

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



Le pari de l'autonomie sur la dépendance

SYNTHÈSE

Septembre 2025

« Si fondamentaux sont les problèmes de population qu'ils prennent de terribles revanches sur ceux qui les ignorent »

Alfred Sauvy

Démographe, Sociologue
Collège de France, 1986

***« Nous agissons tous les jours comme si quelque chose dépassait la vie humaine...
Mais quoi ? »***

Antoine de Saint-Exupéry

Artiste, aviateur, écrivain

Refondation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France

Préambule

Depuis 2018, les travaux entrepris par l'Institut Santé pour réformer le système de santé français ont abouti à l'élaboration d'un programme de refonte systémique prêt à être mis en œuvre¹.

Alors que les besoins de prise en charge du risque de perte d'autonomie des personnes âgées vont fortement augmenter à court et moyen terme, le système actuel rencontre de profondes difficultés à répondre à la demande actuelle. Les récents scandales dans les Ehpad ne représentent que la partie émergée d'une situation de grande tension économique et sociale dans le secteur.

Ainsi, l'Institut s'est engagé dans la recherche d'un nouveau modèle performant et soutenable de ce risque pour les vingt-cinq prochaines années.

À l'instar de nos travaux sur le nouveau système de santé, l'Institut a d'abord mené un travail interne de recherche scientifique pour identifier les premières pistes de solutions. Puis, une démarche de recherche de consensus a été lancée en externe auprès des principales parties prenantes, impliquant des acteurs aux profils, statuts et sensibilités représentatifs de la diversité du secteur.

Dans ce cadre, deux conférences de consensus ont été organisées les 14 et 27 mai 2025 : l'une portant sur l'organisation des acteurs et la gestion du risque, l'autre sur le financement et la gouvernance du secteur. Plusieurs interviews individuelles ont également été réalisées.

Malgré les difficultés rencontrées par le secteur et les failles constatées dans le modèle actuel, l'Institut Santé souhaite souligner la qualité remarquable du travail accompli jusqu'ici et le dévouement des acteurs engagés auprès des personnes âgées, dans un contexte difficile. Notre objectif est de contribuer à tracer des perspectives claires afin de préparer le système à relever les nouveaux défis, dans les meilleures conditions possibles pour toutes et tous.

Notre recherche s'est concentrée sur les personnes âgées dépendantes, sans inclure les personnes en situation de handicap, car la forte hausse des besoins en lien avec le vieillissement concerne surtout les premières. Un travail similaire serait utile pour les secondes.

Les résultats de ces travaux montrent une forte cohérence avec les propositions de réforme du systémique en santé, soulignant une continuité entre la gestion de ces deux risques. Les deux réformes sont applicables à court terme.

Pr. Frédéric Bizard
Président de l'Institut Santé

Le 4 septembre 2025

¹ *Quel avenir pour notre système de santé et son financement ? – Synthèse des travaux de l'Institut Santé. Juin 2025 - [Ici](https://www.institut-sante.org/wp-content/uploads/2025/02/Script-Refondation-InstitutSante-2025-VF.pdf) - <https://www.institut-sante.org/wp-content/uploads/2025/02/Script-Refondation-InstitutSante-2025-VF.pdf>*

Synthèse

Lien vers le rapport complet ici

(<https://www.institut-sante.org/Rapport-Autonomie-Institut-Sante.pdf>)

Le système actuel de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées présente six failles que le nouveau modèle devra combler.

1. *Une gestion du risque centrée sur la grande dépendance* : sans point d'entrée systémique pour assurer le dépistage et la prise en des séniors fragiles, le système concentre les ressources sur les établissements 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).
2. *L'arlésienne du virage domiciliaire* : malgré la volonté des Français de « vieillir chez soi », la répartition domicile/établissements n'évolue pas depuis 10 ans, 220 000 personnes GIR 3 & 4 sont indûment en établissement ; sachant que le surcoût de l'Ehpad vs domicile va de 17% (GIR 3 à 131% (GIR 4). En moyenne, la prise en charge au domicile est deux fois moins chère en dépenses publiques qu'en établissement (11 700€ vs 22 600€ par an). Elle fait de ce grand âge un risque économique et social non maîtrisé, que le nouveau modèle devra transformer en opportunité sociétale. Si ce virage domiciliaire est recherché par les Pouvoirs Publics, il n'est pas assez assumé et affirmé ; il devrait être franc et irréversible, avec un débat sur les modalités pratiques et le calendrier.
3. *Une gestion fragmentée du risque à partir de l'offre* : les 4 composantes essentielles de la prise en charge (santé, aides, logement, vie sociale) ne sont pas intégrées, les interventions ponctuelles des opérateurs sont conçues à partir de l'offre (et non de la demande), la coordination et l'évaluation des parcours sont aléatoires, et l'usage des nouvelles technologies (télémédecine, domotique, IA, robotique) s'avère très insuffisant. La prise en charge dépend de l'offre existante, sans modèle national d'organisation.

