

DOSSIER DE PRESSE

Mise dans le débat public d'un rapport de
l'Institut Santé



Frédéric Bizard

Professeur d'économie à la ESCP
Fondateur de l'Institut Santé



REFONDATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE

Le pari de l'autonomie sur la dépendance

EDITORIAL

Le rapport Bizard : refonder la prise en charge de la perte d'autonomie

Le pari de l'autonomie sur la dépendance



À l'occasion du Congrès de la Fédésap, Frédéric Bizard, économiste, professeur à l'ESCP et président de l'Institut Santé, rend public un **rapport inédit** sur la refondation du système français de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Ce rapport propose **une réforme systémique, soutenable et immédiatement opérationnelle**, pour répondre au défi démographique majeur du vieillissement et à **l'urgence d'un virage domiciliaire et préventif**.

Ce travail repose sur une large concertation avec les acteurs du secteur et trace **une feuille de route ambitieuse : bâtir d'ici 2050 un modèle universel et solidaire**, recentré sur la prévention, le soutien à domicile et la dignité des personnes âgées.

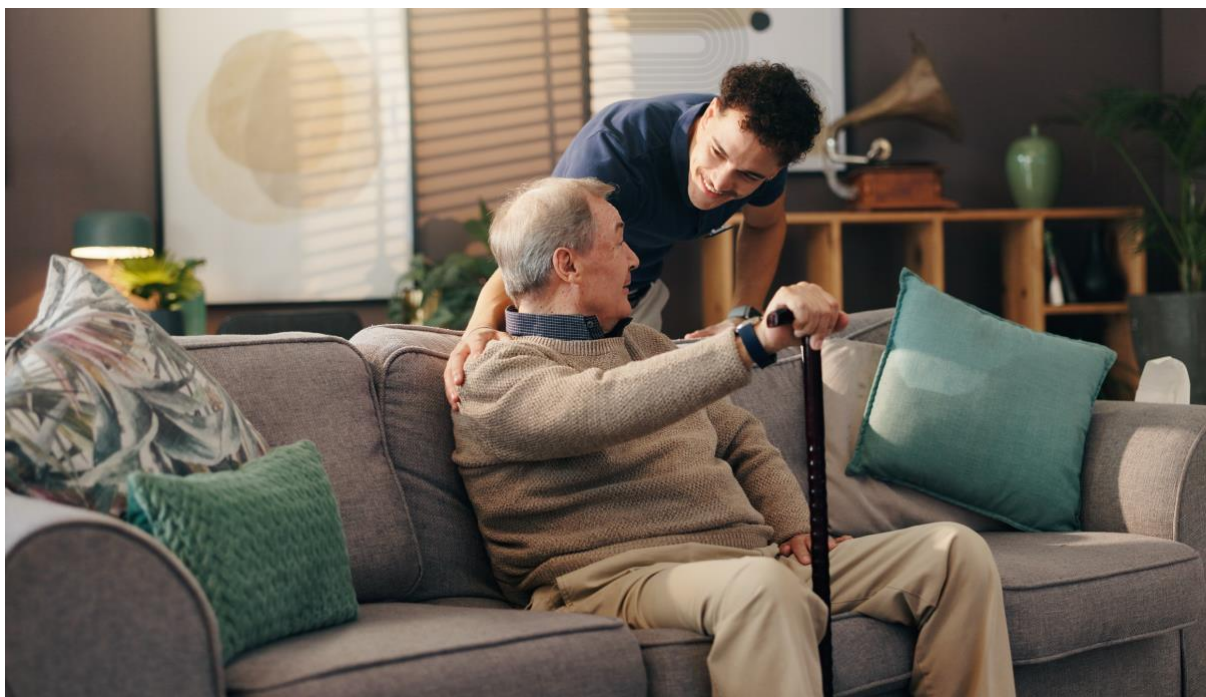
Nous sommes heureux et fiers que Frédéric Bizard ait choisi le congrès de la Fédésap pour rendre public son rapport. Ses propositions courageuses et visionnaires offrent une perspective que nous appelons de nos vœux depuis des années : bâtir un modèle soutenable et centré sur le domicile. **C'est exactement ce dont notre pays et les acteurs du domicile ont besoin** pour relever le défi du vieillissement et garantir aux personnes âgées une autonomie digne et solidaire.

Frank NATAF
Président de la Fédésap



REFONDATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE

LE PARI DE L'AUTONOMIE SUR LA DÉPENDANCE



Face au « tsunami gris » qui s'annonce dès 2026, avec l'arrivée des baby-boomers à 80 ans, le rapport Bizard appelle à un double virage : enfin le virage domiciliaire (privilégier le soutien à domicile) et un virage préventif (prévenir la dépendance par le repérage précoce des seniors fragiles). Sans réforme, l'inaction coûterait jusqu'à 48 milliards d'euros par an en 2050. La réforme systémique proposée, prête à l'emploi et soutenue par les acteurs du secteur, entend transformer un risque social (la perte d'autonomie) en opportunité de bien-être pour les Français âgés, de croissance économique et de cohésion nationale.

