

Avis portant sur le projet de décret relatif aux modalités d'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad, PUV et USLD

adopté à l'issue de la séance du 4 juillet 2024

Le projet de décret en Conseil d'État examiné est un des textes d'application de [l'article 79](#) de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024. L'article voté permet de mettre en place, à titre expérimental et pour une durée de quatre ans à compter de 2025, un régime adapté de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ainsi que des unités de soins de longue durée (USLD) et petites unités de vie (PUV) ayant opté pour le forfait soins. Cette expérimentation peut être conduite dans vingt départements volontaires. Elle consiste principalement en une fusion entre les sections « soins » et « dépendance » de ces établissements.

Cet article avait fait l'objet d'un examen par le Conseil de l'âge à l'occasion de son [avis en réponse à la saisine sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024](#). Le Conseil de l'âge avait émis un avis globalement favorable, assorti de réserves.

Le projet de décret reçu est relatif aux dispositions financières applicables aux établissements mentionnés aux I, II et au IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles dans le cadre de l'expérimentation mentionnée à l'article 79. La note de présentation indique qu'« *il est l'un des deux décrets pris en application de ces dispositions* »¹. Il regroupe quatre décrets prévus par la loi du 26 décembre 2023, précisant :

- Les dispositions budgétaires applicables dans le cadre de l'expérimentation :
 - les charges couvertes par le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie dans ces établissements (et plus généralement les dispositions budgétaires applicables aux Ehpad et aux PUV) ;
 - 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 forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie des USLD ;
- Les dispositions en matière de garantie de ressources des résidents :
 - 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.

Le conseil de l'âge du HCFEA en a été saisi le 26 juin 2024 pour avis.

¹ Pour la mise en place de l'expérimentation, un autre décret en Conseil d'État et des arrêtés devront par ailleurs être pris.



I. Avis du Conseil de l'âge sur le projet de décret

Le projet de décret relatif aux modalités de l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des petites unités de vie (PUV) et des unités de soins de longue durée (USLD) a été examiné par le **Conseil de l'âge** lors de sa séance du 4 juillet 2024 sur la base de la note du secrétariat général (voir en II et III). La DGCS, présente lors de la séance, a pu apporter des précisions utiles à la discussion. À son issue, le Conseil rend un avis majoritairement favorable au projet présenté, au bénéfice des considérations et précautions exprimées ci-dessous, deux organisations en prenant acte², et cinq autres y étant défavorables³.

Le Conseil de l'âge maintient son avis globalement favorable à l'objectif de fusion des sections tarifaires « soin » et « dépendance » des Ehpad, des PUV et des USLD, exprimé à l'occasion de son examen des mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024. Il réitère ses interrogations sur le rythme très lent de montée en charge de la réforme, lié au choix inscrit dans la LFSS pour 2024 de recourir à une expérimentation sur quatre ans, réservée à vingt départements. Il note toutefois que le nombre de départements volontaires pour l'expérimentation est de 23, témoignant de leur intérêt pour la mesure. Le gouvernement est prêt à relever le nombre de départements pouvant opter en PLFSS pour 2025. Le Conseil de l'âge propose un relèvement conséquent de ce contingent, à hauteur au moins de la moitié des départements.

La nouvelle tarification permettra une simplification des modalités de financement par rapport à celles en vigueur et apportera plus d'équité dans les financements tant pour les établissements d'un même département (mais pas forcément d'une même région) que pour les résidents assurés sociaux (participation forfaitaire fixée au niveau national).

Sur ce dernier point, le Conseil portera une attention particulière au niveau qui sera fixé pour la participation forfaitaire journalière des résidents, ainsi qu'aux modalités de revalorisation annuelle de celle-ci. Le maintien d'une participation forfaitaire aux frais d'entretien de l'autonomie, certes plus équitable que le ticket modérateur existant, limite le bénéfice pour les résidents de l'expérimentation en termes de simplification ou de limitation des frais d'autonomie. Plusieurs membres plaident pour un alignement des règles avec les frais du forfait soins, exonérées de toute participation des résidents.

