FNADEPA

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS
DE DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS
ET SERVICES POUR PERSONNES ÂGÉES

PLATEFORME POLITIQUE

2027-2032

GRAND ÂGE : LE TEMPS D'AGIR

35 MESURES POUR FAIRE DE LA LONGÉVITÉ UNE AMBITION NATIONALE

Ensemble, donnons plus de vie à leurs jours

PRÉAMBULE

La France amorce sa transformation démographique. D'ici 2030, plus de 21 millions de personnes auront 60 ans ou plus. D'ici 2050, près de 5 millions de citoyens dépasseront les 85 ans, contre un peu plus de 2 millions aujourd'hui. Ces chiffres ne sont pas seulement des projections statistiques : ils dessinent le visage d'une société qui vieillit et doit s'adapter à ce vieillissement, à toutes les échelles.

Cette évolution profonde de notre société ne constitue ni une menace ni une parenthèse : elle est un progrès collectif, fruit de l'allongement de la vie et des avancées sanitaires, sociales et scientifiques. **Elle appelle désormais une ambition politique à la hauteur des enjeux humains, sociaux, économiques et territoriaux qu'elle soulève.**

La réforme du grand âge, promise depuis plus d'une décennie, ne peut rester une ambition repoussée. Les faits sont là : 42,7 % des établissements et services médico-sociaux (ESMS) étaient en déficit fin 2025 ; deux tiers souffraient de pénuries de personnel ; les professionnels s'épuisent, les familles s'inquiètent, les personnes accompagnées pâtissent d'un système structurellement sous-doté.

C'est dans ce contexte que **la FNADEPA** — Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées — **présente sa Plateforme politique**. Depuis plus de 40 ans, notre fédération porte la voix des directeurs engagés chaque jour sur le terrain, auprès des personnes âgées, de leurs proches et des équipes qui les accompagnent. Fort d'un réseau de 1 650 professionnels, répartis sur le territoire national, nous portons une connaissance intime des réalités du secteur, de ses fragilités comme de ses ressources, de ses blocages comme de ses capacités d'innovation.

Cette plateforme est le fruit d'un travail collectif rigoureux mené avec nos adhérents et nos FNADEPA départementales et régionales. Elle s'est nourrie de l'expérience du quotidien, de la diversité des organisations, et des mutations que traversent nos établissements et services : évolution des profils des personnes accompagnées, transformation des attentes sociétales, pression financière accrue, révolution démographique, innovation numérique, urgence écologique.

Notre conviction est profonde : **le vieillissement est une chance à saisir pour refonder notre pacte social autour des valeurs de solidarité intergénérationnelle**, de valorisation de l'autonomie des personnes âgées et de reconnaissance des professionnels du lien et du soin. Une chance, aussi, de **construire un modèle d'accompagnement plus juste, un modèle où chaque personne âgée, quel que soit son lieu de vie, se sente véritablement *chez elle*** par le déploiement généralisé de l'approche domiciliaire.

Pour y parvenir, la FNADEPA appelle à **une ambition nationale pluriannuelle** au travers de 35 propositions opérationnelles, organisées autour de trois grandes priorités :

1. **Garantir à chaque personne âgée le respect de ses choix, de sa dignité et un véritable « chez-soi », quel que soit son lieu de vie ;**
2. **Assurer l'attractivité, la formation et la reconnaissance des métiers du grand âge ;**
3. **S'appuyer sur une gouvernance et un financement durables pour piloter efficacement les politiques du grand âge.**

Ces propositions s'adressent aux pouvoirs publics — gouvernement, Parlement, collectivités territoriales, agences nationales et régionales — mais aussi à l'ensemble des acteurs qui, aux côtés de la FNADEPA, œuvrent chaque jour en faveur des personnes âgées : organismes gestionnaires, professionnels de santé, aidants familiaux, partenaires sociaux, acteurs du logement et de l'aménagement du territoire.

Face à l'ampleur des défis, c'est la mobilisation de tous qui permettra de répondre, avec l'ambition qu'ils exigent, aux besoins des millions de Français qui avancent en âge.

SOMMAIRE

PARTIE 1 : GARANTIR À CHAQUE PERSONNE ÂGÉE LE RESPECT DE SES CHOIX, DE SA DIGNITÉ ET UN VÉRITABLE « CHEZ-SOI », QUEL QUE SOIT SON LIEU DE VIE — p. 9

MESURE 1 : Garantir la pleine citoyenneté des personnes âgées et lutter contre l'âgisme — p. 11

MESURE 2 : Lutter contre l'isolement des personnes âgées — p. 11

MESURE 3 : Faire de la prévention un investissement gagnant — p. 12

MESURE 4 : Renforcer l'accompagnement psychique et la gérontopsychiatrie — p. 13

MESURE 5 : Diversifier et adapter l'offre d'accompagnement en garantissant un reste à charge accessible — p. 13

MESURE 6 : Investir dans les habitats intermédiaires, notamment les résidences autonomie — p. 14

MESURE 7 : Reconnaître et soutenir les accompagnements spécialisés — p. 15

MESURE 8 : Favoriser le décloisonnement des modèles d'accompagnement — p. 15

MESURE 9 : Améliorer la prise en charge des urgences pour les personnes âgées — p. 16

MESURE 10 : Fluidifier les sorties d'hospitalisation des personnes âgées — p. 17

MESURE 11 : Renforcer les filières gériatriques, la coordination sanitaire et médico-sociale et développer l'HAD — p. 17

MESURE 12 : Renforcer l'équité dans l'accompagnement des personnes âgées — p. 18

MESURE 13 : Décliner une offre médico-sociale adaptée dans les territoires d'Outre-mer — p. 18

MESURE 14 : Mieux prendre en compte les déficiences sensorielles dans l'accompagnement — p. 19

PARTIE 2 : ASSURER L'ATTRACTIVITÉ, LA FORMATION ET LA RECONNAISSANCE DES MÉTIERS DU GRAND ÂGE — p. 21

MESURE 15 : Augmenter le nombre de professionnels et les fidéliser pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées et les conditions de travail — p. 23

MESURE 16 : Promouvoir les métiers du grand âge pour renforcer leur attractivité — p. 24

MESURE 17 : Repenser la formation et la qualification des professionnels, et reconnaître les faisant-fonction, pour renforcer l'attractivité — p. 24

MESURE 18 : Renforcer la formation de tous les professionnels de santé aux enjeux de la gérontologie — p. 25

MESURE 19 : Renforcer la prévention des risques professionnels pour réduire la sinistralité du secteur médico-social — p. 25

MESURE 20 : Mettre en œuvre une stratégie de prévention des risques psychosociaux des directions et le renforcement des fonctions intermédiaires — p. 26

MESURE 21 : Développer les aides techniques et numériques pour préserver les professionnels et améliorer la qualité d'accompagnement — p. 27

MESURE 22 : Soutenir la réflexion éthique dans le secteur médico-social — p. 27

MESURE 23 : Simplifier les normes administratives et généraliser les CDD multi-remplacements — p. 28

MESURE 24 : Promouvoir et diffuser les innovations RH — p. 28

MESURE 25 : Garantir le financement intégral du Ségur de la santé et l'étendre aux professionnels des résidences autonomie publiques — p. 29

PARTIE 3 : S'APPUYER SUR UNE GOUVERNANCE ET UN FINANCEMENT DURABLES POUR PILOTER EFFICACEMENT LES POLITIQUES DU GRAND ÂGE — p. 31

MESURE 26 : Simplifier la gouvernance nationale et renforcer la visibilité territoriale — p. 33

MESURE 27 : Simplifier les EPRD, alléger les CPOM, valider tacitement les coupes Pathos : simplifier les outils tarifaires pour restaurer un dialogue de gestion pertinent — p. 33

MESURE 28 : Redonner au dialogue de gestion toute sa place et recentrer les évaluations — p. 34

MESURE 29 : Repenser le financement de l'accompagnement des personnes âgées — p. 34

MESURE 30 : Pour une prestation universelle d'autonomie — p. 35

MESURE 31 : Réformer l'aide sociale à l'hébergement (ASH) — p. 35

MESURE 32 : Réformer les financements des ESMS (Pathos, Aggir, SAD) — p. 36

MESURE 33 : Généraliser la fusion des sections soins et dépendance en Ehpad — p. 36

MESURE 34 : Diminuer la charge financière qui pèse sur les ESMS — p. 36

MESURE 35 : Investir dans le bâti et la transition écologique du secteur médico-social — p. 37

CHIFFRES-CLÉS

21 MILLIONS

de personnes âgées de 60 ans ou plus en France en 2030.

+48 %

de personnes âgées de 75-84 ans entre 2020 et 2030.

5 MILLIONS

de citoyens dépasseront les 85 ans en 2050 (contre 2 millions aujourd'hui) et 2,8 millions seront en perte d'autonomie.

300 000

personnes âgées supplémentaires seront en forte perte d'autonomie, d'ici 2040.

70 %

des + de 80 ans vivent avec une maladie chronique.

