

RAPPORT Résumé exécutif - Septembre 2026

Longévité en santé

Prévenir pour mieux vieillir



Le vieillissement en bonne santé est l'un des défis de ce siècle. Il adresse tout à la fois la pérennité de notre État-providence, puisque les dépenses qui y sont liées (hors retraites) sont appelées à croître de 10 % au moins d'ici à 2040, la pertinence de nos politiques publiques puisque les personnes âgées représentent une part croissante de la population, ainsi que la qualité de vie à laquelle aspirer – un tiers de notre vie se passant désormais après 60 ans.

Nous avons donc souhaité interroger la capacité du système français à accompagner la bascule démographique en cours, un sujet encore trop peu traité de manière systémique et confiné à la question de la gestion de la perte d'autonomie, notamment en raison d'un tabou important lié aux enjeux du vieillissement. Forts de leurs expertises reconnues, Sophie Bois-sard, directrice générale du groupe Clariane, Dominique Pon, directeur général de La Poste Santé & Autonomie, et le professeur Thomas Rapp,

co-directeur de l'axe « Politiques de santé » du Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) ont accepté de coprésider ce rapport, fruit d'un dialogue fécond entre monde économique, monde institutionnel, monde médical, et monde académique.

Ce travail se veut donc un révélateur des impératifs publics : poser une vision de long terme du système de santé français, préparer la montée en puissance des actions nécessaires en amont de la perte d'autonomie du plus grand nombre, restructurer nos organisations pour plus d'efficacité, investir massivement la prévention. Nous pensons en effet indispensable d'orienter l'ensemble de nos efforts vers l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé comme ont su le faire le Japon et l'Australie : permettre un pilotage unifié (création d'un Institut national pour la longévité), déployer des outils nationaux visant à encourager les pratiques qui entretiennent l'autonomie (sport, nutrition, lien social), doubler le nombre de personnels paramédicaux spécialisés dans la prise en charge des personnes dépendantes (comblant en cela le retard que nous accusons sur nos voisins !), mieux coordonner le réseau territorial de prise en charge pour dépasser le clivage entre maintien à domicile et placement en établissement. Rien de tout cela ne pourra se faire sans un effort de digitalisation et de modernisation de nos structures pour une gouvernance nationale plus efficace. Il est urgent de réinvestir le temps long et de projeter la France dans ses nouvelles responsabilités : un engagement national financièrement soutenable et humainement digne au service de nos aînés.

Marie-Pierre de Baillencourt,
Directrice générale de l'Institut Montaigne

Vingt-cinq ans après la loi Guinchard-Kunstler, qui a créé l'allocation personnalisée d'autonomie¹, et alors que la transition démographique s'accélère, marquée par le vieillissement rapide de la population, il est grand temps de réinterroger les politiques de santé et du grand âge en France.

Notre modèle s'est construit dans les Trente Glorieuses, dans un contexte d'expansion démographique et économique et à partir d'une logique curative destinée à répondre à des situations de dépendance déjà installées². Il doit aujourd'hui se réinventer pour s'adapter à la nouvelle donne démographique et épidémiologique, et pour tirer tout le bénéfice des avancées de la recherche médicale, qui permettent d'espérer améliorer substantiellement l'espérance de vie en bonne santé.

À l'instar de la dynamique européenne, la France fait aujourd'hui face à l'entrée dans le grand âge des générations du baby-boom nées entre 1946 et 1974, avec la perspective de compter plus de 20 millions de personnes de plus de 65 ans en 2070³. D'ores et déjà en 2025, et pour la première fois dans notre histoire, les plus de 60 ans sont plus nombreux (28,5% de la population) que les moins de 18 ans⁴. 30% de notre vie se passe désormais après 60 ans⁵, mais ces années, alors qu'elles pourraient représenter une opportunité,

demeurent fortement marquées par la perte d'autonomie ou la dégradation de l'état de santé.

Si l'espérance de vie à la naissance continue de progresser, atteignant désormais 85,9 ans pour les femmes et 80,3 ans pour les hommes⁶, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance, ou plus exactement sans incapacité, stagne autour de 64 ans selon la DREES⁷. Ce niveau situe la France dans la moyenne de l'Union européenne⁸, mais le pays accuse un retard par rapport aux nations les plus avancées en la matière, à l'image de la Suède (71,1 en 2021) ou du Japon (73,4 en 2021)⁹. Seuls 45 % des Français de plus de 65 ans se déclarent en bonne santé¹⁰ et 57 % des Français se disent par ailleurs inquiets de leur propre vieillissement, la perte d'autonomie arrivant en tête de leurs craintes¹¹.