M. Frédéric Bizard est économiste, professeur à l'ESCP et fondateur de l'Institut Santé. Il dévoilera les propositions de son rapport le 18 septembre, à l'occasion du Congrès de la Fédésap¹ (Fédération des entreprises de services à la personne et de proximité), affiliée à la CPME et 1ère fédération patronale des acteurs du Domicile.

¹ : Créée en 2007, la Fédésap rassemble près de 4.500 structures (entreprises comme associations) sur l'ensemble des métiers de la « naissance au grand âge » : services autonomie, qui accompagnent à domicile les personnes âgées en perte d'autonomie ou situation de handicap, services de garde d'enfants à domicile et crèches. Ses adhérents emploient plus de 160 000 intervenants à domicile, qui œuvrent, chaque jour, auprès de 800.000 clients. Les adhérents de la Fédésap réalisent plus de 28 % des heures APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), 35 % des heures PCH (Prestation de Compensation du Handicap) à domicile et 45 % des heures de garde d'enfants à domicile.

I. Les six failles qui fragilisent la prise en charge de la perte d'autonomie

- **Un système centré sur la grande dépendance et les Ehpad :**
 - Le système concentre les ressources sur les Ehpad et les GIR 1&2 (seulement 17% des ressources CNSA sur le domicile), au détriment des postes à fort rendement marginal pour le bien-être des personnes et la maîtrise des dépenses (prévention, domicile).
 - Les Ehpad souffrent de scandales à répétition ;
 - Pas ou peu de politique de repérage et de prévention du risque autonomie pour les seniors fragiles.
- **L'arlésienne du virage domiciliaire :**
 - Le surcoût de l'Ehpad vs domicile va de 17% (GIR 2) à 131% (GIR 3)
- **Une gestion fragmentée et peu coordonnée du risque Autonomie :**
 - pas de coordination des 4 composantes de la prise en charge (santé, aides, logement, vie sociale), qui font l'objet d'interventions ponctuelles des opérateurs ;
 - Usage très insuffisant des nouvelles technologies (télémédecine, domotique, IA, robotique).
- **Une offre inadaptée à la demande :**
 - Un tiers des personnes ne trouvent pas d'offre et 30% des plans d'aides ne sont pas intégralement consommés
 - Faible lisibilité de l'offre
 - Maquis juridique
 - Inégalités territoriales
 - Tarif national plancher APA et PCH trop bas, inférieur au coût de revient réel de l'heure de prestations à domicile
- **Une gouvernance en gestion de crise permanente :**
 - Absence de loi de programmation du grand âge (donc, pas de stratégie nationale sur la gouvernance et le système, pas de vision budgétaire à MLT ;
 - Absence de définition de territoires opérationnels (santé et autonomie), ce qui freine le bon fonctionnement du service public de l'autonomie localement ;
 - Recoupement fréquent des missions du département et de l'ARS, ce qui rend la gouvernance peu efficace et peu lisible.
- **Un financement non soutenable :**
 - Sous-financement chronique ;
 - La CNSA repose à plus de 90% sur l'impôt (CSG) ;
 - Le système souffre de l'absence d'un modèle assurantiel (i.e. pas de financement dédié), ce qui rend le financement peu lisible pour des citoyens qui ont une faible conscience du risque autonomie (faible adhésion citoyenne)



Si rien ne change, ces six failles feront exploser un système déjà fragilisé, au moment même où les besoins vont bondir dès 2026 et culminer dans les années 2030 : le fameux « tsunami gris ».

II. L'inaction coûtera plus cher qu'une réforme : jusqu'à 48 Mds € par an

- **Le rapport Bizard exhorte la France à prendre un double virage :**
 - **Virage domiciliaire** → privilégier le soutien à domicile des personnes âgées plutôt que l'hébergement en Ehpad (objectif : 75 % domicile / 25 % Ehpad en 2050).
 - **Virage préventif** → repérer tôt les seniors fragiles et leur proposer un programme de prévention pour retarder, voire éviter, l'entrée dans la dépendance.
- **Un calcul inédit : le rapport Bizard chiffre le prix de l'inaction :**
 - Sans virage domiciliaire → 13 Mds€ par an en 2050.
 - Sans virage préventif → 6 à 22 Mds€ par an en 2050.
- **La prévention paie** : selon la Cour des comptes (« *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées* »², nov. 2021), chaque année d'espérance de vie sans incapacité supplémentaire représente 1,5 Mrd € d'économies pour l'assurance maladie.
- Au total : **ne rien faire** (ni virage domiciliaire, ni virage préventif) **coûterait 30 à 48 Mds€ par an dès 2050, soit 0,5 à 0,8 % du PIB**. Et encore, ce calcul ne prend pas en compte les effets sociaux et économiques indirects³.