Malgré ces simplifications, le nouveau système de financement des Ehpad, PUV et USLD qui découlera de l'expérimentation restera complexe. Par ailleurs, il ne résoudra pas à lui-seul la problématique de la capacité des Ehpad à répondre aux besoins des résidents. Le Conseil de l'âge rappelle la cible qu'il propose de huit professionnels pour dix résidents, et la nécessité de mieux prendre en compte les soins aux personnes atteintes de troubles cognitifs et l'accompagnement de la fin de vie. Le nouveau système n'apporte pas plus de réponse au sujet du reste à charge sur les tarifs hébergement des Ehpad.

Le Conseil de l'âge s'inquiète de la capacité des ARS, à moyens humains constants, à pouvoir assurer correctement le pilotage de cette réforme.

Il portera enfin une attention particulière à l'évaluation des impacts de l'expérimentation, et demande à ce titre à être destinataire des rapports annuels et final prévus par la loi.

Le projet de décret appelle par ailleurs les remarques particulières suivantes :

- le Conseil de l'âge se félicite des financements complémentaires (21 M€ pour les établissements expérimentateurs sur trois ans) qui seront alloués aux actions de prévention, et notamment de lutte contre la dénutrition et de promotion de l'activité physique adaptée ;
- il s'inquiète de la possibilité de moduler à la baisse non seulement les financements complémentaires, mais aussi le forfait global unique si les objectifs du CPom ne sont pas atteints ;
- il souligne l'importance de l'objectif de convergence régionale de la valeur de « point GIR », qui doit être atteinte dans quatre ans.

² CFE-CGC Uniretraités et CFTC Unar.

³ CGT, Ensemble & Solidaires, FGR-FP, FO et FSU, voir l'avis transmis en annexe.

II. Contexte et objectifs de la disposition

L'expérimentation a été proposée par le Gouvernement dans le cadre du PLFSS 2024 et de la feuille de route Autonomie présentée en novembre 2024. Elle a un objectif de simplification des modalités de financement et de la gouvernance territoriale des Ehpad en fusionnant deux sections sur les trois existantes.

A. La volonté de simplifier le cadre actuel de financement des Ehpad, PUV et USLD

Le budget des Ehpad et PUV ayant opté pour le forfait soins et des USLD est actuellement segmenté en trois sections, conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles, précisées par son annexe 3.2 : une section « soins », une section « dépendance » et une section « hébergement ».

S'agissant des Ehpad en particulier :

- la **section « soins »** couvre la rémunération du personnel soignant et le financement des équipements et petits dispositifs médicaux. Elle est financée à 100 % par la branche autonomie et est pilotée par les ARS. Si l'Ehpad opte pour le tarif global et/ou le tarif médicaments, le montant du forfait soin journalier par résident est augmenté pour permettre de financer ces postes de coût supplémentaires ;
- la **section « dépendance »** est dédiée aux prestations d'aide et de surveillance. Elle est financée par les conseils départementaux et les résidents ;
- la **section « hébergement »** couvre les frais d'hôtellerie, de restauration, d'administration générale et d'animation. Elle est financée par les résidents bénéficiant, en fonction de leurs revenus, de réductions fiscales et de prestations sociales (APL, ASH).

