

Direction de l'Autonomie

Saint Denis, le 13 juin 2025

RAPPORT RÉGIONAL D'ORIENTATION BUDGETAIRE 2025
DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES
ÂGÉES FINANCÉS PAR DES CRÉDITS DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) 2025 s'inscrit dans le **Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028 de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France** qui tend à apporter une réponse aux besoins ciblés.

Il reprend les orientations nationales et régionales pour la campagne 2025 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) en application des principes définis par l'instruction N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2025/66 du 27 mai 2025 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2025.

La campagne budgétaire 2025 repose sur un taux de progression de l'Objectif Global des Dépenses (OGD) de 5,4 % : 7,4 % sur le secteur personnes âgées et 3,2 % sur le secteur handicap.

Comme les années antérieures, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM). Cette contribution, portant sur l'intégralité de l'OGD médico-social, s'élève à 241 millions d'euros (M€) conformément à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2025 mais ne remet pas en cause les engagements en matière de création de places.

La dotation régionale limitative de l'ARS Île-de-France augmente de 6,91 % en 2025.

La campagne budgétaire est officiellement lancée par la publication au Journal Officiel du 06 juin 2025 de la décision du directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), fixant pour l'année 2025 le montant des Dotations Régionales Limitatives (DRL) mentionnées à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

1.	Eléments introductifs	3
2.	La Dotation Régionale Limitative de l'Île-de-France	5
3.	La politique francilienne d'actualisation des établissements et services existants pour 2025	6
3.1.	Le taux d'actualisation francilien 2025	6
3.2.	La minoration du taux d'actualisation à partir de 2026	7
4.	La minoration dotation EHPAD pour sous-activité	7
5.	La tarification des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)	8
5.1.	Le forfait global de soins des EHPAD existants	8
5.2.	La mise en œuvre des nouveaux seuils règlementaires de temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD	10
5.3.	La mise en œuvre de l'expérimentation relative à la fusion des sections soins et dépendance	10
6.	La poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD	11
7.	La tarification des SSIAD	12
8.	Les revalorisations salariales	13
8.1.	La contribution au financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2024 et 2025	13
8.2.	Les mesures relatives aux salariés du secteur public portant sur la hausse des cotisations CNRACL	13
9.	La poursuite du développement de l'offre	14
9.1.	Le soutien à la transformation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	14
9.2.	Le déploiement des centres ressources territoriaux (CRT)	14
9.3.	Le développement de l'offre de PASA	15
9.4.	Financement de la préfiguration d'une stratégie relative aux maladies neuro-dégénératives (MND)	15
9.5.	La poursuite du dispositif « médecins prescripteurs » en EHPAD	15
9.6.	Les installations des places et le renforcement du suivi des autorisations	15
10.	Le moratoire sur la contractualisation des ESMS pour personnes âgées	16
11.	Le soutien à la politique Ressources Humaines en Santé des ESMS	17
12.	L'allocation des crédits non reconductibles (CNR)	18
12.1.	Les crédits non reconductibles nationaux	18
12.2.	Les crédits non reconductibles régionaux	18
13.	Annexe I : La campagne état prévisionnel/réalisé des dépenses et des recettes (EPRD/ERRD) et les documents obligatoires	21
14.	Annexe II : L'application de l'expérimentation de la fusion des sections	27
15.	Annexe III : « Liste des molécules onéreuses »	41

1. Éléments introductifs

Dans la continuité des années précédentes, les grands enjeux 2025 sur le secteur personnes âgées sont notamment :

- Le déploiement du plan ressources humaines en santé avec, particulièrement, le renforcement du taux d'encadrement soignant en EHPAD¹ financé via l'augmentation de la valeur du point ;
- La poursuite du développement et de la transformation de l'offre à destination des personnes âgées en perte d'autonomie avec, notamment, le déploiement des centres ressources territoriaux qui offrent, en alternative à l'EHPAD, un accompagnement renforcé à domicile ainsi que le renforcement de l'offre en soins à domicile (notamment de SSIAD², qui ont vocation à se transformer en service autonomie à domicile d'ici la fin de l'année) et le soutien aux aidants.

Cette année, la campagne budgétaire **sera conduite en deux temps** :

Entre juin et juillet 2025 :

L'allocation des mesures pérennes suivantes :

- L'actualisation des moyens existants ;
- Les revalorisations salariales des places installées depuis 2024 et relevant d'une autorisation antérieure à 2023
- Les crédits liés à la hausse des cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;
- Les mesures nouvelles des places installées au premier semestre 2025 ;
- La mise en œuvre des nouveaux seuils réglementaires de temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD, dans la continuité des crédits déjà délégués en 2022 et 2023 ;
- Les mesures nouvelles visant à la convergence tarifaire dit crédits de médicalisation des EHPAD ;
- Les mesures nouvelles permettant le déploiement de la réforme de la tarification des SSIAD (c'est-à-dire le pas de convergence 2025).

Les mesures non pérennes suivantes :

- Les crédits non reconductibles (CNR) exceptionnels relatifs au financement de la mesure dite médecins prescripteurs ainsi que les CNR nationaux relatifs aux permanences syndicales ;
- L'affectation des résultats relatifs à l'analyse des comptes administratifs 2023 ;
- Les crédits liés aux corrections d'incohérences manifestes dans la remontée de l'activité des SSIAD dans l'attente d'une analyse approfondie des services de l'ARS. Seules les situations présentant un risque financier pour les services concernés seront prises en compte dans le cadre de la première phase de campagne.

¹ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

² Services de Soins Infirmiers à Domiciles



A l'automne 2025 :

L'allocation des mesures pérennes suivantes :

- Les mesures nouvelles des places installées après le lancement de la 1^{ère} phase de campagne budgétaire ;
- Les mesures nouvelles liées à l'application des nouvelles règles de calcul du « forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie » des EHPAD autorisés par le département de la Seine-Saint-Denis participant à la préfiguration de la fusion des sections soin et dépendance ;
- Les crédits liés aux corrections d'incohérences dans la remontée de l'activité des SSIAD ;
- Les mesures nouvelles permettant le passage au tarif global pour une application au 01/01/2026.

Les mesures non pérennes suivantes :

- La reprise temporaire de crédits à l'aune de la réalisation de l'activité en 2024 déclarée dans les ERRD 2024 ;
- Les CNR qui auront été accordés après instruction des demandes.

Par ailleurs, l'annexe 1 présente un rappel de la campagne des états prévisionnels et réalisés des recettes et des dépenses 2024-2025.