III. Le rapport Bizard : une réforme systémique, prête à l'emploi

- **Un modèle en crise** : les scandales dans les Ehpad ne sont que la partie émergée d'un système à bout de souffle, sous-financé et incapable d'anticiper le « tsunami gris » des années 2030.
- **Une réponse systémique** : le rapport Bizard propose une réforme complète, soutenable et prête à être mise en œuvre dès 2025. Son ambition : bâtir un modèle robuste pour les 25 prochaines années.
- **Objectif global** : passer à un ratio **60 % domicile / 40 % Ehpad dès 2026**, qui montera à **75 % / 25 % en 2050**. Déplacer les financements des Ehpad vers le domicile permet de financer ce virage domiciliaire attendu par les Français.
- **Une méthode de travail garantissant le consensus** : analyse approfondie des travaux existants, deux conférences de consensus (en mai 2025) réunissant experts et acteurs du secteur, des dizaines d'entretiens individuels. Résultat : un consensus large sur les solutions proposées.

² : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-12/20211125-rapport-prevention-perde-autonomie-personnes-agees.pdf>

³ : Ex. charge accrue pour les aidants familiaux, baisse de productivité pour les actifs, contraintes de prendre des arrêts maladie, des temps partiels subis voire sortir du marché du travail pour s'occuper d'un proche, explosion des dépenses publiques liées à l'absence de prévention, etc.

- **Les personnes handicapées exclues du champ de l'étude** : Le rapport Bizard concerne la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et exclut les personnes handicapées (qui feront l'objet d'une étude ultérieure).
- **Un changement de paradigme, mais sans tout réinventer** : le rapport ne crée pas de nouvelles usines à gaz. Il s'appuie sur les structures existantes (CNSA, CNAV, Conseils départementaux, CCAS, ARS, SPDA) mais en redéfinit les missions. L'objectif : réorienter le système vers les besoins réels des personnes âgées.
- **Une réforme éminemment politique, mais réaliste** : stratégie, financement, gouvernance... autant de domaines où seul l'État peut agir. Mais le rapport souligne qu'une majorité parlementaire est possible, comme cela est le cas sur l'aide à mourir : l'urgence démographique oblige (« tsunami gris »).
- **Une réforme prête à l'emploi** : adoptable en quelques mois, elle pourrait entrer en vigueur dès 2025. Elle répond à une urgence : dès cette date, les premiers baby-boomers atteindront 80 ans.
- **Une ambition forte** : transformer un risque social – la perte d'autonomie – en une opportunité de croissance économique (silver économie), de bien-être pour les personnes âgées et de cohésion nationale.

IV. Synthèse des 10 mesures phares du rapport Bizard

1. Dépistage précoce des seniors fragiles

- Pilotage par la CNAV, grâce à son expertise et ses bases de données.
- Dépistage dès le départ en retraite, bilan de fragilité systématique.
- Objectif : retarder ou éviter l'entrée en dépendance.

2. Création d'un nouveau métier de Care manager

- 100 000 recrutements prévus d'ici 2050.
- Professionnels formés à l'évaluation, l'accompagnement et la coordination.
- Intégrés aux Services Autonomie à Domicile (SAD).

3. Un système centré sur les besoins, pas sur l'offre

- Diagnostic territorial annuel des besoins.
- Schéma départemental actualisé tous les ans.
- Signature d'un contrat personnalisé (CPPA) entre la personne, le SAD et le département.

4. Citoyenneté et dignité au cœur du modèle

- Considérer chaque personne âgée dépendante comme un citoyen à part entière.
- Respect systématique de la dignité dans tous les parcours.

5. Un État stratège et garant de l'égalité territoriale

- L'État définit la politique nationale et délègue la mise en œuvre (CNSA, CNAV, départements).
- CNSA transformée en « Parlement national du médico-social » avec un vrai pouvoir de contrôle.
- Rôle accru de la HAS pour l'harmonisation des référentiels qualité.

6. Le Département, chef de file opérationnel

- Animation du Service public départemental de l'autonomie (SPDA).
- Repérage, évaluation et suivi des plans d'aides.
- Coordination avec CCAS et CIAS, mobilisation de care managers.

7. Un financement en trois étages

- 1er étage : filet beveridgien (Prestation Universelle Autonomie, financée par les départements).
- 2e étage : assurance publique autonomie (cotisations CASA + CSG).
- 3e étage : assurance privée mutualiste obligatoire à partir de 60 ans.

8. Une Prestation unique autonomie (PUA)

- Couvre à 100 % les besoins des retraités modestes (< 1 746 €/mois).
- Fusion des aides existantes (APA, PCH, ASH).
- Gestion par la CNAV pour plus d'efficacité et de transparence.

9. Réinventer les opérateurs de services

- Parcours construits à partir des besoins des personnes.
- Fin de la logique mandataire/prestataire : modèle majoritairement prestataire.
- Intégration obligatoire des innovations (numérique, IA, domotique).
- Libre choix de l'opérateur garanti.

10. Transformer les Ehpad

- Obligation de se repositionner en 3 à 5 ans :
 - Soit en résidences services seniors (RSS),
 - Soit en établissements très médicalisés pour la grande dépendance.
- Développement d'un secteur intermédiaire (RSS, habitats inclusifs).
- Objectif : réussir le virage domiciliaire et moderniser le secteur.