Sans changement de politique, le système s'expose ainsi à une forte tension. Sur le plan épidémiologique, le nombre de personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie va continuer de progresser au rythme du vieillissement de la population, passant de 2,7 millions en 2020 à 3,1 millions en 2030, soit une hausse de 16 %, et de 36 % à horizon 2040¹². Le nombre de journées d'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus pourrait par ailleurs presque doubler, passant de 23 millions aujourd'hui à près de 45 millions en 2050¹³.

¹ Loi n° 2 001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. (2001). Journal officiel de la République française.

² Jeandel, C. (2025). Les grandes étapes de développement de la gériatrie française et de ses instances. *La Revue de Gériatrie*, 50(3), 133-137. <https://sfgg.org/media/2025/10/JEANDEL-TAP-2-8.pdf>.

³ Blanpain, N., Pointet, J., & Thélot, H. (2026, juin). Projections de population à l'horizon 2070 : Une population plus âgée qu'en 2026, et probablement moins nombreuse. *Insee Première*, 2 108.

⁴ Direction de la Sécurité sociale. (2026). 1.6. Vieillesse de la population. Évaluation des politiques de sécurité sociale. <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/retraite/1-5-vieillesse-de-la-populat.html>.

⁵ Académie nationale de Médecine. (2026, janvier). Approche clinique de la longévité en bonne santé. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2026/01/RAPPORT-Approche-clinique-de-la-longevite-en-bonne-sante-APRES-VOTE.pdf>.

⁶ Thélot, H. (2026, 13 janvier). Bilan démographique 2025 : En 2026, les 65 ans ou plus sont presque aussi nombreux que les moins de 20 ans. *Insee Première* (n° 2 087). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8719824>.

⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2026). Espérance de vie sans incapacité à 65 ans en 2024. *Études et Résultats*, n° 1 363. Ministère de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/260122-ER-esperance-de-vie-sans-incapacite>.

⁸ Ibid.

⁹ World Health Organization. (2024). Healthy life expectancy (HALE) at birth (years). Retrieved September 9, 2026. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy>.

¹⁰ OCDE. (2023). Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>.

¹¹ Clariane. (2026, janvier). Le rapport des Français au vieillissement. Étude OpinionWay pour Clariane. <https://www.clariane.com/sites/default/files/2026-02/ETUDE%20Clariane%20x%20OpinionWay%20-%20Rapport%20des%20Fran%C3%A7ais%20au%20vieillessement.pdf>.

¹² IGAS (2024). Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris : IGAS. [Rapport principal et annexes joints.].

¹³ Ibid.

Sur le plan financier, la déformation de la pyramide des âges contribuera à alourdir les dépenses de santé¹⁴ : +16 milliards d'euros en 2030 (+4,8 %), +32 milliards en 2040 (+10 %), +41 milliards en 2050 (+13 %), par rapport aux 325 milliards de 2023. Les dépenses hospitalières, plus fortement corrélées à l'âge, progresseraient encore plus vite : +6 % dès 2030, +16 % à l'horizon 2050. Les projections de l'OCDE et de la Chaire AgingUP! de l'Université Paris Cité anticipent qu'à politiques inchangées, les dépenses publiques d'autonomie passeraient de 1,96 % à 3,07 % du PIB d'ici 2050. Face à ce scénario de référence, des alternatives axées sur la pression sur les coûts élèveraient la dépense à 3,23 % du PIB, tandis que des stratégies volontaristes axées sur le vieillissement en bonne santé, l'efficacité technologique ou une politique publique intégrée permettraient de contenir cette hausse sous la barre des 3 % du PIB en 2050¹⁵. Ce constat démontre encore davantage les limites de la politique actuelle et appelle à une refonte structurelle globale pour l'avenir.

Au-delà de leur soutenabilité financière, ces évolutions auront surtout des conséquences humaines et sociologiques majeures. Au sein des familles tout d'abord, alors qu'aujourd'hui déjà plus de dix millions de personnes sont aidantes. Pour les professionnels de santé, ensuite. Avec à peine plus de deux professionnels en activité pour cent personnes de plus de 65 ans¹⁶, la France est aujourd'hui très en deçà de la moyenne de l'OCDE, qui s'établit à cinq professionnels pour cent seniors. L'augmentation des besoins risquerait donc de mettre encore plus en tension un secteur qui l'est déjà.