2. La Dotation Régionale Limitative de l'Île-de-France

La dotation régionale limitative (DRL) pour le financement des établissements et des services à destination des personnes âgées, suite à un débasage de 20 434 256 €, s'élève à 1 916 498 578 € en Île-de-France :

Base reconductible au 01/01/2025	1 772 194 333 €
Reconduction DRL (+1,74%)	30 082 834 €
Effet hausse des cotisations CNRACL	5 505 241 €
Médecins coordonnateurs	4 808 103 €
Convergence tarifaire	11 873 321 €
Tarif global	5 892 334 €
Mesures nouvelles pour développer l'offre	32 584 526 €
<i>Fongibilité</i>	<i>8 979 931 €</i>
<i>Crédits de paiement</i>	<i>17 068 872 €</i>
<i>Développement PASA</i>	<i>3 058 146 €</i>
<i>Complément répit</i>	<i>1 259 780 €</i>
<i>Développement ESA</i>	<i>900 000 €</i>
<i>Coordination services SSIAD</i>	<i>684 400 €</i>
<i>Psy SSIAD</i>	<i>633 397 €</i>
SSIAD – Application de la réforme (pas de convergence)	- 3 281 348 €
Autres crédits (SI SSIAD)	7 574 122 €
Expérimentation fusion des sections	13 702 139 €
CNR nationaux - permanents syndicaux	512 663 €
CNR nationaux – fonds soutien EHPAD	35 050 309 €
DRL 2025	1 916 498 578 €

3. La politique francilienne d'actualisation des établissements et services existants pour 2025

3.1. Le taux d'actualisation francilien 2025

30 082 834 € ont été alloués à l'ARS Île-de-France pour l'actualisation des dotations des établissements et services existants sur la base du calcul national suivant :

Taux de progression DRL				
Secteur	Masse salariale (GVT)	Effet prix	Taux encadrement (EHPAD)	Taux actualisation DRL
PA*	0,67%	0,15%	0,92%	1,74%
dont valeur point EHPAD	0,68%	0,15%	1,52%	2,35%
dont reste secteur PA	0,67%	0,15%		0,82%

* présentation des taux moyens du secteur PA

Pour mémoire, la répartition conventionnelle des dépenses de l'OGD³ par catégorie de dépenses et par secteur est la suivante :

Périmètre	PA	Mesures 2023 concernées
Masse salariale	89%	Effet masse salariale Dégel du point d'indice
Autres dépenses	11%	Effet prix Effet prix exceptionnel

Pour 2025, l'ARS Île-de-France applique le taux d'actualisation national à l'ensemble des ESMS⁴ à l'exception des EHPAD et des SSIAD relevant de l'équation tarifaire. Afin de prendre en compte les crédits dits « taux d'encadrement » pour les EHPAD, le taux d'actualisation est majoré à 2,35 % pour les places d'hébergement permanent.

³ Objectif Global de Dépense

⁴ Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

3.2. La minoration du taux d'actualisation à partir de 2026

Les établissements et services médico-sociaux financés par des crédits publics sont soumis à des règles de transparence financière à l'égard de leurs autorités d'autorisation, de contrôle et de tarification. La complétude et la remontée de ces données permettent notamment à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de calibrer les dotations limitatives régionales (DRL). Par conséquent, le non-respect de ces obligations réglementaires par certains établissements et services pénalise l'ensemble du secteur francilien.

C'est pourquoi, le non-respect des obligations de transmission, sincérité, complétude des documents budgétaires et comptables ainsi que la non-participation aux différentes campagnes relatives aux remontées de données (tableau de bord de la performance, remplissage de SIDOBA pour les SSIAD etc.) expose les organismes gestionnaires à des conséquences majeures :

- Refus d'octroi des crédits non reconductibles (CNR) dès la campagne 2025 ;
- Minoration du taux d'actualisation dès l'exercice 2026 ;
- Possibilité d'astreintes financières pouvant atteindre jusqu'à 5 % du chiffre d'affaires réalisé dans le secteur, ou 100 000 € si ce chiffre ne peut être déterminé (articles L313-14-2 et L313-14 II et IV du CASF) ;
- Fixation d'office des résultats et leur affectation selon l'article R314-237 du CASF et le CPOM.

Pour éviter ces minurations de dotation, les organismes gestionnaires doivent impérativement transmettre à l'ARS un dossier complet dans les délais requis (30 juin N pour l'EPRD, 30 avril N+1 pour l'ERRD). Conformément à l'article L.314-7 V du CASF, ils sont tenus de mettre à disposition tous les éléments comptables et financiers relatifs à leur activité, ainsi que les états et comptes annuels consolidés, garantissant ainsi un contrôle rigoureux et une gestion transparente des financements publics. **Les documents attendus, de manière exhaustive, sont précisés en annexe 1.**

4. La minoration dotation EHPAD pour sous-activité

Conformément à l'instruction du 22/05/2024, la tarification des établissements peut être modulée selon l'activité réellement réalisée (articles L.313-12-2, R314-160, R314-174 du CASF, décret n°2018-519).

Tout EHPAD ayant une trésorerie supérieure à 30 jours et dont le taux d'occupation hébergement est inférieur à la médiane régionale 2024 (94%) conduit à une minoration partielle de la dotation financière, calculée sur la moitié de la différence entre le seuil médian régional et le taux réalisé.

Cette minoration sera effectuée sur la base pérenne de l'EHPAD au 01 janvier 2024.

En cas de non-transmission de l'annexe activité, ledit EHPAD se verra appliquer une minoration forfaitaire de sa dotation forfaitaire de 5%.

L'organisme gestionnaire dispose de 2 mois pour justifier cette sous-activité après réception de la notification de la minoration. La reprise financière sera mise en œuvre en dernière phase de campagne.

5. La tarification des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)

5.1. Le forfait global de soins des EHPAD existants

Le forfait global de soins défini à l'article R. 314-159 du CASF comprend :

- Le forfait reposant sur l'équation tarifaire GMPS⁵ pour les places d'hébergement permanent ;
- Le cas échéant les crédits dédiés aux modalités d'accueil spécifiques (AJ, HT, ESA⁶...) et aux actions visant à améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Le financement des prestations en soins relatives aux places d'hébergement permanent est calculé sur la base de l'équation tarifaire GMPS :

$[GMP^7 + (PMP^8 * 2.59)] * \text{capacités autorisées et financées} * \text{valeur du point}$
--

Pour les EHPAD, l'arrêté du 28 mai 2025 fixe pour 2025 les valeurs du point mentionnées à l'article R-314-162 des du code de l'action sociale et des famille comme suit :

TARIF PARTIEL SANS PUI	11,57 €
TARIF PARTIEL AVEC PUI	12,25 €
TARIF GLOBAL SANS PUI	13,60 €
TARIF GLOBAL AVEC PUI	14,33 €

Le résultat de l'équation tarifaire GMPS prend en compte les derniers GMP et PMP validés **au plus tard le 30 juin 2024** par un médecin désigné par le Président du Conseil départemental et un médecin désigné par le Directeur général de l'Agence régionale de santé Île-de-France, conformément à l'article L.314-9 du CASF.

A ce titre, 11 873 321 € sont alloués à l'ARS Île-de-France en 2025 venant compléter 31 584 € non consommés en 2024. Ainsi, ce sont 11 904 905 € de crédits qui seront délégués en 2025.

⁵ Groupe iso-ressources (GIR) Moyen Pondéré Soins

⁶ Accueil de Jour, Hébergement Temporaire, Equipe Spécialisée Alzheimer...

