

POUR UN PLFSS 2026 À LA HAUTEUR DES ENJEUX DU SECTEUR DU GRAND ÂGE



POUR UN PLFSS 2026 À LA HAUTEUR DES ENJEUX DU SECTEUR DU GRAND ÂGE

Le vieillissement de la population française constitue un véritable tsunami démographique pour notre pays. Nous le touchons tout juste du doigt, et aurons à l'affronter tout au long des années à venir. Ne nous y trompons pas : celui-ci est programmé, connu de tous, et appelé par ailleurs à se réaliser dans un contexte de fortes tensions pour notre système de santé et nos finances publiques.

En tant qu'acteurs du grand âge, qui accompagnons plus de 300.000 de nos concitoyens âgés et leurs familles, nous croyons qu'il est désormais temps de mettre en œuvre les évolutions indispensables à notre secteur pour faire face à ce défi de société sans précédent, et lui donner les moyens d'y parvenir.

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) constitue une étape possible dans cette évolution de fond que nous appelons de nos vœux, autour d'une triple exigence :

- **Renforcer la médicalisation des EHPAD et des services à domicile**, gage d'une meilleure prise en soins des résidents et d'une limitation du recours aux urgences comme aux hospitalisations conventionnelles.
- **Renforcer le virage domiciliaire et le rôle pivot des EHPAD sur leurs territoires** pour développer plus fortement la prévention de la perte d'autonomie, la prise en charge précoce de nos aînés dépendants et prioriser, autant que possible, le maintien au domicile. Ce virage domiciliaire ne pourra toutefois se réaliser qu'à deux conditions : d'une part, la simplification et la consolidation des services à domicile ; d'autre part, le maintien d'outils essentiels de solvabilisation

comme le **crédit d'impôt SAP**. Remis en cause dans les débats budgétaires, ce dispositif reste pourtant un pilier pour limiter le reste à charge des familles et soutenir l'activité des entreprises du secteur, déjà fragilisées par des déficits chroniques et de fortes tensions de recrutement.

- **Reconstruire les conditions de la confiance dans les acteurs** afin de participer à une nouvelle dynamique du grand âge et à une libération des énergies pour les consacrer à notre cœur de métier : l'accompagnement des personnes âgées.

Nous avons pleinement conscience du contexte budgétaire contraint dans lequel l'ensemble du secteur évolue, du contexte de défiance depuis plusieurs années ou encore de manque d'attractivité de nos métiers. Mais nous avons aussi conscience de l'extraordinaire énergie déployée au quotidien par les acteurs de terrain que nous sommes, au service de nos résidents, du professionnalisme de nos équipes, ou encore de notre volonté de nous améliorer quotidiennement et d'assurer nos missions au service de la société.

C'est pourquoi, plus que jamais, le grand âge doit faire l'objet d'une vision structurante pour l'avenir. Plus que jamais, le grand âge doit être préservé d'économies aveugles qui ne peuvent aboutir, in fine, qu'à une détérioration de l'accompagnement de nos aînés et de la situation de nos structures.

Plus que jamais, le grand âge doit bénéficier d'un investissement et de moyens à la hauteur des défis qu'il a à relever, au service d'une meilleure organisation de notre système de santé et d'un meilleur accompagnement de la perte d'autonomie.

Le choc démographique annoncé dès 2030 oblige les pouvoirs publics et acteurs des territoires à revoir le modèle de l'EHPAD. Conjointement au virage domiciliaire, l'EHPAD est appelé à accompagner des personnes âgées de moins en moins autonomes avec un besoin accru de prise en charge médicale. Il a également vocation à conforter sa place incontournable sur les territoires, en tant qu'acteur de prévention, de coordination et de désengorgement du système hospitalier.

Le contexte de situation déficitaire des branches et de contrainte budgétaire nationale inédite oblige à des efforts partagés pour contribuer à l'efficacité du système de santé, en améliorant la performance de nos organisations, notamment pour limiter les dépenses de santé.

Alors que la majorité des établissements est en situation de déficit, le soutien à la médicalisation des EHPAD et à la maîtrise médicalisée des dépenses constituera une mesure d'efficacité.