Ces risques et menaces, bien réels, doivent être observés en parallèle des opportunités majeures

offertes par les évolutions médicales et organisationnelles à l'œuvre. En particulier, l'émergence des gérosiences, qui étudient les mécanismes biologiques communs au vieillissement et à de nombreuses pathologies chroniques, permet d'envisager de nouvelles voies d'action essentiellement préventives qui peuvent être utilisées par le plus grand nombre. Le principe est d'agir sur les mécanismes du vieillissement en amont des pathologies pour réduire l'écart entre l'âge civil et l'âge physiologique et permettre d'améliorer résolument l'espérance de vie en bonne santé. Cette approche interdisciplinaire, portée en France par l'IHU HealthAge de Toulouse, et déployée dans les gérontopôles¹⁷ des régions, s'attache à comprendre et à cibler les mécanismes biologiques du vieillissement en amont des pathologies chroniques, à l'image des recherches sur les cellules sénescentes impliquées dans la maladie d'Alzheimer. Un tel virage préventif, dont l'enjeu économique mondial est estimé à 38 000 milliards de dollars pour chaque année de vie en bonne santé gagnée¹⁸, se concrétise notamment par le déploiement du programme ICOPE¹⁹ de l'Organisation mondiale de la santé. Ce dernier permet de repérer les facteurs préjudiciables aux capacités intrinsèques (mobilité, cognition, nutrition, vision, audition, état psychologique), de façon à engager des actions de prévention et de restauration des capacités.

Dans la droite lignée des orientations de l'Organisation mondiale de la santé et des préconisations de l'Académie nationale de Médecine de janvier 2026²⁰ et du Sommet international de la Longévité de mai 2026²¹, ce rapport recommande donc de promouvoir l'orientation de notre système vers la longévité en santé. La progression de l'espérance de vie en bonne santé doit être un pilier de nos politiques de santé, sur

¹⁴ Clariane. (2025, juin). L'impact du vieillissement sur les dépenses de santé. Étude réalisée par le cabinet Asterès. https://www.clariane.com/sites/default/files/2025-07/ETUDE_L%E2%80%99impact%20du%20vieillissement%20sur%20les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9.pdf.

¹⁵ Voir le simulateur développé par l'OCDE et la Chaire AgingUP! : <https://chaireagingup.com/spending/>.

¹⁶ OCDE. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.

¹⁷ Selon le site de l'Union nationale des gérontopôles : « Les Gérontopôles sont des pôles régionaux d'excellence qui regroupent les acteurs du soin, de la recherche, de l'innovation et des entreprises. Leur objectif commun : adapter la société au vieillissement et améliorer la qualité de vie des seniors sur tout le territoire ». Union des gérontopôles de France. (s. d.). Les gérontopôles. <https://uniondesgerontopoles.fr/les-gerontopoles/>.

¹⁸ National Academy of Medicine. (2022). *Global roadmap for healthy longevity*. <https://www.nationalacademies.org/projects/NAM-NAMPO-19-01/publication/26144>.

¹⁹ Gérontopôle du CHU de Toulouse. (s. d.). Qu'est-ce que c'est ? – Présentation du programme ICOPE. ICOPE. <https://www.icope.fr/pro/presentation>.

²⁰ Académie nationale de Médecine. (2026, janvier). *Approche clinique de la longévité en bonne santé*. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2026/01/RAPPORT-Approche-clinique-de-la-longevite-en-bonne-sante-APRES-VOTE.pdf>.

²¹ IHU HealthAge. (2026, 20 mai). *Vers une longévité en bonne santé : Synthèse des contributions préparatoires, axes d'action et priorités*. Sommet de la Longévité.

le modèle de ce qui a été fait avec succès pour la lutte contre le cancer au cours des 20 dernières années.

La première recommandation porte ainsi sur la fixation d'un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé à horizon 2035/2040, visant à rattraper les pays les plus avancés en la matière, et sur la construction d'un plan d'action cohérent permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé et des politiques de santé au service de cette cause nationale. Cet objectif devra bien sûr être décliné et intégré dans les stratégies de santé régionales et territoriales. Sur le modèle de l'Institut national du Cancer (INCa), un Institut national de la Longévité, qui pourrait être porté par l'IHU de Toulouse, serait chargé d'animer et de suivre la mise en œuvre du programme. Selon la Cour des comptes, chaque année supplémentaire d'espérance de vie sans incapacité représenterait environ 1,5 milliard d'euros de dépenses de santé évitées par an²².