Contact presse :

Julien Jourdan

Directeur général de la Fédésap

Mail : jjourdan@fedesap.org

Tel. : 06 30 54 96 83

Mesure 1 : Dépistage et prise en charge précoce des seniors fragiles par la CNAV

- Pilotage confié à la CNAV (pilotage, financement et évaluation).
- Mise en place d'un programme de **care management**.
- Dépistage précoce dès le départ en retraite des personnes fragiles.
- Objectif : **retarder ou éviter l'entrée en dépendance** grâce à un accompagnement adapté.

Repérage et prise en charge des seniors fragiles

- **Pilotage confié à la CNAV :**
 - Car elle dispose déjà d'un budget et d'un programme dédiés → prévention (465 000 retraités en 2024) et accompagnement à domicile des retraités fragilisés (314 000 personnes en 2024 au travers du plan d'aides OSCAR, doté de 393 M€)
 - Nouveau modèle → Financement, gestion et évaluation de la prévention du risque dépendance.
- **Dépistage précoce dès le départ en retraite** : bilan de fragilité systématique (grille FRAGIRE).
- **Un enjeu majeur** : 2,1 M de seniors fragiles en 2025 → 3,8 M en 2050.
- **Accompagnement personnalisé :**
 - consultation médicale pour évaluer l'état de santé,
 - contrat thérapeutique si ALD⁴,
 - plan de prévention de type OSCAR, impliquant un care manager.
- **Un état réversible** : un senior fragile peut redevenir robuste si la maladie est stabilisée → objectif : prolonger l'espérance de vie en bonne santé.

Pilotage par la CNAV du plan de prévention « Seniors fragiles »

- **Une expertise éprouvée** : la CNAV pilote déjà des actions de prévention du bien vieillir → Elle dispose des ressources humaines et techniques, et d'une réelle expertise
- **Un atout unique** : la CNAV dispose de l'ensemble des données socio-économiques des actifs et retraités.
- Détection des seniors fragiles possible grâce à **l'IA** appliquée aux bases de données.
- **Efficience** : montée en puissance gérable sans investissements majeurs, avec un haut niveau de performance.
- **Évolution logique** : l'automatisation de la gestion des retraites libérera des ressources humaines pour la gestion de l'autonomie.
- **Un opérateur efficient et à bas coût** : la CNAV affiche déjà l'un des coûts de gestion les plus bas parmi les caisses nationales, avec l'URSSAF et la CNAM

Financement du plan de prévention des seniors fragiles

⁴ : Affection de Longue Durée

- **Assuré par la CNAV** : l'Assurance retraite finance déjà une partie des actions de prévention et deviendra l'opérateur principal du repérage et du pilotage.
- **Une mission naturelle** : consacrer une fraction (qui restera modeste) des retraites à la prévention du risque dépendance relève pleinement de ses missions.
- **Une gestion optimisée** : la CNAV est la mieux placée pour évaluer les besoins financiers et garantir une utilisation efficiente des ressources.

Mesure 2 : Création d'un nouveau métier de Care manager pour évaluer et accompagner les personnes fragiles en dépendance légère

- Objectif : recruter **100 000 Care managers d'ici 2050**
- **Pourquoi un Care manager ?**
 - Un enjeu central de prévention de la dépendance
 - Seniors fragiles = population à haut risque de basculer dans la dépendance
 - Besoin d'un professionnel dédié pour :
 - Évaluer la fragilité
 - Accompagner et coordonner soins & aides
 - Ramener un maximum de seniors vers un **profil robuste**
- **Comment ?**
 - Un nouveau métier clé, piloté et financé par la CNAV
 - Positionné au niveau licence (Bac+3)
 - Formés à l'évaluation et à l'accompagnement des seniors fragiles
 - Faire évoluer vers le métier de *care management* les professionnels de l'évaluation actuels œuvrant pour le compte de la CNAV. Ils administrent un référentiel et sont employés par des GIE, GCSMS ou associations qui passent des conventions avec la CNAV.
- **Rôle central :**
 - Prévenir la bascule des seniors fragiles dans la dépendance
 - Ramener un maximum de seniors vers un profil robuste
 - Coordonner aides et soins dans les futurs Services Autonomie à Domicile (SAD).
- **Organisation :**
 - délégation de service public à des opérateurs privés (associatifs et privés)
 - Intégré aux SAD (nouveaux Services autonomie à domicile)
- **Impact :**
 - Création massive d'emplois pour les jeunes
 - Renforcement de l'offre de services à domicile
- **Financement** : fraction budget pensions (comme actuellement) + fraction du budget CNSA confiée à la CNAV

Mesure 3 : Organiser la prise en charge à partir des besoins des personnes âgées, grâce à trois outils : diagnostic territorial, une loi d'orientation et de programmation, contrat de prise en charge personnalisée (CPPA)

Un modèle centré sur la demande

- Philosophie générale : passer d'un système piloté par l'offre (structures existantes dans les territoires) à un système construit sur les **besoins réels des personnes âgées**
- **Etape 1 : Évaluation annuelle** des besoins médico-sociaux par les Conseils départementaux
- **Etape 2 : Schéma départemental** des ressources nécessaires (actualisé chaque année, horizon 5 ans)(pour répondre aux besoins de perte d'autonomie)
- **Etape 3** : mise en place un **contrat de prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie** (CPPA) entre la personne dépendante, le SAD (service autonomie domicile) et le Conseil départemental (voir ci-dessous)
- Pilotage à l'échelle des **territoires de santé (~200 000 habitants)**
- **Universalité** : Ces **dispositifs** seraient **identiques dans tout le pays** et selon des règles définies nationalement et appliquées dans chaque département.