⁷ GIR Moyen Pondéré

⁸ Pathos Moyen Pondéré

En 2025, la dotation soins des EHPAD est composée de :

- La base reconductible GMPS au 1er janvier 2025 intégrant, le cas échéant, les mises en réserve temporaire pratiquées en 2024 (fermeture partielle de places ou ajustement ponctuel de la dotation) ;
- De son actualisation, conditionnée à la situation de l'EHPAD par rapport à sa cible au 31/12/N (en-dessous ou au-dessus du plafond). En effet, la convergence à la baisse obéit aux mêmes règles de calcul. Ainsi, si la base reconductible GMPS au 1er janvier 2025 est supérieure au tarif soins plafond, la dotation GMPS reconductible sera diminuée de l'écart constaté.

Les cas particuliers :

→ **Les nouveaux EHPAD :**

Les PMP et GMP pris en compte dans le cadre d'une ouverture d'EHPAD et dans l'attente d'une validation sont prévus à l'article L. 314-2 du CASF comme suit :

S'agissant du PMP, sera prise en compte la moyenne des besoins en soins requis fixée annuellement par décision du directeur de la CNSA.

S'agissant du GMP, sera pris en compte le niveau de dépendance moyen départemental fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil départemental compétent. A défaut, le GMP moyen national sera pris en considération.

Le forfait global relatif aux soins alloué l'année d'ouverture sera alors égal au résultat de l'équation tarifaire.

→ **Les extensions non importantes de places :**

Dans le cas des extensions de places, seront retenus les derniers PMP et GMP de l'établissement en intégrant les nouvelles places à la capacité financée afin de calculer les équations tarifaires relatives aux soins.

L'octroi de moyens nouveaux, qu'il s'agisse des crédits d'actualisation des bases reconductibles ou de résorption des écarts, **ne peut en aucun cas s'effectuer en dépassement des tarifs soins plafonds.**

5.2. La mise en œuvre des nouveaux seuils réglementaires de temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD

4 808 103 € sont délégués au titre de la mise en œuvre des nouveaux seuils réglementaires de temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD, dans la continuité des crédits déjà délégués en 2022 et 2023. Les crédits délégués en 2025 permettent d'achever le financement du dispositif initié en 2022, mobilisant en tout 14 426 309 €.

Le critère de répartition régional est celui appliqué par le niveau national, à savoir le poids de l'EHPAD en nombre d'ETP à financer ramené au poids total d'ETP à financer au niveau régional :

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Nombre d'ETP de médecin coordonnateur à créer dans l'EHPAD}}{\text{Nombre d'ETP de médecin coordonnateur à créer en région}}$$

5.3. La mise en œuvre de l'expérimentation relative à la fusion des sections soins et dépendance

A l'issue du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, l'expérimentation relative à la fusion des sections soins et dépendance entre en vigueur au 1^{er} juillet 2025 pour 23 départements, dont celui de la Seine-Saint-Denis pour la région francilienne.

13 702 139 € sont délégués à ce titre pour les EHPAD de la Seine-Saint-Denis concernés par la réforme.

Les modalités de tarification aux ESMS sont décrites en annexe 2.

6. La poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD

Ce mode de fonctionnement offre les avantages suivants :

- Le renforcement de l'attractivité des métiers en tension (intérêt par exemple du salariat pour les médecins généralistes) ;
- Des impacts positifs en matière de prise en charge des résidents par le biais du renforcement de l'encadrement médical et soignant ;
- L'optimisation de la consommation de médicaments, le moindre recours à l'hospitalisation et la réduction du nombre de passage aux urgences.

Si l'initiative du changement d'option tarifaire relève toujours de l'établissement, la demande de changement est soumise à l'accord du Directeur général de l'ARS ; cet accord étant conditionné d'une part, à la disponibilité de crédits dans la dotation régionale limitative et d'autre part, au respect des objectifs fixés dans le projet régional de santé (PRS).

La région Île-de-France bénéficie en 2025 d'une enveloppe de **6 709 333 €** pour accompagner le passage au tarif global.

L'enveloppe sera destinée prioritairement aux établissements suivants :

- EHPAD ayant bénéficié de crédits non reconductibles dits « médecins prescripteurs » ;
- EHPAD au TP bénéficiaire d'un financement au titre du fonds d'urgence en 2024 ;
- EHPAD au TP ayant un PMP inférieur au PMP moyen départemental.

Par ailleurs, dès 2025, les modalités d'application du tarif global vis-à-vis des établissements sélectionnés sont modifiées afin d'éviter un changement d'option tarifaire en cours d'exercice. Au vu de l'enveloppe régionale, en cas d'acceptation de la demande de l'EHPAD par l'ARS, la mise en œuvre effective du tarif global est fixée au 1^{er} janvier de l'année N+1. Une neutralisation de l'application du TG en année N est alors réalisée pour éviter tout indu par les CPAM.

Pour l'exercice 2026 les établissements peuvent candidater auprès de leur délégation départementale au plus tard le 13 juin 2025. Les établissements ayant déjà fait part de leur souhait d'un changement d'option tarifaire n'ont pas besoin de redéposer une demande. Le passage au tarif global s'effectuera au 1^{er} janvier 2026 et une information de la liste des EHPAD concernés sera faite auprès des caisses primaires d'assurance maladie dont ils relèvent.

7. La tarification des SSIAD

Conformément à la réglementation, à compter de 2025, les SSIAD en convergence négative ne bénéficient plus du mécanisme de gel des dotations. Pour 2025, le montant de la convergence appliqué à chaque SSIAD est égal au tiers de l'écart entre le forfait global cible 2027 et la dotation reconductible 2024 actualisée des SSIAD de la région. Les dotations sont calculées à partir des données d'activités remontées par les SSIAD dans le système d'information déployé par la CNSA.

En région francilienne, l'application du pas de convergence 2025 s'élève à – 3 281 348 €.

A cet égard, il apparaît pour un certain nombre de services que les données d'activité renseignées ne sont pas complètes, ce qui a pour effet de les pénaliser financièrement. **Nous attirons par conséquent l'attention des organismes gestionnaires de l'extrême vigilance à respecter dans le recueil des données.**

Afin de corriger des données erronées dans le cadre du recueil de l'activité des SSIAD, notamment sur leur niveau d'activité, et à **titre exceptionnel** en 2025, il est délégué aux ARS une enveloppe complémentaire 34,3 M€ sur le secteur personnes âgées. L'enveloppe pour la région Île-de-France est de 7 574 122 €. Celle-ci est accordée en raison du caractère nouveau des modalités de recueil.

Au titre de la première phase de campagne, seules les situations présentant un risque financier pour les services concernés seront prises en compte, en particulier eu égard aux niveaux des réserves de crédits excédentaires et du fonds de roulement de l'exploitation.

Les services de l'ARS procéderont à une analyse approfondie de chaque situation concernée afin de déterminer le montant définitif des crédits de compensation. Ces crédits seront alloués de manière pérenne **en seconde phase de campagne** afin de corriger leur forfait global de soins dans le cadre de la convergence tarifaire organisée par la réforme tarifaire des SSIAD.

Par ailleurs, pour les services créés depuis moins de deux ans, la remontée des informations relatives à l'activité du service n'est pas obligatoire. Dans cette attente, l'ARS fixe le montant du forfait global de soins en fonction des montants forfaitaires fixés par la CNSA⁹. Cette procédure peut s'appliquer également aux extensions de capacité des services existants.