Recommandation 1

Se fixer un objectif global de rattrapage des pays les plus avancés en matière d'espérance de vie en bonne santé pour tous à horizon 2035/2040, et le décliner dans une stratégie nationale de santé portée par un Institut national de la Longévité.

AXE 1

UN PLAN D'ACTION DESTINÉ À AUGMENTER L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ

Les fragilités s'accumulent silencieusement pendant des années, bien avant l'apparition des premiers signes cliniques. Ces dernières résultent de la diminution progressive des réserves physiologiques liées

au vieillissement biologique mais aussi de facteurs environnementaux, des modes de vie ou de maladies chroniques. Certains de ces effets peuvent être combattus ou atténués. Ce constat appelle la mise en place d'actions de prévention systématiques et suivies dans le temps.

La deuxième recommandation appelle donc à ériger la nutrition, l'activité physique et le lien social en priorités de santé publique à part entière. Il s'agit en effet des principaux facteurs de maintien en bonne santé et de lutte contre les situations précoces de perte d'autonomie. **Le monde du travail doit également être investi comme un lieu de prévention privilégié.**

Enfin, la bonne appropriation de ces enjeux par les citoyens nécessite une stratégie globale de sensibilisation, d'information et d'éducation à la santé prenant en compte les freins cognitifs face à la prévention, avec une attention particulière portée aux facteurs de risques socio-économiques.

Recommandation 2

Garantir un continuum de prévention tout au long de la vie en misant sur la nutrition, l'activité physique, le lien social, et en engageant une stratégie globale d'accès à la prévention et l'information.

Le programme ICOPE constitue aujourd'hui la démarche la plus pertinente pour repérer précocement les fragilités et prévenir leur aggravation.

La troisième recommandation propose donc de faire d'ICOPE le cadre national de référence de repérage des fragilités dès 50 ans. Pour ce faire, sa généralisation doit être organisée en l'intégrant systématiquement

²² À partir de son modèle de projection Pandore, la Cour estime qu'une année gagnée d'espérance de vie sans incapacité représenterait, sur la période 2021-2031, environ 1,5 milliard d'euros de dépenses de santé évitées par an. Elle précise qu'il s'agit d'une estimation basse, qui n'intègre notamment pas les économies médico-sociales potentielles, les dépenses d'APA, d'hébergement ou d'accueil de jour, ni les gains de qualité de vie et de participation sociale. Cour des comptes. (2021, 25 novembre). La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : Construire une priorité partagée, rapport public thématique, p. 24 et annexe 1, pp. 103-106. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-de-la-perte-d'autonomie-des-personnes-agees>.

à chaque contact avec le système de soins, que cela soit lors des rendez-vous de prévention ou de toute interaction d'un patient avec le système de santé, qu'il s'agisse d'une consultation, d'une vaccination ou d'un simple bilan sanguin. Cela nécessitera également de mettre en place une coordination territorialisée, reposant sur les ressources disponibles dans les territoires afin d'assurer son déploiement.

Recommandation 3

Adapter les outils de repérage des fragilités et passer ICOPE à l'échelle.

AXE 2 RENFORCER LES MOYENS HUMAINS

Les professionnels paramédicaux (infirmiers, rééducateurs) et les aides-soignants assurent un maillage territorial de santé essentiel dans le cadre des politiques de lutte contre la perte d'autonomie. Pourtant, les moyens humains sont fragilisés par la transition démographique ainsi que par des enjeux liés à l'attractivité et la formation. Le secteur paramédical du grand âge en France fait face à un effet ciseau, où les plus de 60 ans ne représentent que 27 % de la population mais concentrent déjà 84 % des soins infirmiers²³. En 2019 déjà, le rapport Libault estimait que 150 000 à 200 000 ETP (équivalents temps plein) dans le secteur du grand âge seraient nécessaires d'ici à 2030 pour répondre aux besoins liés au seul vieillissement.²⁴

La quatrième recommandation vise donc à doubler le nombre de professionnels paramédicaux en exercice, pour tendre vers la moyenne de l'OCDE. Un comité de filière « Santé et Longévité » doit être chargé de piloter ce plan à partir d'une projection précise et territorialisée des besoins à l'horizon 2030-2035.