42,7 % D'ESMS

étaient en déficit fin 2025 (166 134 € en moyenne).

66,4 % D'ESMS

manquaient de personnel en mai 2026.

142 %

d'arrêts de travail supplémentaires
dans le secteur de l'aide et du soin à la personne
par rapport à la moyenne des autres secteurs.

Près d'

1 SÉJOUR HOSPITALIER SUR 3 EN SOINS AIGUS

concerne les + de 70 ans représentant
5,4 millions de séjours par an.

100 000 HOSPITALISATIONS ET 10 000 DÉCÈS SONT CAUSÉS PAR LES CHUTES

des personnes âgées chaque année.

7,1 MILLIONS D'AIDANTS

accompagnent des personnes en
perte d'autonomie.

17,6 MILLIARDS D'EUROS

étaient consacrés à l'**objectif global de dépenses « personnes âgées » en 2025.**

87 %

c'est la part du nombre
de femmes dans les professionnels
de l'aide à l'autonomie.

PARTIE 1

GARANTIR À CHAQUE PERSONNE ÂGÉE LE RESPECT DE SES CHOIX, DE SA DIGNITÉ ET UN VÉRITABLE « CHEZ-SOI », QUEL QUE SOIT SON LIEU DE VIE

L'accompagnement des personnes âgées doit évoluer pour répondre réellement à leurs attentes et à leurs choix de vie. Quel que soit leur lieu de vie, elles doivent pouvoir s'y sentir chez elles, dans une logique domiciliaire.

Or, les parcours restent trop souvent fragmentés, marqués par des ruptures entre le domicile, l'hôpital et le médico-social. Ces discontinuités génèrent des inégalités de prise en charge et fragilisent les personnes âgées, leurs proches et les professionnels. Le recours aux urgences par les patients de plus de 75 ans augmente proportionnellement plus vite que l'évolution démographique, révélant des besoins non anticipés et des parcours insuffisamment coordonnés.

Répondre à ces défis nécessite de décloisonner les organisations, de diversifier l'offre et de mieux reconnaître les besoins spécifiques. Cela implique également de renforcer la prévention, la coordination des acteurs et l'équité territoriale en donnant les moyens et la confiance nécessaire pour innover et accompagner des publics aux besoins complexes.

1 Garantir la pleine citoyenneté des personnes âgées et lutter contre l'âgisme

La FNADEPA appelle **à garantir à chaque personne âgée l'exercice effectif de ses droits et de ses choix de citoyen, quel que soit son lieu de vie** : en permettant à chacun de **se sentir toujours chez soi où qu'il choisisse d'habiter**, à domicile comme en établissement, en respectant ses habitudes et sa liberté de décision ; en renforçant les conditions d'exercice du droit de vote ; en favorisant l'engagement associatif des personnes âgées ; **en renforçant la participation des personnes âgées aux décisions** via une représentation au sein de la gouvernance.

La FNADEPA appelle à renforcer la dimension domiciliaire en favorisant le déploiement de technologies non intrusives respectueuses de la vie privée et de l'intimité des résidents, mises en œuvre dans le respect de leurs choix, afin de limiter les dérangements nocturnes tout en garantissant leur sécurité.

La **participation à la vie culturelle doit également être reconnue tout au long de la vie** : en renforçant la politique interministérielle « Culture & Santé », en transformant davantage les établissements en lieux de diffusion et d'expression culturelle et en soutenant et diffusant les initiatives innovantes qui font vivre la culture pour tous.

Cette démarche nécessite de **lutter contre l'âgisme — cause majeure de discrimination — et contre l'invisibilisation des personnes âgées.** Il faut radicalement modifier le regard de notre société sur le vieillissement et les personnes âgées. À cet égard, la FNADEPA préconise que le Défenseur des droits s'empare du sujet de l'âgisme et puisse publier des données dans le cadre d'**un observatoire de l'âgisme**, assorti d'un plan d'action.

Par ailleurs, elle souhaite **valoriser davantage les personnes âgées dans les médias**, en favorisant leur présence dans les programmes audiovisuels (séries, formats courts, documentaires) et en encourageant une représentation plus fidèle de la diversité des parcours de vie. La **réalisation d'une charte de l'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle numérique (Arcom) pour représenter davantage les personnes âgées** dans une perception fidèle à la réalité, est attendue.

2 Lutter contre l'isolement des personnes âgées

En France, 29 % des plus de 60 ans sont isolés de leur famille et 30 % de leur cercle amical, tandis que 4 % sont en situation de « mort sociale » (sans aucune interaction humaine, y compris à distance). Et 20 % des 60 ans et plus ont le sentiment d'être abandonnés au sein de la société française[1]. **L'isolement des personnes âgées**, en particulier celles en situation de précarité, **constitue un enjeu de santé publique** et doit faire l'objet d'un **plan national**.

Les CCAS et CIAS jouent un rôle clé dans le repérage des personnes isolées. Ils ne sont pourtant pas toujours bien identifiés comme tels par les citoyens. Ils doivent voir leurs missions renforcées pour continuer à coordonner les

[1] Petits Frères des Pauvres, « Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2025 », 2025.

dispositifs d'accompagnement. Le tissage de liens intergénérationnels est indispensable, à l'échelle de toute la société : **intégration systématique de partenariats entre écoles et ESMS dans les projets pédagogiques**, dans toutes les académies, **mise en place d'échanges intergénérationnels de compétences, invitation à la mise à disposition des locaux des ESMS pour des activités associatives ou municipales** (sportives, culturelles…). Il est en outre important d'aller vers les aînés en situation de grande précarité et de développer des programmes territoriaux pour briser l'isolement et restaurer le lien social. Cela passe par le développement de solutions de mobilité adaptées pour faciliter les déplacements et la participation à la vie de la cité.

3 Faire de la prévention un investissement gagnant

La prévention de la perte d'autonomie doit devenir la pierre angulaire des politiques de santé, notamment par une **sensibilisation régulière des citoyens aux enjeux de la prévention tout au long de la vie** et une formation accrue des professionnels en la matière. Ces actions appellent à un **investissement massif** dans les politiques de prévention. Car outre le coût humain, la perte d'autonomie ou les accidents de la vie ont un coût financier important. Ainsi, un an supplémentaire d'espérance de vie sans incapacité permettrait à l'Assurance maladie d'économiser 1,5 milliard d'euros[2]. En outre, **la prévention des chutes des personnes âgées** représente un enjeu majeur de santé publique avec un coût de prise en charge estimé à 0,9 milliard d'euros dans l'année suivant l'accident et plus de 10 000 décès par an[3].

La prévention doit aussi être renforcée dans l'ensemble des politiques de santé et médico-sociales, en incluant explicitement la **santé mentale et sociale des personnes âgées**, encore trop souvent reléguée au second plan. L'isolement social des seniors, la souffrance psychique et les pathologies non prises en charge constituent des facteurs majeurs de fragilisation qui accélèrent la perte d'autonomie physique et cognitive. Cette ambition suppose d'agir sur le repérage précoce des fragilités en s'appuyant sur les innovations territoriales portées en coopération avec les acteurs de proximité. Pour y parvenir, il est indispensable de rééquilibrer les dépenses de santé en augmentant l'investissement dans la prévention.

Une **reconnaissance budgétaire explicite des actions de prévention** doit être engagée à tous les niveaux en refondant les modalités de tarification.

[2] Cour des comptes, « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées », novembre 2021.
[3] Cour des comptes, Note de synthèse sur l'ONDAM, avril 2025.

4 Renforcer l'accompagnement psychique et la gérontopsychiatrie

L'insuffisant accompagnement des pathologies psychiques chez les personnes âgées invite **à renforcer le nombre de professionnels formés à la gérontopsychiatrie** et à développer sur l'ensemble du territoire des équipes mobiles pour intervenir en appui des établissements ainsi que des places dédiées aux personnes âgées, en psychiatrie.

En parallèle, il serait opportun de dresser un **état des lieux national de la situation psychique des personnes âgées**. Celui-ci permettra de définir une feuille de route favorisant ce type de prises en charge. Les travaux à venir de la HAS dans le cadre de son programme 2025-2030 sur la santé mentale et la psychiatrie, qui incluent une thématique spécifique à la personne âgée, devront servir de base pour orienter les politiques et décliner des actions interministérielles coordonnées.

La grille Aggir, outil de référence pour évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée, devrait également intégrer la situation psychique des personnes âgées. Cette révision permettrait ainsi une identification plus fine des fragilités, particulièrement éclairante en résidences autonomie ou à domicile, dépourvus de l'outil Pathos, et une meilleure adéquation des réponses professionnelles.

5 Diversifier et adapter l'offre d'accompagnement en garantissant un reste à charge accessible

D'ici quatre ans, le vieillissement de la population atteindra un pic inédit et restera sur ce plateau pendant vingt ans. **Il est urgent d'anticiper dès maintenant l'offre d'accompagnement de demain** afin de répondre aux besoins de ces nouveaux seniors et aux évolutions sociétales.