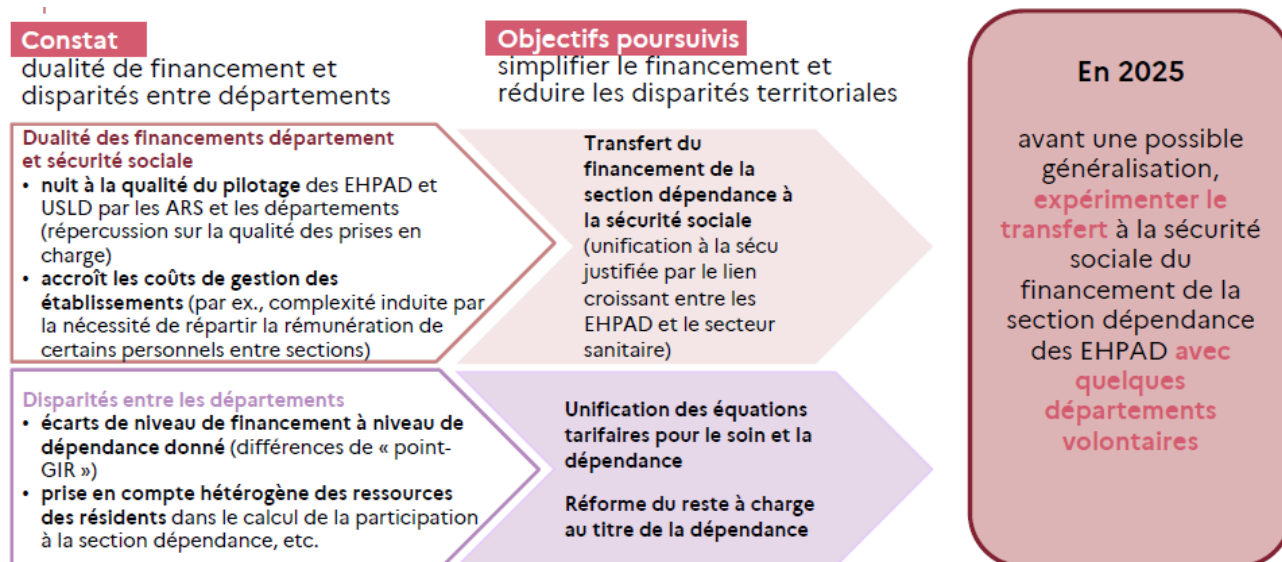
Depuis la réforme de la tarification introduite par la loi d'adaptation de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'allocation de ressources s'établit par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents (GMP) et de leurs besoins en soins requis (PMP).

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des Ehpad sont calculés automatiquement par le biais d'équations tarifaires et peuvent être complétés, le cas échéant, par des financements complémentaires au titre des modalités d'accueil particuliers⁴ et d'actions ponctuelles spécifiques⁵.

La réforme vise également à limiter les hétérogénéités actuelles dans le niveau de financement des établissements s'agissant des dépenses liées à la « dépendances » des personnes. Les valeurs actuelles des « Point GIR », déterminant les recettes au titre de cette section, et des « tickets modérateurs », acquittés par les résidents, sont en effet fixés par chaque département.

⁴ Hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé (UHR), pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), plateforme de répit, astreinte ou présence infirmière de nuit.

⁵ Actions de prévention, de développement des parcours de santé et d'autonomie, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de soutien aux opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, etc.



Source : DGCS.

B. Une expérimentation qui suscite l'intérêt de presque un quart des départements

La DGCS indique que 23 départements se sont portés volontaires pour cette expérimentation, la liste en figurant *infra*. D'autres départements étant susceptibles d'être candidats, la liste définitive pourrait être fixée dans le cadre du PLFSS 2025, avec nécessairement une mesure législative si le nombre de départements retenus est supérieur à 20. Il est précisé que, dans un département expérimentateur, tous les établissements basculent dans les nouvelles modalités de tarification, sans droit d'option.

Liste des collectivités territoriales volontaires pour être expérimentatrices à compter de 2025

	Nb départements	Départements	Nb EHPAD	Nb USLD
ARA	3	Cantal, Métropole de Lyon, Savoie	96	19
BFC	1	Nièvre	36	7
Bretagne	3	Côtes d'Armor, Finistère, Morbihan	370	26
Grand Est	1	Haute-Marne	26	3
Guyane	1	Guyane	5	1
Hauts-de-France	1	Pas-de-Calais	134	10
Île-de-France	1	Seine-Saint-Denis	66	5
La Réunion	1	La Réunion	20	2
Nouvelle Aquitaine	5	Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Landes, Lot-et-Garonne	301	24
Occitanie	4	Aude, Haute-Garonne, Lot, Pyrénées Orientales	227	20
Pays-de-la-Loire	2	Maine-et-Loire, Mayenne	185	10
Total	23		1466	127

Source : DGCS.

III. Principales dispositions du décret

A. Les nouvelles modalités de financement pour les établissements concernés

En application de l'article 79, le projet de décret substitue aux forfaits « soins » et « dépendance » un nouveau forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, en définit le périmètre, les composantes, les modalités de calcul et de versement aux établissements.