Evolution du cadre budgétaire applicable aux services à domicile dispensant des soins :

Conformément à l'article 68 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 et aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées, ces services doivent adopter le cadre budgétaire de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) à compter du 1er janvier 2026. L'ensemble des règles applicables à l'EPRD (dispositions des articles R. 314-210 à R. 314-244 du CASF) leur seront applicables à compter de cet exercice, qu'un CPOM ait été ou non signé pour ces services.

⁹ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

8. Les revalorisations salariales

8.1. La contribution au financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2024 et 2025

Pour rappel, depuis 2023 la circulaire budgétaire précise que les mesures nouvelles relatives au développement de l'offre sont déléguées avec les revalorisations salariales.

Pour autant, les autorisations prises antérieurement ne bénéficient pas de revalorisations salariales, considérant que les places n'étaient pas installées au moment de la délégation de crédits relative auxdites revalorisations salariales.

Afin de ne pas installer de nouvelles places avec un coût à la place inférieur, l'ARS compense forfaitairement le surcoût lié à l'ensemble des revalorisations salariales octroyées entre 2021 et 2024, dont la prime Ségur, les indemnités de nuit et de week-end.... Ainsi, en 2025, les revalorisations salariales portant sur les installations 2024 et 2025 dont l'autorisation a été prise avant 2023 seront pérennisées mobilisant 2 631 615 €.

8.2. Les mesures relatives aux salariés du secteur public portant sur la hausse des cotisations CNRACL

En 2025, l'ARS Île-de-France bénéficie de 5 505 241 € afin de compenser forfaitairement la hausse des cotisations Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) pour la section soin des ESMS publics (relevant des fonctions publiques hospitalière et territoriale).

Ces crédits visent à couvrir de façon pérenne l'augmentation d'un point de cotisation intervenue en 2024 ainsi que l'augmentation de trois points de cotisation intervenue en janvier 2025 pour les personnels relevant de la section soin.

Conformément à la répartition nationale, la méthodologie francilienne sera :

Dotation soins 2024 reconductible de l'ESMS du secteur public

Ratio =

*Somme des dotations soins 2024 reconductibles des ESMS du secteur public au
niveau régional*

9. La poursuite du développement de l'offre

Le développement de l'offre à destination des personnes âgées intégrera, en 2025, les évolutions du secteur prévu par la LFSS¹⁰ pour 2025. Celles-ci prévoient notamment un renforcement significatif de l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Il est également à souligner un axe fort sur la médicalisation des EHPAD, ainsi que sur l'amélioration et la qualité des soins. Ainsi, l'ARS poursuivra les développements des astreintes infirmières de nuit en EHPAD et appuiera le renforcement du temps de médecin en EHPAD, en coordination ou en temps de médecin prescripteur.

9.1. Le soutien à la transformation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Dans le contexte de développement de l'offre à domicile et de création des services autonomie à domicile, une Autorisation d'Engagement d'un montant de 400 M€ a été notifiée en 2023 aux ARS et permettra la création de 25 000 places de SSIAD d'ici 2030. Cette mesure permettra de renforcer le maillage du territoire en places de soins mais également de faciliter le déploiement et la création d'activités de soins au sein des services déjà existants.

La région Île-de-France est attributaire d'une enveloppe de 56,5 M€ après transfert de 2,6 M€ vers le secteur personnes en situation de handicap. Cette enveloppe correspondant au financement de 3 452 places. Sur 2023 et 2024, l'ARS Île-de-France a financé 1 051 places.

En 2025, l'ARS Île-de-France financera le déploiement de 348 places nouvelles pour un montant en année pleine de 5,7 M€.

Celles-ci seront attribuées soit en gré à gré, soit dans le cadre d'un appel à candidatures auprès d'opérateurs existants pour des extensions non importantes publié le 15 mai 2025.

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme des SAD, l'ARS Île-de-France soutiendra les SSIAD afin de les accompagner dans leurs démarches de transformation. Une enveloppe non reconductible de 0,9 M€ permettra de prendre en charge des frais d'ingénierie, ainsi que les frais d'expertise juridique et comptable.

9.2. Le déploiement des centres ressources territoriaux (CRT)

En 2024, l'ARS a soutenu le déploiement de 20 CRT¹¹ à la suite d'un second appel à candidatures.

Afin de poursuivre le déploiement des centres de ressources territoriaux, l'ARS Île-de-France sélectionnera 13 nouveaux projets dans le cadre d'un troisième appel à candidatures publié le 15 mai 2025.

Une dotation annuelle de 400 000 € sera versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets, soit un financement en année pleine de 5,2 M€.

¹⁰ Loi de financement de la Sécurité Sociale

¹¹ Centre de Ressources Territorial

La mission de centre de ressources territorial donnera lieu à une modification de l'arrêté d'autorisation de chaque structure retenue.

9.3. Le développement de l'offre de PASA

La prise en charge et l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées nécessitent de poursuivre l'adaptation des modalités de prise en charge, en particulier en matière de pôle d'activité et de soins adaptés (PASA).

A l'issue d'un appel à candidatures publié le 2 mai 2024, 39 PASA dont 17 PASA de jour et 22 PASA de soirée/nuite ont été financés pour un montant global de 3,4 M€, afin de diversifier les modalités d'accompagnement et s'adapter aux besoins des personnes âgées.

En 2025, l'ARS Île-de-France poursuivra le déploiement des PASA au sein des EHPAD de la région dans le cadre des mesures nouvelles octroyées, qui s'élèvent à 3 M€.

9.4. Financement de la préfiguration d'une stratégie relative aux maladies neuro-dégénératives (MND)

La stratégie proposée s'inscrit largement dans la continuité des précédentes, l'objectif étant de répondre aux enjeux d'accroissement de la prévalence de ces maladies. En 2025, les financements suivants sont délégués à l'ARS Île-de-France à titre de première brique de mise en œuvre de la stratégie, en complément des crédits destinés au déploiement des PASA délégués régulièrement :

- 0,7 M€ pour renforcer la coordination au sein des futurs SAD ;
- 0,5 M€ pour renforcer la présence de psychologues dans les SSIAD/SAD ;
- 0,9 M€ pour la création de nouvelles Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire.

En complément, les installations de solutions de répit viseront à accélérer et développer le soutien aux aidants, notamment grâce à l'appui des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR).

9.5. La poursuite du dispositif « médecins prescripteurs » en EHPAD

Le dispositif « médecins prescripteurs » qui s'adresse aux EHPAD en tarif partiel en difficultés en matière de ressources médicales notamment de médecins traitants, est reconduit en 2025.

Des crédits non reconductibles à hauteur de 4,1 M€ seront délégués afin de venir en appui auprès de 136 EHPAD. Ces derniers sont cependant encouragés à candidater pour passer au tarif global.

9.6. Les installations des places et le renforcement du suivi des autorisations

Au 31 décembre 2025, on dénombrait 83 509 places en établissements et services installées sur la région (hors CRT). Ce nombre est en progression de + 2,8 % par rapport à 2024.

