

ANNEXE 4

APPLICATION DE L'EXPERIMENTATION DE LA FUSION DES SECTIONS

L'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit une expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de longue durée (USLD) qui se traduit par la mise en place d'un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, en lieu et place des forfaits relatifs aux soins et à la dépendance.

Ces dispositions ont été complétées par l'article 82 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Un premier décret a été pris en application de ces dispositions : il s'agit du décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, publié au Journal Officiel le 22 février 2025.

Un second décret, qui fixe notamment les modalités de financement de cette expérimentation, est en cours de finalisation.

Enfin, l'arrêté à paraître fixera le montant de la participation financière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie à 6,10 € toutes taxes comprises (TTC).

La présente annexe a pour objet de présenter les dispositions applicables aux EHPAD et aux petites unités de vie (PUV) tarifées au groupe iso-ressources moyen pondéré soins (GMPS) dans le cadre de cette expérimentation ainsi que les modifications apportées par ces dispositions (I), puis les implications en matière de tarification de ces établissements dans le cadre de la campagne budgétaire (II).

I. Dispositions applicables dans le cadre de l'expérimentation et changements par rapport aux dispositions de droit commun

1. Cadrage législatif de l'expérimentation :

1.1. Principes généraux

L'article 79 précité prévoit que l'expérimentation dure du 1^{er} juillet 2025 au 31 décembre 2026 dans les 23 départements suivants : Aude, Cantal, Charente-Maritime, Corrèze, Côtes-d'Armor, Creuse, Finistère, Haute-Garonne, Haute-Marne, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Mayenne, Métropole de Lyon, Morbihan, Nièvre, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Savoie, Seine-Saint-Denis, Guyane, La Réunion. Toutes ces collectivités sont désignées nominativement dans la loi.

Dans ces départements, un régime de financement adapté est mis en place pour l'ensemble des EHPAD, des PUV tarifées au GMPS¹ et des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD). Une application partielle est impossible².

¹ Les PUV bénéficiant d'une tarification dérogatoire n'entrent pas dans ce périmètre, celles-ci ne relevant pas de l'APA-établissement (mais de l'APA à domicile).

² Excepté cas spécifiques comme le financement d'EHPAD implantés dans un département expérimentateur mais relevant d'un autre département, en vertu des règles budgétaires applicables aux établissements rattachés à des collectivités territoriales notamment.

Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation sur les conditions de sa généralisation et de sa pérennisation.

1.2. Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU)

L'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement, qui est la source de financement de la section « dépendance » de ces établissements, est supprimée et les charges d'exploitation relatives aux soins et à la dépendance (devenue entretien de l'autonomie) sont financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU), de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)³. Ce forfait est versé par les organismes payeurs de l'assurance maladie.

Ce nouveau forfait prend en compte les besoins en soins des résidents et leur niveau de perte d'autonomie qui restent déterminés à l'aide des coupes AGGIR et PATHOS selon les modalités de droit commun.

Ce forfait peut inclure des financements complémentaires. Il peut être modulé en fonction de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement. La modulation peut également s'appliquer aux financements complémentaires.

Le FGU peut également financer des actions de prévention, ainsi que des mesures de revalorisations salariales pour le personnel émergeant sur la section « hébergement ».

La suppression de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) établissement ne vaut que dans les départements expérimentateurs. Ce régime de financement perdure dans les autres départements. A ce titre, les départements expérimentateurs restent redevables des tarifs « dépendance » dus au titre du domicile de secours pour des résidents accueillis dans des départements non-expérimentateurs. Ils bénéficient en revanche d'un remboursement intégral de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

1.3. La participation des résidents

Le principe d'une participation financière du résident aux frais d'entretien de l'autonomie est maintenu. Cependant, les modalités de participation sont modifiées.

Dans le droit commun, cette participation repose sur l'acquiescement du tarif journalier afférent aux groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6, dont le montant est déterminé pour chaque établissement, cette participation étant le cas échéant majorée d'une part variable en fonction des revenus du résident, selon un barème national.

Dans le cadre de l'expérimentation, les résidents acquiescent une participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie dont le montant est fixé au niveau national par arrêté interministériel (cf. partie II).

Cette participation est susceptible d'être prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

A titre transitoire, les résidents qui acquiescent au 30 juin 2025 un tarif journalier afférent aux GIR 5-6 inférieur au montant de la participation financière fixée au niveau national continueront à acquiescent le montant du tarif afférent aux GIR 5-6, afin de ne pas générer de surcoût pour ces résidents. En revanche, ceux qui acquiescent un tarif journalier supérieur à ce montant se verront appliquer le nouveau tarif à compter du 1^{er} juillet 2025.