1. Le nouveau forfait global unique : périmètre

Le projet de décret organise le passage en financement binaire des établissements des départements expérimentateurs, qui sera assis sur :

- un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, de la compétence des agences régionales de santé, 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 ou des aides au logement.

Le décret prévoit que le nouveau forfait global unique couvre les charges qui étaient précédemment couvertes par les forfaits « soins » et « dépendance ». En revanche, la possibilité évoquée d'intégrer dans ce nouveau forfait unique certaines dépenses exclusivement couvertes par les tarifs hébergement ne semble pas avoir été mise en œuvre à l'occasion de l'expérimentation.

Charges couvertes par le forfait global unique « soins et entretien de l'autonomie »

- 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.
- Les médicaments dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.
- 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.



2. Le nouveau forfait global unique : détermination du montant

Vu du côté des produits de l'établissement, le forfait global unique des Ehpad et PUV sera principalement la résultante :

- du résultat de l'équation tarifaire relative aux « soins » ;
- du résultat de l'équation tarifaire relative à l'autonomie (« dépendance »).

Les modalités de calcul de l'équation tarifaire relative aux soins seront proches de celles actuellement en vigueur. L'équation sera donnée par le nombre de points calculés à partir du groupe iso ressources (GIR) moyen pondéré soins (GMPS), multiplié par le nombre de places d'hébergement autorisées, et par une valeur de point. Cette valeur sera fixée au niveau national par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale, en fonction de l'option tarifaire retenue par l'établissement (tarif partiel ou global, avec ou sans dépenses de médicaments).

Soit l'équation suivante [Indicateur synthétique dit « GIR moyen pondéré soins » (GMPS) x Capacité autorisée et financée en hébergement permanent x Valeur du point]

L'équation relative à l'entretien de l'autonomie, quant à elle, restera calculée à partir du niveau de perte d'autonomie moyenne des personnes hébergées mesurée par le GIR moyen pondéré (GMP), multiplié par un nombre de places autorisées, et par une valeur de « point GIR ». Toutefois, cette valeur est désormais fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé compétente. Il n'est pas indiqué dans le projet de décret si cette valeur sera régionale, et donc identique pour l'ensemble des établissements quand plusieurs départements de la même région entreront dans l'expérimentation, ou départementale. Le texte prévoit enfin que « la valeur doit au moins être égale à la valeur du point arrêtée l'année précédente ».

Soit l'équation suivante [Niveau de dépendance des résidents x Places autorisées et financées en hébergement permanent x Valeur du point GIR départemental].

La DGCS indique que les deux équations (soins et entretien de l'autonomie) n'ont pas été fusionnées, pour plusieurs raisons :

- les valeurs des points GIR des différentes collectivités concernées sont très variables (en 2024, de 7,14 € pour la Corrèze à 11,80 € pour la Guyane) et une convergence à la hausse des valeurs les plus basses est envisagée sur quatre ans, ce qui nécessite également de maintenir une distinction ;
- pour les établissements soumis au régime de la TVA, le régime fiscal applicable aux prestations de « soins » et aux prestations relatives à la « dépendance » diffère. Afin de conserver une neutralité en matière fiscale, cette distinction devait être maintenue.

Par ailleurs, le financement des dépenses de prévention a été positionné non pas sur l'équation « soins », mais sur les financements complémentaires (voir *infra*).

La perspective d'une nouvelle équation tarifaire pourrait s'inscrire dans le travail en cours de révision des grilles d'évaluation des besoins en « soins » et de la « dépendance » des résidents (Pathos et AGGIR), piloté par la CNSA, et qui n'est pas achevé à ce jour.

Pour déterminer quels montants seront arrêtés par l'ARS et versés à l'établissement par les organismes d'assurance maladie, le projet de décret prévoit que sont déduites les sommes perçues au titre de la participation financière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie. Ces

participations ont été prévues par l'article 79 (voir *infra* leur mode de calcul) pour remplacer le « ticket modérateur » actuel de la section « dépendance »⁶.

S'agissant des USLD qui sont des établissements sanitaires, le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie comprendra :

- la dotation annuelle de financement financée par l'assurance maladie (et non la branche autonomie) ;
- le forfait global « dépendance », calculé par équation.