Cette offre doit être guidée par un impératif : garantir un **« chez-soi » quel que soit le lieu de vie avec le maintien d'un reste à charge accessible aux plus modestes**.

À ce titre, l'offre de demain devra nécessairement être diversifiée : le maintien d'un nombre élevé d'aide à domicile ; la garantie d'un haut niveau d'accompagnement en établissements médicalisés (Ehpad, PUV, USLD) — indispensable pour les personnes âgées les plus en perte d'autonomie, sans réduire les Ehpad à l'accueil exclusif des GIR 1 et 2, au risque de dénaturer leur vocation de lieu de vie ; le développement de l'habitat intermédiaire, notamment les résidences autonomie dont la capacité pourrait être multipliée par 4,6 d'ici 2050[4]. Portée par des acteurs publics, associatifs ou privés, cette diversité est l'une des conditions premières d'une réponse adaptée aux besoins.

En outre, afin de rompre l'isolement des personnes âgées et leur donner toute leur place dans la société, **l'ouverture et l'intégration des établissements (Ehpad/résidences autonomie et seniors) dans l'ensemble de la cité** est indispensable, par l'installation des nouveaux établissements en cœur de ville, le **développement de projets intergénérationnels** ou encore le **développement de tiers lieux et services aux habitants de la ville** : cabinet médical pour les professionnels libéraux, commerce de proxi-

[4] « Besoin d'aide à l'autonomie selon le lieu de vie, données du modèle LIVIA », 2026, Drees.

mité, restaurant ouvert aux habitants, espace de *coworking*, point colis, etc.

Il appartient aux pouvoirs publics d'arbitrer sans attendre les orientations à retenir pour diversifier l'offre face à l'ampleur des besoins (nombre de places d'Ehpad, d'habitats intermédiaires, de services autonomie à domicile [SAD] notamment). Cela suppose **une politique souple d'aménagement du territoire adaptée aux besoins des personnes selon les bassins de vie**, un boom des constructions et une sensibilisation accrue des opérateurs immobiliers aux enjeux du vieillissement dans la conception même des habitats et leur accessibilité. Ces évolutions devront aussi être pensées en tenant compte des innovations architecturales, de la disponibilité foncière et des enjeux environnementaux.

Parallèlement, les **dispositifs de relayage et de séjour de répit**, inspirés du baluchonnage québécois, doivent être développés pour soutenir **les aidants dont le rôle doit être mieux reconnu**.

6 Investir dans les habitats intermédiaires, notamment les résidences autonomie

L'habitat intermédiaire doit devenir un levier majeur de la politique de l'autonomie à l'horizon 2050, avec un objectif de 500 000 solutions supplémentaires selon la CNSA. Cela suppose de structurer une politique publique dédiée articulée avec les politiques du logement, de l'autonomie, de la santé et de la cohésion sociale. Cela nécessite également de renforcer la lisibilité de l'offre, de simplifier les cadres juridiques et financiers, et de soutenir l'ingénierie des projets portés par les collectivités et les opérateurs.

Dans ce cadre, les résidences autonomie constituent un maillon essentiel de l'accompagnement du grand âge. Ces 2 300 structures à vocation sociale accompagnent près de 112 000 personnes âgées[5] (contre 149 000 en 2003), souvent modestes, en situation de préfragilité, tout en favorisant le maintien de l'autonomie et la lutte contre l'isolement. Elles emploient peu de professionnels (0,12 ETP par résident) et souffrent d'un positionnement flou entre les règles du Code de l'action sociale et des familles et du Code de la construction et de l'habitation, au détriment de leur développement.

Au regard de leur rôle stratégique en matière de préservation de l'autonomie, il est indispensable d'**engager une politique volontariste notamment en faveur des résidences autonomie**, fondée sur cinq priorités :

- **Clarifier et sécuriser le cadre juridique** des résidences autonomie, en définissant plus précisément leur statut d'établissement non médicalisé, en sécurisant les vides juridiques (sécurité incendie, facturation), en permettant la création de SAD intégrés et en allégeant les modalités de l'évaluation qualité HAS.
- **Préserver et rénover massivement le parc existant**, particulièrement vieillissant, en renforçant les moyens alloués à **l'Initiative pour le Développement des Résidences Autonomie (IDRA) à hauteur de 100 M€ par an** et au **plan d'aide à l'investissement, à hauteur de 50 M€ par an pour les résidences autonomie**, avec un cofinancement CNSA/CNAV.
- Construire **150 000 logements supplémentaires de résidences autonomie d'ici 2050**, ouverts sur l'extérieur.
- Repenser le modèle économique en **revalorisant progressivement le forfait autonomie**

[5] Données 2023, enquête EHPA Drees, novembre 2025.
[6] FNADEPA, Enquête «RH et Finances», mai 2026.

à 1 000 € par résident et par an (contre 370 € en moyenne aujourd'hui[6]), en soutenant le développement d'actions de prévention à des non-résidents, et en **réintroduisant un droit d'option pour bénéficier d'un forfait soins**.

- Clarifier la rédaction de l'article R. 314-204 du Code de l'action sociale et des familles afin de lever toute ambiguïté et d'**exonérer explicitement les résidences autonomie de la déduction du forfait hospitalier.**

7 Reconnaître et soutenir les accompagnements spécialisés

De nombreux ESMS ont développé des **accompagnements spécialisés** (personnes handicapées vieillissantes, accompagnement dédié au syndrome de Korsakoff, accueil d'anciens détenus, de personnes issues de la rue, unités Alzheimer…) afin de répondre à des **besoins complexes nécessitant un accompagnement renforcé**. Certaines structures, reconnues pour leur expertise spécifique, accueillent ainsi des résidents venant de toute la France.

La FNADEPA propose de **reconnaître et soutenir les accompagnements spécialisés**, indépendamment des appellations locales, avec une définition nationale de leurs missions. Cette reconnaissance locale et nationale doit s'accompagner de **financements dédiés et pérennes**, tenant compte des éventuels surcoûts liés à des taux d'encadrement renforcés, à la formation et au savoir-faire des équipes.

8 Favoriser le décloisonnement des modèles d'accompagnement

Historiquement organisé en silo, le secteur médico-social doit se réorganiser pour apporter une meilleure réponse aux attentes des personnes par la mise en œuvre de prestations transversales. Au-delà des collaborations interstructures qui constituent une première réponse, de nouvelles formes d'accompagnement pourront ainsi émerger, sans opposer le domicile et l'établissement, par :

- **La transformation de l'offre :** en favorisant l'ouverture aux réponses nouvelles correspondant aux besoins d'un territoire, en proximité, et en réformant les appels à projets pour **laisser davantage place à l'innovation**. Dans ce cadre, il convient d'amplifier la dynamique engagée autour de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, afin de mobiliser pleinement ces expérimentations au service de l'amélioration de l'efficience de l'accompagnement médico-social. La mise en place d'un **laboratoire de l'innovation, assorti d'un fonds innovation** intégrant un volet médico-social, via le Fonds d'intervention régional (FIR), permettrait d'identifier les expériences innovantes et de favoriser leur essaimage. Parallèlement, la **désignation d'un référent innovation dans chaque ARS** faciliterait l'accompagnement des porteurs de projets.
- **La promotion de nouvelles organisations :** une réforme du régime des autorisations devra être engagée pour permettre des **réponses aux besoins territoriaux en fonction, non plus d'une monoactivité, mais d'une file active gérontologique**. Des financements plus souples seraient ainsi adossés à ces nouvelles autorisations favorisant la transversalité des activités. Les résidences autonomie pourraient, par exemple, proposer des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, dans le cadre d'une autorisation unique, permettant d'augmenter l'offre de services aux résidents et de limiter le nombre d'intervenants.

Un Ehpad sur deux se déclare également prêt à candidater à l'**adossement d'une résidence autonomie, dans le cadre d'une autorisation simplifiée**[7].

La FNADEPA appelle également à assouplir la réforme des SAD mixtes et à renoncer à l'obligation d'opérateur unique, conformément aux préconisations de la Cour des comptes de juillet 2026.

Elle propose de **favoriser des coopérations plus souples pour les SAD mixtes**, par convention ou groupement, sans imposer une entité juridique unique sur un même territoire d'intervention. L'adaptation des périmètres d'intervention aux réalités territoriales, l'harmonisation et la simplification des règles budgétaires et comptables constituent encore des défis à relever.

Par ailleurs, l'Ehpad doit continuer d'évoluer en véritable **plateforme de ressources gérontologiques** : hébergement, aide - accompagnement - soins à domicile, portage de repas, soutien aux aidants, etc. En ce sens, le déploiement des Centres de ressources territoriaux (CRT) doit s'accélérer pour atteindre 500 CRT dès 2028. Leur développement doit s'inscrire dans une coopération territoriale renforcée avec les acteurs de la coordination (DAC, SAD, SPDA, CPTS, HAD, etc.). Il est nécessaire de renforcer et sécuriser le financement des CRT, d'élargir les critères des publics accompagnés (notamment aux personnes souffrant de troubles cognitifs ou d'isolement, et au-delà de 30 bénéficiaires) et d'ajuster le cahier des charges à partir des premiers retours d'expérience, avec un appui technique dans les territoires où le déploiement reste lent.