³ Pour application de ces dispositions, les conseils départementaux expérimentateurs transmettent à la DGCS et la CNSA les données budgétaires nécessaires au calcul des éléments de tarification au titre de l'entretien de l'autonomie. Ces données permettent de calibrer les dotations régionales limitatives des ARS concernées par cette expérimentation.

1.4. Contractualisation

En matière de contractualisation, les CPOM portant sur des établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF (établissements commerciaux notamment), et en dehors des cas où la possibilité du moratoire (instruction N° ...) n'est pas appliquée, le CPOM a vocation à être signé uniquement entre l'ARS et le gestionnaire. Le conseil départemental peut cependant demander à participer aux négociations et être cosignataire. Pour les CPOM déjà signés, quel que soit le statut du gestionnaire, l'ARS reprend les engagements qui ont pu être pris au titre de la dépendance à l'exception de ceux relatifs à la pluri-annualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.

1.5. Financement des dépenses relatives au FGU

Le surcoût de cette expérimentation pour la sécurité sociale est compensé partiellement par la suppression du versement du concours APA-établissement par la CNSA et une rétro-compensation de recettes fiscales dont ces départements bénéficient. Ces dispositions font l'objet d'un décret en cours de finalisation.

2. Les dispositions du décret n° 2025-168 du 20 février 2025 précité :

Ce décret regroupe quatre décrets prévus par la loi, précisant :

- Les dispositions budgétaires applicables dans le cadre de l'expérimentation :
 - Les charges couvertes par le FGU dans ces établissements (et plus généralement les dispositions budgétaires applicables aux EHPAD et aux PUV tarifées au GMPS) ;
 - Les modalités de détermination et de mise en œuvre de la participation financière journalière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie ;
 - Les modalités de détermination et d'allocation du FGU des USLD (non traitées dans le cadre de cette annexe).
 - Le minimum garanti de ressources laissées aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement accueillies dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

2.1. Les dispositions budgétaires :

2.1.1. Détermination du FGU et du montant à la charge de la Branche Autonomie

Pour les EHPAD et les PUV, les règles précisées au paragraphe 10 : « Modalités particulières de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » de la sous-section 4 de la section 2 du chapitre IV du titre 1er du livre III du CASF sont adaptées afin d'intégrer la création du FGU qui se substitue au forfait global relatif aux soins et au forfait global relatif à la dépendance existant dans le cadre du droit commun.

Le financement de droit commun, reposant sur trois sections tarifaires : « soins » (de la compétence des ARS), « dépendance » (de la compétence des conseils départementaux, incluant une participation des résidents) et « hébergement » (à la charge des résidents, ceux-ci pouvant bénéficier sous conditions de l'aide sociale à l'hébergement), est remplacé par un financement bipartite comprenant :

- Le FGU, de la compétence des ARS, incluant une participation financière forfaitaire des résidents ;
- Un ou plusieurs tarifs relatifs aux prestations d'hébergement, à la charge des résidents qui peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement dans les conditions de droit commun.

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie comprend :

- Le résultat de l'équation tarifaire relative aux soins suivante :
[Indicateur synthétique GMPS x Capacité autorisée et financée en hébergement permanent x Valeur du point]

selon deux options tarifaires possibles : tarif partiel ou tarif global et la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur, dont dépend le périmètre des dépenses de soins imputables sur ces financements ;
- Le résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance :
[Niveau de dépendance des résidents x Places autorisées et financées en hébergement permanent x Valeur du point GIR départemental⁴]
- Des financements complémentaires, prévus dans le CPOM.

La composante « Entretien de l'autonomie » du FGU est « toutes taxes comprises ».

Le montant à la charge de la branche Autonomie est déterminé en minorant le FGU (hors financements complémentaires) d'une part des tarifs journaliers correspondant aux prestations de soins et d'entretien de l'autonomie délivrées à des résidents non affiliés à un régime obligatoire de la sécurité sociale, et non bénéficiaires de l'aide médicale notamment, et, d'autre part, du montant prévisionnel des participations financières forfaitaires des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie.

2.1.2. Les participations forfaitaires des résidents

La participation forfaitaire (cf. 1.3) est fixée au niveau national par arrêté interministériel. Son montant est de 6,10 € TTC par jour et par résident, à compter du 1^{er} juillet 2025, dans tous les EHPAD et PUV implantés dans les départements expérimentateurs.

