
Vers une loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

Proposition de la Fédération hospitalière de France
Publication
Mai 2026

Vers une loi de programmation pour bâtir une société de la longévité (2027-2031)¹

SOMMAIRE

Exposé des motifs	2
Article liminaire	18
Titre I^{er} Dispositions relatives à la programmation financière	20
Titre II Dispositions relatives aux objectifs de santé publique et de prévention	26
Titre III Dispositions relatives à l'adaptation de la société	30
Titre IV Dispositions relatives à l'adaptation de l'offre médico-sociale et sanitaire	34
Titre V Dispositions relatives aux ressources humaines	44
Titre VI Dispositions relatives à la gouvernance et au pilotage national et territorial	48

¹ Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. Ce texte prévoit, en son article 10, adopté à l'unanimité du Parlement, le recours à une loi de programmation pluriannuelle relative au grand âge avant le 31 décembre 2024.

Exposé des motifs

La longévité, une conquête sociale qui appelle un projet politique adapté

Mesdames, Messieurs,

La France est entrée dans une nouvelle ère démographique.

Cette transformation n'est ni une surprise ni une crise : elle est le fruit d'un progrès majeur, celui de l'allongement de la vie. Depuis la Seconde Guerre mondiale, notre pays a gagné plus de vingt années d'espérance de vie. Ce qui relevait hier de l'exception est devenu une réalité pour des millions de Français, avec une majorité de nos concitoyens qui vivent dorénavant au-delà de 80 ans. **La longévité est, à ce titre, l'une des plus grandes conquêtes sanitaires, sociales et sociétales de notre histoire contemporaine.**

Elle ne doit donc pas être regardée comme une menace, ni comme un fardeau. Elle est au contraire le produit de notre modèle social et de l'efficacité de nos politiques publiques. Mais cette conquête appelle désormais un prolongement : celui d'un projet politique à la hauteur de ce qu'elle implique. Si vivre plus

longtemps constitue un progrès, encore faut-il pouvoir **vivre plus longtemps en bonne santé**.

Le péril n'est pas le vieillissement de la population lui-même. Le véritable risque réside dans notre incapacité collective à nous y préparer. À défaut d'anticipation, ce sont les personnes âgées elles-mêmes, leurs proches, les professionnels du soin et de l'accompagnement, mais aussi l'ensemble de notre système de santé et de protection sociale, qui supporteront les conséquences de cette impréparation. Laisser s'installer un tel décalage entre une réalité démographique parfaitement connue et des réponses publiques insuffisamment structurées entraînerait une multitude de conséquences à la fois économiques, sanitaires et sociales qui affecteraient durablement la société.

Le vieillissement de la population constitue, à cet égard, un triple enjeu fondamental.

Un enjeu de dignité, d'abord. Chaque personne, quels que soient son âge, son état de santé ou son degré d'autonomie, doit pouvoir vivre dans des conditions respectueuses de ses droits, de sa liberté et de sa pleine citoyenneté. L'avancée en âge ne saurait être synonyme de renoncement, de relégation ou de dépendance subie. Elle doit s'inscrire dans une continuité de droits et de considération.

Un enjeu de santé publique, ensuite. L'allongement de la vie s'accompagne d'une progression des maladies chroniques, des fragilités et des besoins d'accompagnement. Il impose de repenser en profondeur notre système de santé, en renforçant la prévention, en améliorant la détection précoce des fragilités et en structurant des parcours adaptés, continus et coordonnés entre les différents acteurs.

Un enjeu de cohésion sociale, enfin. En l'absence d'une réponse collective à la hauteur, la charge de l'accompagnement se reporte mécaniquement sur les familles, sur les aidants et sur les actifs, au risque de fragiliser les équilibres sociaux et d'alimenter des tensions entre les générations. À l'inverse, **une politique ambitieuse en faveur d'une société de la longévité doit s'inscrire dans une vision plus large, résolument tournée vers l'ensemble des âges de la vie, et notamment vers la jeunesse, afin de renforcer les solidarités plutôt que d'opposer les générations.**

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

En définitive, il ne s'agit pas seulement de mieux accompagner le grand âge : il s'agit de créer les conditions d'un nouveau pacte entre les générations.

Faire société, c'est faire générations.

C'est en recréant **des solidarités concrètes entre les âges de la vie** que nous pourrons renforcer la cohésion nationale, mais aussi redonner confiance dans l'avenir. À cet égard, la capacité d'une société à accompagner dignement ses personnes âgées n'est pas sans lien avec sa capacité à se projeter, à transmettre et, *in fine*, à renouveler sa démographie.

Si la longévité est une conquête, ne pas s'y adapter est une faute collective.

Dès lors, la question posée n'est plus celle du diagnostic. Elle est celle de notre capacité à organiser, dans la durée, une réponse à la hauteur de cette transformation. Or, cette réponse ne peut relever d'ajustements ponctuels, de mesures fragmentées ou de décisions reconduites d'année en année. Elle appelle une vision, une trajectoire et des engagements durables.

C'est le sens du présent cadre, qui vise à inscrire la politique du grand âge et de l'autonomie dans une perspective pluriannuelle, à la hauteur des enjeux démographiques, sociaux et humains auxquels notre pays est d'ores et déjà confronté.

Le grand âge : un parent pauvre persistant de l'action publique

Le vieillissement de la population n'a rien d'un phénomène soudain. Il est connu, documenté, anticipé depuis de nombreuses années. Ses déterminants démographiques sont établis, ses conséquences largement analysées, ses impacts territoriaux identifiés. À cet égard, peu de politiques publiques ont fait l'objet d'autant de travaux, de rapports, de concertations et de propositions. Sur peu de sujets, les diagnostics ont été aussi nombreux, les alertes aussi constantes, les engagements nationaux aussi répétés.

Pourtant, le grand âge demeure l'un des parents pauvres persistant de notre action publique. La réponse des décideurs nationaux demeure en deçà des enjeux.

Dès 2018, la promesse d'une réforme ambitieuse du grand âge et de l'autonomie a été formulée, reconnaissant la nécessité d'adapter en profondeur notre modèle d'accompagnement. Depuis lors, plusieurs avancées ont été engagées : la création de la branche autonomie de la Sécurité sociale en 2020, l'affectation de nouvelles ressources, ou encore l'adoption de la **loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie**.

Ces évolutions constituent des jalons importants. Néanmoins, elles n'ont pas permis de répondre pleinement à l'enjeu structurant que représente le vieillissement de la population.

La **création de la branche autonomie**, si elle a marqué une reconnaissance institutionnelle du risque de perte d'autonomie au titre de la Sécurité sociale, n'a pas été accompagnée d'une trajectoire financière pluriannuelle à la hauteur des besoins identifiés.

De même, la **loi dite « bien vieillir »**, d'origine parlementaire, bien qu'elle comporte des mesures utiles, n'a ni traité la question du financement, ni clarifié la gouvernance du secteur.

Surtout, **elle a introduit un engagement majeur, adopté à l'unanimité du Parlement : celui de recourir à une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge avant le 31 décembre 2024.**

Cet engagement n'a, à ce jour, connu aucun commencement d'exécution.

Ce décalage entre les engagements affichés et leur traduction concrète nourrit un sentiment d'inachèvement voire de frustration. Il ne doit cependant jamais laisser la place au renoncement, car les besoins, eux, continuent de croître.

Parallèlement, les orientations portées par les pouvoirs publics apparaissent parfois contradictoires. **Le virage domiciliaire** est, depuis plusieurs années et à juste titre, érigé comme une priorité. Cependant, il n'est **pas accompagné d'une programmation suffisante des moyens nécessaires à son déploiement**. Dans le même temps, la question de **l'évolution de l'offre en établissement reste insuffisamment anticipée**, alors même

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

que les besoins futurs sont désormais bien établis et largement documentés.

Les données disponibles sont en effet sans équivoque. Les projections font état de besoins massifs en solutions d'accompagnement, qu'il s'agisse du domicile ou des établissements. L'absence d'anticipation concrète de ces évolutions fait peser un risque majeur sur notre capacité collective à garantir un accès équitable à l'accompagnement, sur l'ensemble du territoire.

À défaut de réponse structurée, le système s'ajuste de manière contrainte. Les familles compensent, les professionnels s'adaptent, l'hôpital public absorbe une part croissante des situations non prises en charge en amont. Ainsi, l'absence d'investissement suffisant de la collectivité pour accompagner le grand âge n'est pas seulement une perte de chance pour les personnes âgées et les aidants. Loin de susciter des économies, ce sous-investissement entraîne des surcoûts en mettant en tension l'ensemble de la protection sociale.

Cette logique de report n'est ni soutenable, ni équitable, ni responsable.

