape	Déclencheur	Outil de prise en charge	Financeur principal
Repérage	Passage à la retraite (J0, J+5, J+10)	Auto-évaluation FRAGIRE, pilotée par la CNAV	CNAV
Fragilité (GIR 5-6)	Score de fragilité positif	Care management, allocation fragilité dédiée	CNAV puis CNSA
Dépendance légère à modérée (GIR 3-4)	Évaluation AGGIR/Pathos au domicile	CPCA, plan d'aides, package serviciel domicile/RSS	CNSA / Département
Dépendance lourde stable (GIR 1-3)	Polypathologies stables	EHPAD nouveau modèle, médicalisation renforcée	CNSA / Département
Soins intensifs (GIR 1-2)	Instabilité clinique, technicité lourde	USPC (ex-USLD), sans barrière d'âge	Assurance Maladie (100 %)

Ce parcours n'est pas linéaire : il n'implique ni automaticité, ni irréversibilité dans le passage d'une structure à une autre. D'une part, des équipes mobiles (HAD, équipes mobiles de gériatrie) interviennent directement dans le lieu de vie de la personne pour prendre en charge les épisodes de décompensation transitoire, évitant ainsi une hospitalisation ou un changement de structure qui ne seraient pas justifiés par une perte d'autonomie durable. D'autre part, un retour vers un profil plus autonome – et donc vers une structure moins intensive – reste possible après une phase de care management réussie : l'orientation initiale n'est jamais figée.

5.2 Les trois piliers institutionnels qui portent le modèle

Pilier 1 – La CNSA – Parlement et stratège du médico-social

La CNSA définit les grandes orientations stratégiques pour l'État à travers une réflexion qui associe la réalité opérationnelle et une vision stratégique de long terme.

Elle rend possible l'effectivité de la loi d'orientation et de programmation de l'autonomie des personnes âgées. La CNSA est aussi la garante d'un modèle décentralisé qui reste intégré dans un système national universel et une égalité républicaine dans chaque territoire.

Son rôle dans la démocratie sociale et sanitaire est renforcé. Fonctionnant véritablement comme un Parlement médico-social, elle permet à la grande diversité des parties prenantes de conserver un traitement équitable des acteurs et de prioriser la prise en compte prioritaire du bien-être et de la qualité de service délivrée aux personnes fragiles.

Pilier 2 - Le SPDA, ordonnateur territorial unique

Le SPDA absorbe les dispositifs de coordination existants (DAC, CLIC) et devient l'interlocuteur unique des opérateurs pour toute décision relevant de la politique départementale de la dépendance.

Il est piloté par le Service Autonomie du Conseil départemental, qui anime la Conférence Territoriale de l'Autonomie, et structuré par quatre fonctions : cartographie des besoins, régulation de l'offre, suivi des conventions d'adhésion des opérateurs, et coordination du CPCA de chaque bénéficiaire.

Pilier 3 - Le contrat d'adhésion et l'évaluation à deux étages, indépendante du pilote

Pour mettre fin au caractère purement déclaratif de l'appartenance au SPDA, tout opérateur souhaitant bénéficier de sa visibilité, de ses financements ou de ses orientations devra signer une convention l'engageant sur ses missions, ses indicateurs de contribution, et une clause de continuité de service en cas de retrait.

Pour éviter que le Conseil départemental ne soit à la fois pilote et juge de son propre dispositif, deux instances complémentaires entrent en jeu : un Service Autonomie Territoires (SAT), créé de *Lex ferenda* au sein des CARSAT sur le modèle de la branche AT-MP, pour l'évaluation institutionnelle et la comparaison interdépartementale ; et un CDCA rénové, doté d'un mandat explicite et de moyens d'indépendance, pour l'évaluation de la qualité vécue par les usagers. Les deux productions remontent conjointement à la CNSA. C'est la garantie du respect et de l'effectivité des règles du SPDA.

5.3 Le principe financier unificateur : un financeur par nature de prestation

L'ensemble du modèle de financement repose sur un principe simple, déjà identifié comme consensus fort : le financeur doit être déterminé par la nature de la prestation délivrée - soin, accompagnement, hébergement - et non par le type de structure qui la délivre.