La programmation pluriannuelle telle que définie dans le Programme Régional Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) **prévoit l'installation de 905 places supplémentaires en 2025 pour un montant en année pleine de 11,3 €.**

L'ARS doit s'assurer de la mise en œuvre effective de l'ensemble des projets autorisés afin d'optimiser la planification et l'organisation de l'offre sur le territoire régional. Dans cette optique, les autorisations délivrées feront l'objet d'un suivi régulier de la part des délégations départementales jusqu'à leur installation. **Les opérateurs communiqueront l'état d'avancement précis de ces projets autorisés par le biais de la fiche de liaison jointe à l'arrêté d'autorisation.**

10. Le moratoire sur la contractualisation des ESMS pour personnes âgées

Pour l'année 2025, l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France a instauré un moratoire sur la signature des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette décision fait suite à l'instruction n° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025, qui autorise les ARS à suspendre la signature des CPOM dans l'attente des travaux nationaux de simplification prévus au cours de l'année 2025.

Ce moratoire concerne les CPOM dont la négociation n'a pas encore débuté ou dont les discussions ne sont pas arrivées à un stade avancé. Pour les CPOM arrivant à échéance en 2025, l'ARS propose systématiquement des avenants de prorogation afin d'assurer la continuité des engagements contractuels pendant la durée du moratoire.

Ce moratoire n'aura toutefois aucune conséquence sur le calendrier de révision des coupes pathos ni sur l'instruction des frais de siège, le cas échéant.

Des dialogues de gestion seront organisés entre l'ARS et les établissements pour suivre la mise en œuvre des objectifs fixés dans les CPOM, en particulier concernant la qualité des accompagnements.

11. Le soutien à la politique Ressources Humaines en Santé des ESMS

L'ARS Île-de-France poursuit ses engagements en matière de soutien à l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social, et à la fidélisation des professionnels, à travers son Plan ressources humaines en santé, et l'axe 4 Ressources humaines en santé du Projet régional de santé 2023-2028 : « Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France », dont les axes sont les suivants :

- Connaître et anticiper : l'observatoire des ressources humaines en santé ;
- Renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle ;
- Former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières ;
- Soutenir l'engagement des professionnels de santé ;
- Intervention et organisations spécifiques en période de tensions RH.

Les orientations pour le secteur de l'Autonomie sont les suivantes :

- Favoriser la territorialisation du Projet Régional de Santé et notamment la formalisation de feuilles de route départementales avec France Travail et les Plateformes des Métiers de l'Autonomie pour les départements en disposant ;
- Poursuivre l'appui au recrutement dans les ESMS de la part de France Travail, en déployant de façon plus importante le recours à l'immersion, à la formation courte préalable ou simultanée au recrutement, au recrutement de jeunes éloignés de l'emploi ;
- Poursuivre la coopération avec les plateformes des métiers de l'autonomie dans le but d'intensifier les recrutements ;
- Déployer le recours à l'apprentissage dans le secteur médico-social dans le cadre du plan d'action partenarial pour le déploiement de l'apprentissage en Île-de-France initié et piloté par la DRIETS ;
- Soutenir la mise en place de politiques de formation dans les ESMS et soutenir les actions en faveur de la transformation des organisations et du management de proximité ;
- Encourager la mise en place de politiques RH structurées et planifiées avec une vision à moyen/long terme afin de sortir d'une logique de recrutement en urgence ;
- Améliorer la qualité de vie au travail et lutter contre la sinistralité au sein des ESMS et encourager les actions en faveur de la santé des soignant.

L'ARS Île-de-France soutient financièrement les politiques ressources humaines en santé des ESMS à travers les axes suivants :

- Soutien à l'amorçage du GEIQ dans la mutualisation des fonctions RH pour développement de l'alternance dans le secteur médico-social ;
- Formation et remplacements des personnels en formation ;
- Actions innovantes en matière de qualité de vie au travail ;
- Actions innovantes en matière d'amélioration de la santé des soignants.

12. L'allocation des crédits non reconductibles (CNR)

12.1. Les crédits non reconductibles nationaux

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » (512 663 €) font l'objet chaque année d'une identification par la Direction Générale de la Cohésion Sociale et servent à compenser, pour les ESMS concernés, la mise à disposition d'un salarié à une organisation syndicale ou une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective (ou accord collectif de branche étendu).

Par ailleurs, à titre exceptionnel, sont délégués au niveau national 250 M€ au titre du fonds de soutien des EHPAD en difficultés financières. Dans ce cadre, la région francilienne bénéficie de 35 050 309 €.

L'allocation de ces crédits en région fera l'objet d'une note complémentaire, dans la continuité des consultations en cours avec les fédérations régionales et les conseils départementaux. L'allocation de ces crédits aux EHPAD bénéficiaires sera réalisée après validation des commissions départementales de suivi des établissements et services sociaux et médico-sociaux en difficultés financières qui auront pour mission d'étudier le plan d'actions présenté par les EHPAD candidats à ce fonds de soutien et de veiller à ne pas allouer une simple aide en trésorerie.

12.2. Les crédits non reconductibles régionaux

En 2025, l'ARS souhaite mobiliser ses marges reconductibles au profit de **l'accompagnement des établissements et services engagés dans des projets structurants** de recomposition de l'offre médico-sociale et soutenir les établissements et services les plus en difficultés. **Les ESMS n'ayant pas rendu leurs documents budgétaires de manière exhaustive et sincère ne se verront attribuer aucun CNR régionaux en 2025.**

Par conséquent, les projets prioritairement soutenus seront ceux portant sur :

- L'appui aux ESMS en difficultés financières en complément du fonds de soutien financier ;
- L'aide à l'investissement :
 - Pour les projets non retenus au titre du PAI¹² (coût des travaux inférieur à 800 000 € TTC) et limiter l'impact sur le reste à charge des résidents des EHPAD par un soutien aux frais financiers dans le cadre des emprunts bancaires souscrits par les EHPAD. Pour ces établissements, le financement des demandes sera réalisé sur la base d'un devis signé après vérification des provisions disponibles (CA 2023 et ERRD 2024) ;
 - Pour les travaux et équipements du quotidien : prévention des chutes et de la douleur des résidents (rampes, barres de rééducation à la marche...) ; soins des résidents (chariots de télémedecine, seringue électrique, électrocardiogramme...) ; travaux et achat d'équipement (brasseurs d'air, isolation des murs, groupe électrogène...) et travaux de réduction de la consommation énergétique.

Remarque : les équipements relatifs à la lutte contre la sinistralité (rails plafonniers, moteurs, chariots motorisés, etc.) relèvent en 2025 du PAI sinistralité de la CNSA dont l'instruction doit paraître en juin 2025. Ces équipements sont donc exclus du financement via les CNR « travaux et équipements du quotidien ».