Ces allocations et gestions sous-optimales des ressources conduisent à un système de type « tonneau des danaïdes », comme pour la santé (cf. le Ségur), secteur dans lequel la hausse des ressources financières n'améliore pas les performances (faible rentabilité marginale). Le système creuse les déficits sans améliorer la performance (impasse budgétaire, cf. le Plfss).

4. *Une offre en décalage avec la demande* : un tiers des personnes ne trouvent pas d'offre et 30% des plans d'aides ne sont pas intégralement consommés ; ceci du fait d'une gestion des ressources à partir de l'offre, d'un accès au marché bureaucratique reposant sur des règles peu transparentes et pouvant varier d'un département à l'autre, de tarifs trop bas (heure APA : 24,58€), et d'une faible lisibilité de l'offre pour une demande dont la liberté de choix est une chimère.
5. *Une gouvernance à ajuster* : le chevauchement des missions du département et de l'ARS rend la gouvernance peu efficace et peu lisible, l'étatisation de la CNSA bloque la démocratie sociale, l'absence de loi de programmation votée illustre la difficulté de la gouvernance actuelle à construire une stratégie nationale ; l'absence de définition de territoires opérationnels freine le bon fonctionnement du service public territorial.

6. *Un financement instable et non soutenable* : le budget de la CNSA repose à plus de 90% sur l'impôt, dont une part aléatoire de CSG, rendant son équilibre financier artificiel et au détriment de la branche santé; l'absence de modèle assurantiel rend ce financement peu engageant et lisible pour des citoyens qui ont une faible conscience de ce risque (faible adhésion citoyenne), peu ancré dans l'esprit de la sécurité sociale et peu capable de financer la montée en puissance inexorable des besoins pour cette branche.

L'addition de ces failles conduit au délitement concret et documenté du modèle républicain que la France tente de proposer à ses concitoyens en matière de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le système est en cours d'implosion, alors que les besoins de la prochaine décennie vont augmenter bien plus vite que ceux de la précédente.

La crise des Ehpad n'est que la partie émergée d'une crise plus profonde et systémique. La conviction du diagnostic par une majorité des acteurs est essentielle pour agir et déclencher le redressement systémique.

L'urgence d'agir avant le « mur de 2030 »

Un scénario plutôt optimiste prévoit une hausse de la prévalence des personnes dépendantes avec APA (GIR 1 à 4) allant de 1,4 M en 2025 à 1,9 M de personnes en 2050 (de 7,3% à 7,8% des seniors), dont une forte hausse dans la décennie 2030, pour un nombre total de personnes dépendantes passant de 2,7 M à 3,6 M sur la période. Quant aux personnes fragiles, à risque de basculer dans la dépendance, leur nombre augmenterait de 2,1 M en 2025 à 3,8 M en 2050.

Dans ce scénario, sans réforme, la hausse des dépenses publiques de la dépendance serait de 0,85% PIB, soit 80 Mrds € en euros courants d'ici à 2050, et de 0,2% PIB d'ici à 2030, soit 12 Mrds €. En effet, les dépenses progresseraient de 1,15% PIB (34 Mrds €) à près de 2% du PIB (115 Mrds €) en 2050, dont une évolution à 1,35 % PIB (46 Mrds €) dès 2030.

La réalisation du virage domiciliaire - qui suppose de passer d'un ratio volume domicile/établissement 60/40 en 2024 à un ratio 75/25 en 2050 - génère 12 Mrds € d'économies d'ici à 2050 (0,25% PIB) et 3 Mrds € d'ici à 2030, auxquelles il faut ajouter les externalités positives sociales et économiques (qualité de vie, silver économie).