9 Améliorer la prise en charge des urgences pour les personnes âgées

La prise en charge des situations d'urgence chez les personnes âgées doit être mieux structurée et adaptée pour fluidifier les parcours entre les structures sanitaires, médico-sociales, et le retour au domicile, tout en évitant les ruptures de soins et les hospitalisations évitables. À cette fin, **la mise en place de solutions d'accueil en urgence au sein des établissements sociaux et médico-sociaux** pourrait être favorisée par un assouplissement des modalités entre l'hébergement temporaire et l'hébergement permanent, et notamment par **l'intégration des lits d'hébergement temporaire dans le calcul du forfait GMPS**.

Il est essentiel de **développer des référents « gériatrie » au sein des Samu**, pour adapter les prises en charge, orienter au mieux et au plus vite les personnes âgées, notamment la nuit, et conseiller les professionnels qui les accompagnent.

Pour **limiter les passages évitables aux urgences**, il convient de **généraliser l'admission directe** (sans passer par les urgences) de patients âgés **en hospitalisation non programmée**, chaque fois que cela est possible et de développer l'accompagnement social pour identifier et accompagner en amont certaines vulnérabilités.

En parallèle, organiser **un accueil spécifique dans tous les services d'urgence** des personnes âgées en perte d'autonomie, **par des équipes formées à la gériatrie, soutenues par des équipes mobiles de gériatrie**, avec du matériel adapté, est une priorité.

[7] FNADEPA, Enquête « RH et Finances », mai 2026.

10 Fluidifier les sorties d'hospitalisation des personnes âgées

Les personnes âgées de plus de 70 ans représentent actuellement près d'un tiers des séjours hospitaliers en soins aigus, soit 5,4 millions de séjours par an. Dans cette perspective, **renforcer la mise en œuvre d'un accompagnement en urgence par les SAD et l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation** (HT-SH) constitue un levier stratégique pour permettre de fluidifier les sorties d'hospitalisation, de limiter le temps passé à l'hôpital, de sécuriser la transition des personnes âgées vers le domicile ou une structure adaptée, tout en réduisant les réadmissions évitables. Pour limiter les tensions du système de santé, **son développement doit être mieux financé, amplifié avec l'ouverture à d'autres établissements volontaires et harmonisé** sur l'ensemble du territoire.

Ces places d'accueil en urgence doivent être déployées dans des établissements médico-sociaux pivots prioritairement situés à proximité des hôpitaux, via des financements spécifiques réservant ces places à l'urgence. Elles doivent s'accompagner d'une organisation dédiée par des équipes spécifiquement formées et par le renforcement de la capacité de soins 24 h/24 en Ehpad (HAD/IDE de nuit mutualisées).

11 Renforcer les filières gériatriques, la coordination sanitaire et médico-sociale et développer l'HAD

Face à un système de santé déjà en tension et à une forte croissance du nombre de seniors, la santé des personnes âgées est un défi majeur pour les prochaines décennies. Garantir l'accès à un médecin traitant et à un coordonnateur du parcours de santé est essentiel. Il est nécessaire de **consolider les filières gériatriques tout en renforçant les équipes mobiles** susceptibles d'intervenir en soutien des ESMS (soins palliatifs, psychiatrie, maladies chroniques…).

Malgré la levée des freins réglementaires pour l'accès de l'HAD en Ehpad depuis 2017, encore trop peu d'Ehpad y ont recours. Or, l'HAD a fait ses preuves pour éviter les transferts à l'hôpital et la possible désorientation qui y est liée, prodiguer des soins palliatifs et accompagner la fin de vie. Le recours à l'HAD en Ehpad permet en outre de réduire significativement les dépenses hospitalières, à hauteur de 6 000 € par semestre pour 100 résidents[8].

Pour améliorer son déploiement, il est nécessaire d'informer régulièrement les professionnels libéraux et hospitaliers prescripteurs, afin de **mieux faire connaître les spécificités et intérêts de l'HAD**, y compris en établissement médico-social. Parallèlement, des financements dédiés doivent être alloués à la coordination pour garantir une articulation fluide entre les différents acteurs.

Le déploiement de l'HAD doit être inscrit dans une logique de réseau territorial, en s'appuyant sur des conventions et protocoles partagés entre Ehpad, résidences autonomie, services

[8] Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), « Améliorer les soins en Ehpad : quel impact de l'intervention des équipes d'HAD ? », Questions d'économie de la santé n° 283, novembre 2023.

autonomie à domicile et HAD. Il convient notamment **que l'HAD soit adossée aux places d'accueil d'urgence** pour favoriser si besoin la continuité des soins à l'entrée en Ehpad, même en urgence (sortie précoce d'hospitalisation avec hébergement, pansements complexes, etc.). La collaboration entre l'HAD et les équipes mobiles de soins palliatifs mériterait en outre d'être améliorée.

12 Renforcer l'équité dans l'accompagnement des personnes âgées

Le lieu de vie, la pathologie ou le parcours de vie ne doivent jamais conditionner la qualité de l'accompagnement des personnes âgées. Il est ainsi impératif d'**assurer une prise en charge équitable et continue à tous les publics âgés**, en corrigeant des incohérences réglementaires et en adaptant les financements.

Il convient par exemple de **garantir aux personnes âgées diabétiques vivant en Ehpad un accès aux capteurs de mesure du glucose en continu**[9]. À ce titre, **la révision de l'arrêté du 30 mai 2008** paraît indispensable afin d'y intégrer des dispositifs innovants et de réévaluer dans le même temps le forfait soins. Le financement des Ehpad doit par ailleurs être adapté pour que le **coût de certains traitements lourds** (par exemple pour les maladies hémorragiques) ne puisse jamais constituer un motif de refus d'accueil.

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (PHV) doit également être renforcé en adaptant les outils de financement, en faisant évoluer le GMP des Ehpad ou en créant un financement dédié au sein des ESMS pour prendre en compte ces publics, trop souvent invisibilisés. Cette évolution doit s'accompagner d'un renforcement des partenariats entre les secteurs du handicap et du grand âge, en particulier pour sécuriser les parcours de transition en sortie d'ESAT et à l'entrée en structures médico-sociales. **L'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques pour l'accueil des PHV**, ainsi que **l'intégration d'un module spécifique sur le vieillissement des personnes en situation de handicap dans les formations** initiales et continues des professionnels, constituent des leviers à actionner.

13 Décliner une offre médico-sociale adaptée dans les territoires d'Outre-mer

Face à un taux d'équipement en Ehpad deux à trois fois inférieur à la métropole et à un vieillissement particulièrement rapide de la population, les territoires d'Outre-mer doivent bénéficier d'une **stratégie de développement de l'offre médico-sociale ambitieuse et différenciée**. À cet égard, le plan de rattrapage de l'offre pour les personnes âgées (PROMC) lancé en 2021 doit être poursuivi et amplifié avec la création d'habitats intermédiaires, d'Ehpad et le renforcement des SAD existants.

[9] 76 % des directeurs d'Ehpad déclarent rencontrer des difficultés pour financer les capteurs ou systèmes de mesure en continu du glucose selon l'enquête FNADEPA, septembre 2025.

Le développement de l'offre doit également **tenir compte des spécificités sanitaires des territoires ultra-marins**, marqués par une prévalence de maladies chroniques et de polypathologies (notamment le diabète et les maladies cardiovasculaires), pouvant entrainer des situations de perte d'autonomie plus précoces.

Il est enfin essentiel de renforcer l'attractivité médicale de ces territoires, en favorisant l'installation de médecins, en particulier de gériatres et de neurologues.

14 Mieux prendre en compte les déficiences sensorielles dans l'accompagnement

Plus d'une structure sur deux[10] est aujourd'hui confrontée à une complexification des profils accompagnés, marquée par l'augmentation des situations de double déficience sensorielle (visuelle et auditive). Pourtant les outils de repérage restent largement insuffisants. Il est nécessaire de **structurer une véritable politique de repérage et d'accompagnement des déficiences sensorielles en ESMS**. Celle-ci doit reposer sur plusieurs leviers : la **systématisation du repérage des déficiences visuelles et auditives** à l'aide d'outils simples et partagés ; la formation des professionnels à leur identification et leur accompagnement ; le développement de partenariats avec des acteurs spécialisés (associations spécialisées, ergothérapeutes, opticiens, etc.). Le recours aux aides techniques adaptées doit également être encouragé et bénéficier d'investissements dédiés pour préserver la qualité de vie des personnes âgées.