En effet, aujourd'hui :

- Les personnes de plus de 75 ans sont les seules à connaître une hausse continue des passages aux urgences (+3 % entre 2019 et 2023), sur fond de vieillissement accéléré (+9 % sur la même période)¹.
- À service rendu équivalent, un jour d'hospitalisation coûte en moyenne 400 €, contre environ 100 € en EHPAD.²
- La Cour des comptes a chiffré à 1,5 Md€ les dépenses de santé annuelles évitables pour une année gagnée d'espérance de vie sans incapacité, sur la période 2021-2031.³

Les acteurs privés du grand âge constituent à ce titre un levier essentiel d'efficacité. En assurant la mission de service public auprès de nos aînés que leur confie l'État, ils permettent d'organiser une prise en charge de proximité, continue et adaptée,

qui évite des recours inappropriés aux urgences. En renforçant la coordination entre le médico-social, la ville et l'hospitalier, ils contribuent directement à la réduction des hospitalisations évitables et des dépenses publiques, tout en garantissant un accompagnement de qualité pour les personnes âgées et leurs familles.

La médicalisation renforcée des EHPAD permettra de garantir une prise en charge adaptée, homogène sur tout le territoire, et de faciliter l'orientation des personnes âgées vers les structures les plus appropriées à leur état de santé. Elle permettra également de limiter les hospitalisations évitables, de fluidifier les sorties hospitalières, et de répondre aux besoins réels du terrain.

Pour la soutenir, nous appelons à cinq évolutions majeures dans le cadre du PLFSS 2026 :

1. Garantir une évolution équitable et pluriannuelle de la dotation soins
2. Réformer le dispositif de modulation de la dotation soins
3. Élargir le forfait soins aux métiers médico-techniques et administratifs
4. Supprimer la réserve prudentielle imposée aux établissements médico-sociaux
5. Renforcer la logique de parcours de la personne âgée (établissement, domicile, habitat intermédiaire)

¹ Rapport CNAM 2025 - Charges et Produits

² Rapport IGAS 2024 - Les défis de la politique domiciliaire

³ Rapport Cour des comptes 2021 - La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : La Cour des comptes

Les 13 mesures proposées par le Synerpa s'articulent autour de 3 piliers

GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME ET SON EFFICIENCE

1. Garantir une évolution équitable et pluriannuelle de la dotation soins.
2. Réformer le dispositif de modulation de la dotation soins.
3. Supprimer la réserve prudentielle imposée aux établissements médico-sociaux.
4. Adapter le cadre médico-économique d'évaluation des besoins de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.

RENFORCER LA LOGIQUE DE PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE (ÉTABLISSEMENT, DOMICILE, HABITAT INTERMÉDIAIRE)

5. Garantir l'accès aux CRT pour les établissements privés.
6. Assurer le financement de la médicalisation des SAD pour contribuer au virage domiciliaire.
7. Assouplir les contraintes géographiques et de statut juridique pour assurer un réel déploiement de la réforme.
8. Réformer le système d'autorisations pour rendre le pouvoir d'initiative aux professionnels.
9. Accélérer et faciliter le développement de l'offre d'habitats intermédiaires.
10. Renforcer le financement de la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie en établissement.

AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR

11. Élargir le forfait soins aux métiers médico-techniques et administratifs.
12. Alléger la charge administrative en supprimant l'EPRD.
13. Rétablir la fiscalité incitative de l'apprentissage.

Garantir la soutenabilité du système et son efficience

1. Garantir une évolution équitable et pluriannuelle de la dotation soins

Depuis plus de dix ans, les dotations soins, dont l'indexation est fixée par voie réglementaire, augmentent en moyenne de 1,6 point de moins que l'ONDAM, malgré l'augmentation continue des charges liées à la dépendance et au vieillissement. Ceci est d'autant plus paradoxal que l'enveloppe personnes âgées votée au PLFSS augmente significativement depuis plusieurs années, autour de 5% par an. Cette sous-indexation chronique fragilise les établissements, pénalise les recrutements, et menace la qualité de la prise en charge.

