DIX ENGAGEMENTS POUR

PRÉPARER L'AVENIR RÉTABLIR LA CONFIANCE SIMPLIFIER LES RÈGLES

PRÉAMBULE

Nous sommes tous ici des acteurs publics, associatifs, mutualistes ou commerciaux qui agissons pour accompagner au quotidien des personnes âgées fragiles et/ou en perte d'autonomie et qui organisons cet accompagnement dans des EHPAD, dans des résidences services seniors ou des résidences autonomie mais aussi à travers l'intervention de services d'aide et/ou de soins à domicile.

Nous avons souhaité travailler ensemble, tous statuts confondus, car nous pensons que l'heure est grave et que les défis qui se posent à la société française en matière de vieillissement de sa population nécessitent un sursaut collectif.

C'est la raison pour laquelle nous avons signé une tribune commune dans *Le Figaro* le 16 septembre dernier et élaboré un ensemble de propositions dont nous voulons débattre avec les pouvoirs publics.

Pendant des années, le Gouvernement a insisté sur la nécessité d'une loi Grand âge sans parvenir à mener ce processus à son terme. Notre propos, ici, consiste à proposer une voie alternative pour avancer et, au final, pour renouer le nécessaire lien de confiance entre les Français et leur système de prise en charge du Grand âge. C'est à l'État et aux départements qu'il appartient de décider du cadre législatif et réglementaire. C'est à nous, chaque jour, au plus près du terrain d'accompagner, autant en établissement qu'à domicile, des centaines de milliers de nos concitoyens âgés.

La situation démographique de la France exige que nous avancions ensemble. À partir de 2030, la courbe de progression des 85 ans et plus va connaître un accroissement phénoménal qui suppose d'anticiper dès maintenant cette évolution.

Notre réflexion a pris en compte la succession de trois crises :

- **Une crise de confiance d'abord.**
Entre la pandémie de 2020-2021 qui a provoqué de très nombreux décès en EHPAD et la publication des *Fossoyeurs* en 2022 qui a mis à nu certaines dérives, l'image des EHPAD a été gravement altérée dans l'opinion publique.
- **Une crise des ressources humaines ensuite.**
Le secteur de l'aide et du soin aux personnes âgées est composé de ce qu'il est désormais convenu de qualifier de « métiers en tension ». Alors que d'ici 2050 la population des 85 ans et plus va augmenter de + 100 %, la population active, elle, va stagner. Plus que jamais la question de l'attractivité et de l'efficacité des filières de formation va se poser.

- **Une crise financière enfin.**

Depuis des années, les professionnels vivent dans une perpétuelle tension financière qui met à mal la capacité des établissements et services à conserver en toutes circonstances un niveau irréprochable de qualité. Notre société ne pourra pas continuer longtemps à gérer l'injonction contradictoire consistant à exiger un haut niveau de prise en charge tout en négociant les moyens accordés à celles et ceux à qui notre société a confié cette mission.

C'est dans cet état d'esprit que les gestionnaires publics et privés que nous sommes, souhaitons établir un véritable **Pacte de confiance**. Un Pacte de confiance avec les Français pour que nos concitoyens se sentent en sécurité quand un proche ou eux-mêmes vieilliront demain ; un Pacte de confiance aussi entre la puissance publique et les opérateurs pour qu'ensemble nous trouvions les voies et moyens de relever le défi de 2030.

Il repose autour de trois axes :

- **Préparer l'avenir.**

Rien n'est plus prévisible que la démographie. Nous souhaitons à quelques années du choc de 2030 préparer et anticiper ce cap majeur.

- **Rétablir la confiance.**

Nous devons restaurer le lien de confiance avec des Français qui ne doivent pas craindre le moment de leur vieillesse. Cela suppose aussi que la confiance entre les autorités publiques et les professionnels s'exprime de manière plus nette.

- **Simplifier les règles.**

La complexité des règles et des modalités de tarification qui caractérise le secteur n'aide pas à la lisibilité et à l'efficacité. Il faut réintroduire un mode de fonctionnement plus simple et rationnel pour au final être plus efficace au service de nos concitoyens.