Elle comporte **un risque plus profond encore** : celui d'une **rupture progressive du pacte social**. Car l'absence d'organisation collective du vieillissement pourrait conduire, à terme, à opposer les générations entre elles, en faisant peser sur les actifs une charge croissante, ou en fragilisant les conditions de prise en charge des plus âgés.

À l'inverse, plusieurs pays européens ont fait le choix d'anticiper ces évolutions, en structurant des politiques publiques ambitieuses du grand âge, renforçant à la fois la cohésion sociale et la soutenabilité de leur système de protection sociale.

La France ne part pas de rien. Elle dispose d'acteurs engagés, d'un système de santé et de protection sociale solide, et d'une expertise reconnue. Cependant, elle ne peut plus se contenter d'ajustements successifs face à un phénomène aussi massif, prévisible et durable.

Le constat est désormais partagé : ce qui manque aujourd'hui, ce n'est pas la connaissance du problème, mais la capacité à lui apporter une réponse à la hauteur.

C'est précisément à cette exigence que répond le présent cadre, en proposant de sortir d'une logique fragmentée pour engager une transformation d'ensemble, structurée, planifiée et assumée de la politique du grand âge.

Sortir du court-termisme : une exigence de responsabilité

Si le diagnostic est désormais largement admis, une difficulté majeure demeure : notre incapacité collective à inscrire la politique publique du grand âge dans le temps long.

Le vieillissement de la population est un phénomène massif, durable et mondial d'autant plus remarquable qu'il s'accompagne presque partout d'une baisse toute aussi massive de la natalité. Il se déploiera sur plusieurs décennies, avec une accélération marquée à l'horizon 2030-2045 en France, du fait de l'intensité exceptionnelle du « *baby-boom* » d'après-guerre. Et pourtant, les **réponses publiques continuent d'être pensées, financées et pilotées selon des logiques essentiellement annuelles, fragmentées et souvent réactives.**

On ne prépare pas la société de la longévité avec des décisions ponctuelles, des dispositifs successifs ou des financements reconduits, voire diminués, d'année en année. Le vieillissement appelle une stratégie, une trajectoire et des engagements durables.

Or, aujourd'hui, la politique du grand âge reste largement dépendante d'arbitrages budgétaires annuels, inscrits dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Cette temporalité réduite, ne permet ni de planifier les transformations nécessaires, ni de donner de la visibilité aux acteurs, ni de sécuriser les investissements indispensables.

Cette absence de perspective pluriannuelle fragilise l'ensemble du secteur.

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

Elle **empêche, tout d'abord, d'anticiper les besoins en ressources humaines**. Les métiers du grand âge nécessitent des plans de formation, de recrutement et de fidélisation qui s'inscrivent sur plusieurs années. Faute de visibilité, ces politiques restent insuffisamment structurées, alors même que les besoins sont connus et appelés à croître fortement. Cela rend encore plus nécessaire une politique vigoureuse et durable d'attractivité des métiers du grand âge.

Elle **limite, ensuite, la capacité à transformer l'offre, préalable indispensable à la conduite d'une politique publique efficiente**. Qu'il s'agisse de développer les services à domicile, de diversifier les solutions d'habitat, de faire évoluer les établissements ou de structurer des parcours coordonnés, ces transformations exigent du temps, des investissements et une stabilité des règles du jeu. Aucune de ces conditions ne peut être réunie dans un cadre strictement annuel.

Elle **freine, enfin, les politiques de prévention**. Par nature, celles-ci produisent leurs effets dans la durée. Elles supposent des investissements immédiats pour des bénéfices différés, tant en ce qui concerne la qualité de vie de chacun que la soutenabilité de notre système de protection sociale. Or, **dans un cadre budgétaire contraint et annuel, ces dépenses sont trop souvent les premières variables d'ajustement**, particulièrement en tant de crise. Ainsi l'ambition affichée d'un déploiement de l'outil de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) de détection des fragilités des personnes âgées (ICOPE) n'est pas assortie de financements significatifs, qui permettraient pourtant d'assurer réellement sa généralisation, alors même que 40% des pertes d'autonomie seraient évitables.

Ce fossé grandissant entre la temporalité du vieillissement et celle de l'action publique a été clairement identifié. La Cour des comptes a ainsi souligné **que l'insuffisante prise en compte insuffisante des évolutions démographiques dans la programmation budgétaire faisait peser un risque sur la soutenabilité de nos finances publiques**².

Plus fondamentalement, l'absence de cadre structurant nuit à la lisibilité et à la cohérence de l'action publique. La multiplicité des acteurs, des financeurs et des dispositifs, sans articulation claire ni trajectoire partagée, rend le pilotage de la politique du grand

² Cour des Comptes, *Démographie et finances publiques*, rapport public, décembre 2025

âge complexe et parfois illisible, tant pour les professionnels que pour les usagers.

Dans ces conditions, il est difficile de fixer un cap, de prioriser les actions, d'évaluer les résultats et d'engager l'ensemble des parties prenantes dans une dynamique commune.

À l'inverse, d'autres politiques publiques stratégiques de la Nation ont su se doter d'outils de programmation pluriannuelle, permettant de planifier les investissements, d'organiser les transformations et de donner de la visibilité aux acteurs. Le grand âge, qui engage à la fois la dignité des personnes, la cohésion sociale et la soutenabilité de notre modèle, mérite de bénéficier de la même rigueur.

Cette exigence de planification s'inscrit dans une démarche plus large portée par la Fédération hospitalière de France (FHF). La FHF a ainsi formulé une proposition concrète de cadre pour aller vers l'adoption d'une loi de programmation en santé³, afin de sortir d'une logique de pilotage annuel devenue inadaptée aux défis contemporains.

Sortir du court-termisme ne signifie pas dépenser davantage. Cela signifie, au contraire, se donner les moyens de mieux dépenser, en orientant les ressources vers des priorités clairement identifiées, dans une logique d'efficacité, de durabilité et de responsabilité.

Il s'agit de passer d'une logique d'ajustement à une logique de transformation et de structuration.

C'est tout le sens d'un cadre pluriannuel : définir une trajectoire, clarifier les responsabilités, sécuriser les financements et inscrire l'action publique dans la durée. À cette condition seulement, notre pays pourra anticiper les évolutions à venir, plutôt que de les subir, et construire une réponse à la hauteur de la société de la longévité.

³ <https://www.calameo.com/fhf/read/0037957022976468fd772?page=1>

Préparer la société de la longévité : un projet global

Répondre au défi du vieillissement ne saurait se résumer à une politique sectorielle, limitée au seul champ médico-social. Il s'agit d'une ambition **beaucoup plus large**, qui engage l'ensemble de notre organisation collective, notre modèle de solidarité et notre capacité à adapter la société à toutes les étapes de la vie.

Préparer la société de la longévité, c'est d'abord changer de regard. C'est considérer que l'avancée en âge ne constitue ni une rupture, ni une marginalité, mais une étape de la vie qui doit être pleinement intégrée à notre pacte social. C'est refuser toute approche réduisant les personnes âgées à une prétendue « charge » ou à une « variable d'ajustement ». C'est affirmer leur place essentielle à la société.

C'est également reconnaître que le vieillissement interroge l'ensemble des politiques publiques. Le logement, les transports, l'aménagement du territoire, l'accès aux services publics, la vie sociale et culturelle, l'organisation du travail ou encore les solidarités familiales sont directement concernées. **À ce titre, la réponse ne peut être que globale et interministérielle.**

Elle doit s'articuler autour de plusieurs priorités structurantes.

La première consiste à **faire de la prévention le socle de notre politique de la longévité.** Vieillir en bonne santé ne relève pas du seul hasard : cela se prépare, tout au long de la vie. Or, aujourd'hui, la prévention de la perte d'autonomie reste insuffisamment développée et insuffisamment financée. Elle doit devenir un axe central de l'action publique, en renforçant le repérage précoce des fragilités, en diffusant une culture de la prévention et en mobilisant l'ensemble des acteurs de santé et du secteur social. **L'espérance de vie en bonne santé doit, à cet égard, devenir un indicateur structurant de nos politiques publiques.**

La deuxième priorité consiste à **faire du domicile un choix réel, et non un simple principe affiché.** La très grande majorité des Français exprime le souhait de pouvoir vieillir chez eux. Cette aspiration doit être respectée. Toutefois, ceci suppose de créer les conditions effectives de sa réalisation. **Cela implique**

de renforcer les services à domicile, de mieux coordonner les interventions, de soutenir les professionnels, mais aussi d'adapter les logements et de mobiliser les innovations technologiques au service de l'autonomie. Le domicile ne peut être une solution par défaut ; il doit être une option sécurisée et accompagnée.