Outil clé : le Contrat de prise en charge personnalisée (CPPA)

- Une réponse sur-mesure à chaque personne dépendante
- Contenu : plan d'aides personnalisé, objectifs et modalités d'évaluation
- Signataires : bénéficiaire + coordinateur du plan d'aides (le SAD) + Conseil départemental
- Garanties :
 - Droits et devoirs clarifiés
 - Usage optimisé des ressources
 - Satisfaction des bénéficiaires
- Outil structurant pour la bascule vers un **modèle réellement centré sur la personne**

Mesure 4 : Traiter avec dignité les personnes âgées en perte d'autonomie et les considérer comme des citoyens à part entière

Mesure 5 : Réorganiser la gouvernance du système de prise en charge des PA en perte d'autonomie avec un État stratège garant de l'égalité territoriale

- avec un Etat qui définit la politique d'autonomie ;
- qui délègue des missions et compétences à la CNSA, la CNAV et les conseils départementaux ;
- qui, au plan local, veille à lutter contre les inégalités territoriales, de sorte que les bénéficiaires aient un accès universel au dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie.

Un État stratège au national

- L'État définit la politique d'autonomie via une **loi de programmation** (5 ans).
- Délégation de service public à :
 - **CNSA** → financement, tarification et pilotage de la **politique de la dépendance**.
 - **CNAV** → financement, pilotage et évaluation de la **politique prévention** de la perte d'autonomie des seniors fragiles et gestion de la **Prestation Unique Autonomie (PUA)**.
 - **Conseils départementaux** → pilotage du schéma départemental Autonomie, parcours des personnes dépendantes (SAD, RSS, établissements, MDPA), investissements autonomie.
- **HAS** : harmonisation nationale des plans d'aides et référentiels qualité.

Un État régulateur et évaluateur en région et localement

- Via les **ARS et services préfectoraux** :
 - Autorisation des opérateurs (services autonomie à domicile, RSS inclus, et établissements).
 - Contrôle de la bonne exécution locale de la loi de programmation du grand âge.
- Supervision des **cahiers des charges qualité** (formation des personnels, respect des standards).
- Garantie de la **transparence financière** (reporting) des opérateurs ayant des fonds d'investissement dans leur actionnariat, afin de vérifier l'utilisation efficiente de l'argent public.

CNSA : un Conseil renforcé et des missions revisitées

- Aujourd'hui, la gouvernance de la CNSA est aux mains de sa direction générale : elle est trop centrée sur une approche technocratique et comptable, ce qui limite l'adaptation du système.
- Transformation du Conseil CNSA en **Conseil d'administration** avec réel pouvoir → un véritable **Parlement national du médico-social**.
- **État minoritaire**, représentativité équilibrée des acteurs et partenaires sociaux.
- Rôle accru du **Comité scientifique** pour des décisions fondées sur les données et l'innovation.
- **Nouvelles missions** :
 - Tarification des prestations.
 - Intégration systématique des innovations technologiques.
- **Obligation d'équilibre financier** à moyen terme, avec contrôle du Conseil

Mesure 6 : Le Département, chef de file opérationnel du service public de l'autonomie

Piloter le Service public départemental de l'autonomie (SPDA)

- **Repérage, évaluation et suivi des plans d'aides** en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie.
- **Coordination avec CCAS et CIAS** pour garantir une réponse adaptée à chacun.
- Animation d'une équipe de **care managers** (nouveau métier Bac+3), chargés de la **coordination des plans d'aides** dédiés aux personnes fragiles (**GIR 5 & 6**), et probablement aux personnes dépendantes à domicile (**GIR 3 & 4**) :
 - Évaluation à domicile des personnes âgées fragiles et dépendantes ;
 - Élaboration et suivi des plans d'aides ;
 - Coordination des parcours.
- **Liberté de mise en œuvre (choix du département)** : recourir au personnel interne du CD ou délégation à un prestataire privé agréé.

Rôle clé du département dans la prévention et l'accompagnement

- Création possible d'un **GIE départemental** regroupant tous les professionnels de l'évaluation pour :
 - développer une culture commune,
 - garantir une évaluation objective et opposable.
- Plans d'aides basés sur les référentiels HAS et intégrant les **innovations technologiques** (IA, domotique, robotique).
- Prise en charge à 100 % des plans d'aides conditionnée au respect du contrat personnalisé de prise en charge autonomie (**CPPA**) et à une **évaluation annuelle**.
- Le care manager veille au respect du parcours ; des sanctions financières peuvent s'appliquer en cas de négligences répétées de l'utilisateur.