L'originalité de notre saisine tient à la fois dans la méthode - celle d'un Pacte discuté entre nous - mais aussi dans le profil des acteurs qui procèdent à cette interpellation - qui viennent de tous les secteurs public et privé.

Les Signataires,

Jean-Marc BORELLO
Président du groupe SOS

Luc CARVOUNAS
Président de l'Union nationale des CCAS

Laurent GUILLOT
Directeur général d'emeis

Stéphane JUNIQUE
Président du groupe VYV

Sylvain RABUEL
Président directeur général de DomusVi

Arnaud ROBINET
Président de la Fédération Hospitalière de France

PRÉPARER L'AVENIR

Rien n'est plus prévisible que la démographie. Nous connaissons à la virgule près le nombre de Français qui seront âgés de 85 ans et plus à l'horizon 2030, 2035, 2040. Or, aucun acteur du Grand âge ne peut aujourd'hui prendre des engagements de moyen terme sans qu'existe un consensus clair sur la quantité et la nature des besoins, territoire par territoire. Qu'il s'agisse des établissements, des services mais aussi des personnels soignants nécessaires. Pouvoirs publics et professionnels s'engagent, ensemble, à clarifier et objectiver les besoins à l'horizon 2030-2035.

Engagement n°1 - Établir un constat partagé sur la programmation de l'offre pour la période 2025-2035

- 1.1. **Pouvoirs publics et professionnels décident ensemble de la mise en place dès l'automne 2025 d'un groupe de travail** piloté par le ministère de l'Autonomie et réunissant les acteurs institutionnels (CNSA, DGCS, Haut-Commissariat au Plan, HCFEA, DREES, INSEE, INED...), les associations d'élus dont en premier lieu Départements de France et les représentants des professionnels. Ce groupe aura pour mission de déterminer la nature et la quantité de l'offre nécessaire d'ici 2030 et 2035, segment par segment, territoire par territoire.
- 1.2. **Les conclusions de ces travaux prospectifs seraient rendues avant la fin du printemps 2026 afin d'alimenter une loi de programmation.** Au printemps 2026, nous devons avoir une vision très claire du nombre d'établissements (EHPAD, résidences autonomie, résidences services seniors, habitats inclusifs...) mais aussi du nombre de places d'aide et de soins à domicile (SAAD, SSIAD, HAD, services autonomie...) à déployer, territoire par territoire, à l'horizon 2030 et 2035, sachant qu'il faut aujourd'hui entre 5 et 8 ans pour sortir un projet de terre.
- 1.3. En conséquence, **ces travaux permettront d'évaluer le montant des investissements nécessaires et la capacité respective des secteurs public et privé à les assumer. De même, cela permettra de planifier les besoins en personnel**, et notamment les besoins en personnels soignants à former, et donc les écoles ou les parcours de formation à développer en conséquence dans les années qui viennent.

Il y a peu le rapport Libault évaluait à 15 milliards d'euros le montant nécessaire pour remettre à niveau l'immobilier des 25 % d'EHPAD qui n'avaient pas été rénovés depuis des années voire des décennies. À ce stock, vient s'ajouter la nécessité de produire d'ici 2035 au moins 100 000 lits supplémentaires - qui ne seraient pas forcément tous des lits d'EHPAD - pour faire face au défi démographique pour un montant global d'investissement (150 000 €/lit) d'environ 15 milliards d'euros. Plus que jamais investissements publics et privés doivent se compléter.