La partie II explicite plus en détail les changements que l'expérimentation apporte en matière de participation du résident.

2.1.3. Les résidents non affiliés à la sécurité sociale

Lorsqu'un résident n'est pas affilié à un régime obligatoire de la sécurité sociale et qu'il ne relève pas de l'aide médicale notamment, le coût des prestations relatives aux soins et à l'entretien de l'autonomie reste à sa charge. Un engagement à acquitter ces frais doit être souscrit et, sauf en cas d'urgence, une provision renouvelable doit être versée lors de son entrée dans l'établissement.

2.1.4. Charges couvertes par le FGU

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU) (hors financements complémentaires) couvre les dépenses suivantes :

- Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales dont la liste est fixée par arrêté ;
- Les charges relatives aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmaciens et d'auxiliaires médicaux assurant les soins ;
- Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux ;
- L'amortissement et la dépréciation du matériel médical, ainsi que les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation ;

⁴ Fixé annuellement par le directeur général de l'ARS dans les départements expérimentateurs.

- Les médicaments dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 314-8 du CASF ;
- Les rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement ;
- Les fournitures pour l'incontinence ;
- Concurrément avec les produits relatifs à l'hébergement, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;
- Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurrément avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues.

Lorsque l'établissement est en tarif global, ces charges comprennent également les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie.

2.1.5. Refus de signature du CPOM

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie fait l'objet d'une minoration, pour sa composante « soins », en cas de refus du gestionnaire de signer le CPOM.

2.2. Les dispositions en matière de garantie de ressources des résidents :

La suppression de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (APAE) est sans incidence sur les garanties de ressources apportées aux résidents. La partie 3 ci-dessous rappelle quelles sont ces garanties.

3. Récapitulatif des différences du régime de financement expérimentateur avec le régime de droit commun :

Le tableau suivant récapitule, pour chaque catégorie d'acteur les implications de l'expérimentation :

		Ce qui change (à partir du 1er juillet 2025)	Ce qui ne change pas (prise en compte selon les mêmes modalités qu'auparavant sauf indication contraire)
Départements expérimentateurs	Suppression de l'APAE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suppression des prestations individuelles d'APAE (1) ✓ Plus de versement du forfait global afférent à la dépendance aux EHPAD et USLD, pour l'hébergement permanent 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traitement des demandes individuelles d'APAE des ressortissants accueillis dans un département-non expérimentateur (1) ✓ Financement de l'AJ/AT relevant toujours de la compétence du département, selon des modalités de poursuite à sa discrétion ✓ Tarification de la partie hébergement ✓ A titre transitoire : prise en charge des coupes AGGIR la première année de l'expérimentation (2)
	Contractualisation	✓ Le département peut rester signataire du CPOM des EHPAD relevant de l'article L. 342-1 du CASF - il doit en infirmer l'ARS le cas échéant	
Autres départements	Suppression de l'APAE des départements expérimentateurs	✓ Plus aucuns tarifs journaliers au titre de leurs ressortissants accueillis dans des départements expérimentateurs ne sont dus (3)	✓ Hormis les tarifs journaliers dus au titre ressortissants accueillis dans des départements expérimentateurs, aucun changement sur le traitement des demandes d'APAE ou le financement de la dépendance
Établissements concernés par l'expérimentation	FGU (cf détail du calcul en partie II)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modulation du FGU en fonction de l'atteinte des objectifs du CPOM et de l'existence de surcoûts liés au lien d'implantation ✓ FGU pouvant comprendre des dépenses de prévention ✓ Établissements nouvellement créés : utilisation du niveau de dépendance moyen national établi par la CNSA (et non plus départemental) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prise en compte des évaluations des besoins en soins requis (coupes PATHOS) et de la perte d'autonomie (coupes AGGIR) dans le niveau de financement ✓ Modulation possible du FGU en fonction de l'activité ✓ Minoration de la composante "Soins" du FGU en cas de refus de la signature du CPOM ✓ Choix de l'option tarifaire (tarif partiel avec ou sans PUI versus tarif global avec ou sans PUI) ✓ Déclarations fiscales des établissements soumis au régime de TVA (4)
	Suppression de l'APAE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aucune facture émise à des départements tiers pour l'accueil de leurs ressortissants (cf. détail au II.) ✓ Aucun dossier de demande individuelle d'APAE à remplir pour le compte des résidents ✓ Modalités de participation des résidents simplifiées (cf. partie II) 	
	Information financière	✓ Deux colonnes spécifiques au FGU ajoutées dans le tableau d'annexe financière et le TPER (5)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aucune évolution des nomenclatures comptables liées à l'expérimentation ✓ ERRD 2024 inchangé
Autres établissements		Aucun changement	
Résidents des établissements expérimentateurs	Résidents bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le montant forfaitaire fixé par arrêté (cf. ci-dessus) s'applique à tous les résidents, quel que soit l'âge et le classement selon la grille AGGIR, et que cette participation soit prise en charge par l'ASH ou pas ✓ Possibilité de prise en charge de la participation forfaitaire par l'aide sociale à l'hébergement (quel que soit l'âge) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A titre transitoire, maintien de la participation antérieure si inférieure à la participation forfaitaire (cf. 1.3) ✓ Tarif relatif à l'hébergement, qu'il soit acquitté par le résident ou couvert par l'ASH ✓ Spécifiquement concernant les bénéficiaires de l'ASH (6) : <ul style="list-style-type: none"> - Maintien des garanties de ressources - Poursuite de la prise en charge par l'ASH sans déposer de nouveaux dossiers de demande du bénéficiaire de l'ASH
Résidents des autres établissements		Aucun changement	
ARS concernées par l'expérimentation	Dotations régionales limitatives	✓ Intégration des montants relatifs à l'entretien de l'autonomie (anciennement dépendance)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financements octroyés dans le cadre des campagnes budgétaires habituelles ✓ Financements pouvant être octroyés en plusieurs fois
	FGU	✓ Fixation du FGU et du montant à verser par la branche Autonomie selon les modalités décrites dans la présente annexe, pour la partie relative à l'hébergement permanent	✓ Financements complémentaires au titre du soin
	Financement accueil de jour/hébergement temporaire (AJ/HT)	✓ Données relatives aux résultats de l'équation tarifaire dépendance à transmettre aux départements (pour l'AJ/HT) (7)	✓ Financements relatifs à l'AJ/HT au titre du soin préexistants à l'expérimentation
	Coupes PATHOS	Aucun changement (8)	
	Coupes AGGIR	✓ Reprise progressive des coupes (8)	
	Contractualisation	✓ Si le département n'a pas fait connaître son intention d'être signataire, le CPOM est bipartite (ARS/gestionnaires) pour les établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF (9)	

