RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Direction de l'Autonomie

Saint Denis, le 13 juin 2025

RAPPORT RÉGIONAL D'ORIENTATION BUDGETAIRE 2025 DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPÉES 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 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 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 imitative de l'ARS Île-de-France augmente de 3,98 % 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 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 (DRL) de l'Île-de-France 4

3 La politique francilienne d'actualisation des établissements et services existants pour 2025 5

3.1- Le taux d'actualisation francilien 2025 5

3.2- La minoration du taux d'actualisation à partir de 2026 6

4 La minoration de la dotation pour sous-activité 6

5 La généralisation des Prix de Journée Globalisé (PJG) 7

6 La tarification des SSIAD 7

7 Les revalorisations salariales 9

7.1 La contribution au financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes entre 2023 et 2025 9

7.2 Les mesures relatives aux salariés du secteur public portant sur la hausse des cotisations CNRACL 9

8 Les priorités régionales 2025 relatives au développement et à la transformation de l'offre handicap 10

8.1 Bilan de l'offre : 10

8.2 La poursuite du déploiement du Plan Inclus'IF 2030 10

8.3 La poursuite de la transformation de l'offre : 11

8.4 La poursuite du déploiement de la stratégie pour les troubles du neurodéveloppement (SN-TND) : 11

9 La poursuite des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens 12

10 Le soutien à la politique Ressources humaines en santé des ESMS 14

11 L'allocation des crédits non reconductibles (CNR) 15

11.1 Les crédits non reconductibles nationaux 15

11.2 Les crédits non reconductibles régionaux 15

12 Annexe I : La campagne état prévisionnel/réalisé des dépenses et des recettes (EPRD/ERRD) et les documents obligatoires 19

13 Annexe II : La tarification et la facturation au titre de l'amendement Creton 24

14 Annexe III : L'activité des établissements et des services 26

15 Annexe IV : « Liste des molécules onéreuses » 31

1 Eléments introductifs

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

- Le déploiement du plan ressources humaines en santé ;
- La poursuite du développement de l'offre médico-sociale, notamment de la mise en œuvre effective des solutions nouvelles du Plan Inclus'IF 2030 à la suite de la conférence nationale du handicap (CNH) en 2023 ;
- L'accélération de la dynamique de transformation de l'offre ;
- La mise en œuvre de la Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement ;
- Le déploiement du service public de repérage précoce, de diagnostic et d'intervention précoce et des parcours destinés aux enfants et jeunes adultes ;
- La promotion et le développement des modalités de communication alternative et améliorée (CAA) ;
- La poursuite de la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

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 ainsi que 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 ;
- Les mesures nouvelles permettant le déploiement de la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (au titre du pas de convergence 2025).

Les mesures non pérennes suivantes :

- Les crédits non reconductibles (CNR) exceptionnels relatifs à l'appui aux situations complexes validées au premier semestre ainsi que les CNR nationaux relatifs aux permanences syndicales ;
- L'affectation des résultats relatifs à l'analyse des comptes administratifs 2023 ;
- La reprise de crédits liés à la facturation des adultes accueillis au titre de l'amendement creton[1] ;
- 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.

[1] Annexe II

A l'automne 2025 :

L'allocation des mesures pérennes suivantes :

- Les mesures nouvelles des places installées après le lancement de la 1ère phase de campagne budgétaire ;
- Les crédits liés aux corrections d'incohérences manifestes dans la remontée de l'activité des SSIAD[2].

Les mesures non pérennes suivantes :

- La reprise de crédits temporaires 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 (DRL) de l'Île-de-France

La dotation régionale limitative (DRL) pour le financement des établissements et services à destination des personnes en situation de handicap s'élève à 2 541 951 822 € en Île-de-France :

Base reconductible au 01/01/2025	**2 444 704 796 €**
Reconduction DRL (+0,93%)	**22 735 755 €**
Effet hausse des cotisations CNRACL	**1 995 299 €**
Mesures nouvelles pour développer l'offre	**71 771 513 €**
Fongibilité	*1 716 189 €*
Crédits de paiement	*68 801 287 €*
Communication alternative et améliorée	*1 254 038 €*
SSIAD – Application de la réforme (pas de convergence)	**- 409 538 €**
Autres crédits (SI SSIAD)	**280 862 €**
CNR nationaux - Gratification des stages	**774 666 €**
CNR nationaux - Permanents syndicaux	**98 468 €**
DRL 2025	**2 541 951 822 €**