Engagement n°2 - Encourager et soutenir l'investissement public et privé

- 2.1. **Renforcer les Plans d'Aide à l'Investissement (PAI)** de la CNSA en faveur des EHPAD publics et privés à but non lucratif mais aussi les concours CNSA-CNAV en faveur des résidences autonomie en sanctuarisant un montant minimum de crédits d'aide à l'investissement dans les comptes de la branche autonomie.
- 2.2. Créer une **foncière nationale** pour soutenir les EHPAD et les résidences autonomie publics et associatifs (cf. rapport Sénat)
- 2.3. Faire appel à **l'épargne collective** pour participer aux besoins d'investissement du secteur du Grand âge en créant, par exemple, un « Livret intergénérationnel » dédié.
- 2.4. Créer des dispositifs incitatifs permettant d'attirer des capitaux privés vers le secteur du Grand âge.

Il est temps de se faire rencontrer les trois grandes transitions de notre époque : démographique, numérique et écologique. Plus de 90% des EHPAD de 2030 existent déjà aujourd'hui. L'EHPAD de demain, c'est l'EHPAD de 2024 qui saura être innovant : en optimisant le recours aux nouvelles technologies, au numérique et à l'IA ; en ayant le souci du développement durable et de la décarbonation.

Engagement n°3 - Investir ensemble dans l'innovation, l'adaptation des bâtiments, le défi climatique et les nouvelles technologies

- 3.1. Les professionnels s'engagent à être de manière permanente à la recherche d'innovations : développer des tiers-lieux, s'engager à devenir entreprise à mission, soutenir des starts-up, contractualiser avec des associations locales, développer des services numériques au service des résidents et des salariés...
- 3.2. Les professionnels ont pleinement conscience des enjeux environnementaux et s'engagent à développer le recours à l'énergie décarbonée locale. Mais il appartient en contrepartie aux pouvoirs publics d'accompagner l'impact du décret tertiaire dans les établissements publics et privés en développant une sorte de « Bonus vert ».
- 3.3. Les pouvoirs publics et les professionnels s'engagent dans un Plan d'Aide à l'Investissement Numérique pour introduire des nouvelles technologies au service des résidents et anticiper les énormes potentialités de l'IA et notamment de l'IA générative à domicile comme en établissement. La création d'un forfait exclusivement affecté aux nouvelles technologies adossé à la dotation soins-autonomie doit être étudiée (cf. rapport Bourquin-Aquino / rapport du Sénat).
- 3.4. Travailler chaque jour à l'adaptation immobilière de l'EHPAD et à la transformation de son modèle : y supprimer les chambres doubles, repenser son architecture, son design, innover dans la relation avec le résident devenu habitant et dans les liens avec les familles, transformer progressivement les « chambres » en « logement »...
- 3.5. Instaurer une conférence annuelle entre la CNSA, la DGCS et la Délégation du Numérique en Santé portant uniquement sur les questions liées à l'innovation numérique et au développement de l'IA au bénéfice des usagers et des salariés.

L'enjeu des ressources humaines sera évidemment un des défis les plus complexes à relever dans les prochaines années. Pas de qualité de prise en charge sans des équipes bien formées et en nombre suffisant, le tout dans un contexte de moindre attractivité des métiers du Grand âge.

Engagement n°4 - Attractivité des métiers : activer tous les leviers pour répondre aux besoins

4.1. Renforcer l'accès à l'information des métiers du médico-social

Les professionnels s'engagent à intensifier la contractualisation de partenariats avec des établissements (classes de 3^e générale, baccalauréat SAPAT, CFA ...) afin de présenter les métiers et susciter de l'envie. Puis, après avoir préalablement déterminé les besoins (cf. objectif n°1), pouvoirs publics et professionnels décident ensemble de la mise en place, dès 2025, d'une campagne de recrutement d'ampleur, sur le modèle de celle mise en place par l'Armée de terre ou plus récemment de la Justice.

4.2. Accélérer la formation des professionnels

Nous pourrions ensemble généraliser le Contrat d'Allocation Etudes (CAE) aux étudiants (AS et IDE) en dernière année d'études (cf. Initiative de l'ARS Île-de-France depuis 2020), soutenir et massifier l'apprentissage, encore trop peu pratiqué, en reconnaissant les formations développées en interne par les opérateurs comme de véritables entités de formation qualifiantes.