Année	Taux d'augmentation ONDAM	Taux d'augmentation ODPa	Taux d'augmentation dotations Soins EHPAD (*)	Delta dotation soins ONDAM
2017	2.10%	2.90%	0.00%	-2.10%
2018	2.30%	3.40%	0.69%	-1.61%
2019	2.50%	2.10%	0.88%	-1.62%
2020	2.47%	3.50%	1.07%	-1.40%
2021	2.30%	3.80%	1.06%	-1.24%
2022	3.80%	4.00%	0.48%	-3.32%
2022 rec	5.60%	6.00%	1.52%	-4.08%
2023	3.50%	5.10%	2.62%	-0.88%
2024	3.20%	4.60%	2.50%	-0.70%
2025	3.36%	5.00%**	2.35%	-1.01%
Moyenne	2.88%	3.63%	1.29%	-1.59%

* (ref. tarif partiel sans PUI - métropole)

** à périmètre constant

Propositions :

- Indexer la dotation soins sur la progression de l'ONDAM.
- Adopter une trajectoire pluriannuelle de financement en lien avec la médicalisation, qui pourrait s'accompagner d'un objectif de réduction des hospitalisations afin d'en garantir la soutenabilité.

2. Réformer le dispositif de modulation de la dotation soins

Le seuil uniforme de 95 % pour le taux d'occupation ne reflète pas les réalités territoriales. Le dispositif de modulation de la dotation soins produit par ailleurs des effets punitifs pour les structures ayant traversé une succession de crises majeures – sanitaires, RH et économiques – qui les ont durablement fragilisées. Ainsi l'application de cette modulation compromet l'équilibre financier des établissements et leur pérennité. Elle contribue également à limiter la capacité d'investissement que le secteur doit engager pour faire face au choc démographique à venir à horizon 2030.

Propositions :

- Supprimer le dispositif de modulation de la dotation soins.
- Amendement de repli :
 - o Moduler la dotation soins sur la base de la médiane régionale des taux d'occupation constatés par l'ARS sur la période concernée.
 - o Mettre en place un correctif semestriel permettant de rétablir rapidement une dotation soins complète lorsque le taux d'occupation remonte au-dessus du seuil régional défini.
 - o Lorsque le TO est inférieur à 95%, autoriser la diversification de l'activité des EHPAD pour leur permettre de développer d'autres modalités d'accompagnement (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.)
 - o Autoriser les EHPAD à procéder à des remplissages ponctuels supérieurs à 100% de leur capacité autorisée pour répondre à des situations d'urgence sanitaire.

3. Supprimer la réserve prudentielle imposée aux établissements médico-sociaux

Le mécanisme de mise en réserve prudentielle vise à prévenir d'éventuels dépassements d'enveloppes au cours de l'exercice budgétaire. Or, dans un secteur contraint par des enveloppes limitatives, ce gel n'a aucun fondement technique ou économique, puisqu'il est, de fait, impossible de dépasser l'objectif de dépenses voté chaque année dans la loi de financement de la Sécurité sociale. La réserve prudentielle est une double peine : elle prive les établissements de moyens immédiatement mobilisables et ne génère aucun effet incitatif.

Ce mécanisme de réserve prudentielle, censé compenser d'éventuels dépassements de l'ONDAM médico-social en cours d'année, a été détourné, depuis plusieurs années, de sa vocation initiale pour financer, en réalité, les dépassements d'autres ONDAM.

Ce transfert – injuste – de charge constitue une solidarité unilatérale et structurellement défavorable au médico-social, alors même que ce secteur fait face à des défis colossaux et que la majorité des ESMS est en déficit : pénurie de personnels, explosion des besoins, tension sur les financements.

Proposition :

- Supprimer la réserve prudentielle.

4. Maîtrise médicalisée des dépenses pour les personnes handicapées vieillissantes

Proposition : adapter le cadre médico-économique d'évaluation des besoins de prise en charge des PHV et de la gérontopsychiatrie. Il s'agit de modifier les grilles AGGIR et PATHOS pour mieux quoter les PHV.

Pour rappel :

- La Cour des comptes préconise de développer une approche globale entre établissements de santé, d'une part, et établissements médico-sociaux, d'autre part. Par exemple, au moins 3 000 personnes en situation de handicap vieillissantes sont hospitalisées en psychiatrie sans justification médicale, faute de places. Leur accueil en établissement médico-social améliorerait leurs conditions de prise en charge et, au vu des écarts de coûts moyens, serait économique pour l'assurance maladie (Rapport 2025 – Cour des comptes, Rapport sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie)
- La prise en charge en hôpital psychiatrique (463 M€) a un coût annuel de 131 000 € par personne, contre 56 000 € en foyer d'accueil médicalisé (Rapport 2023 – Cour des comptes, L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes).