[10] Enquête FNADEPA, février 2026

PARTIE 2

ASSURER L'ATTRACTIVITÉ, LA FORMATION ET LA RECONNAISSANCE DES MÉTIERS DU GRAND ÂGE

Les établissements et services pour personnes âgées font face à des tensions de recrutement structurelles depuis plusieurs années. Et ce, malgré les mesures lancées par le Gouvernement ces dernières années (plan d'actions « Métiers du grand âge et de l'autonomie », plateformes d'accompagnement, Ségur de la santé…), qui restent insuffisantes au regard des besoins et des tensions actuelles.

Actuellement, près de 650 000 ETP accompagnent au quotidien les personnes âgées. Selon la Drees, d'ici à 2050, 150 000 à 200 000 ETP supplémentaires seront nécessaires pour faire face à la hausse du nombre de personnes âgées. Dans un contexte déjà de pénurie chronique de ressources humaines, des centaines de milliers de professionnels devront être formés, recrutés ou remplacés pour répondre au vieillissement de la population, compenser les départs massifs à la retraite et pourvoir aux postes vacants.

Au cœur de ce défi colossal : l'attractivité des métiers du grand âge. Conditions de travail exigeantes, sous-effectif, faible reconnaissance, perspectives de carrière encore trop peu lisibles : autant de facteurs qui freinent l'engagement durable des professionnels, alors même que les besoins ne cessent de croître.

Ces emplois de première ligne, porteurs de sens et non délocalisables, constituent pourtant un levier majeur de cohésion sociale, d'emploi local et de dynamisation économique. L'enjeu n'est plus seulement de recruter, mais de fidéliser, valoriser et sécuriser les parcours professionnels, en agissant simultanément sur les conditions d'exercice, la formation, la reconnaissance et le sens du travail.

15 Augmenter le nombre de professionnels et les fidéliser pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées et les conditions de travail

Du HCFEA au Sénat[11] en passant par la Cour des comptes et la Drees, le constat est unanime : il est impératif d'**augmenter le nombre de personnels de manière pérenne et significative**, aussi bien dans les établissements que dans les services à domicile, pour faire face aux besoins croissants, **redonner du temps aux professionnels pour améliorer l'accompagnement** des personnes âgées et ainsi, **renforcer l'attractivité des métiers.**

Ainsi, la FNADEPA appelle à suivre les préconisations de recrutement chiffrées par la Drees d'ici 2050 en commençant par **recruter 100 000 professionnels (créations de postes) à horizon 2035, tous ESMS confondus.**

En Ehpad, le taux moyen d'encadrement des personnes âgées accompagnées est de 0,65 professionnel pour 1 résident, bien en deçà des préconisations avancées par les multiples rapports publics.

Si certains pays européens (Suède, Danemark, Pays-Bas) parviennent à atteindre un ratio de 1 pour 1 pour certains profils de résidents, la FNADEPA reste toutefois pragmatique et propose d'**atteindre à moyen terme 0,8 ETP/résident en Ehpad**.

Ce renforcement doit être pluridisciplinaire : soignants, accompagnants, mais aussi psychologues, animateurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, enseignants en activité physique adaptée, personnels administratifs, etc. Car au-delà des créations de postes, il faudra également remplacer les professionnels qui quitteront le métier (retraite, maladie professionnelle, reconversion…), accroissant le défi de penser de nouveaux métiers.

Il convient également de renforcer l'attractivité médicale au sein des Ehpad en leur permettant de **développer des postes de médecins traitants salariés** répondant ainsi aux besoins des résidents et aux aspirations des praticiens pour le salariat. Cela permettrait de proposer des postes de médecin coordonnateur - médecin traitant à temps plein, levier d'attractivité médicale supplémentaire. Cette évolution suppose d'ouvrir largement aux Ehpad la possibilité de passer au tarif global (cf. mesure n° 32).

En complément, au regard de l'évolution des besoins en soins et de la perte d'autonomie des résidents, mais aussi de l'activité nocturne, il sera nécessaire d'**augmenter à moyen terme les effectifs de nuit en Ehpad**, tout en **déployant les outils numériques**, tels que la télémédecine, l'intelligence artificielle et les équipements connectés, **pour assurer un suivi sécurisé** et réactif des personnes âgées, **en limitant au maximum les dérangements inutiles**. Aujourd'hui, 70 % des directeurs[12] indiquent que les professionnels entrent systématiquement dans toutes les chambres des résidents la nuit (hors déclenchement de la téléalarme), principalement pour des motifs de sécurité, notamment la prévention des chutes (87,5 %), ou pour effectuer des changes (76 %). Pour les trois quarts des établissements, cela implique au moins deux visites nocturnes.

Le déploiement d'outils numériques et de l'intelligence artificielle peuvent contribuer à limiter le dérangement nocturne tout en veillant à la sécurité des personnes âgées et ainsi renforcer la dimension domiciliaire. Ils peuvent également contribuer à la simplification et à l'innovation (gestion de planning, entretien des locaux…).

[11] Avis sur le PLFSS 2024, Conseil de l'Âge, HCFEA. Rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad », Défenseur des Droits, 2021. Rapport d'information n° 778 (2023-2024), Sénat, septembre 2024.
[12] Enquête FNADEPA, mai 2026.

16 Promouvoir les métiers du grand âge pour renforcer leur attractivité

Les différentes campagnes nationales de promotion des métiers du grand âge, portées par les pouvoirs publics, contribuent à changer l'image du vieillissement et de ceux qui l'accompagnent.

Cette **mise en lumière dans l'espace médiatique de la richesse du travail réalisé par les équipes** au quotidien, dans les établissements et services pour personnes âgées, mérite d'être renforcée. Les **campagnes nationales de recrutement doivent gagner encore en amplitude**, et à l'instar des campagnes pour l'armée de terre, **bénéficier d'une diffusion multicanale** (télévision, radio, affichage, réseaux sociaux, site web et marketing digital), avec un message fort, porteur de valeur. Des campagnes digitales pourraient être axées particulièrement sur le sens des métiers du grand âge afin de capter les nouvelles générations, couplées à des événements grand public et des actions directement dans les écoles, afin non seulement de promouvoir nos métiers, mais aussi de susciter l'intérêt de futurs professionnels. Elles doivent également promouvoir les **métiers du domicile**, trop souvent méconnus.

Au-delà de l'image des métiers, il est urgent de renforcer la fidélisation des professionnels en favorisant l'emploi durable, notamment par **une meilleure reconnaissance des CDI par rapport aux CDD ou aux contrats d'intérim**.

Pour les agents de la FPT, la prise en compte de l'ensemble de la rémunération dans le calcul des droits à la retraite constituerait un autre levier d'attractivité.

17 Repenser la formation et la qualification des professionnels, et reconnaître les faisant-fonction, pour renforcer l'attractivité

Pour renforcer la formation et la qualification des professionnels, **l'accent doit être mis sur l'apprentissage**, le développement du service civique solidarité seniors et la refonte des formations. Le parcours professionnel dans le secteur du grand âge doit être favorisé par un décloisonnement des métiers de l'accompagnement. À ce titre, la **suppression des concours FPH/FPT pour les métiers à diplôme d'État** en tension (AS, IDE, psychologue, médecin, etc.) pourrait être envisagée pour faciliter les recrutements dans les fonctions publiques. La formation d'intégration sur la connaissance de la fonction publique pourrait par ailleurs être allégée.

La fluidification des parcours suppose également une **mise en cohérence des conventions collectives**. Les calendriers des instituts de formation (IFSI, IFAS) devraient être mieux articulés avec les besoins saisonniers des structures, en prévoyant **une diplomation fin juin plutôt que fin juillet**.

Par ailleurs, accélérer la validation des acquis de l'expérience (VAE) dans les métiers du grand âge constitue un levier immédiat pour renforcer le nombre de professionnels qualifiés. **Simplifier la VAE et augmenter le nombre de sessions** permettront d'accroître le nombre de salariés qualifiés en fonction. En complément, une mise en lumière des formations aux métiers de la longévité sur la plateforme mobilisant le compte personnel de formation (CPF) et sur les dispositifs de France Travail permettrait de soutenir ces parcours professionnels. Ces leviers doivent

bien entendu s'accompagner par la suite de formations régulières pour maintenir un niveau de qualification adapté aux exigences du secteur.

Dans un contexte de tension forte sur les effectifs et de complexification des besoins des personnes âgées, il est aussi essentiel de **cadrer les glissements de tâches** entre professionnels, notamment entre infirmiers et aides-soignants. Les nombreux faisant-fonction doivent pouvoir être reconnus et sécurisés **via des protocoles de coopération**, garantissant des conditions strictes de sécurité et de qualité, tout en limitant les risques juridiques. La mise en œuvre de ces protocoles doit inclure une formation préalable des professionnels concernés, leur permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour **exercer certaines tâches définies, en toute sécurité** et dans le respect des règles professionnelles, en les valorisant.

18 Renforcer la formation de tous les professionnels de santé aux enjeux de la gérontologie

Au regard des prévisions démographiques et de la complexité des situations accompagnées, l'ensemble des professionnels de santé (médecins, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmiers, brancardiers, etc.), en ville et à l'hôpital, doit bénéficier d'heures de **formation en gérontologie**.