4.3. Développer les formations courtes pour les aides-soignants

En dehors de leur diplôme, il n'existe pas pour les aides-soignants de qualification intermédiaire. Si la circulaire interministérielle de décembre 2021 a permis des progrès, elle n'est pas suffisante. État et entreprises s'engagent à mettre en place courant 2025, en lien avec les acteurs locaux, un dispositif national permettant le déploiement de formations courtes (70 heures) sur l'ensemble du territoire. Ces formations devront s'appuyer le plus souvent sur le numérique grâce à des plateformes d'e-learning (cf. actions de l'ARS Pays de la Loire et Aquitaine).

4.4. Cibler plus efficacement les personnes éloignées de l'emploi

L'état et les entreprises s'engagent à mettre en place un dispositif pour cibler les personnes éloignées de l'emploi (sénior isolés, jeunes résidents en QPV ou en zone rurale...). En s'inspirant d'initiatives locales, l'objectif principal consistera à lever les freins (mobilité, accompagnement, manque d'information).

4.5. Soutenir davantage les équipes et améliorer la qualité de vie au travail

L'état et les entreprises s'engagent à mettre en place **un observatoire « du bien-être au travail »** chargé du suivi et de la mise en œuvre :

- Du renforcement le soutien des équipes souvent soumises à de fortes tensions et qui aspirent à un meilleur équilibre de vie personnelle/professionnelle
- D'un programme national de lutte contre la sinistralité, ciblé sur ces métiers (cf. rapport El Khomri) pour réduire le taux AT-MP
- D'imposer 4h de temps collectif par mois d'équipe à domicile et en EHPAD (cf. rapport El Khomri)

RÉTABLIR LA CONFIANCE

Jamais la qualité d'accueil n'a été aussi bonne dans les établissements pour personnes âgées depuis 40 ans. Pourtant le secteur traverse une crise de confiance inédite qui rend nécessaire un travail d'objectivation de ce qui constitue la qualité et de son niveau réel, à la fois pour sanctionner les abus et manquements et œuvrer à une démarche de transparence vis-à-vis des citoyens mais aussi des familles et des aidants.

L'offre d'EHPAD et de services est assurée aussi bien par des acteurs publics qu'associatifs ou commerciaux. Chacun a ses particularités mais il revient à la puissance publique d'assurer une égalité de traitement à chaque citoyen hébergé quelle que soit la nature juridique de l'établissement ou du service qui l'accueille.

Engagement n°5 – Retisser le lien de confiance entre les Français et les EHPAD et garantir une égalité de traitement entre tous les citoyens

- 5.1. Valoriser les résultats des contrôles effectués pendant 2 ans auprès des 7 500 EHPAD de France.
- 5.2. Aboutir, dans le cadre des **évaluations externes HAS**, à une notation objective (A, B, C, D) et rendue publique sur le site de la Haute Autorité de Santé, les établissements et services notés C ou D étant contrôlés de nouveau dans les 6 mois.
- 5.3. Au-delà du formalisme des **conseils de la vie sociale**, chaque EHPAD - et chaque résidence autonomie - doit s'engager à réunir en assemblée générale les résidents et les familles et proches des résidents au moins une fois par an, réunion ouverte aux élus locaux qui le souhaitent.
- 5.4. Aucun citoyen en France ne doit être exclu pour des raisons financières ou d'autres raisons du droit à une prise en charge de ses fragilités. Ce qui suppose d'assurer, territoire par territoire, l'existence d'un nombre suffisant de places habilitées à l'aide sociale, et d'un nombre suffisant de personnel soignant et d'accompagnement (domicile et maisons de retraite). C'est d'abord la responsabilité du Service public même si cet enjeu dépasse le seul secteur public.
- 5.5. Si les établissements peuvent avoir des statuts différents, il est essentiel en revanche d'assurer à chaque assuré social une égalité de traitement en matière de couverture des soins et de la perte d'autonomie quelle que soit la nature juridique de l'établissement d'accueil.
- 5.6. Depuis les réformes de la tarification de 1999 et 2016, les modalités de tarification sont semblables quel que soit le statut juridique de l'EHPAD. S'il est important de traiter les spécificités de chacun des secteurs et notamment les sujétions liées à l'exécution du service public, il est important pour maintenir la cohésion du secteur de fixer les mêmes règles pour tous notamment en termes de règles de tarification, ce qui suppose également d'établir des règles équitables pour tous les statuts en termes de cotisations sociales et de fiscalité.