Nature de la prestation	Financeur
Soin (y compris la dépendance causée par la maladie en USPC)	Assurance Maladie (CNAM)
Dépendance et accompagnement (EHPAD nouveau modèle, domicile)	CNSA et Département
Hébergement pur	Résident, avec aide sociale pour les plus modestes

Seul le domicile continue de cumuler les trois sources de financement, reflet de la coexistence réelle, en un même lieu, des dimensions soin, dépendance et hébergement - ce qui justifie qu'une commission d'orientation médico-soignante, dotée d'un outil de mesure unifié succédant à AGGIR et Pathos, vienne arbitrer l'éligibilité et le passage entre niveaux.

5.4 Ce que le nouveau modèle change concrètement pour une personne âgée

Avant / Après — un premier exemple illustratif

Pour un senior fragile non encore dépendant (GIR 5-6, à domicile)

Aujourd'hui : une personne de 70 ans, vivant seule, est repérée fragile par la CNAV à l'occasion d'un entretien de prévention (perte de poids, ralentissement de la marche, isolement social croissant). Ce repérage reste sans suite structurée : la CNAV n'a pas de mandat pour organiser une prise en charge au-delà de ses propres actions de prévention, et aucun acteur n'est chargé de transformer cette alerte en plan d'action coordonné.
Le médecin traitant, en consultation courte, n'a ni le temps ni un outil dédié pour objectiver la fragilité repérée. Aucun professionnel n'est identifié pour suivre la personne dans la durée ni pour articuler les leviers disponibles (activité physique, nutrition, aménagement du logement, lien social). Cinq ans plus tard, en l'absence de prise en charge organisée, la fragilité s'est aggravée jusqu'à la perte d'autonomie constituée : la personne bascule en GIR 2, avec une demande d'APA déposée dans l'urgence, à la suite d'une chute à domicile.

Demain, dans le modèle cible :

- Le repérage effectué par la CNAV **déclenche automatiquement une orientation vers le SPDA**, point d'entrée unique y compris pour les personnes non encore éligibles à l'APA, au lieu de rester une alerte sans suite ;

- Un **CPCA (Contrat Personnalisé de Coordination de l'Autonomie)** est établi dès ce stade de fragilité, formalisant un plan d'aides et de prévention personnalisé (activité physique adaptée, nutrition, aménagement du logement, lien social), et non plus une simple recommandation informelle ;

- Un **care manager** est désigné comme référent unique de la personne : il coordonne les intervenants prévus au CPCA, suit la mise en œuvre effective du plan et ajuste les leviers mobilisés en fonction de l'évolution constatée ;

- Le **financement de la prévention** est identifié et articulé entre CNAV, MSA et CNSA, garantissant que le plan d'aides du CPCA est solvabilisé dès le stade de la fragilité, avant l'entrée en dépendance ;

- La **trajectoire de la personne est réévaluée régulièrement** par le care manager, permettant d'ajuster le plan à la hausse ou à la baisse selon l'évolution réelle de son état.

À J+5 ans, grâce à ce plan d'aides suivi par le care manager, la personne a **regagné en autonomie** : la perte de poids a été enrayée, la marche s'est stabilisée grâce à un programme d'activité physique adapté maintenu dans la durée, et le lien social a été restauré via des activités de proximité identifiées dans le CPCA. Elle reste en GIR 5-6, sans avoir basculé vers la dépendance — la fragilité repérée à 70 ans n'a pas constitué une trajectoire irréversible.

Avant / Après — un deuxième exemple illustratif

Aujourd'hui : une personne en GIR 1 à domicile voit son plan d'aide plafonné à environ 85 heures par mois, indépendamment de ses besoins réels estimés à 150 heures - le plafond budgétaire prime sur l'évaluation médico-sociale.

Une partie de ces heures est perdue par l'absence de lissage. Le reste à charge et la complexité administrative la dissuadent parfois de consommer l'intégralité de son plan. La qualité du service qu'elle reçoit n'est ni formalisée dans un engagement contractuel, ni évaluée par une instance indépendante.