Renforcer la logique de parcours de la personne âgée (établissement, domicile, habitat intermédiaire)

5. Garantir l'accès aux CRT pour les établissements privés

Proposition : Créer des conditions plus favorables au portage des CRT par les EHPAD privés commerciaux pour favoriser les gains d'efficacité.

avec leur volonté d'innover, en assouplissant le système des appels à projets issus de la loi HPST.

- Réformer le système des autorisations afin de créer des demandes d'autorisation multiservices et/ou de prise en charge globale.

6. Assurer le financement de la médicalisation des SAD pour contribuer au virage domiciliaire

Proposition : Dans un contexte où la médicalisation de l'offre destinée aux personnes âgées apparaît comme une priorité, et alors que la mise en œuvre de la réforme des SAD demeure complexe, le Synerpa propose une alternative : permettre aux SAAD volontaires de développer une offre de soins intégrée. Cette évolution suppose de flécher une partie de l'enveloppe prévue pour la création de places de SSIAD, telle qu'allouée dans la circulaire budgétaire.

9. Accélérer et faciliter le développement de l'offre d'habitats intermédiaires

Proposition : Promouvoir le développement des solutions d'habitat intermédiaire dans un cadre réglementé (résidences autonomie, colocations sénior, résidences seniors, etc.), et dans une logique de parcours de la personne âgée et de rationalisation des interventions.

Inclure les résidences services seniors dans le dispositif « d'habitat inclusif », permettre à leurs occupants de développer un projet de vie sociale et de bénéficier de l'AVP.

7. Réforme des SAD

Proposition : Assouplir les contraintes géographiques et de statut juridique pour assurer un réel déploiement de la réforme.

8. Renforcer la logique de parcours de la personne âgée

Proposition :

- Favoriser le découplage des prises en charge à domicile et en établissement en rendant un pouvoir d'initiatives aux acteurs de terrain et en assouplissant le système des autorisations délivrées par les ARS et Conseils départementaux.
- Redonner aux offreurs de solution un pouvoir d'initiative plus compatible

10. Financement soins palliatifs / fin de vie :

Les établissements pour personnes âgées dépendantes accompagnent des personnes en fin de vie, dont certaines nécessitent des soins palliatifs.

Pour ce faire, ils peuvent faire appel aux équipes mobiles de soins palliatifs. Pour autant, il est nécessaire qu'ils puissent aussi délivrer directement de tels soins et grâce à leurs personnels.

Le présent amendement vise à permettre l'octroi à ces établissements de financements complémentaires, dans des conditions prévues dans les CPOM.

Proposition : Renforcer le financement de la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie en établissement.

Améliorer l'attractivité et les conditions de travail des professionnels du secteur

11. Élargir le forfait soins aux métiers médico-techniques et administratifs

Les besoins évoluent, les pratiques et organisations aussi. La loi Bien Vieillir du 8 avril 2024 a ouvert le financement du soin à d'autres métiers : référent APA, prévention de la dénutrition, référent qualité, stimulation cognitive. L'évolution est à poursuivre en lien avec des organisations de soins différentes, en introduisant des métiers comme les secrétaires médicales, psychologues... qui permettent d'axer davantage sur la prévention et la prise en soin (en dégageant les MEDEC/ IDEC de tâches administratives). Ces mesures représentent un coût économiquement constant lorsqu'elles sont envisagées de manière globale (moins d'hospitalisations, moins de recours à certains médicaments...) et soulagent les métiers en tension tout en augmentant l'attractivité des métiers.

Proposition :

Financer sur le forfait soins de nouveaux métiers tels que : secrétaire médicale, psychologue

12. Alléger la charge administrative en supprimant l'EPRD

Ce dispositif budgétaire, inspiré du secteur hospitalier, ne tient pas compte des spécificités médico-sociales, notamment en matière de gestion pluriannuelle, de faible volatilité des recettes, et de lisibilité pour les acteurs de terrain. Cette suppression vise à revenir à un système budgétaire plus simple et plus adapté.

Proposition : Supprimer l'EPRD.

13. Rétablir la fiscalité incitative de l'apprentissage

Proposition : Supprimer la réforme de l'apprentissage adoptée dans le dernier PLFSS.