Les conseils départementaux et les agences régionales de santé ont pour mission d'autoriser, et dès lors de contrôler et d'évaluer les établissements et services. Ce qui passe par une réflexion sur les modalités d'inspection et sur la finalité des CPOM.

Engagement n°6 – Repenser les modalités de contrôle et d'évaluation

- 6.1. Il convient de **repenser la logique des CPOM** pour leur redonner une force contractuelle plus évidente et en faire un véritable outil de dialogue de gestion. Mais la généralisation à terme de la fusion soins/dépendance - et donc de la gestion par les seules ARS - doit conduire à l'avenir à un développement des CPOM régionaux sur la partie soins permettant une véritable mutualisation des moyens qu'un opérateur met en œuvre sur un territoire.
- 6.2. Il faudrait également profiter du bilan des 7 500 inspections menées depuis deux ans pour établir, en partenariat avec les professionnels, les modalités de contrôle les plus efficaces et les plus justes possibles.
- 6.3. **Repenser le lien entre les exigences demandées par la puissance publique et les moyens attribués** par cette même puissance publique et organiser une réflexion commune entre contrôleurs et contrôlés pour rendre ces inspections plus efficaces et plus opérantes en partant de critères objectifs.
- 6.4. Permettre aux centres communaux d'action sociale - au-delà de la gestion de leurs propres équipements - de retrouver une mission d'accompagnement et de conseil aux gestionnaires d'établissements et de services établis sur leur territoire.

SIMPLIFIER LES RÈGLES

Il n'est pas absurde de penser qu'un système de tarification devient caduc au bout de 25 ans. À l'évidence il convient aujourd'hui de repenser en profondeur la tarification ternaire mise en place en 1999/2001. Et ce dans quatre orientations :

Engagement n°7 - Penser une nouvelle réforme de la tarification

1^{re} orientation : repenser la section soins-dépendance

7.1. Accélérer la fusion soins-dépendance

5 ans après le rapport Libault, l'État et les départements ont enfin décidé d'expérimenter cette fusion pourtant souhaitée par tous les professionnels. S'il faut en passer par cette phase en 2025, une généralisation est souhaitable au plus vite pour stabiliser les règles tarifaires en vigueur.

7.2. Redéfinir la liste des dépenses relevant de la section soins-dépendance

La liste des dépenses émergeant à la dotation soins et dépendance fait l'objet depuis 1999 d'une liste limitative faisant du tarif hébergement la variable d'ajustement de ce qui n'est pas couvert par le soin et la dépendance. Ainsi dans notre pays, l'Assurance Maladie prend peu en charge la gestion de l'organisation des soins (logiciels, secrétariat, prévention, activités physiques adaptées, locaux dédiés aux soins...). Elle ne prend pas en charge, même partiellement, le coût du directeur de l'EHPAD quand dans le même temps il apparaît inenvisageable qu'un directeur d'hôpital ne soit pas rémunéré par l'Assurance Maladie.

Mais la logique même de ces dotations soins et de la définition de leur contenu conduit à maintenir la logique très sanitaire que connaissent les EHPAD français. Notre système de tarification n'est construit ni pour encourager la prévention, ni pour promouvoir les métiers d'accompagnement tels qu'animateurs, psychologues, psychomotriciens, kinés, orthophonistes etc...