[2] Service de soins infirmiers à domicile

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

3.1- Le taux d'actualisation francilien 2025

L'année 2025 est marquée par la suspension de l'application des tarifs plafonds aux ESAT[3]. Ainsi, à l'instar des autres ESMS, ils peuvent bénéficier du taux d'actualisation régional.

22 735 755 € ont été alloués à l'ARS Île-de-France pour l'actualisation des établissements et services existants sur la base du calcul national suivant :

	Taux de progression DRL			
Secteur	**Masse salariale (GVT)**	**Effet prix**	**Effet prix (complément)**	**Taux actualisation DRL**
PH	0,57%	0,36%	0	**0,93%**

Pour mémoire, la répartition conventionnelle des dépenses de l'OGD[4] par catégorie de dépenses et par secteur est la suivante :

Périmètre	PH	Mesures 2023 concernées
Masse salariale	75%	Effet masse salariale Dégel du point d'indice
Autres dépenses	25%	Effet prix Effet prix exceptionnel

Pour 2025, compte tenu du besoin en financement identifié concernant le poste de dépense « Revalorisations Salariales » (cf. point 7.1), l'ARS Île-de-France applique un taux d'actualisation régional fixé à 0,90 % à l'ensemble des ESMS à l'exception :

- des SSIAD soumis à l'équation tarifaire et

- des installations de places ayant eu lieu entre septembre et décembre 2024, pour lesquelles l'ARS Île-de-France n'a pas bénéficier de crédits d'actualisation par la CNSA.

Les marges dégagées par la minoration de 0,03 points du taux d'actualisation s'élèvent à 1 208 291 €. Elles permettent de financer de façon pérenne les revalorisations salariales du Ségur pour les places installées en 2023

[3] Etablissements ou services d'aide par le travail

[4] Objectif Global des Dépenses

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, de sincérité et de 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, enquête SERAFIN post mai 2025) expose les organismes gestionnaires à des conséquences majeures :

- Refus d'octroi des crédits non reconductibles (CNR) dès l'exercice 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 minorations 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 de la dotation 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 taux d'occupation global inférieur à l'activité cible (90 % pour les ESMS, 100 % pour les services, activité cible prévue dans le CPOM) conduit à une minoration partielle de la dotation financière, calculée sur la moitié de la différence entre le taux cible et le taux réalisé, sauf seuil spécifique prévue dans le CPOM.

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

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

L'organisme gestionnaire dispose de 2 mois après notification 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 généralisation des Prix de Journée Globalisé (PJG)

Dans le cadre du projet de transmission automatique des décisions tarifaires aux caisses primaires d'assurance maladie, mené par la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA), il est demandé aux ARS pratiquant encore la tarification en prix de journée pour certains ESMS de mettre fin à ce mode de tarification et de le remplacer par un prix de journée globalisé.

Outre des travaux portant sur les systèmes d'information, il est apparu que le mode de financement par prix de journée peut induire des écarts entre les sommes allouées par l'ARS et celles perçues via les organismes payeurs, créant ainsi un risque de trop-perçu ou de manque à recevoir, en cas d'écart entre l'activité prévisionnelle et la réalisation effective. Aussi, afin de sécuriser les financements, de simplifier les échanges, et conformément à l'article R 314-115 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'Agence, en lien avec les partenaires de l'Assurance Maladie, propose aux ESMS concernés de passer à un mode de financement par dotation.

Ce changement présente plusieurs avantages :

- Une meilleure lisibilité et prévisibilité budgétaire, facilitant votre pilotage financier et la gestion de vos ressources ;
- Une plus grande souplesse de gestion, qui vous permet d'adapter plus librement votre accompagnement aux besoins des usagers accueillis ;
- Une amélioration de la qualité de service, en vous recentrant sur l'accompagnement plutôt que sur la justification de l'activité réalisée ;
- Enfin, une mise en conformité avec les orientations nationales, qui privilégient ce type de financement pour renforcer l'efficience et l'équité dans l'allocation des ressources.