Concernant les équipes des établissements et des services médico-sociaux, la révision à la hausse de leurs budgets de formation permettra également de mieux les former aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées et des maladies neurodégénératives : **la formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG) doit ainsi être promue** pour permettre à davantage d'aides-soignants et accompagnants éducatifs et sociaux exerçant auprès des personnes âgées, de devenir ASG.

La formation continue doit par ailleurs intégrer des thématiques devenues essentielles, telles que la **gérontopsychiatrie, la prévention des risques psychosociaux et la prise en charge des troubles cognitifs**.

Cet objectif appelle par ailleurs une adaptation de l'offre de formation dans la fonction publique territoriale pour mieux intégrer les spécificités du secteur médico-social, par exemple via une coopération avec la fonction publique hospitalière.

19 Renforcer la prévention des risques professionnels pour réduire la sinistralité du secteur médico-social

Le secteur de l'autonomie affiche **des taux parmi les plus élevés d'accidents du travail et de maladies professionnelles** (AT/MP) : les accidents du travail y sont 2,5 fois supérieurs à la moyenne nationale (et 1,7 fois supérieurs au secteur du BTP)[13]. Cela se traduit par un absentéisme record (chiffré à 20 000 ETP de perdus en 2023, soit près de 0,9 Md€), des départs

[13] Inspection générale des affaires sociales (Igas), Attractivité des métiers de l'autonomie : réduction des risques professionnels, 2026.

prématurés pour inaptitude, un *turnover* élevé et une fragilisation des équipes. Cette situation touche particulièrement les femmes, en situation sociale précaire, et les professionnels du domicile, qui sont exposés à un risque accru de troubles musculosquelettiques (TMS).

Pour protéger la santé des professionnels et améliorer l'attractivité des métiers, il est prioritaire d'**intégrer systématiquement dans toutes les formations initiales, des modules sur la prévention des TMS**. Ces modules permettront aux futurs professionnels d'acquérir des gestes et postures adaptés et de réduire durablement le risque d'AT/MP. **Le recours à la réalité virtuelle peut permettre de sensibiliser régulièrement les professionnels** en poste aux gestes et postures, via des mises en situation rapides et impactantes, pour un coût limité. Le secteur gagnerait également à financer la pratique d'une activité physique sur le temps de travail des professionnels du grand âge y compris du domicile, comme levier de prévention de l'usure professionnelle et de fidélisation des équipes.

20 Mettre en œuvre une stratégie de prévention des risques psychosociaux des directions et le renforcement des fonctions intermédiaires

Les fonctions de direction et d'encadrement sont des leviers stratégiques de qualité et de stabilité des organisations médico-sociales. L'élargissement constant de leurs responsabilités (accompagnement des parcours de vie de plus en plus complexes, pilotage stratégique, gestion RH, qualité, sécurisation juridique et financière, cybersécurité, RSE, etc.) nécessite aujourd'hui d'être pleinement reconnu et soutenu.

Au printemps 2026, 78 % des directeurs d'ESMS considèrent que leur quotidien comporte des charges difficiles à gérer. Ils sont ainsi particulièrement exposés aux risques psychosociaux. Plus de **85 % d'entre eux ont ressenti de l'épuisement professionnel** les trois derniers mois. Et **près de 40 % envisagent de quitter le métier de directeur à court ou moyen terme**[14].

Paradoxalement, les dirigeants sont les grands oubliés des politiques de prévention des risques psychosociaux. Les directeurs ne demandent pas à être déchargés de leurs responsabilités. Au contraire, ils restent engagés et volontaires. Pour autant, ils réclament un écosystème de soutien à la hauteur de leur mission (des outils, un réseau, du temps) et une reconnaissance politique à la mesure de leur mission. Il y a urgence à **mettre en œuvre une politique nationale de prévention des RPS des directeurs** et de la doter de moyens humains et financiers adaptés.

En complément, **les fonctions d'appui doivent être renforcées** — encadrants intermédiaires, responsables RH, qualiticiens voire adjoints de direction dans les ESMS les plus conséquents — pour permettre un soutien accru des directions et des liens renforcés avec les équipes de terrain.

Enfin, afin de prévenir l'isolement des cadres dirigeants et, de manière plus large, des professionnels du secteur, la FNADEPA appelle au **développement des échanges entre pairs**, que ce soit au sein de réseaux locaux ou de coopérations interstructures, via des sessions de partage d'expériences, de co-développement… Autant de leviers à cultiver, permettant de favoriser la réalisation de projets communs à l'échelle d'un territoire, au bénéfice des personnes accompagnées.

[14] Enquête « Risques psychosociaux des directeurs », FNADEPA, mars 2026.

21 Développer les aides techniques et numériques pour préserver les professionnels et améliorer la qualité d'accompagnement

Pour lutter contre la sinistralité record du secteur et améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées, il est **urgent d'investir massivement dans les aides techniques et numériques**, dont l'intelligence artificielle, **à domicile comme en établissement**.

La **généralisation des rails plafonniers de transfert en Ehpad** ainsi qu'un développement des aides aux soins de manutention (draps de glisse, motorisation de matériels), intégrés dans un **plan national d'équipement d'aides techniques**, doit permettre de supprimer les ports de charge délétères et réduire l'accidentologie au travail ainsi que l'usure professionnelle. La **mise en place effective des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques** dans chaque département, prévues par la loi du 8 avril 2024, doit être rapidement concrétisée. Cet effort doit s'appuyer sur des financements renforcés, notamment via les dispositifs existants de prévention de l'usure professionnelle, et sur des actions de formation pour assurer l'appropriation du matériel.

En complément, les **technologies numériques constituent un levier d'amélioration du confort de vie des personnes âgées et de la qualité de vie au travail des professionnels**. Des innovations comme les capteurs de chute, les équipements de veille non intrusive ou la télémédecine permettent d'optimiser certaines organisations de travail, par exemple en limitant les rondes nocturnes systématiques parfois inconfortables en établissement. La multiplicité des innovations ne garantit pas toujours leur efficacité.

Le déploiement massif des aides techniques et numériques doit s'accompagner d'éléments de preuves de leur pertinence et de leur interopérabilité, conditions d'obtention de subventions, afin d'éclairer les décideurs dans leur choix. Il doit également s'accompagner d'une formation des professionnels à leur usage, notamment des réseaux mobiles, pour permettre un accès à tous y compris en zones rurales ou isolées.

22 Soutenir la réflexion éthique dans le secteur médico-social

Contraintes structurelles, place du numérique, changements sociétaux… les professionnels du médico-social sont confrontés à des questionnements et conflits de valeurs de plus en plus fréquents. Il est essentiel de **construire des espaces de réflexion collective** pour leur permettre de rechercher, à plusieurs, la solution la plus adaptée, dans l'intérêt de la personne accompagnée et de **garantir un déploiement éthique de l'intelligence artificielle** au service des personnes accompagnées et des professionnels.

Si nombre d'acteurs ont déjà engagé des démarches (groupes de réflexion pluridisciplinaires, comités d'éthique), ces initiatives doivent être consolidées et plus largement diffusées. Cela suppose **de formaliser des temps dédiés à la réflexion éthique**, malgré des quotidiens professionnels denses, **de renforcer leur place dans les formations** initiales et continues, et de **développer des outils méthodologiques** pour accompagner les professionnels dans les prises de décision.

23 Simplifier les normes administratives et généraliser les CDD multi-remplacements

Les directeurs d'établissements et services pour personnes âgées font face à des **normes complexes, coûteuses et chronophages**, auxquelles s'ajoutent la multiplication des contrôles par les autorités de tarification et de contrôle et services de l'État, et les réformes (fusion des sections soin-dépendance en Ehpad, tableau de bord de la performance élargi aux SAD…). Renforcer la confiance des équipes dans leur capacité d'innovation, **simplifier les normes et réduire drastiquement les contraintes administratives** permettra de favoriser les projets alternatifs et interstructures (cf. mesures 10, 25, 27 et 32). Cette simplification doit se traduire **par la mise en place d'une enquête annuelle** unique de recueil des données, reposant sur l'interopérabilité des systèmes d'information.

Dans un secteur en tension, où la rotation des professionnels est élevée et les contrats de remplacement de courte durée se multiplient, la gestion RH devient lourde et très contraignante. Les expérimentations des contrats à durée déterminée (CDD) multi-remplacements[15], achevées en avril 2025, ont démontré toute leur utilité dans le secteur privé, en augmentant la durée de travail des salariés concernés et en simplifiant significativement la gestion RH. La FNADEPA appelle ainsi à **généraliser les CDD multi-remplacements** afin de faciliter le recrutement dans le secteur.