7.3. Redonner la liberté d'option entre tarif soins partiel et global

Au commencement de la réforme de la tarification, chaque EHPAD avait le choix de son option tarifaire mais aussi le choix d'en changer. Ce droit fut ensuite contingenté puisque seuls quelques EHPAD ont la possibilité chaque année de basculer du tarif partiel au tarif global. Et ce alors même que tout le monde reconnaît que le tarif global est en termes de santé publique bien plus vertueux. Il s'agirait ici de redonner aux EHPAD la liberté de leur option tarifaire, moyen le plus sûr d'attirer à nouveau des médecins coordonnateurs. De même, il est grand temps de laisser les EHPAD volontaires gérer les médicaments en contractualisant avec un ou plusieurs pharmaciens d'officine s'ils n'ont pas de pharmacie à usage intérieur.

2^e orientation : repenser la section hébergement

7.4. Assouplir les modalités de fixation du tarif hébergement dans les EHPAD habilités à l'aide sociale

L'article 24 de la loi du 8 avril 2024 répond à la nécessité pour les EHPAD publics et associatifs de sortir du carcan trop contraignant du 100 % de places habilitées à l'aide sociale. En autorisant cette souplesse, le secteur public notamment est en situation de retrouver d'indispensables capacités d'auto-financement.

7.5. Sanctuariser la liberté de fixation du tarif hébergement

La liberté de fixation des tarifs hébergement des EHPAD non habilités à l'aide sociale est un système qui donne satisfaction à tous depuis la loi de 1990. Librement fixé, le tarif est ensuite encadré par un taux fixé par le ministère de l'Économie selon des critères qui prennent correctement en compte l'augmentation des coûts. Ce système doit être confirmé.

3^e orientation : Repenser la tarification des SAAD et faciliter la création des services autonomie**7.6. Réviser d'urgence la tarification des SAAD**

Depuis des années, pas une seule voix ne s'élève pour conserver la « tarification horaire » qui prévaut pour les SAAD, tous les acteurs jugeant qu'une tarification globale est en tous points préférable. Malgré cela, la loi du 8 avril confirme la frilosité de la puissance publique face une réforme pourtant indispensable en ouvrant « *la possibilité pour dix départements de remplacer la tarification horaire des services autonomie à domicile par une tarification globale ou forfaitaire* ». Une expérimentation qui doit se terminer ... fin 2026. Il est absolument indispensable d'accélérer cette transformation sans attendre fin 2026.

7.7. Organiser de façon pragmatique la bonne réalisation des services autonomie

La création des services autonomie part d'une louable intention soutenue par les professionnels. Mais la mise en œuvre de cette réforme pose des problèmes très concrets qu'il nous faut résoudre dans les prochains mois.

4^e orientation : Négocier collectivement la construction des circulaires budgétaires

7.8. Chaque année, l'enveloppe des mesures nouvelles attribuées aux établissements et services pour personnes âgées revient au Parlement dans le cadre de l'Ondam médico-social. Mais ensuite – et on l'a bien vu en 2024 – la répartition de cette enveloppe échappe tant au législateur qu'aux professionnels.

7.9. Instaurer entre février et avril un round de concertation permettant une discussion raisonnée autour des objectifs de la circulaire (équilibre entre réévaluation des dotations, création de nouveaux services ou équipements, revalorisation salariale...).

La tarification est depuis 25 ans largement basée sur les outils d'évaluation AGGIR-PATHOS. S'il ne s'agit pas de remettre en cause la pertinence de ces outils, leur usage mérite d'être rénové.

Engagement n°8 – Moderniser les outils d'évaluation de la perte d'autonomie

8.1. Digitaliser le processus d'évaluation

En 2024, les évaluations se mènent exactement comme en ... 2001. Comme si Internet n'existait pas. Il faut d'urgence initier un process utilisant les outils digitaux, et limitant les déplacements sur site de l'ARS à des fins de contrôle et en utilisant des outils de télétransmission sur un modèle Cerfa. Le secteur médico-social pourrait s'inspirer en la matière des pratiques du PMSI du secteur sanitaire.