- Le financement des molécules onéreuses¹³ : Afin de ne pas pénaliser les EHPAD en tarif global avec Pharmacie à Usage Interne accueillant des résidents avec des traitements médicamenteux coûteux (cancer, DMLA¹⁴, etc.), l'ARS finance ces molécules en CNR. Le choix des traitements innovants bénéficiant d'une prise en charge financière selon cette modalité (CNR) est effectué en lien avec les Pharmaciens de l'ARS Île-de-France dans le cadre de la politique régionale des médicaments et est actualisé annuellement. En contrepartie, les établissements qui bénéficient de ces crédits doivent dans le cadre de l'efficacité des dépenses, mettre en place une organisation visant à encadrer l'utilisation à bon escient des produits concernés (information au sein de l'établissement, traçabilité des situations de prescription, réévaluation).

¹² Plan d'Aide à l'Investissement

¹³ Liste en annexe III

¹⁴ Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

— L'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels et le confort des usagers

Au titre de l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels et du confort des usagers, les équipements et actions pour lesquels il sera possible de solliciter des financements en CNR sont les suivants :

- **Formations (par rang de priorité)**

- Remplacement des professionnels partis en formation
- Formations professionnalisantes (ne donnant pas lieu à un diplôme)
 - *Formations visant à améliorer la qualité de prise en charge, la connaissance et l'accompagnement des résidents et de leurs proches aidants, accompagnement des personnes atteintes de maladies psychiatriques, de maladies neurodégénératives, de maladies chroniques, nutrition, accompagnement à la fin de vie, rédaction des certificats de décès (pour les IDE salariées), spécificités de la personne âgée en situation de précarité, bientraitance, enjeux du numérique.*
 - *Formations concernant l'analyse des pratiques, la cohésion d'équipe, la prévention des risques et des troubles musculosquelettiques, la formation à destination des managers, les formations budgétaires et financières à destination des fonctions supports*
- Formations qualifiantes (donnant lieu à un diplôme) : via la VAE ou la formation. Le soutien en CNR à la formation qualifiante ne sera apporté qu'aux formations financées partiellement par l'opérateur de compétences. L'ESMS devra fournir l'accord de prise en charge émis par l'opérateur de compétences (OPCO Santé, ANFH) comme pièce justificative.

- **Santé des soignants**

- Actions spécifiques mis en place par l'établissement en faveur de la santé des soignants (actions, événements, ateliers en faveur de l'accès à la prévention et aux soins, formations des encadrants et formateurs à la santé des agents et à leur propre santé)

Sous réserve du respect des axes prioritaires présentés ci-dessus, je vous invite à transmettre à la délégation départementale de l'ARS de votre département, l'ensemble de vos demandes motivées à partir du 16 juin 2025 et au plus tard le 29 août 2025 via le lien suivant :

<https://demat.social.gouv.fr/commencer/arsif-demarche-cnr-relatif-au-secteur-medico-social>

Ces demandes seront étudiées au regard des priorités régionales et des crédits disponibles, des crédits alloués au cours des deux dernières années, ainsi que des provisions disponibles.

Les crédits seront alloués à l'automne 2025.

Les CNR régionaux correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire (notamment les reprises d'excédents lors de l'examen des comptes administratifs et l'analyse des taux d'occupation) et ne peuvent être compris comme étant dus de manière pérenne. Par conséquent, l'emploi de ces derniers aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrit.

Les CNR alloués feront l'objet d'un suivi précis et seront repris si la dépense n'est pas effectuée (à l'exception des mises en réserve de provision autorisées) ou est inférieure au montant alloué. Il vous appartient d'apporter les justificatifs de la dépense.

L'ensemble des leviers budgétaires présentés visent à soutenir les établissements et services à s'adapter aux multiples enjeux de gestion et d'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées.

Je vous remercie pour votre contribution et votre implication à l'ensemble de ces actions qui permettront d'améliorer et de développer l'offre médico-sociale de la région Île-de-France.

Le Directeur Général
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Denis ROBIN

13. Annexe I : La campagne état prévisionnel/réalisé des dépenses et des recettes (EPRD/ERRD) et les documents obligatoires

Pour rappel, les documents budgétaires attendus :

- Le cadre budgétaire (**EPRD/EPCP ou ERRD/ERCP**) avec ses **annexes d'activité, tableaux d'effectifs, et annexes financières** ;
- Les documents spécifiques selon la situation de l'établissement (**activité Creton, plan d'investissement, plan de transport**) ;
- Les pièces complémentaires selon le statut : **comptes de gestion pour les ESMS publics, rapport du commissaire aux comptes pour les privés, comptes de liaison pour les associatifs, et bilan comptable** ;
- Le **compte d'emploi**, essentiel pour le suivi des crédits non reconductibles (CNR) et subventions, retraçant précisément l'utilisation de ces financements ;
- Le **rapport budgétaire et financier** (cf annexes), document central même s'il n'est pas formalisé, qui éclaire la trajectoire financière, justifie les écarts entre prévisionnel et réalisé, analyse la gestion des effectifs, les recettes et charges, et explique les choix de gestion et l'affectation des résultats.

Concernant la campagne des EPRD

L'EPRD et ses annexes doivent être transmis **dans les 30 jours suivant la notification des tarifs et au plus tard le 30 juin de l'année N**, à l'exception :

- **De l'annexe activité prévisionnelle**, à transmettre **au plus tard le 31 octobre de l'année N-1**.

Les documents obligatoires pour tous les ESMS sont :

- **Pour les ESMS privés** → Transmission de l'**EPRD** (*Annexe 1*)
- **Pour les ESMS publics** → Transmission de l'**EPCP** (*remplace l'EPRD*)
- **Le rapport budgétaire et financier** (*cadre non normalisé*)
- **Annexe activité prévisionnelle** (*Annexe 4*)
- **Tableaux prévisionnels des effectifs rémunérés (TPER)** (*Annexe 6*)
- **Annexes financières** (*Annexe 5a-5c*)
Si l'ESMS est cofinancé, l'annexe doit préciser la répartition des charges entre les sections tarifaires.
 - **ESMS personnes âgées** → *Financement ARS / Conseil départemental (ex. : soins, dépendance, hébergement en EHPAD).*

Les autres documents obligatoires selon la situation de l'établissement sont :

- **Plan pluriannuel d'investissement** → À fournir si un programme d'investissement est prévu.
- **Plan de transport** → Obligatoire pour les établissements accueillant des adultes handicapés en accueil de jour.
- **Comptes de gestion (ESMS publics)** → À transmettre avec l'EPCP.
- **Attestation du commissaire aux comptes (ESMS privés)** → Obligatoire pour les structures soumises à certification des comptes (cf. Annexe 1 - Commissariat aux comptes).

Concernant la campagne ERRD

L'ERRD et ses annexes doivent être transmis avant **le 30 avril de l'année suivant l'exercice concerné**. Dépôt des ERCP au plus tard le 8 juillet N.