(1) Le processus de traitement des demandes est simplifié (cf. tableau) : l'instruction d'un dossier APA établissement pour les résidents accueillis dans le département ou dans un autre département expérimentateur n'est plus nécessaire. A ce titre, les établissements n'ont plus à faire remplir un dossier de demande d'APA en établissement pour les résidents admis à partir du 1^{er} juillet 2025.

Cette instruction reste nécessaire, au titre du domicile de secours, dans le cas où la personne est accueillie dans un EHPAD implanté dans un département non-expérimentateur.

Une attention particulière doit être portée aux situations de fin de droits ouverts à l'APA à domicile pour toute personne entrant en EHPAD. Avant l'expérimentation, la bascule de l'APA à domicile vers l'APAE était réalisée au sein du département, compétent sur pour ces deux prestations. Dans le cadre de l'expérimentation, le coût relatif à l'entretien de l'autonomie du résident entrant en établissement, bascule du département, via l'APA à domicile, vers l'ARS, via le FGU. Il est donc attendu des établissements qu'ils communiquent les informations relatives à toute nouvelle entrée aux départements dont ils relèvent. Autant que possible, il peut être également recommandé que les ARS et les départements partagent régulièrement

leurs listes respectives de résidents affiliés à la sécurité sociale et de bénéficiaires des prestations individuelles d'APA.

(2) Pour rappel, les départements se sont engagés à apporter leur soutien à vos équipes, pour leur permettre une montée en charge sur ce sujet (cf. tableau).

(3) La suppression de l'APAE dans les départements expérimentateurs s'applique indirectement aux départements non-expérimentateurs au titre du domicile de secours lorsque le département d'accueil participe à l'expérimentation.

Dans ce cas, il n'est plus nécessaire d'instruire un dossier d'APAE et aucune facturation au titre de la dépendance ne sera adressée au département domicile de secours (hormis le cas où la participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie devrait être couverte par l'aide sociale à l'hébergement).

(4) Pour les établissements soumis au régime de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), la décision tarifaire de l'ARS distingue une composante « soins » et une composante « entretien de l'autonomie » permettant les déclarations fiscales.