Ce scénario optimiste ne se réalisera qu'au prix d'une transformation du modèle comprenant une politique efficace de prévention, sans quoi la prévalence de la dépendance (GIR 1 à 4) sera comprise entre 2,1 et 2,5 M de personnes. Le coût de l'inaction politique en matière de prévention est compris entre 0,11% de PIB et 0,37% PIB en 2050 (6 à 22 Mrds €) selon le scénario, et entre 1,1 et 4,3 Mrds € dès 2030.

La double peine s'applique à toute politique publique qui ne ferait pas rapidement la réforme systémique, ne réalisant ni le virage préventif ni le virage domiciliaire. Le coût pour les dépenses publiques serait alors compris entre 0,5 % et 0,8% PIB (30 et 48 Mrds €) en 2050, et entre 0,12% et 0,22% PIB (4 et 7,5 Mrds €) dès 2030.

La silver économie dépend du succès des virages préventif et domiciliaire, puisqu'elle est centrée sur le soutien à domicile, la santé de la prévention primaire à la télémédecine, et le bien-vieillir. Le nouveau modèle intégrera pleinement la silver tech dans les services proposés (le principe de mutabilité du service public l'exige), et fixera un cadre politique, financier et

opérationnel de long terme qui incitera les investisseurs et l'État à investir durablement dans ces technologies, ce qui pourrait faire de la France, demain, le leader européen de la silver tech. Le marché de la silver économie pourrait plus que doubler de 60 Mrds € à 130 Mrds dans d'ici à 2030.

Pour un nouveau modèle fondé sur l'autonomie plutôt que sur la dépendance

L'Institut Santé a pris comme postulat de départ de rebâtir un système de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées sur des valeurs conformes au modèle social de 1945, i.e. un système universel et solidaire garantissant la liberté des acteurs, une égalité des chances (accès pour tous à des services de qualité), une solidarité (horizontale et verticale) et une responsabilité des acteurs. La sécurité sociale est placée au cœur du modèle en tant que financeur solidaire et pilier de la démocratie sociale et sanitaire.

Le succès du futur modèle repose sur une priorité : le dépistage et la prise en charge précoce des seniors fragiles, maillon faible de la chaîne du risque. Cette priorité sera confiée à la CNAV qui en assurera le pilotage, le financement et l'évaluation, sous la forme d'un programme dit de *care management* dédié aux seniors fragiles qui sont à haut risque de basculer dans la dépendance.

La CNAV réalisera une détection précoce des personnes fragiles à partir du départ en retraite de tous, et accompagnera les personnes dépistées fragiles dans la durée pour reporter le plus tard possible ou éviter leur entrée en dépendance. Ce programme entraînera une refonte des métiers du secteur visant à une montée en compétence et en attractivité.

Le principe de primauté de la dignité de la personne dans une logique humaniste

Prioriser l'autonomie sur la dépendance revient à remplir ce principe de primauté de la dignité de la personne. Pour une personne à 9/10 en autonomie, il y a une possibilité de réversibilité. La prise en charge doit prévenir l'entrée en dépendance et ramener la personne vers la pleine autonomie.

Avec un niveau de 1/10 en autonomie, la personne, très dépendante doit vivre pleinement le reste de sa capacité d'autonomie, avec une prise en charge centrée sur cette dernière. Ce principe de primauté de la dignité sert aussi à prévenir le risque de maltraitance, présent dans toute prise en charge de personnes fragiles, et le risque de sa banalisation. Ce principe de primauté de la dignité est un rempart vis-à-vis de ce risque.

Il doit se traduire concrètement dans le système : formation, évaluation des parcours, sanctions en cas de non-respect. La primauté doit être pleinement assumée et systématisée dans le pilotage du système, de l'organisation des services de l'État central à l'évaluation des parcours dans les territoires (quel que soit le lieu de prise en charge).

Trois piliers soutiennent le nouveau modèle.

Un pilier stratégique : réorganiser la gestion du risque. Il réorganise cette gestion à partir d'une approche préventive, individualisée et globale. Cela exige la création d'un nouveau métier de *Care manager* (100 000 emplois de plus d'ici 2050), la bascule d'une logique collective et institutionnelle vers une logique domiciliaire et individualisée (réforme des Ehpad) et la prise

en compte systématique des 4 composantes principales du risque (sanitaire, médico-social, logement, vie sociale).