La troisième priorité est de transformer en profondeur l'offre médico-sociale et sanitaire. L'opposition entre domicile et établissement n'est plus adaptée aux besoins. **Il convient désormais de proposer une palette de solutions diversifiées, évolutives et personnalisées, permettant d'accompagner les parcours de vie sans rupture.** Dans cette perspective, les établissements, et notamment les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), **ont vocation à évoluer pour devenir de véritables plateformes de services territoriales**, ouvertes sur leur environnement, articulant hébergement, accompagnement à domicile, prévention et activités sociales. Il s'agit de **passer d'une logique de lieux à une logique de parcours.**

Cette transformation ne peut se faire sans un **renforcement des coopérations entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et de ville.** L'hôpital public, par son expertise et son ancrage territorial, constitue à cet égard un acteur structurant, appelé à jouer un rôle d'appui et de coordination essentiel dans les parcours des personnes âgées, notamment pour les situations complexes.

La quatrième priorité concerne les métiers du grand âge. Il ne peut y avoir de politique ambitieuse sans professionnels en nombre suffisant, formés, reconnus et valorisés. Les besoins, connus, sont considérables. Ils appellent un effort durable en matière de recrutement, de formation et d'attractivité. Au-delà des chiffres, il s'agit de reconnaître pleinement la valeur de ces métiers, qui participent directement à la dignité de notre société.

Enfin, préparer la société de la longévité suppose de soutenir les solidarités familiales et de mieux accompagner les aidants. Leur rôle est essentiel mais ne peut reposer sur leur seule disponibilité ou leur seul engagement. Il appelle des dispositifs de soutien, de répit et de reconnaissance à la hauteur des enjeux.

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

Ces différentes priorités dessinent une transformation profonde de notre modèle d'accompagnement. Elles traduisent une ambition claire : permettre à chacun de vieillir dans des conditions dignes, adaptées à ses besoins et respectueuses de ses choix, quel que soit son lieu de vie.

Elles appellent, pour être mises en œuvre, une action cohérente, structurée et inscrite dans la durée. C'est tout le sens du cadre proposé, qui vise à organiser cette transformation dans une logique globale, progressive et soutenable, à la hauteur des attentes de nos concitoyens et des défis à venir.

Refonder le pacte social : vers une société de tous les âges

Le vieillissement de la population ne constitue pas seulement un défi organisationnel ou financier. Il constitue **un défi sociétal en ce sens qu'il interroge en profondeur notre modèle de société, notre rapport au temps, à la solidarité et à la place de chacun dans la communauté nationale.**

Préparer la société de la longévité, c'est faire le choix d'une société qui n'oppose pas les générations, mais qui les relie.

Car le **risque**, à défaut d'une réponse collective structurée, est bien celui d'une **fragmentation progressive** : entre les âges de la vie, entre les territoires, entre ceux qui peuvent accéder à un accompagnement adapté et ceux qui en sont privés. Une telle évolution fragiliserait durablement notre cohésion sociale.

À l'inverse, **une politique ambitieuse du grand âge peut constituer un puissant levier de solidarité et de confiance.** Elle permet de réaffirmer que **chaque étape de la vie a la même valeur**, que l'âge ne saurait constituer une frontière dans l'accès aux droits, aux soins ou à la citoyenneté, et que la **dignité de la personne** doit être garantie à tout moment de son existence.

À ce titre, **la lutte contre toutes les formes d'âgisme doit devenir une priorité.** Trop souvent, l'avancée en âge s'accompagne de représentations négatives, de stéréotypes ou de formes d'exclusion plus ou moins visibles. Ces représentations, qui commencent

parfois bien avant la fin de la vie active, limitent les possibilités d'engagement, de mobilité et de participation sociale. Elles contribuent à invisibiliser une partie de la population, alors même qu'elle constitue une richesse pour la société.

Refonder le pacte social suppose donc de changer de regard, mais aussi d'agir concrètement pour garantir l'égalité d'accès aux droits, aux services et aux opportunités, quel que soit l'âge.

Au-delà du seul logement individuel, il s'agit de **construire des solutions d'habitats partagés permettant notamment de lutter contre le fléau de la solitude chez les personnes âgées**. Par ailleurs, les transports, l'accès aux services publics, aux équipements culturels et sportifs, doivent également être pensés pour permettre à chacun de continuer à participer pleinement à la vie sociale. Les nouvelles technologies peuvent nous aider à rendre les territoires plus accueillants aux aînés mais il faudra pour cela une **stratégie coordonnée dans chaque territoire** pour laquelle les collectivités locales seront en première ligne.

Cela suppose également de **mieux reconnaître et soutenir le rôle des proches aidants**. Leur engagement est indispensable, mais il doit s'accompagner de droits effectifs, de solutions de répit et d'un soutien renforcé, afin de préserver leur équilibre personnel, familial et professionnel. Enjeu de société, enjeu éthique, le soutien aux aidants est aussi un **enjeu économique** majeur si l'on veut maintenir dans l'emploi les professionnels au-delà de 60 ans, alors qu'ils sont de plus en plus des aidants de leurs parents très âgés.

Plus largement, **préparer une société de tous les âges implique de développer des politiques favorisant les liens entre les générations**. La transmission, l'engagement, le partage d'expériences et de compétences constituent des leviers essentiels pour renforcer la cohésion nationale et lutter contre les logiques d'isolement ou de repli.

Une société se juge à la place qu'elle accorde à chacun, à tous les âges de la vie.

Faire société, c'est donc faire générations. C'est comprendre que la solidarité entre les âges n'est pas une contrainte, mais une condition de notre équilibre collectif. C'est aussi reconnaître que

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

la manière dont nous accompagnons nos aînés dit quelque chose de la société que nous voulons construire pour les générations futures.

Dans ce contexte, la politique du grand âge ne peut être dissociée d'une réflexion plus large sur notre modèle social, sur la place donnée à la jeunesse, sur la capacité de chacun à se projeter dans l'avenir et à trouver sa place dans la société.

Refonder le pacte social autour de la longévité, c'est ainsi faire le choix d'une société plus juste, plus solidaire et plus durable, capable de répondre aux défis démographiques sans renoncer à ses valeurs fondamentales.

Une loi de programmation pluriannuelle pour organiser la transformation

Face à l'ampleur de la transformation démographique, le *statu quo* n'est plus possible. Il ne s'agit plus de savoir s'il faut agir, mais de décider comment agir, et avec quelle ambition.

La politique du grand âge ne peut plus se construire par ajustements successifs, au gré des contraintes budgétaires ou des urgences du moment. Elle exige un cadre structurant, une vision d'ensemble et une capacité à se projeter dans la durée.

Tel est l'objet du présent cadre pluriannuel.

Il ne s'agit pas d'ajouter un dispositif supplémentaire à une architecture déjà complexe. Il s'agit, au contraire, de donner de la cohérence, de la lisibilité et de la stabilité à l'action publique, en définissant une trajectoire collective assumée.

Ce cadre vise d'abord à fixer des objectifs à moyen terme, fondés sur une évaluation précise des besoins, qu'il s'agisse de solutions d'accompagnement, de ressources humaines ou de prévention. Il s'agit de partir des besoins de la population pour déterminer les moyens nécessaires, et non l'inverse.

Il vise ensuite à organiser une programmation des financements, permettant d'inscrire et de répartir dans la durée l'effort collectif en faveur de l'autonomie.

La réussite d'une telle programmation suppose de traiter avec lucidité la question des moyens, tant financiers qu'humains, nécessaires pour répondre à la transformation démographique en cours.

Elle implique de **garantir des conditions d'équité entre les différents opérateurs.** Aujourd'hui, **des écarts significatifs existent,** notamment en matière de prélèvements socio-fiscaux, qui **fragilisent durablement le modèle public médico-social.** Un rééquilibrage apparaît désormais indispensable, non seulement pour assurer la soutenabilité économique du secteur, mais aussi pour préserver une offre accessible sur l'ensemble du territoire.

Elle suppose ensuite **d'organiser dans le temps et dans l'espace le développement de l'offre.** Il s'agit de concilier l'aspiration légitime au maintien à domicile avec la nécessaire transformation des établissements, appelés à devenir de véritables plateformes de services territoriales, capables d'accompagner les personnes âgées dans la diversité de leurs parcours de vie, qu'elles vivent à domicile, en habitat intermédiaire ou en établissement.

Cette transformation appelle **un effort d'investissement à la hauteur des enjeux,** tant en matière immobilière que pour accompagner le déploiement des innovations et des technologies au service de l'autonomie, de la qualité de vie des personnes et des conditions de travail des professionnels. À cet égard, un soutien renforcé à l'investissement devra être inscrit dans la trajectoire pluriannuelle, que la Fédération hospitalière de France estime à **un minimum de 500 millions d'euros par an,** afin d'accompagner la modernisation et la transformation de l'offre.