A cette fin, les ESMS concernés recevront une convention tripartite, en lien avec les CPAM locales, pour un passage en PJG dès le 01 janvier 2026.

6 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 – 409 538 €.

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 remontées par les SSIAD, notamment sur leur niveau d'activité, et **à titre exceptionnel en 2025**, il est délégué aux ARS une enveloppe complémentaire 1,9 M€ sur le secteur personnes handicapées. L'enveloppe pour la région Île-de-France est de 280 862 €.

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 CNSA[5]. 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.

[5] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

7 Les revalorisations salariales

7.1 La contribution au financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes entre 2023 et 2025

Pour rappel, depuis 2023 l'instruction 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 des places avec un coût à la place inférieur, l'ARS compense forfaitairement le surcoût lié aux revalorisations salariales. Ainsi, en 2025 :

- Les revalorisations salariales portant sur les installations 2023 dont l'autorisation a été prise avant 2023 seront pérennisées dès 2025. Ce sont ainsi 3 213 663 € octroyés en 2024 sous forme de crédits non reconstructibles qui seront pérennisés grâce à la fixation du taux d'actualisation à 0,90% ;
- Les revalorisations salariales portant sur les installations 2024 et 2025 dont l'autorisation a été prise avant 2023 seront financées en CNR dans la limite de la Dotation Régionale Limitative faute de crédits pérennes disponibles à déléguer par l'ARS.

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

En 2025, l'ARS Île-de-France bénéficie de 1 995 299 € afin de compenser forfaitairement la hausse des cotisations Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) pour les personnels relevant de 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.

Conformément à la répartition nationale, la méthodologie francilienne sera :

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Dotation soins 2024 reconductible de l'ESMS du secteur public}}{\text{Somme des dotations soins 2024 reconductibles des ESMS du secteur public au niveau régional}}$$

8 Les priorités régionales 2025 relatives au développement et à la transformation de l'offre handicap

8.1 Bilan de l'offre :

Au 1er janvier 2025, l'ARS Île-de-France disposait d'environ 60 000 solutions en établissements ou services médico-sociaux à destination des personnes en situation de handicap réparties de la façon suivante en fonction des publics :

- 45% sur le secteur « enfant ;
- 55% sur le secteur « adulte ».

A ces solutions, s'ajoutent les structures CAMSP[6], CMPP[7], PCO[8] qui offrent des prises en charge en file active qui ne sont pas comptabilisées dans les établissements et services ci-dessus mais participent au parcours d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

8.2 La poursuite du déploiement du Plan Inclus'IF 2030

Le Plan Inclus'IF 2030 lancé le 12 octobre 2023 a vocation à se poursuivre jusqu'en 2030. Il s'inscrit dans les ambitions et priorités d'actions fixées le 26 avril 2023 par le Président de la République, pour améliorer la vie des personnes concernées et garantir l'effectivité de leurs droits. Parmi ces priorités, la volonté de permettre aux régions sous-équipées de se rapprocher de l'offre métropolitaine par habitant est forte : la région Île-de-France fait partie des territoires les plus concernés.

Ce plan représente une mobilisation de 317 millions d'euros de crédits en fonctionnement. Son objectif est de créer, d'ici 2030, des solutions nouvelles pour l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap, qu'il s'agisse de services, d'offre en établissements, de projets destinés à soutenir l'inclusion des enfants en milieu scolaire et de renforcer le repérage précoce des enfants concernés dans le cadre du déploiement du service public de repérage précoce, de diagnostic et d'intervention précoce et des parcours destinés aux enfants et jeunes adultes[9].

En 2024, un peu moins de 1 300 solutions nouvelles sur le champ de l'enfance ont été retenues dans le cadre de l'AMI « Plan inclusIF 2030 » et plus de 700 solutions nouvelles sur le champ de l'adulte.