Un pilier économique et sociale : piloter les ressources à partir des besoins. Il pilote les ressources à partir des besoins et non de l'offre, ce qui passe par une évaluation des besoins médico-sociaux et un schéma départemental des ressources pour y répondre, à intégrer dans une stratégie nationale de l'autonomie et une loi d'orientation et de programmation pluriannuelle, ainsi que par l'instauration d'un contrat de prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie (CPPA) entre les acteurs. Ce pilier garantit de répondre pleinement et de façon personnalisée aux besoins individuels, en organisant le système à partir de ces derniers.

Un pilier politique : renforcer la citoyenneté sociale. Renforcer, voire créer de la citoyenneté sociale sur le risque dépendance, exige le respect systématisé de la dignité de la personne, quel que soit son niveau de dépendance. Ce respect systématisé doit apparaître dans la stratégie nationale, dans tout plan d'aide et à chaque niveau de la gouvernance, et doit être associé à un financement lisible et contributif. *Le pari de l'autonomie sur la dépendance* implique un citoyen pleinement engagé dans la préservation de l'autonomie et bien représenté dans des instances démocratiques.

Déclinaison opérationnelle du nouveau modèle

Gouvernance : un État stratège et une gouvernance démocratisée

L'État stratège définit la politique d'autonomie à travers *une loi de programmation* et délègue (sous forme de *délégation de service public*) à la CNSA, à la CNAV et aux Conseils départementaux des missions et compétences distinctes et précises pour la bonne exécution de cette politique. L'État en région et en local (ARS remplacées par des directions spécialisées dans les Préfectures) est aussi le garant de *l'égalité territoriale* par la délivrance des autorisations aux opérateurs et le contrôle de la qualité des prestations selon des règles nationales transparentes et objectives.

Le Conseil de la CNSA sera transformé en Conseil d'administration avec un vrai pouvoir de contrôle et d'influence sur la direction générale de la Caisse. Il sera un vrai Parlement national du médico-social, le cœur de la démocratie sociale et médico-sociale, le lieu de débat et de réflexion sur l'optimisation opérationnelle permanente du système. L'État y sera très minoritaire et les membres seront représentatifs de tous les acteurs et des partenaires sociaux.

Le rôle du *Comité scientifique* sera renforcé pour augmenter la rationalité scientifique des réflexions et décisions. Un service « *économie et innovation* » à l'exécutif sera créé pour déterminer le juste prix des prestations. La CNSA aura l'obligation de maintenir l'équilibre des comptes à moyen terme.

Le département reste le chef de file opérationnel du système, dont l'objectif principal est de garantir que toute demande trouve une réponse adéquate, accessible et de la meilleure qualité possible. Il est l'opérateur du service public départemental de l'autonomie, avec un relai aux CCAS et aux CIAS pour le public le plus fragile, garantissant une capacité du système à agir en proximité pour tout public et pour tout besoin. Ce relai sera systématique et structuré. Il conçoit le schéma départemental de l'autonomie des besoins et évalue le parcours des personnes dépendantes au cours du temps.

La CNAV sera l'opérateur et le financeur de politique de dépistage et d'accompagnement des seniors fragiles, pour leur éviter de basculer vers la dépendance. Elle assurera la gestion de la prestation unique financée par les Départements pour le financement des prestations socles des personnes dépendantes à bas revenus. La CNAV dispose déjà de l'expertise pour réaliser toutes ces missions.

Financement : un modèle tripartite, clair et soutenable

Dominé par l'instauration d'un *système assurantiel public*, il ancre la cinquième branche dans l'histoire de la sécurité sociale. Il comprend trois composantes:

- **Un filet « beveridgien »** financé par les impôts locaux (le Conseil départemental), pour financer la population dépendante la plus précaire et à bas revenus, qui sera couverte à quasiment 100% par une *prestation unique autonomie (PUA)*;
- **Un système assurantiel public** qui couvrira l'essentiel des dépenses autonomie du reste de la population dépendante, qui sera financé par un mix cotisations (CASA)/impôts nationaux (CSG), avec un reste à charge plafonné par un bouclier médico-social (un pourcentage du revenu disponible) ;
- **Un système assurantiel privé supplémentaire**, obligatoire à partir de 60 ans (mutualisation sur toute la population des seniors), qui couvrira des services non remboursés par l'assurance publique autonomie.

Ce nouveau financement est conçu pour répondre à la montée en puissance des besoins et à la nécessité de relever les tarifs des prestations accompagnant leur montée en gamme.