3. Les majorants ou minorants du forfait global unique

L'article 79 de la LFSS 2024 prévoit que le forfait global unique peut être majoré ou minoré en fonction de certains financements ou critères.

a. La possibilité d'octroyer des financements complémentaires

Le projet de décret confirme cette possibilité et dresse une liste du type de financements complémentaires qui peuvent être perçus au titre des soins et de l'entretien de l'autonomie. Elle est plus large et plus précise que celle fixée à l'article R. 314-163 du CASF que tous les Ehpad peuvent se voir allouer⁷.

En particulier, s'agissant des actions de prévention, elles peuvent en prévoir « *en matière de lutte contre la dénutrition* » et d'« *activité physique adaptée* » – champ qui pouvait sembler être plutôt couvert par la section hébergement auparavant.

⁶ Il correspondait actuellement au tarif journalier pour les GIR 5-6 déterminé dans chaque établissement et à la part variable en fonction des revenus des résidents.

⁷ 1° Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;

2° Du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;

3° Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;

4° Des actions de prévention ;

5° Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;

6° Des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;

7° Les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant ;

8° Des mesures prises pour renforcer l'attractivité de l'exercice des professions.



Listes des financements complémentaires pouvant être versés par l'ARS

- Mission de centre de ressources territorial.
- Modalités d'accueil particuliers autorisées (UHR, PASA).
- Actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé.
- Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent.
- Actions de prévention, notamment en matière de lutte contre la dénutrition et l'activité physique adaptée.
- Opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205.
- Actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicap.
- Prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.
- Mesures prises pour renforcer l'attractivité de l'exercice des professions.
- Toute autre dépense définie dans le CPom.

b. Les possibilités de modulation du forfait

Le forfait peut être modulé à la hausse ou à la baisse en fonction de certains critères.

Prise en compte de l'activité réalisée

Comme c'est déjà le cas pour tous les Ehpad, le forfait versé pourra être modulé à la baisse par l'ARS si le taux d'occupation des places autorisées est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres⁸.

Le projet de décret prévoit également que les financements complémentaires peuvent être modulés en fonction de l'activité réalisée.

Existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement ou du service

Le projet de texte ne prévoit pas de dispositions particulières pour mettre en œuvre cette disposition, qui actuellement ne concerne que les établissements des départements d'outre-mer.

De même, le projet de décret ne prévoit pas les modalités prévues par l'article 79 de financement des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs hébergement. Néanmoins, il semble d'ores et déjà possible de prendre en charge des dépenses à ces titres au travers de l'octroi de financements complémentaires.

⁸ Ce seuil est actuellement fixé à 95 %.

Non signature du CPom

Comme c'est le cas pour tous les Ehpad, le forfait pourra être modulé à la baisse par l'ARS en cas de refus de signature d'un CPom par l'établissement et ce jusqu'à sa signature.

Modulation des financements par prise en compte de l'atteinte des objectifs du CPom

Le projet de décret prévoit la possibilité de prendre en compte l'atteinte des objectifs du CPom, dès lors que celui-ci en prévoyait la possibilité, de deux façons :

- par une modulation du forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie ;
- par une modulation des financements complémentaires.

Cette possibilité de double modulation interroge, à la fois quant à sa nécessité, mais aussi sur le fait que la non-atteinte des objectifs du Cpom pourraient conduire à une baisse des financements directement affectés aux soins et à l'entretien de l'autonomie des résidents. La modulation pourrait donc être limitée à celle des financements complémentaires.

B. Calcul et évolution de la participation financière des résidents et reste à vivre

1. La participation financière (PF) des résidents

S'agissant de la participation financière journalière aux frais d'entretien de l'autonomie (venant en déduction des sommes versées par la branche autonomie aux établissements), le projet de décret en prévoit deux modalités :

- Les non-assurés sociaux : personnes non affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie français

Ils devront acquitter des « tarifs journaliers correspondant aux prestations de soins et d'entretien de l'autonomie » qu'ils reçoivent, qui sont un peu l'équivalent des tarifs journaliers de prestations hospitaliers. Ils sont calculés en faisant la somme des produits de l'Ehpad au titre des équations tarifaires, divisés par le nombre de places et par 365 jours.