24 Promouvoir et diffuser les innovations RH

Face aux difficultés persistantes d'attractivité et de fidélisation des professionnels du médico-social, il est nécessaire de **soutenir financièrement et d'accélérer les innovations organisationnelles déjà portées par les établissements et services**. Des expérimentations existent déjà sur le terrain et montrent leur efficacité : équipes autonomes inspirées du modèle Buurtzorg[16] («soin de proximité») ; organisations du travail plus souples comme la semaine de quatre jours ou une durée quotidienne de travail «à la carte» ; outils numériques et d'intelligence artificielle facilitant la gestion des plannings, ou encore échanges en mobilité courte au sein de l'Union européenne, financés par le programme Erasmus+. **La coopération européenne** peut, plus largement, être un levier en matière d'innovation, de prévention, d'évolution des métiers ou du bâti. Ces initiatives doivent être encouragées et diffusées plus largement au sein des ESMS. Conformément aux recommandations du rapport de l'Igas sur l'attractivité des métiers du sanitaire, du social et du médico-social, ces actions doivent s'inscrire dans une **stratégie nationale des ressources humaines pour le secteur.**

[15] Ce dispositif autorisait, pour certains secteurs définis par décret, la conclusion d'un CDD mentionnant plusieurs motifs sur une même période (remplacement de salariés absents, accroissement temporaire d'activité, etc.).
[16] Le modèle Buurtzorg consiste en la mise en place d'équipes autonomes de professionnels (à l'origine des infirmiers, aujourd'hui d'aides à domicile ou d'auxiliaires de vie) intervenant sur une zone géographique très délimitée, proche de leur domicile.

25 Garantir le financement intégral du Ségur de la santé et l'étendre aux professionnels des résidences autonomie publiques

Le Ségur de la santé a constitué une avancée historique pour améliorer la rémunération des professionnels du secteur médico-social. Toutefois, le «Ségur pour tous» exclut encore certaines structures de son périmètre, dont les résidences autonomie publiques sans forfait soins, et n'est pas complètement financé. À ce jour, l'exclusion représente 9 900 ETP[17], un volume marginal au regard du périmètre global du Ségur, mais aux conséquences majeures en matière d'équité et d'attractivité, qui fragilise un peu plus l'attractivité des résidences autonomie publiques. La FNADEPA souhaite **étendre le Ségur de la santé** via un co-financement département – État, **aux professionnels des résidences autonomie publiques.**

Elle appelle en outre à **garantir le financement intégral du Ségur aux ESMS ainsi qu'une mise en œuvre effective**, sur l'ensemble du territoire, **de l'accord agréé du 4 juin 2024** de la branche associative, sanitaire, sociale et médico-sociale (BASS), dit «Ségur pour tous».

[17] Drees, Études et Résultats n° 1284, 2023

Grand
Almanach
de la Vendée

PARTIE 3

S'APPUYER SUR UNE GOUVERNANCE ET UN FINANCEMENT DURABLES POUR PILOTER EFFICACEMENT LES POLITIQUES DU GRAND ÂGE

Les politiques du grand âge souffrent d'une complexité organisationnelle et administrative, ainsi que de fortes inégalités territoriales, qui fragilisent leur lisibilité et leur efficacité. L'absence d'une loi de programmation dédiée entretient ces fragilités et freine la capacité à planifier durablement. Pour répondre aux enjeux de notre société vieillissante, une gouvernance stabilisée et simplifiée est aujourd'hui indispensable, capable d'assurer une planification nationale adaptée aux besoins des personnes âgées, sur chaque territoire.

Parallèlement, la situation des établissements et services est critique : près d'un ESMS sur deux était en déficit en 2025 pour un montant moyen de 166 000 €, et deux tiers manquent de personnel, menaçant directement la continuité de l'accompagnement[18]. Si les moyens financiers ne peuvent pas résoudre à eux seuls les difficultés rencontrées par le secteur médico-social, aucune réforme ne permettra d'améliorer durablement l'accompagnement des personnes âgées sans moyens supplémentaires.

[18] FNADEPA, Enquête «RH et Finances», mai 2026

26 Simplifier la gouvernance nationale et renforcer la visibilité territoriale

Pour une action publique cohérente et lisible, il est indispensable de **rénover et simplifier la gouvernance du secteur de l'autonomie.** Aujourd'hui, le chevauchement des missions entre les départements et les ARS est source de complexité et lenteur administrative.

La FNADEPA plaide pour un **pilotage national clair et unifié par la 5e branche de la sécurité sociale afin de coordonner l'ensemble des politiques d'autonomie**. Cette approche vise à assumer une équité d'accompagnement entre tous les citoyens, quel que soit leur lieu de vie, et entre tous les ESMS, quel que soit leur territoire d'implantation. Cette vision nationale de l'autonomie doit se traduire par **une déclinaison au plus près des territoires** et par l'adoption, dans les meilleurs délais, d'une **loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge** conformément à l'article 10 de la loi bien-vieillir[19], loi qui devra être renouvelée **tous les 5 ans**.

La mise en place du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) constitue une opportunité décisive pour **renforcer la lisibilité et l'efficacité des politiques de l'autonomie** sur les territoires. Il est nécessaire d'**accélérer son déploiement tout en enrichissant le modèle actuel**.

Le SPDA ne doit pas devenir un échelon administratif supplémentaire, mais au contraire réduire la complexité créée par la coexistence de multiples dispositifs (CLIC, DAC et autres initiatives locales), en devenant un véritable «articulateur» des acteurs, conformément à l'esprit de la loi Bien vieillir. En sus, **la programmation de l'offre sur les territoires doit être confiée au SPDA**, afin de déployer une offre adaptée aux besoins des personnes âgées (Ehpad, habitats intermédiaires, accueil familial, accueil de jour, hébergement temporaire, SAD). En ce sens, l'ensemble des parties prenantes (ARS, CD…) doivent pouvoir disposer d'outils et données de programmation de l'offre plus efficients.

27 Simplifier les EPRD, alléger les CPOM, valider tacitement les coupes Pathos : simplifier les outils tarifaires pour restaurer un dialogue de gestion pertinent

Dans une logique d'efficience, la FNADEPA propose de **simplifier fortement les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) et de raccourcir le calendrier budgétaire**, avec des notifications budgétaires avancées au 31/12 de l'année précédente. Quant aux **CPOM**, ils sont devenus des outils lourds, purement administratifs et régulièrement reportés ces dernières années. Ils **doivent faire l'objet d'une simplification importante** : allègement des contenus, clarification des priorités, recentrage sur quelques objectifs opérationnels adossés à des moyens effectifs. Ils doivent redevenir de véritables outils de dialogue de gestion, permettant un suivi partagé des besoins des ESMS.

Dans l'attente de la simplification de l'outil et face à la raréfaction de la ressource médicale, la FNADEPA propose d'engager rapidement la **validation tacite des coupes Pathos et Aggir**, tout en garantissant sa sécurisation, pour l'ensemble des parties, afin d'éviter toute reprise de crédits a posteriori.

[19] Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

28 Redonner au dialogue de gestion toute sa place et recentrer les évaluations

Dans un contexte de tensions durables sur les ESMS, **la relation avec leur environnement institutionnel** — autorités de tarification et de contrôle (ATC), services de l'État, agences nationales et partenaires publics locaux — doit évoluer **d'une logique essentiellement procédurale et de contrôle vers un véritable dialogue de gestion**, utile aux acteurs de terrain. La mise en place d'un **dialogue de confiance structuré entre les gestionnaires et les ATC**, centré sur l'activité, la qualité, les difficultés rencontrées et les besoins d'appui, permettrait de coconstruire des réponses adaptées aux réalités territoriales.

Il est en ce sens indispensable de : **simplifier fortement les outils administratifs imposés aux ESMS** (limitation du nombre d'enquêtes et de leurs durées…) et **développer l'interopérabilité des systèmes d'information**.

Par ailleurs, dans une logique d'efficience et de qualité, la FNADEPA plaide **pour que le référentiel d'évaluation des ESSMS**, porté par la Haute Autorité de Santé, **voit son nombre de critères resserré et s'adapte davantage aux spécificités** des différents établissements et services, afin de représenter plus fidèlement la démarche qualité des ESSMS évalués.

29 Repenser le financement de l'accompagnement des personnes âgées

Pour répondre au défi sociétal, économique, médical et humain du vieillissement, et accompagner la société de la longévité, de nouveaux financements devront nécessairement être mobilisés.

Leur volumétrie devra être planifiée impérativement au travers de **lois de programmation pluriannuelles, jusqu'en 2050**. Elle dépendra à la fois de la capacité à **mettre en œuvre une politique de prévention efficace, pour limiter la perte d'autonomie et les coûts associés**, et de l'implication des proches aidants qui devrait diminuer au regard de l'évolution des foyers familiaux (baisse du nombre d'enfants, divorces…) et de la société. Cette évolution risque de fragiliser durablement la politique du soutien à domicile si elle n'est pas intégrée dès à présent dans les modèles de financement.

La FNADEPA appelle à une **refonte globale du modèle de financement** de l'accompagnement des personnes âgées assortie d'un **financement de la branche Autonomie, consacré aux personnes âgées**, à hauteur de **+ 2,6 % par an jusqu'en 2050**[20] conformément aux recommandations de l'OCDE, **soit 15 milliards d'euros supplémentaires, d'ici 2050**[21]. Ce financement devra évoluer proportionnellement à l'évolution des besoins dans les années suivantes.