Plus largement, la question des ressources nécessaires à la société de la longévité ne peut plus être éludée. Les travaux convergents des économistes et des institutions publiques estiment les besoins supplémentaires à environ 30 milliards d'euros d'ici 2050. Cet effort correspondant à environ 1% du produit intérieur brut demeure soutenable, d'autant qu'il constitue également **un levier d'activité et d'emploi, non délocalisable et réparti sur l'ensemble du territoire.**

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

Répondre à cet enjeu ne saurait reposer exclusivement sur les finances publiques. Il appelle un débat de société sur la mobilisation de différentes sources de financement, dans un souci d'équité entre les générations et de soutenabilité de notre modèle social. À cet égard, la dynamique de la « grande transmission », qui conduira **près de 9 000 milliards d'euros de patrimoine à changer de main au cours des vingt prochaines années**, constitue une évolution majeure qui doit être pleinement prise en compte dans la réflexion collective sur le financement du grand âge.

Plusieurs leviers peuvent ainsi être envisagés, qu'il s'agisse de l'évolution des mécanismes de solidarité, du rôle de l'assurance ou de la mobilisation du patrimoine, dans des conditions compatibles avec les principes de justice sociale, de solidarité nationale et dans le respect du droit de propriété.

Ces choix structurants ne peuvent être différés. Ils conditionnent la capacité de notre pays à répondre durablement aux besoins liés au vieillissement. C'est pourquoi le présent cadre prévoit **l'organisation d'un débat national, dans un délai resserré après la promulgation de la loi, afin de définir et de valider les modalités de financement de la politique du grand âge.**

La programmation pluriannuelle doit également permettre de clarifier la gouvernance de la politique du grand âge, en définissant plus lisiblement les responsabilités respectives de l'État, des collectivités territoriales et des différents acteurs publics comme privés, afin de gagner en efficacité et en réactivité.

Il est donc proposé d'opérer la distinction suivante : **l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de soin devraient être regroupés sous le pilotage de la branche autonomie car ils relèvent d'une prise en charge sanitaire ou médico-sociale.**

En revanche, **les politiques relatives à l'aménagement du domicile, des transports et de la lutte contre l'isolement doivent clairement relever des compétences des collectivités territoriales.**

Plus largement, ce cadre pluriannuel a vocation à accompagner la transformation de l'offre, à soutenir les investissements nécessaires, à renforcer les coopérations territoriales et à donner de la

visibilité à l'ensemble des professionnels et des acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées.

Il ne s'agit pas de dépenser davantage sans cap. Il s'agit de dépenser mieux, en orientant les ressources vers des priorités clairement définies, dans une logique d'efficacité, de durabilité et de responsabilité.

Cette **loi** ne relève pas d'une approche strictement budgétaire qui s'avèrerait inefficace, l'expérience l'a montré. **Elle constitue un outil complet au service d'un projet de société : celui de la longévité.**

Elle vise à **créer les conditions d'une transformation progressive mais déterminée de notre modèle**, afin de garantir à chacun la possibilité de vieillir dans des conditions dignes, adaptées et respectueuses de ses choix.

Elle traduit enfin une exigence de responsabilité collective. Car face à un défi aussi prévisible, l'inaction ne serait pas une neutralité : elle serait un renoncement.

La société de la longévité ne se subit pas : elle se construit.

Article liminaire

Cet article fixe les grands objectifs qui président à l'élaboration de la programmation pluriannuelle pour bâtir une société de la longévité en France. Ils visent à structurer une politique globale pour répondre au défi du vieillissement autour de priorités centrées sur la prévention, la vie à domicile, la transformation de l'offre médico-sociale et le développement de solutions nouvelles ainsi que les métiers de l'autonomie.

Ces objectifs, reposant sur des indicateurs cibles, sont les suivants :

➔ Améliorer l'état de santé et prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées

- Évolution de l'espérance de vie sans incapacité de la population à 65 ans, en valeur et en écart entre les régions et avec les pays comparables
- Taux d'incidence de la perte d'autonomie dans la population de plus de 75 ans
- Nombre de dépistages des fragilités réalisés auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, selon la méthode prônée par l'Organisation mondiale de la Santé (ICOPE)

➔ Donner les moyens à notre système de santé de répondre au défi du vieillissement

- Évolution des ressources publiques consacrées au grand âge (en M€, en % du PIB et en volume d'offre sanitaire et médico-sociale)

➔ Accompagner la transformation et le développement de l'offre d'accompagnement et de soin destinée aux personnes âgées

- Nombre et proportion d'établissements ayant bénéficié de dispositifs permettant le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (mission de centre de ressource territorial, accueil séquentiel ou en urgence, etc.)
- Nombre et proportion d'établissements ayant bénéficié de dispositifs permettant de mieux soigner et accompagner les résidents souffrant de pathologies (pôles d'activités et de soins adaptés pour les malades Alzheimer ou apparentés, présence infirmière de nuit, etc...)
- Évolution du nombre de places d'EHPAD ayant été rénovées chaque année
- Évolution du volume d'activité des SAD-mixte

➔ Réduire les inégalités d'équipement en ESMS

- Évolution des écarts d'équipements en ESMS entre départements

➔ Éviter les hospitalisations inappropriées des personnes âgées

- Évolution du taux d'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus et de 85 ans et plus
- Évolution du taux d'hospitalisation des personnes âgées en EHPAD

Titre I^{er} Dispositions relatives à la programmation financière

Le présent titre pose les bases d'une politique du grand âge qui s'inscrit dans le temps long et s'appuie sur un système de solidarité nationale solide.

La cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, constitue le socle sur lequel doit s'appuyer l'action publique. Créée par la loi du 7 août 2020, cette branche ne dispose pas encore des moyens suffisants pour préparer notre société à la longévité, permettant d'affirmer ainsi que la protection sociale nationale est au cœur de l'accompagnement et des soins des personnes âgées qui en ont le plus besoin. A ce titre, si la solidarité nationale doit continuer à assurer l'essentiel des dépenses d'autonomie, les besoins sont tels que d'autres sources de financement ne peuvent être exclues. Un débat national s'impose pour permettre d'opérer les choix politiques entre les différentes hypothèses et sources de financement.

Afin de sortir d'une logique de pilotage annuel qui ne permet de programmer ni les investissements ni les solutions de prise en soins nécessaires, il est indispensable de définir une trajectoire financière à cinq et à dix ans.

Tableau chiffré précisant la trajectoire financière de la branche autonomie de 2027 à 2036

Branche autonomie	2027	2028	2029	2030	2031	Total 2027-2031	Total 2032-2036
Montant OGD ESMS PA (en Mds €)	20,3	21,6	23	24,6	26,4		35,4
Évolutions annuelles (en Mds €)	+ 2,04	+ 1,27	+ 1,43	+ 1,6	+ 1,77	+ 8,21	+ 9
Évolutions annuelles	+ 11,1%	+ 6,2%	+ 6,6%	+ 6,9%	+ 7,2%	+ 44,31%	+ 34%

Afin d'en simplifier la lecture, l'ensemble des crédits mobilisés sont imputés sur l'enveloppe de l'objectif global de dépenses consacrés aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, y compris pour des mesures visant les personnes en situation de handicap.

ARTICLE 1^{ER}

Le présent article inscrit dans la loi une trajectoire quinquennale d'évolution de l'ONDAM, assortie d'un taux plancher fixé à + 2,5% par an. Cette trajectoire devra être reconduite *a minima* dans chaque loi de financement de la Sécurité sociale. Il appartiendra à la représentation nationale de procéder, le cas échéant, à des ajustements, en fonction de la conjoncture économique, notamment de l'inflation, ou de l'apparition de besoins sanitaires exceptionnels, dans le respect des objectifs de santé publique définis par la présente loi.

Cette trajectoire de ressources budgétaires s'entend comme un minimum.

ARTICLE 2

Le présent article prévoit une évaluation du montant des besoins humains et financiers programmés sur la période sur laquelle porte la présente loi, pour que l'objectif devienne la réponse aux besoins et non plus le montant des dépenses.

ARTICLE 3

Le présent article fixe le calendrier d'adoption de la loi pluriannuelle pour bâtir une société de la longévité, en l'alignant avec celui des lois de programmation des finances publiques prévues à l'article 34 de la Constitution.