(5) Les documents constitutifs de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, qui sera à transmettre pour l'exercice 2025 aux autorités de tarification⁵, ne contiennent pas d'évolution liée à la création du FGU, **excepté** :

- Le tableau d'annexe financière⁶ ;
- Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés⁷.

Deux colonnes relatives aux FGU sont créées, afin d'y saisir la consolidation des charges et des produits, équivalents temps plein (ETP) ou rémunérations afférents aux anciennes parties « Soins » et « Dépendance ». Les établissements concernés par l'expérimentation ne remplissent que les colonnes relatives au FGU et ne remplissent pas les colonnes relatives respectivement à la partie « Soins » et « Dépendance ».

Le cas échéant, les établissements sont invités à se reporter aux consignes de remplissage éditées par la CNSA et disponibles via la page « Aide » des applications.

Les documents constitutifs de l'état réalisé des recettes et des dépenses, qui sera à transmettre aux autorités de tarification pour l'exercice 2025⁸, ne contiennent pas d'évolution liée à la création du FGU.

(6) La participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie peut être prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

Le minimum de ressources mensuelles laissé à la disposition des personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement accueillies dans ces établissements à 10%, de leurs ressources, représentant au moins un centième du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun.

Les personnes en situation de handicap accueillies dans ces établissements conservent un minimum de 10% de l'ensemble de leurs ressources mensuelles représentant au moins 30% du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun.

Ces minima sont majorés dans les conditions de droit commun, en fonction notamment de la situation matrimoniale de ces résidents.

⁵ Transmission via la plateforme ImportEPRD, déployée par la CNSA.

⁶ Annexe 5A de l'arrêté du 27 décembre 2016, modifié par les arrêtés du 18 juin 2018, du 15 décembre 2020 (NOR : SSAA2030779A) et du 25 novembre 2022.

⁷ Annexe 6A de l'arrêté du 27 décembre 2016, modifié par l'arrêté du 18 juin 2018.

⁸ Transmission via la plateforme ImportERRD, déployée par la CNSA.

Si l'ancien talon GIR 5/6 était remboursé en tout ou partie par le département au titre de l'aide sociale à l'hébergement, la nouvelle participation financière aux dépenses d'entretien de l'autonomie est couverte dans les mêmes conditions, sans qu'il soit nécessaire de déposer une nouvelle demande d'admission au bénéfice de l'aide sociale.

Dans ce cas, l'établissement substitue la nouvelle participation dans la facture envoyée au département. Il est recommandé d'accompagner cette facturation d'un courrier avec la mention suivante : « Conformément au E de l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, la nouvelle participation forfaitaire se substitue à l'ancienne participation qui était facturée au titre de l'APAE ».

(7) Les ARS ne fixent les financements au titre de l'entretien de l'autonomie que pour l'activité d'hébergement permanent. Les départements expérimentateurs restent compétents pour financer des modes d'accueil alternatifs (notamment l'hébergement permanent et l'accueil de jour) au titre de l'APA à domicile.

A ce titre, les ARS communiquent aux départements expérimentateurs les données concernant les résultats de l'équation tarifaire afférente à la dépendance, qui sont parfois utilisées pour déterminer des prix de journée pour ces modes d'accueil.

(8) Aucune remontée de données en plus de celles qui sont validées dans l'application GALAAD n'est à organiser spécifiquement. Si de telles remontées étaient mises en œuvre par les départements expérimentateurs, avant le démarrage de l'expérimentation, elles ne seront pas poursuivies.

(9) Pour les CPOM déjà signés, le directeur général de l'ARS reprend pour le compte de l'Etat les engagements qui avaient pu être pris au titre du financement de la dépendance, à l'exception de ceux relatifs à la pluri-annualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.

II. Les implications en matière de tarification de ces établissements dans le cadre de la campagne budgétaire

1) Proratization des montants pris en charge par la branche autonomie au titre de 2025

La date d'entrée en vigueur de l'expérimentation est le 1^{er} juillet 2025. Dès lors, les niveaux de crédits présentés dans la présente instruction sont tous proratisés avec effet à mi-année. Aucun financement relatif à la dépendance et émanant d'éventuelles décisions de tarification ou autorisation portant sur la période du 1^{er} janvier 2025 au 30 juin 2025 ne sera pris en compte par la branche autonomie.