Plusieurs solutions devront être mobilisées pour garantir un financement adapté, que l'Exécutif devra arbitrer (solidarité nationale, assurance obligatoire…) et rendre lisibles.

Il convient également de souligner que l'ensemble de la société doit s'adapter au vieillissement de la population impliquant **des engagements**

[20] OCDE, "Is Care Affordable for Older People?", Études de l'OCDE sur les politiques de santé, 2024.
[21] Croissance composée de l'OGD personnes âgées à hauteur de 2,6 % par an entre 2027 et 2050, atteignant 32,6 M€ en 2050.

financiers bien au-delà de la seule branche Autonomie : urbanisme, transports, logements…

La FNADEPA réaffirme son souhait de **mettre fin au principe de la réserve prudentielle dans le secteur médico-social**[22] qui, au regard de l'enveloppe fermée dans laquelle évolue notre secteur, ne saurait trouver de justification et conduit chaque année à reprendre aux ESMS, des crédits votés par les parlementaires dont ils ont pourtant bien besoin.

30 Pour une prestation universelle d'autonomie

Pour mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, quelle que soit l'origine de celle-ci (âge ou handicap), qu'elles vivent à domicile ou en établissement, il est nécessaire de **réformer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**. La politique actuelle se limite malheureusement trop souvent à des réponses budgétaires ponctuelles, sous forme d'aides compensatoires, sans planification.

En cohérence avec le Conseil de l'âge dont elle est membre, la FNADEPA recommande de **remplacer l'APA par une prestation universelle** adaptée aux besoins réels[23] **qui associerait autonomie, santé, logement et cohésion sociale**. La prise en charge de cette prestation universelle devra permettre de réduire le reste à charge. Il faut par ailleurs réduire autant que possible la sous-consommation actuelle de l'allocation (47 % des bénéficiaires n'utilisent pas la totalité des ressources en aide humaine).

31 Réformer l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'ASH est indispensable pour l'accès des personnes âgées modestes à un ESMS, mais souffre de plusieurs limites : règles variables selon les départements, procédures complexes, reste à charge élevé et récupération sur succession dissuasive. Elle reflète aussi de fortes inégalités territoriales (dépenses par bénéficiaire variant de 1 à 6 selon les départements), nuisant à la lisibilité des droits des usagers et à l'équité. Il est nécessaire d'**engager une réforme de l'ASH pour en harmoniser et simplifier l'accès : référentiel et tarif plancher national, taux de revalorisation annuel minimal fixé par l'État, barèmes plus lisibles, guichet unique**. Le recours sur succession pourrait être ajusté (seuil relevé, plafonnement ou exonération partielle) afin de lever les freins au recours, tout comme une meilleure articulation avec les aides au logement. Enfin, **une participation accrue de la branche Autonomie, grâce à un mécanisme de péréquation nationale**, permettrait d'aligner les moyens sur les besoins démographiques et de réduire les écarts entre territoires.

[22] 215 millions d'euros en 2026.
[23] HCFEA, rapport du Conseil de l'âge, « Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile », février 2025.

32 Réformer les financements (Pathos, Aggir, SAD)

La grille Aggir et le référentiel Pathos doivent être révisés pour mieux refléter le niveau d'autonomie et de fragilité, en **intégrant la prévention, les maladies neurodégénératives et la perte d'autonomie précoce** (avant 60 ans). Par ailleurs, pour que la grille Aggir soit pertinente, elle doit également prendre en compte les critères de fragilité psychologique, les pathologies psychiatriques ou liées aux addictions, permettant une évaluation plus réaliste des besoins des personnes.

Par ailleurs, la FNADEPA souhaite **l'ouverture d'un droit d'option au tarif global pour les Ehpad qui le souhaitent** (actuellement seuls 37 % en bénéficient), assortie d'une **indexation sur l'inflation**, afin de sécuriser les financements des établissements.

Côté domicile, elle propose de **mieux financer l'aide à domicile, de valoriser les plans d'aide des personnes** notamment en matière de prévention. Enfin, elle insiste sur la mise en place effective des heures de lien social sur l'ensemble du territoire.

33 Généraliser la fusion des sections soins et dépendance en Ehpad

La FNADEPA réaffirme son souhait de voir **la fusion des sections « soins » et « dépendance » généralisée à l'ensemble des Ehpad dès que possible et au plus tard au 1er janvier 2028**, avec une dotation simplifiée portée par les ARS. Cette réforme apporte déjà des solutions concrètes aux vingt-trois départements expérimentateurs, en assurant une meilleure couverture des besoins des résidents et une réduction des écarts injustifiés entre territoires. En ce sens, **72 % des directeurs d'Ehpad considèrent le passage à une seule autorité administrative comme facteur de simplification**[24]. Soutenue par la Cour des comptes, le Conseil national d'évaluation des normes (CNEN) et le Conseil de l'âge, cette réforme fait consensus. Une généralisation à l'ensemble du territoire contribuerait à simplifier la gestion financière des établissements et à améliorer l'accompagnement des personnes âgées, en réponse à l'accélération du vieillissement de la population.

34 Diminuer la charge financière qui pèse sur les ESMS

Le secteur médico-social fait face à une accumulation de charges, qui s'est accrue récemment avec :

- la suppression de l'exonération de la taxe d'apprentissage pour le secteur associatif ;
- l'augmentation des cotisations retraite CNRACL sur quatre ans pour le secteur public, compensée à seulement 40 % par l'État ;
- l'instauration du versement mobilité régional et rural (VMRR), créé en 2025 pour tous les

[24] FNADEPA, Enquête « RH et Finances », mai 2026.

employeurs privés ou publics de 11 salariés et plus sur les territoires concernés ;

- la revalorisation du forfait journalier hospitalier, de 20 € à 23 € en 2026 ;
- la hausse continue des coûts de fonctionnement liée à l'inflation, à la revalorisation du SMIC et à l'augmentation des charges patronales.

Ces nouvelles charges aggravent les déséquilibres financiers déjà présents : **42,7 % des ESMS étaient déficitaires à hauteur de 166 000 €**[25].

Il apparait indispensable de **diminuer la charge financière qui pèse sur les ESMS**, afin de garantir leur pérennité et un reste à charge soutenable. Pour le secteur médico-social, secteur d'intérêt général, la FNADEPA demande prioritairement **la non-déduction du forfait hospitalier pour les résidences autonomie, la compensation intégrale des cotisations CNRACL et l'exonération de la taxe d'apprentissage**.

35 Investir dans le bâti et la transition écologique du secteur médico-social

Représentant 6,6 % à 10 % de l'empreinte carbone française[26], le secteur sanitaire et médico-social doit **faire de la transition écologique une priorité**. La performance énergétique, encore insuffisante dans de nombreuses structures, couplée au dérèglement climatique, expose les personnes accompagnées et les professionnels aux vagues de chaleur, générant mise en danger, inconfort et charges de fonctionnement excessives et évitables. Dans un contexte de tensions géopolitiques accrues, l'indépendance énergétique est gage de souveraineté et de sécurité.

Or, **investir dans le bâti**, c'est investir dans la qualité de vie des habitants et des professionnels ; c'est préparer des établissements durables, sobres énergétiquement et confortables, adaptés aux besoins présents et futurs du secteur.

Accompagner les gestionnaires, augmenter le nombre de conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES), financer des assistances à maîtrise d'ouvrage (AMO) pour accompagner les ESMS et notamment les résidences autonomie, faciliter les montages opérationnels et financiers des projets de réhabilitation et construction, et renforcer les aides à la rénovation, doivent donc être une priorité.

Il est impératif, en complément du Plan d'aide à l'investissement, **d'engager un plan décennal d'adaptation des ESMS aux fortes chaleurs** : financement de films solaires, volets, isolation thermique par l'extérieur, ventilateurs de plafond, climatisation, acquisition de véhicules récents pour les aides à domicile…

En sus, la FNADEPA demande d'**étendre la vigilance canicule du 1er mai au 30 septembre et d'y intégrer le financement de renforts de personnels** « canicule », à domicile comme en établissement.

Plus largement, il convient de **se préparer aux différents risques liés au changement climatique** (incendies, inondations, tempêtes…) en adaptant les plans bleus et dispositifs locaux et nationaux, et en instaurant **une réserve communale ou intercommunale de sécurité civile dans l'ensemble des territoires** afin de pouvoir soutenir les populations, notamment âgées, en cas de crise.

[25] FNADEPA, Enquête «RH et Finances», mai 2026.
[26] The Shift Project, Décarbonons l'Autonomie – Rapport intermédiaire complet, septembre 2023.

FNADEPA

FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS
DE DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS
ET SERVICES POUR PERSONNES ÂGÉES

FNADEPA
3 rue Vergniaud - 75013 Paris
fnadepa.com