Mesure 7 : Un financement en trois étages pour une autonomie universelle et équitable :

- **1^{er} étage = filet beveridgien pour les plus pauvres**
 - couverture de 100 % des besoins des PA dépendantes à bas revenus (gagnant moins de 80% du revenu médian, 1.746 € mensuels),
 - par le biais d'une **prestation universelle autonomie (PUA)**,
 - financée par les impôts locaux (levés par le département) ;
- **2^e étage = Assurance publique autonomie (APA)**
 - destinée au reste de la population des PA en situation de dépendance (hors « pauvres », dont les ressources sont supérieures à 1.746 euros par mois),
 - Financement par un mix de cotisations (CASA élargie) et d'impôts nationaux (CSG) ;
- **3^e étage = assurance privée de type mutualiste,**
 - supplémentaire (donc non complémentaire)
 - obligatoire à partir de 60 ans,
 - couvrant les services non remboursés par l'assurance publique autonomie (i.e. le 2nd étage)

1°) Focus sur la prestation unique autonomie (PUA) pour les personnes âgées en perte d'autonomie les plus pauvres (1^{er} étage)

Principe : Garantir à tous les retraités dépendants à bas revenus, ayant < 80 % du revenu médian de la population (0,80 x 2.186 € nets par mois = 1.746 € mensuels), une couverture quasi totale des besoins liés à la perte d'autonomie, et donc leur garantir mêmes prestations que le reste de la population, grâce à une prestation unique autonomie (PUA)

Public concerné : Si la prestation PUA couvre les retraités dépendants disposant de < 80 % du revenu médian, 25 à 30 % des personnes âgées dépendantes seraient potentiellement couvertes par la PUA.

Reste à charge symbolique de quelques euros par mois pour que la personnes précaire dépendants comprennent que la prise en charge du risque n'est pas gratuite => un relevé mensuel du coût de la prise en charge par la collectivité serait envoyé à chaque bénéficiaire pour une bonne information des coûts

Fonctionnement

- Cette prestation unique autonomie résulterait de la fusion des aides existantes : PCH, APA et ASH.
- Elle fonctionnerait selon le modèle actuel de la PCH, avec un financement en nature et non en espèces.
- Elle financerait les besoins en aides humaines et techniques de la personne dépendante et précaire.
- Pour les personnes dépendantes en établissement, cette prestation couvrirait l'ensemble des prestations hors soins.

Financement et rôle des départements

- Financement de la PUA assuré par les CD (impôts départementaux), les aides existantes (PCH, APA et ASH) étant déjà majoritairement financées par les départements
- L'APA est financée à hauteur de 70% par le département, le complément versé par la CNSA étant de 30 %, alors qu'à l'origine le financement devait être partagé à 50 %-50 %.
- Cependant, les départements sont en difficulté financière et même 1/3 d'entre eux en asphyxie budgétaire
- Part actuelle des départements : 17 % des dépenses totales pour les personnes âgées en perte d'autonomie => nouveau modèle (rapport Bizard) : plafonnement à 15 % d'ici 2050
- Préserver la capacité d'investissement des départements, qui sont confrontés à des enjeux conséquents, dans la perte d'autonomie, mais aussi la transition écologique, etc.

Versement de la PUA par l'Assurance retraite (CNAV)

- La CNAV peut gérer cette prestation avec moins d'1% de frais de gestion et sans investissement dans la gestion numérique des bases de données.
- Les Conseils départementaux ne disposent ni des bases de données ni de l'expertise d'industrialisation des versements de ce type de prestation comparables à celles de la CNAV.
- La CNAV est la mieux placée pour verser la PUA à moindre coûts, en sélectionnant les personnes éligibles, en minimisant les risques d'erreur.
- La gestion industrielle du versement d'une telle prestation fait partie du savoir-faire existant de la CNAV.

2°) Focus sur l'Assurance publique autonomie (2^e étage)

- **Financement actuel de la CNSA :** financée aujourd'hui à 92% par de l'impôt (CSG) et 8% par des cotisations dédiées : la contribution sociale autonomie (CSA) reversée par l'employeur pour le jour de solidarité (6%, 2,5 Mrds € en 2023) et la contribution additionnelle de solidarité (CASA) de 0,3% appliquée aux retraites.

- Les multiples financements de prestations de la CSG – famille, chômage, santé, perte d'autonomie et remboursement de la dette sociale – ne font pas de cet impôt un indicateur de financement du risque dépendance pour les Français.
- Évolutions proposées
 - Mettre en place un financement dédié et lisible pour les Français du risque autonomie (au-delà du paiement de la CSG)
 - **Participation forfaitaire de l'assuré : 10-15 % de la valeur des prestations**
 - **Plafonnement de la participation forfaitaire selon le revenu disponible de l'assuré (bouclier social)**
- **Ne pas faire peser les surcroûts d'efforts de financement de l'autonomie sur la population active**, qui va décroître en 2035 et sur laquelle pèse déjà un haut niveau de prélèvements.
- Il est logique et juste de **faire reposer la cotisation sociale dédiée à la future assurance publique de l'autonomie exclusivement sur les retraités, dont la population va fortement croître** (de 17,1 M en 2023 à 21,6 M en 2070).
- **Objectif** : Concevoir le financement de l'Assurance publique autonomie à partir d'une **cotisation autonomie dédiée (de type CASA)**, à un niveau significatif pour **financer au moins 70% des besoins des personnes âgées dépendantes** (qui ne sont pas financées par la prestation universelle autonomie, réservée aux PA ayant une retraite modeste).
- La **CASA actuelle** (2023)
 - Concerne ~ 50 % des retraités (revenus > 25 703 €)
 - Taux : 0,3 % → 900 M€ de recettes
 - Charge ≈ 110 €/an par retraité concerné
 - Exemptés : retraités à taux CSG 0 % ou 3,8 %
- **Projection de recettes CASA**
 - 1 % des revenus → 3 Mds €
 - 2 % des revenus → 6 Mds €
 - L'idée est de s'appuyer sur la forte hausse de la population des retraités dans les années à venir (effet volume) pour augmenter suffisamment les recettes de l'assurance publique autonomie, en plus de la CSG.