2) Le FGU brut applicable du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025

Le FGU est fixé de la manière suivante :

Forfait global unique (FGU) brut =

$$\begin{aligned} & \text{Résultat de l'équation tarifaire relative aux soins (A)} \\ & + \text{Résultat de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie (B)} \\ & + \text{financements complémentaires (C)} \end{aligned}$$

A) Résultat de l'équation tarifaire relative aux soins

Le détail de l'équation tarifaire relative aux soins est rappelé en partie I. Il s'agit du calcul habituel, sans changement, hormis les revalorisations liées à l'augmentation des valeurs de point (tarif partiel avec ou sans pharmacie à usage intérieur (PUI), tarif global avec ou sans PUI) et au taux d'actualisation retenu pour 2025.

Les modalités de prise en compte des coupes PATHOS étant inchangées, seules celles validées avant le 30 juin 2024 sont prises en compte pour calculer le composante « Soins » du FGU des EHPAD et PUV⁴ concernés par l'expérimentation.

Le résultat de l'équation tarifaire relative aux soins est donc strictement égal au montant qu'aurait fixé l'ARS, en l'absence d'expérimentation. Les valeurs de point GMPS sont rappelées dans **l'annexe 1** de la présente instruction.

B) Résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance

Le détail de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie est rappelé en partie I. Il correspond au calcul de l'ancienne partie dépendance, devenue la composante « Entretien de l'autonomie » du FGU.

Au titre de l'année 2025, à compter du 1^{er} juillet, les paramètres retenus pour le calcul du résultat de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie sont les suivants :

- La valeur de point GIR départemental des départements expérimentateurs est fixée à 7,84 €. Cette valeur correspond au troisième quartile de la distribution nationale des valeurs de point GIR constaté en 2024, ce qui permet d'entamer une convergence à la hausse des valeurs départementales, pour réduire les disparités territoriales de financement constatées sur la dépendance.
La valeur de point GIR de 7,84 € ne s'applique que si elle est supérieure à la valeur de point GIR applicable en 2024. Ainsi :
 - Si la valeur de point GIR du département arrêtée au titre de 2024 est inférieure ou égale à 7,84 €, alors la valeur de point GIR applicable en 2025 est 7,84 € ;
 - Si la valeur de point GIR du département arrêtée au titre de 2024 est supérieure à 7,84 €, alors la valeur de point GIR applicable en 2025 est égale à la valeur de point GIR arrêtée au titre de 2024.
- Le niveau de dépendance⁹ retenu correspond à la coupe AGGIR validée avant le 30 juin 2024, dans l'application GALAAD déployée par la CNSA, conformément à l'article R.314-170-2 du CASF, qui reste applicable dans les mêmes conditions aux établissements concernés par l'expérimentation.

Pour le calcul des deux équations décrites aux A) et B) ci-dessus, le nombre de places nouvelles ou réouvertes au cours de l'année 2025 sont bien prises en compte, selon les méthodes de proratisation habituelle en fonction de la date d'installation prévisionnelle. Le coût de ces places éventuellement constaté au cours du premier semestre 2025 est de la seule compétence du département et n'est pas inclus dans le FGU au 1^{er} juillet 2025.

Lors de la préparation du déploiement de l'expérimentation, certaines pratiques de remontées de données hors GALAAD ont été constatées dans certains départements, par exemple afin de retenir des coupes plus récentes.

Ces remontées de données sont extra-réglementaires et incompatibles avec le processus de détermination des crédits relevant de la branche Autonomie. Dès lors, les crédits relatifs à la composante « Entretien de l'autonomie » du FGU sont fixés en fonction des règles en vigueur. Aucune remontée hors de l'application GALAAD ne sera donc mise en œuvre.

Cependant, les crédits supplémentaires octroyés aux établissements par les départements expérimentateurs, par majoration de l'équation tarifaire, relèvent d'un effort continu des départements pour soutenir le financement des EHPAD, d'autant plus dans un contexte de

⁹ Il s'agit du niveau de dépendance valorisé selon la colonne E de l'annexe 3-6 du CASF, sans changements par rapport à la situation précédant l'expérimentation.

difficulté financière importante du secteur. C'est pourquoi, les montants considérés sont basculés dans les financements complémentaires.