Les documents obligatoires pour tous les ESMS sont :

- **Pour les ESMS privés** → Transmission de l'ERRD (*Annexe 8*)
- **Pour les ESMS publics** → Transmission de l'ERCP (*remplace l'ERCD Annexe 11*)
- **Le rapport budgétaire et financier** (*cadre non normalisé*)
- **Annexe Activité réalisée** (*Annexe 9a-9d*)
- **Tableaux des effectifs et des rémunérations (TER)** (*Annexe 9h-9j*)
- **Annexe financière** (*Annexe 9e-9f*). Si l'ESMS est **cofinancé**, l'annexe doit préciser la répartition des charges entre les sections tarifaires.
 - **ESMS personnes âgées** → *Financement ARS / Conseil départemental*
 - S'il s'agit d'un SAD ou d'un SPASAD c'est une annexe particulière (*Annexe 9*)

Les autres documents obligatoires selon la situation de l'établissement sont :

- **Comptes de gestion** → **obligatoire pour les ESMS publics** (*Art. R.314-240 du CASF*)
- **Rapport du commissaire aux comptes (CAC)** (obligatoire si soumis à certification à transmettre sans délai)
- **Tableau des comptes de liaison** (*ESMS associatifs uniquement*). À intégrer dans le **rapport budgétaire et financier** en l'absence d'annexe nationale
- **Annexe Bilan comptable** selon le statut juridique :
 - Modèle secteur privé non lucratif**
 - Modèle secteur privé commercial**
- **Transmission d'un compte d'emploi**

Conséquence du décret n°2022-734 **pour les EHPAD** :

Abrogation de l'ERRD simplifié

Abrogation de l'annexe tarifaire 9 E2 (présentation tarifaire annexes 9 E1-9F)

2 nouveaux cadres pour le bilan comptable obligatoire > 2023

Conséquence de l'arrêté du 29 décembre 2023 relatif à la mise en œuvre de la comptabilité **pour les EHPAD privés commerciaux ou non habilités (ou minoritairement) à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, et uniquement s'ils gèrent plusieurs EHPAD** :

L'attestation du Commissaire aux comptes relative à la tenue de la comptabilité analytique, qui doit être établie dans les deux mois suivant l'approbation des comptes ;

Le suivi des réserves, des subventions, des reports à nouveau, des provisions réglementées, des provisions et des fonds dédiés, constitués sur des financements publics, selon le format arrêté à l'annexe I de l'arrêté précité. Ce tableau doit être établi pour chaque EHPAD.

Le tableau de suivi des flux financiers entre l'EHPAD et son organisme gestionnaire ou d'une entité tierce liée, selon le format arrêté à l'annexe III de l'arrêté précité. Ce tableau doit être établi pour chaque EHPAD.

La nécessaire transmission d'un rapport budgétaire et financier complet

Parmi les pièces à fournir, une attention particulière doit être portée au rapport budgétaire et financier, document obligatoire bien que non formalisé. Il constitue un support indispensable à l'analyse qualitative des données transmises.

Le contenu attendu du rapport budgétaire et financier :

Ce rapport, exigé dans le cadre de l'EPRD comme de l'ERRD, doit permettre d'éclairer les éléments comptables et budgétaires au regard de l'activité, de l'organisation, des choix de gestion et du contexte de fonctionnement de l'établissement.

Ce rapport doit inclure les éléments suivants :

1. Analyse des équilibres financiers

- Présentation synthétique de la trajectoire financière de l'établissement sur 5 ans
- Justification des principaux arbitrages budgétaires
- État du solde d'exploitation, du résultat, de la capacité d'autofinancement et des réserves ; si CPOM pluri-financeurs, il convient que le rapport prévoit des développements par financeurs (périmètre ARS, périmètre propre à chaque CD)

2. Écarts entre prévisionnel et réalisé

- Analyse des écarts significatifs entre le prévisionnel et l'exécution budgétaire
- Mise en perspective avec les hypothèses initiales
- Éléments d'explication relatifs à la conjoncture, à l'activité ou aux changements de périmètre

3. Effectifs et masse salariale

- Cohérence entre les effectifs budgétés et réalisés
- Justification des écarts entre les annexes (Groupe 2, Annexe 6 ou 9)
- Explication des variations de masse salariale, d'emplois aidés, d'externalisation, etc

4. Recettes et charges

- Détail et évolution des financements par section tarifaire
- Analyse des charges variables ou structurellement en évolution (énergie, prestations, fournitures, etc.)
- Détail de la politique des renouvellements des immobilisations à mettre en perspective du taux de vétusté et de l'évolution de la dotation aux amortissements
- Incidence des changements de mode de tarification ou de financement

5. Méthodes comptables et gestion des fonds

- Présentation des méthodes de comptabilisation (produits constatés d'avance, provisions, amortissements...)
- Affectation et suivi des subventions ou fonds dédiés
- Utilisation des provisions pour risques et charges

6. Affectation du résultat et impact financier

- Justification de l'affectation du résultat
- Évolution du fonds de roulement, de la trésorerie

Commentaire sur les déséquilibres constatés, s'ils existent (déficit conjoncturel ou structurel), et les actions engagées

Le cadre réglementaire applicable

EPRD : L'état des prévisions de recettes et de dépenses doit satisfaire les conditions suivantes¹⁵ :

- Chacun des comptes de résultat prévisionnels respecte l'équilibre réel ;
- L'état des prévisions de recettes et de dépenses tient compte des engagements prévus au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- En cas de situation financière dégradée, il intègre les mesures de redressement adaptées.

L'Agence peut s'opposer à l'état des prévisions de recettes et de dépenses lorsque celui-ci n'est pas accompagné des documents mentionnés ci-dessus. Ce refus peut également être fondé sur un désaccord sur la répartition d'une dotation globalisée commune ou sur l'évolution des équilibres et ratios financiers¹⁶.

ERRD : En cas d'absence de transmission des documents au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'exercice auquel il se rapporte, l'autorité de tarification fixe d'office le montant et l'affectation du ou des résultats¹⁷.

L'affectation des résultats doit respecter les modalités définies au sein du CPOM¹⁸.

L'autorité de tarification peut rejeter les dépenses qui sont manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement ou du service.

L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice durant lequel est constaté la dépense irrégulière sur un exercice passé, ou sur l'exercice qui suit, dans une limite de cinq ans après la réception de l'état réalisé des recettes et des dépenses afférentes à l'exercice auquel se rattache la dépense.¹⁹

¹⁵ Article R314-221 CASF

¹⁶ Article R314-225 du CASF

¹⁷ Article R.314-237 CASF et R314-232 du CASF

¹⁸ Article R314-235 CASF

¹⁹ Article R.314-236 du CASF (ou R314-52 du CASF pour les établissements sociaux et médico-sociaux en procédure contradictoire non soumis au dépôt d'un état réalisé des recettes et des dépenses)

14. Annexe II : L'application de l'expérimentation 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 EHPAD et des 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 PUV tarifées au 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 GMPS²⁰ et des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD). Une application partielle est impossible²¹.

²⁰ 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).

²¹ 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'ARS²². 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 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'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 redevable 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 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'acquittement du tarif journalier afférent aux 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 acquittent 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.

²² 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.

A titre transitoire, les résidents qui acquittent 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 acquitter le montant du tarif afférent aux GIR 5-6, afin de ne pas générer de surcoût pour ces résidents. En revanche, ceux qui acquittait un tarif journalier supérieur à ce montant se verront appliquer le nouveau tarif à compter du 1er juillet 2025.

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), 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.

luri-annualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.

uri-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 code de l'action sociale et des familles 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 agences régionales de santé), « 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 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 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 dit " groupe iso-ressources moyen pondéré soins " (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 départemental²³]

- 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.