En 2025, le déploiement de l'offre dans le cadre du Plan Inclus'IF 2030 a vocation à se poursuivre en s'appuyant notamment sur de nouvelles mises en concurrence qui permettront le développement de l'offre dans le cadre des 50 000 solutions.

Par ailleurs, dans le cadre des annonces politiques portées le 11 février 2025 et dans le cadre des orientations présentées dans le dossier de presse du CIH de mars 2025, **le déploiement progressif des pôles d'appui à la scolarité (PAS**) sera également lancé, en lien étroit avec les rectorats et services de l'Education nationale, dans trois départements : Paris, la Seine-et-Marne et les Hauts-de-Seine.

[6] Centre d'action médico-sociale précoce
[7] Centre médico-psycho-pédagogique
[8] Plateforme de coordination et d'orientation
[9] prévu par la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2024 de financement de la sécurité sociale pour 2024 et codifié à l'article L. 2134-1 du CASF

En outre, l'accès à la communication pour toute personne en situation de handicap, notamment par le déploiement **des dispositifs de communication alternative et améliorée (CAA),** constitue une priorité d'action, réaffirmée par le Gouvernement lors de la CNH du 26 avril 2023 puis les CIH du 16 mai 2024 et du 6 mars 2025 et déclinée dans la stratégie de lutte contre les maltraitances de 2024 et la stratégie nationale pour les TND renouvelée en 2023.

Afin de soutenir et de renforcer le développement de la CAA au profit notamment des personnes accompagnées par des ESMS, une mission d'expertise et d'information autour de la CAA sera progressivement déployée dans chaque département afin d'assurer d'une part, une fonction d'animation de réseau sur le territoire concerné, et d'autre part, une fonction d'appui ressources et d'accompagnement à la mise en place de ces démarches auprès des personnes et de leurs familles, ainsi que la montée en compétences des environnements sur la CAA (école, périscolaire, soins, services à domicile, etc.).

Une instruction ministérielle et un cahier des charges viendront prochainement encadrer les modalités de fonctionnement et d'organisation de ces missions.

8.3 La poursuite de la transformation de l'offre :

L'ARS Île-de-France s'inscrit depuis plusieurs années dans la transformation de l'offre médico-sociale. Afin d'accélérer cette transformation et mieux la structurer, une stratégie régionale, fondée sur le modèle seine-et-marnais est actuellement en cours de consultation, en vue de son adoption pour la rentrée 2025.

8.4 La poursuite du déploiement de la stratégie pour les troubles du neurodéveloppement (SN-TND) :

L'ARS Île-de-France met en œuvre la stratégie nationale sur les troubles du neurodéveloppement depuis son lancement en 2023 notamment autour de trois axes prioritaires :

- Accélérer le déploiement de tous les dispositifs facilitant le parcours de diagnostic et d'accompagnement pour l'enfant et l'adulte, avec la poursuite du renforcement des plateformes de coordination et d'orientation 0-6 ans et le développement d'une PCO 7-12 ans par département, la poursuite et le développement des mesures de repérages et de diagnostics des personnes non diagnostiquées en ESMS adultes et enfants ;
- Renforcer les dynamiques inclusives et la scolarisation des enfants, selon les objectifs nationaux ;
- Apporter des réponses médico-sociales et sanitaires harmonisées et renforcées en direction des personnes autistes présentant des situations complexes, en poursuivant notamment l'accompagnement des opérateurs des petites unités résidentielles jusqu'à leur ouverture effective et le développement de deux nouvelles unités renforcées d'accueil de transition (URAT) à destination des enfants et adolescents.

Parallèlement au développement de l'offre dans le cadre du Plan Inclus'IF 2030, suite à la publication de l'instruction N° DGCS/3B/DI-TND/CNSA/DAPO/2025/34 du 9 avril 2025 relative au déploiement de « dispositifs d'emploi et d'habitat », des places de SAMSAH renforcés seront déployées. Cette mesure s'insère dans le cadre de la SN-TND 2023-2027 et permettra l'accompagnement de l'accès à l'emploi et à l'habitat en milieu ordinaire pour des personnes avec trouble du spectre de l'autisme (TSA) et trouble du développement intellectuel (TDI) dans chaque département.