Enfin, la composante « Entretien de l'autonomie » du FGU concerne uniquement l'hébergement permanent. Les financements relatifs à l'hébergement temporaire et à l'accueil de jour relèvent de l'APA à domicile. Ils sont donc exclus du périmètre de l'expérimentation et restent de la compétence des départements. Si de tels financements étaient inclus dans le calcul de l'équation tarifaire avant l'expérimentation, ils ont été isolés et exclus du calcul du FGU. Les départements poursuivent le financement de ces places selon des modalités qu'ils déterminent, les pratiques les plus couramment observées étant la délégation de montants forfaitaires ou fondés sur les tarifs journaliers relatifs à la dépendance par GIR. C'est pourquoi il vous est recommandé de transmettre les données relatives aux résultats de l'équation tarifaire à vos interlocuteurs habituels au sein des départements (cf. supra).

C) Les financements complémentaires

Des financements complémentaires peuvent être ajoutés aux résultats des équations tarifaires décrites aux A) et B) ci-dessus.

Ils regroupent les anciens financements complémentaires relatifs aux soins et à la dépendance. Conformément au 1° de 1 du C de l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, ces financements peuvent concerner notamment les modalités d'accueil particulières, la mission de centre de ressources territorial ou ceux qui sont définis dans le CPOM.

Les financements complémentaires accordés dans le cadre de l'ancienne partie « Soins », conformément à l'article R. 314-163 du CASF¹⁰ ont vocation à perdurer dans le cadre de l'expérimentation dans les mêmes conditions.

En outre, ces financements incluent désormais les anciens financements complémentaires auparavant inclus dans le forfait global afférent à la dépendance. Ces derniers n'étaient pas encadrés réglementairement comme ceux prévus dans le forfait global de soins.

Ils devaient toutefois financer des actions liées à la dépendance, à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie des résidents et étaient recommandés pour la couverture des financements liés à l'accueil temporaire¹¹.

Notamment, conformément au deuxième alinéa de l'article R. 314-163 du CASF, les financements relatifs à l'emploi de psychologues dans les pôles d'activités et de soins adaptés et les unités d'hébergement renforcé relèvent de ces financements complémentaires.

Là encore, les financements qui étaient octroyés dans le cadre décrit ci-dessus ont vocation à perdurer. Ils sont repris dans le périmètre de compétence de l'ARS, hormis le financement des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. En outre, comme indiqué supra, les

¹⁰ Ces financements complémentaires concernent :

- Les prestations relatives aux modalités d'accueil temporaire ;
- Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes bénéficiant d'un accueil de jour ;
- Des actions de prévention et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des actions liées au développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice favorisant échanges de pratiques et coopération ;
- Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents ;
- Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ;
- Des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps
- Les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales ou autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant ;
- Des mesures prises pour renforcer l'attractivité de l'exercice des professions.

¹¹ Cf. Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du CASF.

éventuelles majorations d'équation tarifaire pratiquées par certains départements expérimentateurs, sont intégrées aux financements complémentaires le cas échéant.

3) Le montant à la charge de la branche Autonomie

Le FGU fixé selon les modalités décrites au 2) est couvert par un financement de la branche Autonomie ainsi que par une participation des résidents.

Le montant effectivement versé par les organismes payeurs de l'Assurance maladie aux établissements correspond au solde entre le calcul du FGU brut et les participations acquittées par les résidents. Ce montant est calculé de la manière suivante :

$$\begin{aligned} & \text{FGU pris en charge par la branche Autonomie (net)} = \text{FGU brut (D)} \\ & \quad - \text{Produits prévisionnels relatifs aux participations des résidents (E)} \\ & - \text{tarifs journaliers des résidents non affiliés à un régime obligatoire de base de la} \\ & \quad \text{sécurité sociale et ne bénéficiant pas de l'aide médicale notamment (F)} \end{aligned}$$

D) Le FGU brut

Il s'agit du FGU calculé selon les modalités décrites au 2) ci-dessus.

E) La participation forfaitaire des résidents, applicable à compter du 1^{er} juillet 2025

Cette participation est fixée à 6,10 € par jour et par résident au 1^{er} juillet 2025 (cf. partie I.). Elle s'applique à tous les résidents des EHPAD et PUV¹² implantés dans les départements expérimentateurs, uniformément, quel que soit leur âge ou leur classement selon la grille AGGIR.