3°) Focus sur l'Assurance privée de type mutualiste en supplément = 3^e étage

Contrat supplémentaire privé, non complémentaire

- 3 principes :
 - Pas de discrimination des assurés
 - **Affiliation obligatoire dès l'âge de 60 ans**
 - Subventionnement des plus défavorisés

Contrat standard étalon (appelé aujourd'hui « contrat responsable »)

- Garanties minimales votées par le **Parlement**
- Commercialisé par **tous les opérateurs**
- Options supplémentaires facultatives librement définies par chaque assureur
- Obligation d'un **volet "dépendance" dès 60 ans**
- Servirait à financer un **panier de services non couverts par l'assurance publique autonomie**, mais considérés comme devant être accessibles à tous les ménages, **définis à la suite de recommandations HAS et CNSA** :
 - Ménage
 - Courses
 - Aides administratives
 - Transports non sanitaires
 - Animaux domestiques...

Le contrat privé supplémentaire des mutuelles serait souscrit par toute la population selon une affiliation individuelle (fin des contrats collectifs en santé), ce qui entraînerait une baisse significative des prix des contrats individuels actuellement souscrits par les retraités (du fait de la mutualisation du risque sur toute la population avec les mêmes contrats).

Alternative : A défaut, ce volet Autonomie pourrait être ajouté aux contrats des complémentaires santé actuelles, comme le suggère la Mutualité française.

Mesure 8 : Financement de la prestation unique d'autonomie (PUA) (1^{er} étage) et l'Assurance publique autonomie (2^e étage) :

- La prestation unique autonomie serait financée par le Conseil départemental (impôts locaux) et gérée par la CNSA. Elle prendrait en charge quasiment 100% des besoins de dépendance pour les bénéficiaires dont le revenu est inférieur à 80% du revenu médian (moins de 1.786 € par mois), quasiment car il serait demandé symboliquement à chaque bénéficiaire de payer quelques euros ;
- L'assurance publique autonomie serait financée pour partie par une cotisation de type CASA (ex « minimum vieillesse »), payée par 50% des retraités, les plus aisés, qui représenterait 30% du financement de cette assurance, en 2050, du fait de l'effet volume induit par l'augmentation attendue du nombre des retraités entre 2030 et 2050, tandis que la CSG assurerait 60% du financement de l'assurance publique autonomie.

Le financement en chiffres pour le nouveau modèle

- Le rapport BIZARD part de la structure actuelle du financement public des dépenses de perte d'autonomie
- **Évolution de la part des cotisations sociales**
 - CNSA : de 8% (2025) → 30% (2050)
 - Ensemble de la dépendance : de 10% → 24%
 - Hausse liée à la mise en place d'un système assurantiel public dédié
- **L'instauration d'une assurance publique autonomie (2^e étage) entraînerait une hausse de la part des cotisations sociales dans le financement.** Selon le rapport BIZARD, cette part passerait de 8% en 2025 à 30% en 2050 pour la CNSA, et de 10% à 24% pour l'ensemble de la dépendance.
- **Ces cotisations reposeront sur la population des retraités les plus aisés, dont le nombre augmenterait (effet volume) et dont les taux augmenteraient également (effet prix).**
- **En prenant l'hypothèse actuelle de la base éligible à la CASA, ces cotisations concerneraient environ la moitié de la population des retraités, soit 10 à 11 millions de personnes en 2050.**
- **L'essentiel de l'effort de financement est porté par la CNSA** dont la part de financement passe de 63,8% à 68% en 2050, soit 0,77% PIB en 2025 à 1,2% PIB en 2050.
- **Parmi les sources de financement, ce sont les cotisations qui portent l'essentiel de l'effort de financement, en particulier celles de la nouvelle assurance publique autonomie financée par les retraités, dont le nombre va augmenter, ce qui permettra de ne la faire financer que par la moitié des retraités, les plus aisés.**

Mesure 9 : Réinventer les opérateurs de services pour l'autonomie

- **Centrer l'organisation sur la demande** : des parcours construits à partir des besoins et attentes individuelles des personnes âgées en perte d'autonomie, pas de l'offre existante dans les territoires ;
- **Obligation pour l'opérateur d'intégrer toutes les compétences dans son offre** : intégration des compétences sociales, médico-sociales et techniques, mais aussi de toutes les innovations disponibles pour sans cesse améliorer la qualité de service ;
- **Système désintermédié** : orientation via des **plateformes numériques**, et, en appui, **des maisons départementales de l'autonomie**.