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

- ARTICLE 4** Le présent article charge le Haut Conseil des Finances publiques d'une mission de contrôle de la compatibilité des lois de financement de la Sécurité sociale avec la loi pluriannuelle pour bâtir une société de la longévité.
- ARTICLE 5** Le présent article prévoit l'affectation à la branche autonomie d'une ressource dédiée au soutien à l'investissement issue d'une fraction de contribution sociale généralisée. Cette ressource est destinée à accélérer la rénovation du bâti des établissements et services médico-sociaux habilités à l'aide sociale et à garantir le maintien de l'offre existante en limitant l'impact sur le reste à charge des personnes accueillies.
- ARTICLE 6** Le présent article prévoit l'affectation d'une part de la croissance des droits de mutation à titre gratuit à la branche autonomie afin de garantir un niveau de financement public pour répondre à la croissance des besoins en soins.
Afin que l'opinion publique puisse s'appropriier les enjeux de financement du grand âge, et les arbitrages qui doivent en découler, le texte prévoit également un délai de 6 mois de débats public, après la promulgation du texte de la loi de programmation, à l'issue duquel les dispositions en matière de recettes affectées à la politique du grand âge seront obligatoirement présentées au Parlement par le gouvernement et votées. L'affectation de recettes nouvelles à la politique du grand âge, de toutes natures, n'est pas un préalable à l'adoption de la loi mais une condition de sa réalisation.
- ARTICLE 7** Le présent article prévoit la création d'une redevance solidaire auprès des opérateurs privés lucratifs sur leur budget hébergement, assise sur le volume de places non habilitées à l'aide sociale des EHPAD, dont les recettes sont affectées au budget d'investissement de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le montant de la redevance par place sera fixé par décret.
- ARTICLE 8** Le présent article prévoit des mécanismes de fongibilité des enveloppes entre les branches de Sécurité sociale pour permettre de restituer à la branche autonomie les gains pour l'assurance maladie réalisés par les établissements et services médico-sociaux (hospitalisations évitées, médicaments, coordination des parcours...).

Détail de la trajectoire financière 2027-2036

Chiffres en Mds €	2027	2028	2029	2030	2031	2027-2031	2032-2036 (tendanciel)
Base	18,3	20,3	21,6	23	24,6	26,4	
Reconduction 2,5 %	0,37	0,41	0,43	0,46	0,49	2,16	+ 2,5
Renforcement des effectifs en EHPAD (+ 60 000 ETP en 5 ans)	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	3	+ 2
Développement et transformation de l'offre	1,37 ⁴	0,36	0,4	0,44	0,48	3,05	+ 3,5
TOTAL	20,3 Mds €	21,6 Mds €	23 Mds €	24,6 Mds €	26,4 Mds €	soit + 8,21 Mds €	35,4 Mds €

Le renforcement des effectifs est basé sur une programmation de +100 000 ETP en 10 ans, à raison de 60 000 créations de postes sur la période 2027-2031 et 40 000 sur 2032-2036.

Le développement de l'offre globalise les solutions nouvelles à créer, à savoir 100 000 en 10 ans (dont places à domicile, en centres de ressource territoriaux et en EHPAD) ainsi que la poursuite du développement des dispositifs de prise en charge spécialisés (notamment en faveur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, tels que les équipes spécialisées Alzheimer à domicile, accueils de jour, hébergements temporaires, pôles d'activité et de soins adaptés, etc...).

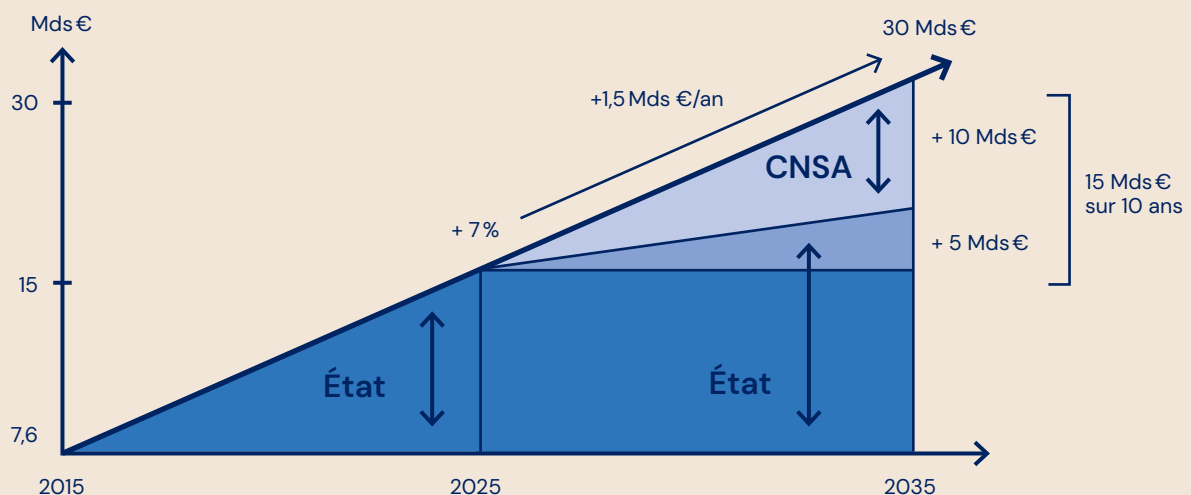
La transformation de l'offre représente quant à elle la poursuite du développement du tarif global de la dotation soin des EHPAD, la généralisation de la fusion des sections soin et dépendance des EHPAD et l'augmentation du soutien à l'investissement en première année permettant d'assurer un flux de 500 M€ par an).

⁴ Ce montant intègre les crédits nécessaires à la généralisation en 2027 de la fusion des sections soins et dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Plan de soutien à l'investissement

- ➔ Des besoins d'investissement massifs afin de rénover une partie du parc existant, qui concernent :
 - le secteur public : à hauteur de 70 000 places (soit près de 29 % du parc des EHPAD publics)
 - le secteur associatif : à hauteur de 28 000 places (soit plus de 16 % du parc des EHPAD privés non lucratifs)
- ➔ Une enveloppe garantie de 500 M€ par an, via l'affectation de 0,02 point de contribution sociale généralisée
- ➔ Un plan fléché vers les EHPAD publics et associatifs, majoritairement habilités à l'aide sociale à l'hébergement
- ➔ Une dimension immobilière écologique (rénovation et transformation avec bâti devant favoriser le bien-être – notion de lieu de vie – et les accompagnements) mais aussi innovation technologique (équipements, domotique...)

Les droits de mutation à titre gratuit



Titre II Dispositions relatives aux objectifs de santé publique et de prévention

Le défi du vieillissement de la population ne pourra être relevé par notre société que si la **prévention des maladies chroniques** et de la **perte d'autonomie** devient le socle de la politique de la longévité. Au-delà des intentions formulées à de multiples reprises visant à mettre la prévention au cœur de l'action publique, il est plus que jamais nécessaire de traduire concrètement cette ambition. Contrairement à une idée reçue selon laquelle il serait trop tard pour les personnes âgées de faire de la prévention, c'est au contraire aux âges élevés que les gains d'espérance de vie potentiels sont les plus importants, en raison de la prévalence actuelle des pathologies chroniques et de la perte d'autonomie. Environ 40% de ces pertes d'autonomies sont évitables, sous réserve de la mise en place d'une politique de prévention active.

Le présent titre vise à donner une dimension opérationnelle aux mesures de prévention et de santé publique en direction des personnes âgées, ainsi qu'une traduction quant à la mesure d'impact. Il propose ainsi des objectifs quantifiés, des indicateurs, et intègre la prévention dans les principaux processus de décision, pour que cette dernière soit un réflexe et un préalable à toute action publique.

- ARTICLE 9** Le présent article fait de l'amélioration de **l'espérance de vie sans incapacité de la population à 65 ans** un objectif politique de premier rang, en prévoyant de la faire progresser de deux années à échéance 2037. Afin de mesurer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et de la prévention du risque de perte d'autonomie, le Gouvernement remet chaque année un rapport sur l'espérance de vie sans incapacité au Parlement.
- ARTICLE 10** Le présent article pose le **cadre stratégique général et inscrit la prévention de la perte d'autonomie comme un objectif prioritaire de santé publique et structurant de la politique du grand âge**. Elle vise à préserver les capacités intrinsèques des personnes âgées et à prévenir l'apparition ou l'aggravation des situations de fragilité par le repérage précoce des risques et la mise en œuvre d'interventions de prévention adaptées.
- ARTICLE 11** Le présent article instaure **un parcours national de prévention de la perte d'autonomie destiné aux personnes âgées de 60 ans et plus**, sur la base de la démarche de **responsabilité populationnelle**.
Ce parcours comprend notamment le repérage précoce des fragilités liées à l'âge, la mise en œuvre d'interventions de prévention destinées à préserver les capacités fonctionnelles et le suivi régulier de l'évolution des capacités des personnes concernées. Ce parcours est mis en œuvre par les professionnels de santé de premier recours en lien avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- ARTICLE 12** Le présent article fixe une **cible mesurable de personnes devant faire l'objet d'un dépistage des fragilités**, selon l'outil ICOPE (*integrated care for older people*) porté par l'Organisation mondiale de la santé, afin que ce dépistage soit effectif et le plus systématique possible. Un rapport annuel du gouvernement au Parlement présente l'état d'avancement de cet objectif, et examine la situation de la France au regard des autres pays européens.
- ARTICLE 13** Le présent article prévoit, dès lors qu'un ou plusieurs facteurs de fragilité sont détectés chez une personne de 60 ans et plus, que les autorités en charge de la prévention sur les territoires lui proposent obligatoirement dans un délai déterminé par voie réglementaire, un **rendez-vous de prévention de la perte d'autonomie**. Ce dernier comprend notamment un dépistage des fragilités liées à l'âge sur la base du référentiel ICOPE et, si besoin,

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

l'orientation vers des actions de prévention adaptées.