- Les assurés sociaux

Ils acquitteront une « *participation financière journalière forfaitaire* » à ces mêmes prestations.

Le projet de décret ne définit pas de mode de calcul de son montant, ce qui l'apparente plus à la participation forfaitaire aux actes techniques et frais d'hospitalisation créée en 2004⁹ qu'aux tickets modérateurs classiques calculés sur la base d'un tarif de responsabilité (comme pour les consultations médicales ou les médicaments) ou d'un TJP.

Le projet de décret indique que « *Le montant de cette participation est fixé annuellement par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale* » et qu'un « *arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale fixe les modalités d'évolution du montant de cette participation financière journalière forfaitaire.* »

⁹ Pour les actes dépassant un certain tarif, le ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré est remplacé par une participation forfaitaire de 24 €.



De cette rédaction, et des échanges avec les directions des ministères sociaux, on déduit :

- 1) que la PF qui sera acquittée par les assurés sociaux sera fixée en euros, et non en fraction (X ou Y %) du tarif journalier de participation des résidents non-assurés ;
- 2) qu'elle sera donc indépendante des variations de ressources perçues par les Ehpad, mais aussi du niveau de perte d'autonomie et de ressources des résidents ;
- 3) que, comme l'article 79 le prévoit, elle peut être prise en charge par l'aide sociale départementale ;
- 4) qu'elle n'a donc pas le caractère d'un ticket modérateur au sens de l'assurance maladie, et qu'elle est donc non assurable par les contrats complémentaires santé (dans le cadre ou non des contrats responsables) ou la complémentaire santé solidaire (C2S), ou exonérée au titre des affections de longue durée (ALD).

Ces nouvelles règles devront être mises en œuvre dans le cadre de la disposition protectrice contre des hausses de participation inscrites dans l'article 79 : « Pour les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie accueillis au 31 décembre 2024 ou au 31 décembre 2025, cette participation ne peut être supérieure à celle qu'ils acquittaient à cette date ».

S'agissant du critère de distinction entre assurés et non assurés sociaux pour déterminer leur régime de participation aux frais d'entretien de l'autonomie

Des régimes distincts de mise à contribution des résidents selon leur « couverture sociale » existent déjà, mais dans un régime juridique différent puisque lié au bénéfice ou non de l'APA, qui n'est pas conditionné à une durée minimale de résidence sur le territoire français. Le nouveau critère qui s'y substitue d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance maladie français est certes large, en particulier depuis la mise en place de la protection maladie universelle (Puma). Il conviendra néanmoins d'avoir une attention à l'accompagnement des personnes assurées sociales de régimes d'assurance maladie étrangers (notamment les inactifs originaires de pays membres d'Union européenne et résidant en France).

2. Le reste à vivre pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale

Mettant en œuvre l'article 79, le projet de décret prévoit comment est garanti aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale du département un montant minimal, laissé à leur disposition après le paiement des prestations à leur charge.

Le document de présentation du projet de décret indique que les résidents accueillis dans des établissements (Ehpad, PUV ou USLD) implantés dans des départements (ou métropoles) expérimentateurs bénéficieront des mêmes garanties que dans les autres départements.

Le minimum de ressources mensuelles laissé à la disposition des résidents s'élèvera à 10 % de leurs ressources, représentant :

- au moins un centième du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), soit environ 121 € par mois ;
- au moins 30 % du montant mensuel de l'AAH conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun pour les personnes en situation de handicap, soit environ 305 € par mois.

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

C. Mesures d'impact de l'expérimentation et du projet de décret

Le Conseil de l'âge n'a pas été destinataire d'éléments de mesures d'impact actualisés par rapport à ceux contenus dans l'étude d'impact accompagnant le PLFSS 2024, et qu'il avait présenté dans son avis sur ce projet de loi.

Il ne peut donc pas présenter d'analyses se fondant sur des prévisions ou simulations de l'impact *micro* de l'expérimentation pour les acteurs des départements expérimentateurs que sont :

- les établissements, notamment s'agissant du niveau du nouveau forfait par rapport la somme des financements actuellement perçus au titre des deux sections actuelles, à iso-GMPS ;
- les résidents, s'agissant du montant de leur participation par rapport aux règles actuelles de calcul du « ticket modérateur » sur la section « dépendance ».