La prestation unique autonomie (PUA) – qui se substituera à l'APA, la PCH et à l'ASH pour les personnes âgées à bas revenus - sera financée par le Conseil départemental et gérée par la CNAV pour la prise en charge à quasiment 100%, moyennant un reste à charge symbolique de quelques euros, des personnes dont le revenu est inférieur à 80% de revenu médian.

L'assurance publique autonomie (la CNSA) financera le reste de la population dépendante. Elle sera financée par de l'impôt et une cotisation de type CASA payée par environ 50% des retraités, les plus aisés, qui montera en puissance d'ici à 2050 en s'appuyant sur la forte hausse de la population de retraités (effet volume), pour représenter 25% du financement de cette assurance en 2050.

Le nouveau modèle de gouvernance et de financement - plus lisible, plus simple et plus structuré – aura aussi la vertu de limiter les possibilités *de fraudes, d'abus et d'erreurs administratives* dont l'évaluation n'est pas vraiment réalisée aujourd'hui. Cette stratégie sera instaurée aussi bien à la CNAV qu'à la CNSA.

Organisation des acteurs : une offre recentrée sur les besoins

L'organisation des opérateurs de services sera centrée sur les besoins de la demande dans un système désintermédié par des plateformes numériques (et physiques), garantissant à chaque usager de disposer d'une réponse adaptée et d'un libre choix. La capacité du prestataire à

intégrer les principales compétences dans son offre (sociales, médico-sociales, techniques) et l'obligation de respecter la mutabilité du service public par de l'innovation optimisera la qualité d'un service accessible à tous.

La transformation des Ehpad actuels - soit en établissements spécialisés de nouvelle génération pour la grande dépendance (type USLD), soit en établissement de type résidence service sénior (RSS) ou en habitats inclusifs - permettra de réussir le développement des services à domicile et des résidences intermédiaires, et d'améliorer la prise en charge de la grande dépendance.

C'est un impératif politique de court terme pour bien allouer les investissements publics et privés dès 2026, sans quoi la réforme sera reportée à plusieurs années, obérant la capacité de gérer le mur de 2030. Cette transformation est aussi une condition indispensable pour que *le pari de l'autonomie sur la dépendance* et le respect de la dignité de la personne s'appliquent aussi et avant tout sur les plus vulnérables.

Faut-il dissocier la gestion des deux risques santé & autonomie ?

Si les risques sont étroitement liés, la bonne coordination de leur gestion reste à organiser, que ce soit sur le plan national ou local, que ce soit dans la conception de la politique que dans son exécution. Cette dissociation a des justifications et peut se concevoir, en revanche il faudra trouver les **ponts solides** entre la gestion des deux risques.

Ces ponts sont de plusieurs natures : **loi de programmation, territoires, contractualisation de la prise en charge, programmes de recherche**. La réforme systémique proposée par l'Institut Santé [en santé](#) et pour l'autonomie conduit à un rapprochement de la gestion des deux risques, pour en exploiter toutes les synergies tout en respectant les différences.

Les difficultés de faire voter un budget social fin 2024 (chute du gouvernement Barnier) et fin 2025, à partir d'une situation de déficit structurel très élevé et de système à bout de souffle en santé et en autonomie, pourraient être réglées par une loi de financement (LFSS) de transition fin 2025, avant la réforme systémique des deux risques en 2026, dont une loi de programmation en santé et en autonomie 2027-2031, qui serait votée fin 2026.

Si, dans l'idéal, ce projet devrait faire l'objet d'une campagne présidentielle, l'urgence du redressement pour ces deux systèmes sociaux, la faible appétence politique pour ces deux sujets en campagne présidentielle et le blocage politique actuel sur le budget social plaident pour agir dès 2026.

Le contenu des réformes est prêt pour les deux risques, il ne manque plus que la volonté politique d'agir !

Lien vers le rapport complet

(<https://www.institut-sante.org/Rapport-Autonomie-Institut-Sante.pdf>)

Conclusion

Le modèle économique et organisationnel du système actuel n'est pas calibré pour faire face à la montée inexorable des besoins à partir de 2026, avec un pic attendu dans la décennie 2030. Il fragilise par ailleurs l'équilibre financier de la branche santé.

Les travaux menés par l'Institut Santé montrent qu'il est possible de bâtir un modèle performant, soutenable et humaniste pour les 30 prochaines années. *La réforme systémique est urgente, et donc possible à réaliser à court terme car les bases existent déjà.*

En effet, la réforme proposée restructure la gouvernance, l'organisation des acteurs et le financement en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs et dispositifs existants. Le secteur de l'autonomie a été pionnier dans le social pour plusieurs dispositifs dont le service public départemental autonomie et la loi de programmation. L'enjeu aujourd'hui est de faire *système*.