²³ Fixé annuellement par le directeur général de l'ARS dans les départements expérimentateurs.

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 ;
- Les médicaments dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;
- Les rémunérations ou honoraires versées 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'APAE est sans incidence sur les garanties de ressources apportées aux résidents. La partie 3. Ci-dessous rappelles 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	✓ 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	✓ 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 informer 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
Etablissements concernés par l'expérimentation	FGU (cf détail du calcul en partie II)	✓ 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 ✓ Etablissements nouvellement créés : utilisation du niveau de dépendance moyen national établi par la CNSA (et non plus départemental)	✓ 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	✓ 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)	✓ 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)	✓ 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)	✓ 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) : - Maintien des garanties de ressources - Poursuite de la prise en charge par l'ASH sans déposer de nouveaux dossiers de demande du bénéfice 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)	✓ 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'APA en établissement 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.

du 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.

u 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'APA établissement 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'APA établissement 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 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 tarification²⁴, ne contiennent pas d'évolution liée à la création du FGU, **excepté** :

- Le tableau d'annexe financière²⁵ ;

²⁴ Transmission via la plateforme ImportEPRD, déployée par la CNSA

²⁵ 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.

- Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés²⁶.

Deux colonnes relatives aux FGU sont créés, afin d'y saisir la consolidation des charges et des produits, 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.
es 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 2025²⁷, 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.

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'APA en établissement ».

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.

²⁶ Annexe 6A de l'arrêté du 27 décembre 2016, modifié par l'arrêté du 18 juin 2018.

²⁷ Transmission via la plateforme ImportERRD, déployée par la CNSA

(8) Aucune remontée de données en plus de celles qui sont validées dans 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) Proratisation 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 =

*Résultat de l'équation tarifaire relative aux soins (A)
+ Résultat de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie (B)
+ financements complémentaires (C)*

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 changements, hormis les revalorisations liées à l'augmentation des valeurs de point (tarif partiel avec ou sans 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 rappelés dans le présent Rapport d'Orientation Budgétaire.

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 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 dépendance²⁸ 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 date d'installation prévisionnelle. Le coût de ces places éventuellement constatés au cours du premier semestre 2025 sont de la seule compétence du département et ne sont 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 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 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

²⁸ 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.

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 CASF²⁹ 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 temporaire³⁰.

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.

²⁹ 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.

³⁰ 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 code de l'action sociale et des familles.

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 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 :

$$FGU \text{ pris en charge par la branche Autonomie (net)} = FGU \text{ brut (D)}$$

- *Produits prévisionnels relatifs aux participations des résidents (E)*
- *tarifs journaliers des résidents non affiliés à un régime obligatoire de base de la sécurité sociale et ne bénéficiant pas de l'aide médicale notamment (F)*

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 PUV³¹ 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 2025³². 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 suite à 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.

³¹ Uniquement celles tarifées au GMPS

³² En dehors des dispositions contractuelles déjà prévues par ailleurs.

- 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.
- iii) La partie relative à la dépendance du prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans³³. Avant l'entrée en vigueur de l'expérimentation, ce tarif est encadré par l'article R. 314-188 du code de l'action sociale et des familles, 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'APA en établissement, 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 :

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

³³ Par construction, ces résidents ne peuvent pas être bénéficiaires de l'APA en établissement.

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 prévisionnelle³⁴ 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.

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.

³⁴ 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.

15. Annexe III : « Liste des molécules onéreuses »

Classement ATC	Indication	Exemples DCI
Voie digestive et métabolisme (A)	Antibactériens intestinaux	Fidaxomicine
	Maladie rare	Acide carglumique
		Iaronidase
		Imiglucerase
		Idursulfase
		Agalsidase beta
		Alpha alglucosidase
Sang et organes hématopoïétique (B)	Facteurs de coagulation	Antithrombine III
		Facteurs VIII de coagulation humaine
		Complexe prothrombique humaine
	Anti thrombotiques	Enoxaparine
Système cardiovasculaire (C)	Antihypertenseur pulmonaire	Bosentan
	Cardiomyopathie	Tafamidis
	Insuffisance cardiaque	Sacubitril/Valsartan
Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues (H)	Hormones hypophysaires et analogues	Desmopressine
	Hormones parathyroïdiennes et analogues	Teriparatide
		Cinacalcet
Anti infectieux généraux à	Infection fongiques	Amphotéricine B



Classement ATC	Indication	Exemples DCI
usage systémique (J)		Caspofungine
		Isavuconazole
		Micafungine
		Voriconazole
	Infections bactériennes	Ciprofloxacine
		Fosfomycine
		Piperacilline/tazobactam
		Tobramycine
		Daptomycine
		Linezolide
	Antiviraux (Hépatite C, VIH, zona)	Sofosbuvir
		Ritonavir
		Ténofovir
		Entecavir
		Darunavir
		Famciclovir
		Raltégravir
		zidovudine + lamivudine + abacavir
		Emtricitabine + ténofovir
		dolutégravir + abacavir + lamivudine



Classement ATC	Indication	Exemples DCI
		glécaprevir + pibrentasvir
		sofosbuvir + velpatasvir
		lédipasvir + sofosbuvir
		elbasvir + grazoprévir
		sofosbuvir + velpatasvir + voxilaprévir
Antinéoplasiques et immunomodulateurs (L)	Cancer	Imatinib
		Mitotane
		Busulfan
		Afatinib
		Lénalidomide
		Etoposide
		Pomalidomide
		Létrozole
		Palbociclib
		Bexarotène
		Ibrutinib
		Sunitinib
		Sonidégib
		Ibrutinib
		Vismodegib
		Pegfilgrastim
		Alectinib



Classement ATC	Indication	Exemples DCI
		Fulvestrant
		Triptoréline
		Degarelix
		Leuproréline
		Filgrastim
		Acalabrutinib
		Ribociclib
		Enzalutamide
	Immunologie	Immunoglobuline humaine normale
		Etanercept
		Infliximab
		Abatacept
		Tocilizumab
		Tacrolimus 3 et 5mg
		Everolimus
		Methotrexate
		Ciclosporine
	Neurologie	Ocrelizumab
		Natalizumab
	Ophtalmologie	Bevacizumab (DMLA)
		Ranibizumab (DMLA)
Muscle et squelette (M)	Maladie rare	Nusinersen



Classement ATC	Indication	Exemples DCI
	Désordre osseux	Résidronate
Système Nerveux (N)	Système nerveux	Aripiprazole 400mg
		Levetiracetam
		Tafamidis 20mg
		Paliperidone
		Felbamate (flacon)
		Cannabidiol
	Antiparkinsoniens	Levodopa/carbidopa
		Pompe Duodopa®
Antiparasitaires, insecticides (P)	Gale	Ivermectine
		Ascaflash®
		A-PAR® sur appréciation de la DD (justificatif)
Organes sensoriels (S)	Maladie rare	Voretigène néparvovec
	anti-neovasculaire oculaire	Aflibercept (DMLA)
Divers (V)	Chelateurs du fer	Déférasirox