Ce bilan peut être réalisé par le médecin traitant ou par une équipe de soins primaires. La mise en œuvre du présent article fait l'objet d'un décret en conseil d'État.

ARTICLE 14 Le présent article institue un **«forfait innovation»** destiné à financer la mise en place d'un socle minimal de technologies au sein des établissements et services médico-sociaux. Le gouvernement présente chaque année au Parlement l'état d'avancement de cet objectif.

ARTICLE 15 Le présent article prévoit, **dans un délai fixé** dans la loi **une évolution du modèle d'évaluation médicale personnalisée PATHOS** en EHPAD et USLD afin qu'il intègre et valorise les actions mises en œuvre par les établissements relatifs à la prévention de la perte d'autonomie et au maintien des capacités fonctionnelles des personnes accompagnées.

ARTICLE 16 Le présent article prévoit le **financement des interventions d'activité physique adaptée en établissement ou à domicile par la branche autonomie** de la Sécurité sociale afin de contribuer au maintien des capacités fonctionnelles et à la prévention des chutes des personnes âgées.
L'Assurance maladie peut prendre en charge des programmes d'activité physique adaptée prescrits aux personnes âgées présentant un risque de perte d'autonomie ou une perte d'autonomie avérée, selon des modalités définies par décret.

Un «forfait innovation» pour les établissements et services médico-sociaux

Ce forfait vise à favoriser la diffusion des innovations concourant à la qualité de l'accompagnement et à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et au quotidien des professionnels qui les accompagnent. Il pourrait être fixé à un montant de 500 €, par place et par an, pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), résidences autonomie et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dépistage des fragilités

L'article 12 de la présente loi prévoit une cible mesurable de personnes devant faire l'objet d'un dépistage des fragilités.

L'objectif d'au moins 80 % des personnes âgées de soixante ans et plus bénéficiant d'un dépistage des fragilités pourrait être fixé d'ici le 31 décembre 2031.

Titre III Dispositions relatives à l'adaptation de la société

Le défi démographique du vieillissement constitue une réelle opportunité pour construire une société durable et inclusive. Néanmoins, il appelle à un véritable sursaut collectif, que le présent titre s'attache à décrire.

En effet, seul un signal fort, impulsé au plus haut niveau de notre pays, serait de nature à enclencher une dynamique collective. Ainsi, **ériger la transformation démographique en grande cause nationale⁵ à compter de 2027 permettrait sans nul doute une prise de conscience sur l'importance du sujet.**

Tout d'abord, enjeux de dignité et de cohésion sociale, l'avancée en âge ne peut faire l'objet de discriminations. Sanctionnable par la Cour européenne des droits de l'Homme, l'âgisme doit devenir un combat du quotidien, au même titre que les autres discriminations.

Par ailleurs, la transition démographique que nous commençons à vivre doit irriguer l'ensemble des politiques publiques, tant à l'échelle nationale que territoriale. En complémentarité avec une impulsion nationale forte sur le sujet de la longévité, les collectivités territoriales ont un rôle essentiel à jouer. L'importance de promouvoir le vivre-ensemble et le lien intergénérationnel doit également se retrouver dans les politiques publiques locales.

⁵ Proposition formulée par Madame la députée Dufeu-Schubert, rapport *Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme*, décembre 2019.

ARTICLE 17

Le présent article prévoit **l'instauration, à compter de 2027, d'une conférence triennale de la longévité**. Cette conférence a vocation à aborder les enjeux du vieillissement dans toutes leurs dimensions, notamment sous l'angle de l'équilibre du système de retraite, de la perte d'autonomie, de la cohésion entre les générations et de l'environnement.

Elle réunit l'État, les collectivités territoriales, les représentants des partenaires sociaux, les acteurs du système de santé et du médico-social, les organismes de protection sociale, les représentants des usagers et des aidants, ainsi que des personnalités qualifiées issues du monde académique, économique et associatif.

Cette conférence constitue un espace de dialogue, d'évaluation et de proposition, destiné à éclairer les choix publics et à assurer une meilleure articulation des politiques liées à la société de la longévité.

ARTICLE 18

Le présent article prévoit l'élaboration d'un **plan national quinquennal de lutte contre l'âgisme**, faisant suite à la tenue d'états généraux sur ce sujet. Il fait l'objet d'un bilan interministériel annuel présenté au Parlement.

ARTICLE 19

Le présent article précise la **contribution du Conseil départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie** à la prise en compte des enjeux liés au vieillissement de la population et au handicap dans l'ensemble des politiques publiques territoriales. À ce titre, il peut être consulté sur les projets de documents de planification ou de programmation ayant une incidence sur l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, notamment dans les domaines de l'urbanisme, du logement, de la mobilité, de la culture et de la politique de la ville.

ARTICLE 20

Le présent article introduit l'obligation à compter de 2027 d'élaboration d'un **plan local d'adaptation au vieillissement**, relevant de la compétence des intercommunalités en lien avec les conseils départementaux. Il comprend obligatoirement un volet transport, lutte contre l'isolement, adaptation de l'environnement urbain et rural et adaptation du logement, établis sur la base d'un diagnostic global des besoins et envies des seniors. Il fait l'objet d'un avis préalable du préfet et de l'agenda régionale de santé. Il est élaboré pour une durée de cinq ans et prévoit des orientations

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

à dix ans. Le plan local d'adaptation au vieillissement mentionne les moyens financiers mobilisés pour atteindre ces objectifs.

ARTICLE 21

Le présent article prévoit **l'intervention d'un ergothérapeute** à l'occasion de la visite à domicile réalisée par les équipes en charge de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus notamment en vue de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

ARTICLE 22

Cet article prévoit l'extension aux établissements et services médico-sociaux et sanitaires relevant de la fonction publique de la possibilité de mettre en place des **prestations de suppléance à domicile des proches aidants**.

Vers un plan national de lutte contre l'âgisme

Issu des propositions formulées par le Conseil de l'âge du HCFEA en septembre 2025, l'adoption d'un plan de lutte contre l'âgisme permettrait d'intégrer la question des discriminations liées à l'âge dans les politiques publiques nationales et territoriales, dans un contexte de risque de « fracture » générationnelle. Il est proposé de le structurer en quatre axes :

- mieux connaître et mesurer l'âgisme,
- transformer les représentations et les discours,
- renforcer la participation sociale, citoyenne et bénévole des séniors,
- et adapter les politiques publiques à une société de la longévité, accompagner les institutions

Titre IV Dispositions relatives à l'adaptation de l'offre médico-sociale et sanitaire

La croissance démographique à venir du nombre des personnes âgées et très âgées interroge notre capacité collective à proposer des solutions d'accompagnement et de soins qui soient adaptées et respectueuses des choix de chacun. La survenue des maladies, des troubles du comportement ou de la perte d'autonomie sont des facteurs déterminants qui doivent guider l'adaptation de l'offre proposée aux personnes. Néanmoins ils ne sauraient être suffisants pour répondre aux aspirations de la population. En effet, les acteurs de la santé doivent également pouvoir proposer une diversité de modes d'accompagnement et de soins, tout en veillant à offrir les conditions de vie d'un « chez soi », y compris en établissement. Pour ce faire, une programmation de 100 000 solutions nouvelles à horizon 2036 s'avère indispensable.

De telles évolutions nécessitent des transformations architecturales et organisationnelles majeures ainsi que le développement de solutions nouvelles, que le présent titre vise à exposer.

Il s'agit tout d'abord de permettre aux gestionnaires d'établissements et de services médico-sociaux et sanitaires d'être plus agiles dans l'offre proposée aux usagers, en cohérence avec leurs parcours de vie et de soin.

Par ailleurs, il devient urgent de revoir le modèle économique des établissements tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui est à bout de souffle et appelle des réformes en profondeur.

Il s'agit ensuite d'établir une programmation échelonnée dans le temps, permettant d'affecter des moyens sur les territoires prioritaires et les dispositifs qui font le plus défaut. L'équité d'accès à des solutions d'accompagnement et de soin adaptées aux besoins et envies de chacun doit guider l'action publique. Elle conditionne la liberté de choix, à laquelle notre société est particulièrement attachée. Or, l'accueil inconditionnel que permet le secteur public en proposant des tarifs accessibles à tous, est menacé. Ainsi le secteur public hospitalier doit supporter des charges socio-fiscales injustifiées qui mettent en cause sa capacité à se transformer, à innover et par là même, à assurer sa propre survie au service des plus âgés.