Un pilotage par la demande et non par l'offre

- **Aujourd'hui, le système est tourné vers l'offre**
 - L'Ehpad concentre la plus grosse partie des dépenses publiques et privées.
 - Comme c'est cette offre qui existe et qui est financée, les parcours sont orientés vers elle, même quand il ne s'agit pas de la solution la plus adaptée aux besoins des personnes.
 - La demande réelle (préférence pour rester à domicile, services personnalisés, accompagnement souple) est sous-représentée dans l'organisation du système.
- En résumé : **on finance ce qui existe (les Ehpad), plutôt que de construire le système à partir des besoins exprimés par les personnes âgées.**

Nouveaux principes d'organisation des acteurs de l'autonomie

- **Un service public départemental de la perte d'autonomie (SPDA)** : intégration de tous les opérateurs de la dépendance dans ce SPDA.
- **Parcours centrés sur la personne** : priorité donnée aux besoins individuels et au soutien à domicile.
- **Un référentiel qualité unique** (défini par la HAS⁵) pour tous les prestataires, publics comme privés.
- **Innovation obligatoire** : intégration des nouvelles technologies (numérique, domotique, IA, robotique) validées par la HAS.
- **Libre choix de l'opérateur** : inscrit comme droit fondamental de tout usager.
- **Simplification des statuts** : fin de la complexité mandataire/prestataire et amélioration de la lisibilité de l'offre par les usagers → **un modèle majoritairement prestataire**.

⁵ : Haute Autorité de Santé

Évolution des missions des prestataires de services à domicile

- Responsabilité globale du SAD via un **Contrat personnalisé de prise en charge de l'autonomie (CPPA)** :
 - Objectif : aller au bout de la logique de la réforme de 2023 fusionnant les SAAD et SSIAD pour créer les services autonomie à domicile (SAD) et unifier soin et service d'accompagnement dans une même offre ;
 - Le SAD serait responsable du CPPA prévu dans le nouveau modèle.
- **Prise en charge soins-services d'accompagnement des personnes dépendantes modérées à un haut niveau de dépendance (GIR 2)**, grâce à la présence d'infirmiers dans les SAD.
- **Pilotage des parcours adapté au niveau de dépendance** :
 - *Care manager* pour la personne dépendante modérée ;
 - Infirmière / infirmier de pratique avancée (IPA) pour une personne plus dépendante.
- **Coordination personnalisée des parcours** : par une care manager, une infirmière ou une IPA, en fonction de la fragilité, du degré de dépendance et de l'état de santé.

Vers une désintermédiation entre l'offre et la demande

- **Libre choix du prestataire** : chaque personne âgée signe un **CPPA** directement avec l'opérateur de son choix, une fois l'évaluation des besoins faite et le plan d'aides attribué.
- **Parcours centrés sur les besoins et préférences individuelles du bénéficiaire** : la demande oriente l'offre, et non l'inverse.
- **Plateformes autonomie numériques d'orientation** : accès simple et transparent aux services disponibles.
- **Maisons départementales de l'autonomie** : relais physique pour accompagner les publics fragiles éloignés du numérique ou ayant besoin de dialoguer avec un expert.

Mesure 10 : Transformer les Ehpad soit en établissement de type résidences services seniors (RSS), soit en établissements spécialisés pour la grande dépendance (type USLD)

- Aujourd'hui, 730 000 personnes âgées sont accueillies en établissement (Ehpad, USLD, Ehpa, résidence autonomie) dont près de 600.000 en Ehpad.
- Le nouveau modèle prévoit de placer en établissement spécialisé environ 470.000 personnes dépendantes en 2050.
- **La loi doit prévoir l'obligation pour les établissements de se transformer** dans un délai à définir (3 à 5 ans) :
 - Soit en **résidences services seniors (RSS)** pour les personnes encore autonomes (GIR 2-3),
 - Soit en **établissements hautement médicalisés** pour la grande dépendance (GIR 1-2).

- **Un effet de levier majeur** : cette transformation soutiendra le développement d'un **secteur intermédiaire** (RSS, habitats inclusifs et autres types de résidences intermédiaires entre le domicile et l'établissement spécialisé).
- Elle offrira de **nouvelles perspectives de développement aux groupes existants privés** dans le secteur médico-social.
- **L'AD-PA** (association des directeurs au service des personnes âgées) considère que sur les 650.000 places existantes en Ehpad, **400.000** d'entre elles (62%) pourraient être transformées en domiciles regroupés relevant du code de l'habitat.
- Il faudrait que **toutes les aides et services proposés au domicile classique – dans le cadre d'un SAD – puissent être apportés dans ces domiciles regroupés ou partagés**, en particulier élargir rétablir les avantages des services à la personne (crédit d'impôt) pour les prestations réalisées dans les parties communes des habitats collectifs, afin de rendre ces formules attractives et accessibles.

[Voir rapport complet](#)

[Voir synthèse du rapport](#)

Contact presse :

Julien Jourdan

Directeur général de la Fédésap

Mail : jjourdan@fedesap.org

Tel. : 06 30 54 96 83