8.2. Revoir totalement le processus d'évaluation individuelle en profitant du momentum de la fusion des sections soins-dépendance

Les outils GMP et PATHOS ont été pertinents jusqu'à la moitié des années 2010 pour finaliser la conduite du changement vers l'accueil d'une population de plus en plus fragile. Mais à la veille d'un forfait soins-dépendance, plus rien ne justifie une individualisation à outrance des évaluations AGGIR et PATHOS.

Cette fusion pourrait s'accompagner pour les EHPAD qui le souhaitent d'un financement forfaitaire qui nécessiterait que l'EHPAD prouve une fois tous les 3 ou 5 ans qu'il accueille au moins 70 ou 80 % de GIR 1 à 3 (ce qui est le cas de la majorité des EHPAD déjà aujourd'hui). Ceci constituerait un gigantesque gain de temps tant pour les établissements que pour les autorités tarifaires sachant que la tarification pourrait alors donner plus d'importance à des variables de qualité reposant d'une part sur les certifications concluantes menées par la HAS et d'autre part sur des engagements contractuels quantifiables (réduction du taux de chute, du taux d'hospitalisation...). Quant au contrôle financier, il s'effectuerait sur la base d'un contrôle d'une bonne affectation des enveloppes financières sur des comptes comptables pré-identifiés, sur certification du CAC.

Quant à l'outil Pathos, il demeure indispensable. Mais son efficacité nécessite que les pouvoirs publics puissent valider au début de l'année N+1 les résultats des coupes Pathos effectués par l'établissement en année N, l'ARS ayant naturellement la possibilité d'effectuer à tout moment des contrôles a posteriori.

Avec environ 7 500 localisations sur l'ensemble du territoire national, l'EHPAD constitue un atout de proximité dont les implantations pourraient être davantage valorisées. Si les CRT permettent aujourd'hui de capitaliser sur cet important maillage pour faciliter les parcours des résidents, leurs missions demeurent périmétrées et leur déploiement soumis à des autorisations contingentées dont le secteur privé est largement exclu. Une réforme des autorisations semble s'imposer afin de donner les moyens à tous les opérateurs d'adapter leur offre de services aux besoins à venir.

Engagement n°9 - Repenser le système d'autorisation : l'EHPAD plate-forme

9.1. Abandonner le régime des autorisations en silos (hébergement permanent, temporaire, accueil de jour, HAD, SAAD, SSIAD, PASA, UHR, équipes mobiles...) pour donner la possibilité à un EHPAD de déployer une palette de services à une population donnée. Cette approche populationnelle s'accompagnerait d'une formule d'autorisation de « file active », l'autorisation portant sur une capacité globale, à savoir le nombre de personnes accompagnées, plutôt que sur des catégories juridiques de mode d'accueil (cf. secteur du handicap).

Pour les professionnels, la complexité du système de gouvernance est source de difficultés majeures au quotidien. La fusion potentielle entre les tarifs dépendance et soins doit s'accompagner d'un big bang de la gouvernance.

Engagement n°10 - Gouvernance : créer un choc de simplification

- 10.1. Aux ARS, la gestion des tarifs soins-dépendance et l'évaluation de l'état de santé des résidents (contrôle AGGIR-PATHOS)
- 10.2. Aux départements, la gestion de l'hébergement en EHPAD, l'animation territoriale et la planification de l'offre à domicile
- 10.3. En revanche, la planification de l'offre en établissement et/ou à domicile doit faire l'objet d'une co-responsabilité État-département pour permettre une juste répartition des moyens sur l'ensemble des territoires.

Les présents engagements peuvent être réalisés pour des coûts relativement modestes. Mais l'évolution démographique nous paraît incompatible avec le paramétrage financier de la branche autonomie puisqu'avant toute nouvelle programmation de l'offre, les pouvoirs publics envisagent déjà un déficit prévisionnel de la branche autonomie de - 2,5 milliards d'euros fin 2028.

Il est donc indispensable - même si cela n'est pas au cœur du présent Pacte - d'engager rapidement un débat public sur les ressources qui devront être consacrées au Grand âge à l'horizon 2030.