- ARTICLE 23** Le présent article **modifie le régime des autorisations** des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées en faveur **d'autorisations unifiées** recouvrant plusieurs modalités d'accompagnement et de prise en soin. Cette évolution des modalités d'autorisation vise à passer d'une logique **de places** à une logique **de file active**, davantage propice à l'organisation des parcours de vie et de santé des usagers.
- ARTICLE 24** Le présent article **fixe les orientations de la programmation nationale de l'offre d'accompagnement du grand âge** et le principe d'un point d'avancement de cette programmation pluriannuelle examiné tous les ans par la Conférence nationale de l'autonomie. Une déclinaison territoriale de cette programmation fait l'objet d'un suivi annuel par les conférences départementales de l'autonomie.
- ARTICLE 25** Le présent article **renforce la place des résidences autonomie** dans les parcours territoriaux de l'autonomie en précisant qu'elles constituent un habitat intermédiaire médico-social et qu'elles sont des structures contribuant à la prévention de la perte d'autonomie. Les conseils départementaux, en charge du pilotage de ces structures, produisent une cartographie du maillage de cette offre sur leur territoire.
- ARTICLE 26** Le présent article **revalorise et sécurise le forfait autonomie** alloué aux résidences autonomie en garantissant un financement socle national. Il prévoit aussi l'ouverture du forfait autonomie au financement de nouvelles actions telles que la prévention et la lutte contre l'isolement.
- ARTICLE 27** Le présent article vise à **aménager la réforme des services autonomie à domicile (SAD)** pour déroger à l'obligation d'une forme juridique unique titulaire des autorisations en permettant le principe d'un conventionnement pérenne et la constitution de groupements de coopérations sociales et médico-sociales exploitant les autorisations de ses membres. À défaut de partenariat pouvant être conclu avec un SAD-aide de proximité, les gestionnaires de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont autorisés à assurer des prestations d'aide et d'accompagnement auprès de leurs bénéficiaires.
- ARTICLE 28** Le présent article vise à **expérimenter une tarification unifiée** pour les services autonomie à domicile mixtes portés par un gestionnaire unique.

- ARTICLE 29** Le présent article crée une mission gériatrique territoriale obligatoire au sein des groupements hospitaliers de territoire, visant à diffuser l'expertise gériatrique auprès de l'ensemble des partenaires et prévoyant la constitution d'un panier socle de dispositifs à mettre en place. La participation des établissements de santé à cette **mission gériatrique territoriale** est définie dans ce cadre.
- ARTICLE 30** Le présent article prévoit l'élaboration et l'adoption d'un **plan décennal de développement et d'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale** par les agences régionales de santé, soumis à l'avis du préfet et des conseils départementaux. Ce plan s'articule avec le schéma régional de santé dans son volet médico-social arrêté par les agences régionales de santé et les schémas départementaux de l'autonomie élaborés par les conseils départementaux, qui font à compter de 2027 l'objet d'une convergence calendaire et la production d'un document unifié, soumis à l'avis des instances de concertation de chacune de ces institutions.
- ARTICLE 31** Le présent article vise à introduire un suivi régulier sur la **réduction des écarts d'équipements dans les établissements et services médico-sociaux entre départements**, dans des conditions et des délais définis par décret. Il fait l'objet d'un examen chaque année devant le Parlement.
- ARTICLE 32** Le présent article vise à **autoriser le gouvernement à transformer par ordonnance les unités de soins de longue durée hospitalières** en offre d'accompagnement et de soins pour personnes âgées en perte d'autonomie, sur la base de projets présentés par les établissements de santé qui les portent.
- ARTICLE 33** Le présent article crée un statut juridique de l'habitat partagé et intermédiaire basé sur des critères définis afin de sécuriser la distinction existante avec les établissements médico-sociaux. Il permet de regrouper sous un même cadre : habitat inclusif, résidences partagées, colocations seniors ou handicap, afin de sécuriser les initiatives locales et éviter le risque de requalification en établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ARTICLE 34** Le présent article vise à améliorer la réactivité et l'adéquation des financements du forfait soins des EHPAD et des unités de soins de longue durée (USLD) aux besoins réels des résidents.

Loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

Il prévoit, à cette fin, d'adapter le calendrier d'attribution des financements en s'appuyant sur les données déclarées par les établissements relatives au niveau de dépendance et aux besoins en soins des résidents, selon un principe de validation tacite. Cette évolution permet de réduire les délais administratifs et de mieux prendre en compte les besoins en soins et en accompagnement à l'autonomie.

Des contrôles a posteriori pourront être réalisés par les agences régionales de santé, dans une logique de simplification et de responsabilisation des établissements.

Enfin, l'article prévoit d'étendre aux unités de soins de longue durée le mécanisme de tarif différencié instauré par la loi du 8 avril 2024 dite « bien vieillir », afin d'assurer une meilleure équité entre les structures accueillant des publics comparables.

ARTICLE 35

Le présent article vise à **faire évoluer le périmètre des charges imputables aux sections tarifaires des EHPAD** afin de mieux prendre en compte la réalité de leurs affectations à l'hébergement ou aux soins et à l'autonomie. Il s'agit de mettre fin à une situation inéquitable qui consiste à faire porter aux résidents et à leur famille des charges qui sont imputables à l'état de santé ou de perte d'autonomie des personnes accueillies.

Or, les dépenses à la charge des résidents doivent se limiter strictement à l'hôtellerie.

ARTICLE 36

Le présent article vise à introduire un **financement spécifique des traitements onéreux** pour les EHPAD ayant recours à une pharmacie à usage intérieur. Une liste en sus est établie sur le secteur médico-social, permettant la prise en charge par l'Assurance maladie de spécialités pharmaceutiques en sus de la dotation soin allouée aux EHPAD par la branche autonomie.

ARTICLE 37

Le présent article autorise les établissements et services médico-sociaux ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur à expérimenter la gestion et le financement des médicaments sur la base d'une convention conclue avec une pharmacie d'officine.

ARTICLE 38

Le présent article prévoit la mise en place d'une **contractualisation avec les établissements et services médico-sociaux**, sur la base d'indicateurs médico-économiques prédéfinis, permettant une véritable incitation économique en **partageant les gains**

d'efficience entre les opérateurs et les financeurs dès lors que les objectifs sont atteints.

- ARTICLE 39** Cet article prévoit la réalisation d'un **état des lieux des différences de situations socio-fiscales selon les statuts juridiques des établissements et services sociaux** et médico-sociaux par une mission nationale afin d'objectiver les écarts et permettre de corriger la situation de désavantage concurrentiel dans laquelle sont placées les structures relevant de la fonction publique hospitalière.
- ARTICLE 40** Cet article prévoit la **suppression de la taxe sur les salaires** pour les établissements et services médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.
- ARTICLE 41** Cet article prévoit l'**extension des allègements généraux de cotisations sociales** aux établissements et services médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, dans les mêmes conditions que les établissements et services médico-sociaux privés.
- ARTICLE 42** Le présent article prévoit **une compensation financière des charges imposées aux seuls établissements publics que la tarification actuelle ne prend pas en compte.**
- ARTICLE 43** Le présent article prévoit une **indexation minimale** de l'évolution annuelle des tarifs hébergement administrés sur la base d'un indice dont la composition est arrêtée par décret. Il prévoit également de **réformer l'aide sociale à l'hébergement** en EHPAD et USLD selon des modalités à définir et un calendrier à fixer au cours de l'année 2026.
- ARTICLE 44** Le présent article prévoit la mise en place d'un **mécanisme de «bouclier hébergement»** pour les personnes accueillies en EHPAD au-delà d'une durée d'accueil définie par voie réglementaire. Il est conçu sous forme d'une aide différentielle entre l'ensemble des ressources de la personne et le tarif hébergement devant être acquitté.

Inégalités socio-fiscales entre EHPAD selon leur statut

Assujettissement impôts et cotisations	Statut juridique de l'EHPAD			
	EHPAD public de la fonction publique hospitalière	EHPAD public de la fonction publique territoriale (centre communal d'action sociale)	EHPAD privé non lucratif	EHPAD privé lucratif
Assujettissements à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (mais bénéficie du fonds de compensation sur la TVA)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (hébergement et dépendance)
Assujettissement à la taxe sur les salaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (mais abattement de 24 041€)	<input checked="" type="checkbox"/> (sur section soins uniquement)
Bénéfice des allègements de cotisations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Assujettissement aux impôts locaux (taxe foncière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Assujettissement au versement mobilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Vers une contractualisation favorisant l'efficacité des établissements et services médico-sociaux

La Fédération hospitalière de France soutient la proposition formulée par le Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (*«Les leviers d'une meilleure efficacité de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie»*, extrait du rapport remis au Premier ministre le 2 juillet 2025) de mise en place d'un plan d'action national pour diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées qui permettrait d'atteindre une économie d'un milliard d'euros à horizon 2030. Il serait basé sur une contractualisation «gagnant – gagnant» et des indicateurs d'efficacité et de résultats dans laquelle l'économie serait partagée par tiers entre les établissements de santé (pour renforcer leurs moyens sur la filière gériatrique et les conséquences de leur baisse d'activité aux urgences

et en court séjour), les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées (pour renforcer leurs équipes de soins par intéressement à la réduction des événements indésirables produisant un recours à l'hôpital, et pour financer des actions de prévention des services de soins et d'aide à domicile (SSAD) et services autonomie à domicile (SAD) et au redressement des comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Comme l'indique le Conseil de l'âge, il s'agit d'un plan de «bascule» de dépenses d'hospitalisation complète vers le renforcement pérenne de la capacité des établissements de santé et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à consolider les parcours de santé et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées.