Demain, dans le modèle cible :

- Un **CPCA unique** formalise un plan d'aides construit à partir de ses besoins réels évalués (grille AGGIR/Pathos), et non contraint *a priori* par une enveloppe départementale plafonnée - le principe d'universalité de la prise en charge devient opposable ;

- Ce même contrat inscrit des **engagements de qualité de service explicites** (continuité, régularité des intervenants, délais de réponse), qui deviennent une clause contractuelle du CPCA et non une simple attente informelle ;

- Un **tarif de référence national** garantit que chaque heure facturée correspond à une heure réellement rémunérée à un coût couvrant les charges de l'opérateur - condition de solvabilité de l'engagement pris dans le CPCA ;

- Un **guichet unique** au sein du SPDA évite la dispersion des démarches et sécurise l'accès effectif aux droits ;

- La qualité de la prise en charge qu'elle reçoit est évaluée à la fois par le **CDCA** (son vécu, en regard des engagements pris dans son propre CPCA) et par le **SAT-CARSAT** (la performance de son département), avec une remontée annuelle à la CNSA.

Les 10 mesures phares du nouveau modèle

Issues des quatre piliers du modèle — stratégie, gouvernance, financement, organisation des acteurs — ces dix mesures constituent le socle opérationnel proposé aux candidats à l'élection présidentielle de 2027.

1. Un repérage systématique de la fragilité, piloté par la CNAV — Un test d'auto-évaluation FRAGIRE est proposé à chaque nouveau retraité, renouvelé à J+5 et J+10 ans, pour détecter les fragilités avant qu'elles ne deviennent irréversibles.

2. Un Contrat de Prise en Charge de l'Autonomie (CPCA) opposable, fondé sur les besoins réels — Le plan d'aides est construit à partir de l'évaluation médico-sociale (grille AGGIR/Pathos), et non contraint a priori par une enveloppe départementale plafonnée.

3. Le care manager, référent unique du parcours — Évolution d'un métier existant (spécialisation de 300 heures en licence 3, ouverte aux infirmiers et aux travailleurs sociaux), chargé de la coordination des intervenants et du suivi du plan d'aides.

4. Le SPDA, guichet unique territorial — Le Service Public Départemental de l'Autonomie devient l'ordonnateur unique du parcours, absorbant les dispositifs existants (DAC, CLIC) et sécurisant l'accès effectif aux droits.

5. Une CNSA renforcée en « Parlement du médico-social » — Rééquilibrage de sa gouvernance — réduction du poids de l'État au profit des départements, des partenaires sociaux et des usagers — et publication d'un rapport stratégique annuel, sur le modèle du rapport charges et produits de la CNAM.

6. Un tarif de référence national pour sécuriser l'aide à domicile — Chaque heure facturée correspond à une heure réellement rémunérée à un coût couvrant les charges de l'opérateur — condition de solvabilité de l'engagement pris dans le CPCA.

7. Un financeur déterminé par la nature de la prestation – Le triptyque USPC / EHPAD rénové / Domicile-RSS : l'Assurance Maladie finance le soin, la CNSA et les départements financent la dépendance et l'accompagnement, quel que soit le lieu de vie.

8. Un contrat d'adhésion obligatoire pour les opérateurs – Toute structure souhaitant bénéficier de la visibilité et des financements du SPDA s'engage contractuellement sur ses missions et ses indicateurs de contribution.

9. Une évaluation indépendante à deux étages – Un Service Autonomie Territoires (SAT), créé en CARSAT, pour l'évaluation institutionnelle et la comparaison interdépartementale ; un CDCA rénové pour la qualité vécue par les usagers – avec une remontée annuelle conjointe à la CNSA.

10. Un financement rééquilibré et sécurisé pour la Sécurité sociale – La part des cotisations sociales dans le financement de la CNSA est portée de 8 % à 30 % d'ici 2050, dans le respect d'une règle d'or budgétaire pour la Sécurité sociale.

2027
COALITION
Pour l'autonomie des personnes agées