Cependant, c'est un vrai changement de paradigme stratégique de la gestion du risque qui est nécessaire pour redresser le système, dont on retrouve des similitudes avec la santé (approche préventive, personnalisée et globale). Il faut transformer un ensemble disséminé de dispositifs et d'acteurs en un vrai modèle cohérent de gestion du risque autonomie.

La réforme à engager est éminemment politique parce qu'elle porte sur des sujets que seul l'État peut réformer (stratégie, financement, gouvernance). Elle peut se réaliser en quelques mois car son contenu est prêt et résulte d'un travail de fabrication de consensus entre tous les acteurs réalisé par l'Institut et d'autres institutions avant.

Cependant, au-delà de la réforme politique réalisée sur les aspects structurants du modèle, il faudra organiser des *États généraux de l'autonomie avec l'ensemble des acteurs* pour aborder les conséquences opérationnelles en matière d'évolution des métiers, des relations entre opérateurs, des modes de paiement ...

Il nous a paru important de distinguer les sujets qui dépendent avant tout de la décision politique, la plupart de ceux abordés dans ce rapport, de ceux plus opérationnels qui dépendent d'un travail d'expertise et de consensus entre les acteurs opérationnels et les experts du secteur.

Face au blocage politique sur le budget social dont les ajustements paramétriques n'assurent plus la soutenabilité de ses déficits et ne freinent plus leur déclin, face aux attentes des citoyens de réforme dans ces domaines, et face à l'exigence de trouver un consensus politique pour réussir la réforme, espérer un déblocage politique en 2027 est très incertain et risqué, probablement plus que d'agir à court terme.

Réussir une telle réforme, c'est transformer le défi du vieillissement en une opportunité économique et sociale majeure. Pour la puissance publique, c'est l'occasion de convertir un risque social nouveau en un moteur de croissance économique, de cohésion et de solidarité nationale.

C'est aussi manifester et renforcer *la primauté de la dignité de la personne humaine* dans notre modèle social et d'en promouvoir la valeur universelle.

LES DIX MESURES PHARES DE LA REFORME

1. Confier à la CNAV le pilotage, le financement et l'évaluation de *la politique de prévention* du risque dépendance, sous la forme d'un programme dit de *care management* dédié aux seniors fragiles qui sont à haut risque de basculer dans la dépendance. La CNAV réalisera une détection précoce des personnes fragiles à partir du départ en retraite de tous et les accompagnera dans la durée pour reporter le plus tard possible ou éviter leur entrée en dépendance.

2. Réorganiser la gestion du risque autonomie à partir d'une *approche préventive, individualisée et globale*. Cela exige la création d'un nouveau métier de *Care manager* et une réorganisation en profondeur des métiers du secteur (100 000 de plus d'ici 2050), la bascule d'une logique collective et institutionnelle vers une logique domiciliaire et individualisée (réforme des Ehpad) et la prise en compte systématique des 4 composantes principales du risque (sanitaire, médico-social, logement, vie sociale).

3. Organiser la gestion des ressources *à partir des besoins et non de l'offre*, ce qui passe par une évaluation des besoins médico-sociaux et un schéma départemental des ressources pour y répondre, à intégrer dans une stratégie nationale de l'autonomie et une loi d'orientation et de programmation pluriannuelle, ainsi que par l'instauration d'un contrat de prise en charge personnalisée de la perte d'autonomie (CPPA) entre les acteurs. Ce pilier garantit de répondre pleinement et de façon personnalisée aux besoins individuels, en organisant le système à partir de ces derniers.

4. Intégrer des mesures de *renforcement de la citoyenneté sociale* sur le risque dépendance, et de respect systématisé de la dignité de la personne, quel que soit son niveau de dépendance, dans la stratégie nationale, dans tout plan d'aide et à chaque niveau de la gouvernance. *Le pari de l'autonomie sur la dépendance* implique un citoyen pleinement engagé dans la préservation de l'autonomie et donc bien représenté dans des instances démocratiques.