De ce fait, cette participation forfaitaire remplace :

- i) Le talon GIR 5/6 acquitté par tous les résidents et correspondant au tarif journalier afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 5 et 6 de la grille AGGIR, calculé selon les dispositions de l'article R. 314-172 du CASF. Comme indiqué supra, aucun résident ne voit sa participation augmenter au 1^{er} juillet 2025¹³. Dans les établissements dont le talon GIR 5/6 est inférieur à 6,10 € au 1^{er} juillet 2025, la nouvelle participation forfaitaire s'applique donc uniquement aux nouveaux entrants à compter de cette date. Le montant de participation s'établit comme suit :
 - Si le résident acquittait un talon GIR 5/6 avant le 1^{er} juillet 2025 inférieur à 6,10 €, le montant antérieur est conservé.
 - Si le résident acquittait un talon GIR 5/6 avant le 1^{er} juillet 2025 supérieur à 6,10 €, le montant applicable à compter de cette date est ramené à 6,10 €. Cette baisse de participation des résidents est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.
- ii) La participation en fonction des ressources, au-delà du talon GIR 5/6, qui est supprimée. La baisse de participation des résidents concernée est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.

¹² Uniquement celles tarifées au GMPS

¹³ En dehors des dispositions contractuelles déjà prévues par ailleurs.

- iii) La partie relative à la dépendance du prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans¹⁴. Avant l'entrée en vigueur de l'expérimentation, ce tarif est encadré par l'article R. 314-188 du CASF, qui prévoit le calcul suivant :

Prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de 60 ans (**hors expérimentation**) =

$$\frac{\text{Résultat de l'équation tarifaire afférente à la dépendance avant déductions des participations}}{\text{Nombre de journées d'ouverture x capacité autorisée et financée}} + \text{Tarif moyen afférent à l'hébergement}$$

Dans le cadre de l'expérimentation, la formule de calcul du prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de 60 ans devient :

$$6,10 \text{ €} + \text{Tarif moyen afférent à l'hébergement}$$

- iv) La participation des résidents non bénéficiaires de l'APAE, dans la mesure où cette prestation est supprimée dans les départements expérimentateurs. Cette baisse de participation des résidents est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.

Compte tenu des i), ii), iii) et iv) ci-dessus, le produit prévisionnel relatif aux participations des résidents, déduit du FGU brut, est donc calculé de la manière suivante pour 2025 :

$$\text{Participation forfaitaire par jour par résident (6,10 € ou participation antérieur)} \times \text{nombre de journées prévisionnelles}$$

Le nombre de résidents concernés par une baisse ou un maintien de leur participation a été estimé sur la base des capacités des établissements concernés par l'expérimentation et des montants de talon GIR 5/6 arrêtés au titre de l'exercice 2025 et collectés auprès des départements expérimentateurs.

Le nombre de journées prévisionnelles a été estimé sur la base des nombres de journées annuels prévisionnels retenus par les départements expérimentateurs pour la tarification au titre de la dépendance sur le premier semestre 2025, et collectés auprès d'eux.

Votre attention est toutefois appelée sur la source des données utilisées pour réaliser cette estimation. L'article R.314-219 du CASF prévoit que les tarifs journaliers applicables sont déterminés sur la base des tableaux relatifs à l'activité prévisionnelle¹⁵ transmis au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné. Ainsi, dorénavant, le produit relatif aux participations des résidents sera nécessairement estimé sur la base des informations saisies dans ces tableaux. Vous veillerez donc à analyser dès cette année la fiabilité de ces données pour les établissements qui relèvent de votre compétence.

Enfin, comme indiqué dans la partie I, les prestations individuelles d'APAE étant supprimées dans les départements expérimentateurs, la facturation de tarifs journaliers relatifs à la dépendance au titre des résidents ayant conservé leur domicile de secours dans d'autres départements, n'a plus lieu d'être.

¹⁴ Par construction, ces résidents ne peuvent pas être bénéficiaires de l'APA en établissement.

¹⁵ Tableau constituant une annexe obligatoire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, conforme au modèle figurant à l'annexe 4A de l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 18 juin.

Le coût relatif à l'entretien de l'autonomie (remplaçant le coût relatif à la dépendance) de ces résidents est directement intégré dans le montant à la charge de la branche Autonomie, pour les EHPAD participant à l'expérimentation.

C'est pourquoi, contrairement au régime de financement antérieur à l'expérimentation, aucun tarif journalier relatif à la dépendance n'est à déduire du montant calculé au 1) en sus des participations des résidents.

F) Le tarif journalier dû par les résidents non affiliés à la sécurité sociale est fixé par le directeur général de l'ARS. En application de l'article 13 du décret n°2025-168 du 20 février 2025, ce tarif journalier est égal à la somme des résultats des équations décrites aux (A) et (B), divisée par le produit du nombre de jours d'ouverture et du nombre de places d'hébergement permanent autorisées et financées.