Il ne peut pas plus estimer l'impact *macro* budgétaire de l'expérimentation :

- sur le sous-objectif « personnes âgées » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), finançant l'objectif global de dépenses (OGD), qui devra être « rebasé » à la hausse pour absorber un surcroît de dépenses ;
- sur les concours versés par la CNSA au titre des dépenses d'APA aux Conseils départementaux ou collectivités territoriales concernées, qui devront être symétriquement « débasés » dans les départements expérimentateurs ;
- sur les budgets des Conseils départementaux ou collectivités territoriales concernées, selon que la « compensation » au bénéfice de la CNSA intègre seulement la reprise d'une partie du concours APA ou d'autres ressources départementales.

L'évaluation de la mise en œuvre de l'expérimentation inscrite dans l'article 79 devra donc apporter ces éléments, et permettre d'en mesurer tous ces impacts : « *L'expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent A fait l'objet d'une évaluation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie chaque année jusqu'à son terme. Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport* ».



Annexe

Avis et contributions reçus des membres

CGT, Ensemble & Solidaires, FGR-FP, FO, FSU

Avis sur le projet de décret fusionnant les sections « soins » et « dépendance » pour les Ehpad, Puv, USLD

Ce décret s'inscrit dans le cadre d'une LFSS 2024 largement insuffisante pour couvrir les besoins des Ehpad et dans le refus du gouvernement de mettre en place une véritable loi pluriannuelle de financement de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Si ce décret apporte de la simplification dans le financement des Ehpad, si la fusion des sections « soins » et « dépendance » va dans le bon sens, si dans le temps la mesure simplifiera probablement la gestion des établissements par les signatures de contrats d'objectifs et de moyens déjà en vigueur, il n'apporte quasiment rien de nouveau en termes de moyens pour la prise en charge des personnes ni en termes de réduction des charges incombant aux résidents.

Par ailleurs il comporte des mesures qui inquiètent :

- le niveau du nouveau forfait dépend, pour une large part, de la valeur du point GIR moyen pondéré soins (GMPS), certes fixé nationalement (ce qui est positif), mais nous n'avons aucune garantie sur son évolution (sauf qu'il ne peut être inférieur au montant de N-1) ;
- cette évolution vers la fusion soins-dépendance aurait pu être l'occasion de la disparition de la contribution du résident au forfait dépendance d'autant plus que le financement sera assuré par la 5^{ème} branche de la sécurité sociale à laquelle les retraités contribuent ;
- alors que le nouveau forfait global ne distingue plus dépendance et soins, la participation du résident ne peut toujours pas être couverte par les complémentaires santé ;
- le principe du forfait, indépendant du niveau de perte d'autonomie et de ressources des résidents introduit une inégalité supplémentaire qui s'ajoute à un dispositif injusticiable ;
- en cas de non-respect du CPOM l'ARS peut moduler le forfait global à la baisse, ce sont les résidents qui risquent d'en faire les frais ;
- rien n'est dit sur la section « hébergement » dont le reste à charge pour le résident est très important.

Cette expérimentation dans une temporalité de 4 ans poursuit une prise en charge inégalitaire entre les départements « expérimentateurs » et les autres. Aucune visibilité sur la généralisation. Elle ne couvre pas non plus la revendication d'un ETP par résident. Avec l'augmentation du tarif hébergement au 1^{er} janvier 2025, pour les personnes ne dépendant pas de l'ASH, la note risque d'être haute et conséquente.

Les organisations soussignées rappellent leur revendication d'une prise en charge à 100% de la perte d'autonomie dans la branche maladie de la Sécurité sociale.

Parce que ce décret s'inscrit dans une politique de la prise en charge de la perte d'autonomie bien en-deçà des besoins pour les résidents,

Parce que ce décret n'apporte, en réalité, aucune garantie de financement,

Parce que ce décret comporte des dangers potentiels,

Les organisations CGT, Ensemble & Solidaires, FGR-FP, FO, FSU émettent un avis défavorable.



Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.

Retrouvez nos dernières actualités sur

www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