Détail du plan de développement de l'offre (cf article 30)

L'objectif de création de 100 000 « solutions » supplémentaires d'ici 10 ans (2036) implique la programmation d'une montée en charge sur les cinq premières années comme suit :

2027	2028	2029	2030	2031
6 000	8 000	10 000	12 000	14 000

Cette programmation pourra être établie sur la base des travaux de projections des besoins, territoire par territoire, issus des travaux nationaux et locaux (cf. publications DREES et travaux ARS / CD en cours).

Sous réserve d'une programmation amenée à être différente selon les territoires, il peut être estimé quelques cibles au niveau national, telles que :

- **Services autonomie à domicile (SAD) mixtes :**
Poursuite de la dynamique de création de places de SSIAD engagée jusqu'à 2030 (+25 000 sur la période 2023-2030) avec +25 000 places supplémentaires sur la période 2031-2036.

- **Centres de Ressources Territoriaux (CRT) :**
Doublement de la file active des CRT existants (prévu par la stratégie MND 2025-2030) et doublement du nombre de CRT (+500), afin de pouvoir compter 1000 CRT à terme et cibler potentiellement 60 000 bénéficiaires d'ici 2031.
- **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) :**
Doublement du nombre de PASA (soit + 2000) d'ici 2031 et revalorisation du forfait
- **Développement de solutions d'habitats diversifiés :**
Création de places en résidences autonomie, en EHPAD transformés, en habitats partagés...

Titre V Dispositions relatives aux ressources humaines

Face à l'ampleur des besoins d'accompagnement et de soins des personnes âgées à venir, notre système de santé doit avoir la capacité de proposer des solutions adaptées en ayant recours à des professionnels qualifiés et en nombre suffisant.

Cet objectif passe tout d'abord par le nécessaire renforcement des effectifs actuels en établissement, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), car ils sont tendanciellement appelés à accueillir les profils dont les besoins en soins de plus en plus importants, tout en restant impérativement des lieux de vie. Si les revalorisations salariales obtenues dans le cadre du Ségur de la santé s'avéraient indispensables, elles n'ont pas permis de régler les difficultés rencontrées au quotidien liées aux sous-effectifs et à la pénurie de certains professionnels.

Cet objectif passe également par une nécessaire programmation du recrutement des professionnels supplémentaires et des qualifications dont ont besoin les établissements et les services médico-sociaux. Il s'agit de donner enfin une vision claire

et pluriannuelle des agents à recruter, à former et à promouvoir. Cette programmation définie au niveau national gagnerait en efficacité en faisant l'objet d'une déclinaison régionale, puis territoriale jusqu'aux gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux en charge des recrutements. Ainsi, la préparation de notre système de santé à disposer des professionnels en volume suffisant et en qualité est bien une responsabilité collective.

Il en est de même pour la qualité de vie au travail. Si celle-ci s'est améliorée dans le secteur médico-social, les conditions de travail restent difficiles et constituent sans nul doute un levier déterminant pour faire face aux besoins.

ARTICLE 45

Le présent article prévoit la création d'un **comité interministériel permettant de définir des orientations stratégiques pour les ressources humaines du champ sanitaire et social** et d'en assurer le pilotage.

Présidé par la ministre de la Santé et de l'Autonomie, ce comité sera chargé de définir, de coordonner et d'évaluer la politique en matière de ressources humaines du système de ces secteurs. Il réunira annuellement les ministres en charge de la Santé, des Affaires sociales, de l'emploi et de la formation professionnelle, de l'éducation, de l'enseignement supérieur, du budget et des collectivités territoriales. Un secrétaire général, rattaché au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, préparera ses travaux et ses délibérations et animera la politique d'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social, sur le plan national et territorial.

ARTICLE 46

Le présent article prévoit la mise en œuvre d'un **plan pluriannuel de formation et de qualification** des métiers de l'accompagnement et du soin dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées. Ce plan fait l'objet d'un soutien financier par l'État et comprend notamment le financement de places

supplémentaires dans les formations sanitaires et sociales, de dispositifs de reconversion professionnelle et le développement de la validation des acquis de l'expérience, en lien avec les conseils régionaux. Les modalités de mise en œuvre de ce plan sont définies par décret.

ARTICLE 47

Le présent article prévoit la signature d'un **protocole d'accord entre l'État et les principales fédérations de gestionnaires** d'établissements médico-sociaux afin de définir les objectifs de recrutement de professionnels supplémentaires **dans les EHPAD et les SAD**, sur la durée de la loi, afin de garantir la qualité et la sécurité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

ARTICLE 48

Le présent article reconnaît aux établissements et services accompagnant des personnes âgées de 60 ans et plus la **possibilité d'expérimenter**, pour une durée de 5 ans, des organisations de travail innovantes. Ces expérimentations peuvent porter notamment sur l'autonomie des équipes, l'organisation du temps de travail et la coordination des professionnels. Les modalités de sélection, de financement et d'évaluation de ces expérimentations sont fixées par décret.

ARTICLE 49

Le présent article reconnaît la spécialité d'infirmier en pratique avancée **en gérontologie**.

ARTICLE 50

Le présent article prévoit un **programme national d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail** des professionnels exerçant dans les établissements et services accompagnant des personnes âgées. Ce programme comporte des actions de prévention des risques professionnels, de soutien aux équipes et d'amélioration des organisations du travail. Les modalités de mise en œuvre et de financement du présent article sont fixées par décret.

Nombre d'effectifs supplémentaires à recruter chaque année

	2027	2028	2029	2030	2031	2027-2031	2032-2036 (tendanciel)
Création de postes supplémentaires (en renforcement de structures existantes et en création de solutions nouvelles) (en ETP)	14 400	17 200	20 000	22 800	25 600	100 000	100 000

La formation continue d'assistant de soins en gériatrie

La formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gériatrie est accessible aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques exerçant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées. D'une durée de 140 heures, elle était initialement destinée aux agents exerçant dans les unités ou dispositifs dédiés aux personnes

atteintes de ces maladies. Du fait de la plus-value largement constatée de cette formation et de la prévalence de ces pathologies au sein des structures médico-sociales, la généralisation de la formation d'assistant de soins en gériatrie s'avère indispensable à la qualité de l'accompagnement et des soins prodigués.

Titre VI Dispositions relatives à la gouvernance et au pilotage national et territorial

La mise en œuvre de la présente loi de programmation pour une société de la longévité nécessite une clarification de la gouvernance et des responsabilités entre l'État, dans ses différentes composantes, et les collectivités territoriales.

Il s'agit avant tout de redonner de la cohérence dans les missions des décideurs publics afin de gagner en pertinence et efficacité, à l'image de ce qui est attendu des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.

Cette recherche de cohérence s'illustre également par la nécessité de simplifier le modèle tarifaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en fusionnant les forfaits soins et autonomie, dont l'expérimentation confirme sa grande réussite à la fois en matière de simplification des procédures pour les acteurs, de lisibilité pour les usagers et d'équité territoriale.

ARTICLE 51

Le présent article prévoit un **pilotage unifié des administrations centrales** du ministère de la Santé en charge des politiques de la santé et de l'autonomie. Le présent article fixe dans la loi un périmètre ministériel commun à la santé et à l'autonomie afin d'éviter les changements permanent d'affectation des directions d'administrations centrales entre les ministères à chaque remaniement ministériel.

ARTICLE 52

Le présent article prévoit une **simplification de la répartition des compétences** aujourd'hui partagées entre les agences régionales de santé et les conseils départementaux sur le secteur médico-social. Les EHPAD et services autonomie mixtes, accompagnant et soignant des publics âgés en perte d'autonomie ou en situation de handicap, relèvent dorénavant **de la compétence des agences régionales de santé**.

ARTICLE 53

Le présent article prévoit la **généralisation à tout le territoire national de la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD** à compter du 1^{er} janvier 2027 et le versement du forfait global unique relatif aux soins et au maintien de l'autonomie par les agences régionales de santé.

Vers une loi de programmation pour bâtir une société de la longévité

Proposition de la Fédération hospitalière de France
Publication
Mai 2026