Les parcours d'alternance et de formation professionnelle continue, qui ont fait la preuve de leur efficacité, devront être renforcés, notamment *via* le remplacement du système de quotas par la définition de cibles pluriannuelles à actualiser dans chaque région, en fonction de la situation démographique et sanitaire. De même, il est indispensable d'ouvrir l'accès des professionnels en activité à des parcours diplômants en améliorant le système de passerelle (VAE, formation professionnelle continue). Ceci contribuera aussi à renforcer l'attractivité des métiers du soin en permettant des carrières professionnelles riches et valorisantes.

Recommandation 4

Doubler le nombre de paramédicaux en exercice.

AXE 3 UN ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITÉ RENFORCÉ POUR LES PERSONNES FRAGILES EN MISANT SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DES STRUCTURES ET DES FORMES D'ACCOMPAGNEMENT

Le troisième axe touche à l'accompagnement de proximité. **La cinquième recommandation vise, pour les personnes fragiles ou en perte d'autonomie, à définir la bonne articulation entre maintien à domicile et hébergement institutionnel en faisant émerger, à l'échelle locale, un parcours de soins intégré, favorisant une continuité d'accompagnement pour chaque personne**, une coordination efficace entre professionnels et la prise en compte des besoins des aidants. Le développement de Centres de Ressources Territoriaux (CRT), avec des EHPAD, comme lieux ressources susceptibles d'assurer un relais dans le suivi des personnes fragiles et dépendantes résidant à domicile, incarne la démarche la plus prometteuse. Ces derniers

²³ Parent, C. (2024, décembre). Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante (Études et Résultats n° 1 319). Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-12/ER1319EMB.pdf>

²⁴ Libault, D. (2019). Concertation Grand âge et autonomie : Grand âge, le temps d'agir. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites.gouv.fr/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>

méritent de devenir une composante essentielle de l'accompagnement de proximité, à partir du réseau des établissements existants, déjà présents dans tous les bassins de vie, urbains, périurbains et ruraux.

Recommandation 5

Organiser un parcours de proximité, couvrant l'évaluation des fragilités et la prévention de la perte d'autonomie, ainsi que l'accompagnement, à domicile ou en institution selon la situation de santé des personnes, en s'appuyant sur les structures de soins existantes (SMR, EHPAD, réseaux de soins à domicile).

AXE 4

METTRE LE NUMÉRIQUE AU SERVICE DES FRAGILITÉS ET DE LA PRÉVENTION

La numérisation du secteur du grand âge constitue une condition majeure de succès d'une politique de santé efficace pour la «longévité en santé». Cependant, l'appropriation des outils se heurte à des obstacles organisationnels et humains tels que l'usage non systématique du dossier médical partagé (DMP) par les professionnels de santé en raison de son manque d'intégration avec les logiciels métier, la fragmentation des logiciels de santé qui rendent difficile une interopérabilité généralisée, les craintes liées à la sécurité des données, ou le risque d'exclusion numérique.

Il convient d'engager une véritable industrialisation des outils numériques existants. La première étape passe par une utilisation systématique du DMP et l'exploitation raisonnée des informations ainsi recueillies pour assurer la continuité du suivi, surmonter les asymétries d'information et garantir à chaque patient chronique un suivi longitudinal et global de qualité.

La seconde étape nécessite de construire, en intégrant les outils socles nationaux (INS, MSS, PSC, DMP) une plateforme nationale unique et spécialisée autour des besoins spécifiques de la longévité et de la prévention des incapacités, avec une architecture normalisée et «*data centrée*», permettant d'utiliser tout le potentiel de traitement des données permis par l'IA. Cette plateforme numérique nationale devra permettre un suivi centralisé des parcours des personnes fragiles, articulant la prévention primaire, l'accompagnement médico-social et les dispositifs de maintien à domicile.

Recommandation 6

Construire une plateforme digitale nationale unique, interopérable et centrée sur la donnée, au service du suivi des parcours de santé des personnes fragiles, intégrant les outils socles nationaux (INS, MSS, PSC, DMP).

Le vieillissement de la population, qui est aujourd'hui au cœur des débats, ne doit pas être considéré comme un poids pour notre système mais plutôt comme un possible gain collectif de santé et de qualité de vie. **Ce rapport propose ainsi une vision ambitieuse d'un projet de société qui promeut la longévité en santé et se donne les moyens de l'atteindre, en en faisant, comme cela a été le cas dans le cadre de la lutte contre le cancer, une priorité centrale de la politique de santé.**