5. L'État stratège définit la politique d'autonomie à travers *une loi de programmation* et délègue (sous forme de *délégation de service public*) à la CNSA, à la CNAV et aux Conseils départementaux des missions et compétences distinctes et précises pour la bonne exécution de cette politique. L'État en région et en local (ARS remplacées par des directions spécialisées dans les Préfectures) est aussi le garant de *l'égalité territoriale* par la délivrance des autorisations aux opérateurs et le contrôle de la qualité des prestations selon des règles nationales transparentes et objectives.

6. *Le département* reste le chef de file opérationnel du système, dont l'objectif principal est de garantir que toute demande trouve une réponse adéquate, accessible et de la meilleure qualité possible. Il est l'opérateur du service public départemental de l'autonomie, avec un relai aux CCAS et aux CIAS pour le public le plus fragile,

garantissant une capacité du système à agir en proximité pour tout public et pour tout besoin. Ce relai sera systématique et structuré. Il conçoit le schéma départemental de l'autonomie des besoins et évalue le parcours des personnes dépendantes au cours du temps.

7. Le système de financement du nouveau modèle a trois composantes, dominé par l'instauration d'un système assurantiel public, qui ancrera la cinquième branche dans l'histoire de la sécurité sociale. Il comprendra :

- Un *filet beveridgien* financé par les impôts locaux (le Conseil départemental), pour financer la population dépendante la plus précaire et à bas revenus, qui sera couverte à quasiment 100% par une *prestation universelle autonomie* ;
- Un *système assurantiel public* qui couvrira l'essentiel des dépenses autonomie du reste de la population dépendante, qui sera financé par un mix cotisations (CASA)/impôts nationaux (CSG) ;
- Un *système assurantiel privé supplémentaire*, obligatoire à partir de 60 ans, qui couvrira des services non remboursés par l'assurance publique autonomie.

8. La prestation unique autonomie (PUA) sera financée par le Conseil départemental et gérée par la CNSA pour la prise en charge à quasiment 100%, moyennant un reste à charge symbolique de quelques euros, des personnes dont le revenu est inférieur à 80% de revenu médian. L'assurance publique autonomie sera financée par une cotisation de type CASA payée par environ 50% des retraités, les plus aisés, qui montera en puissance d'ici à 2050 en s'appuyant sur la forte hausse de la population de retraités (effet volume), pour représenter 30% du financement de cette assurance en 2050.

9. L'organisation des opérateurs de services sera centrée sur les besoins de la demande dans un système désintermédié par des plateformes numériques (et physiques), garantissant à chaque usager de disposer d'une réponse adaptée et libre de choix. La capacité du prestataire à intégrer les principales compétences dans son offre (sociales, médico-sociales, techniques) et l'obligation de respecter la mutabilité du service public par de l'innovation optimisera la qualité d'un service accessible à tous.

10. La transformation des Ehpad actuels soit en établissements spécialisés de nouvelle génération pour la grande dépendance (type USLD), soit en établissement de type résidence service sénior (RSS) permettra de réussir le virage domiciliaire et d'améliorer la prise en charge de la grande dépendance. C'est un impératif politique de court terme pour bien allouer les investissements publics et privés dès 2026, sans quoi la réforme sera reportée à plusieurs années, obérant la capacité de financement du virage domiciliaire.

Cette transformation est aussi une condition indispensable pour que *le pari de l'autonomie sur la dépendance*, qui se traduit par le principe de la primauté de la dignité de la personne, s'applique aussi et avant tout sur le maillon le plus fragile du risque.

Créé en 2018, l'Institut Santé est un centre de recherche appliquée, **citoyen, transparent, indépendant et pluridisciplinaire**, dédié à faciliter la réalisation de la réforme globale du système de santé en France.

L'idée est de **réunir, sous une bannière neutre uniquement tournée vers l'intérêt général**, les principaux courants idéologiques, sensibilités et expertises ; dans un environnement éloigné des pressions politiques, financières et corporatistes.

Grâce à un travail d'intelligence collective, L'Institut Santé a construit une plateforme de **refondation** du système de santé consensuelle et robuste, permettant de le redresser pour plusieurs décennies.

En 2025, l'Institut Santé a décidé d'orienter ses travaux de recherche vers les autres modèles sociaux qui ont également besoin d'être repensé pour affronter les grands enjeux démographiques, économiques, sociaux et technologiques contemporains.

A ce titre, L'Institut proposera au deuxième semestre 2025 un nouveau système universel de gestion de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Publications de l'Institut Santé depuis 2018



Fin 2019



Fin 2021



Fin 2024