9 La poursuite des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

La loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 fixait au 31 décembre 2021 la date limite pour l'obligation de conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) s'appliquant à l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées ou handicapées. L'instruction DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 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 permet de proroger la date butoir au 31 décembre 2026.

L'ARS Île-de-France a établi une programmation de la contractualisation sur 5 ans. Cette dernière se matérialise par la signature de 8 arrêtés correspondant chacun à un département : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-cpom

La négociation des CPOM est l'occasion d'échanger avec les organismes gestionnaires sur leur stratégie de transformation / développement de l'offre existante. Les objectifs régionaux considérés comme prioritaires intégrés dans l'ensemble des CPOM franciliens sont les axes suivants[10] :

1. Optimiser l'activité

2. S'engager dans la transformation de l'offre : transformation en plateforme, inconditionnalité de l'accueil, autodétermination des personnes et coopérations territoriales

3. Amélioration continue de la Bientraitance

4. Parcours enfants : inclusion et transition vers l'âge adulte

5. Parcours adultes : accompagnement personnalisé et anticipation du vieillissement

6. Parcours emploi (ESAT/ESRP) : formation, insertion et adaptation au vieillissement

7. Prévention de la santé et accès aux soins

8. Numérique en santé

9. Politique RH : attractivité des métiers, qualité de vie au travail, compétences et qualification des personnels

[10] Les cibles d'activité sont précisées en annexe III

La conclusion d'un CPOM entraîne le passage à une tarification en EPRD. La procédure est précisée en annexe I.

Les demandes d'autorisation de frais de siège social devront s'opérer lors de l'entrée des organismes gestionnaires dans la démarche de contractualisation. En effet, l'instruction de dossiers de frais de siège se fera exclusivement dans le cadre d'un CPOM. Deux cas de figure peuvent être envisagés :

- S'il s'agit d'une première demande, elle sera traitée lors de la négociation du CPOM, dès lors que la demande d'autorisation est la réponse la plus adaptée pour parvenir à l'efficience organisationnelle et économique ;
- S'il s'agit d'un renouvellement, les frais de siège préexistants seront prorogés jusqu'à l'entrée sous CPOM.

Application du décret n°2023-1428 du 29 décembre 2023 relatif à la modulation tarifaire en cas de réserves non justifiées

Dans le cadre de la préparation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) arrivant à échéance, l'Agence Régionale de Santé appliquera les dispositions du décret n°2023-1428 du 29 décembre 2023. Ce texte introduit la possibilité, à compter du 1er janvier 2025, de moduler les tarifs alloués aux établissements et services médico-sociaux lorsque des reports à nouveau excédentaires ou des réserves non justifiées sont constatés, au regard des objectifs et obligations fixés par le contrat.

Cette modulation tarifaire, qui pourra être appliquée de manière différenciée sur les années couvertes par le nouveau CPOM, vise à renforcer l'efficience et la bonne utilisation des financements publics, tout en tenant compte du projet d'établissement ou de service et, le cas échéant, des plans pluriannuels d'investissement.

Enfin, une part des réserves injustifiées pourra être transférée au compte de réserve de compensation des déficits, dans la limite de 50 % du montant concerné.

Focus sur le déploiement de la plateforme eCARS médico-social, système d'information de gestion dématérialisée de la contractualisation avec les ESMS en Ile de France

eCARS Médico-Social est une gestion informatique de la négociation, de l'évaluation ainsi que le suivi des CPOM. Les objectifs sont :

- **Optimiser la relation avec les acteurs externes et internes** (accès en un point unique aux dernières informations de référence sur les CPOM) ;
- **Favoriser l'efficience des processus de contractualisation** (gains d'efficacité et de qualité dans la mise en œuvre des processus de gestion des CPOM) ;
- **Équiper les services concernés d'outils de suivi et de pilotage de la contractualisation** afin de faciliter le suivi et le pilotage de la contractualisation sur les différents territoires de la région.

L'ARS informera l'ensemble des organismes gestionnaires lorsque la plateforme eCARS aura été déployée sur la région Île-de-France. A compter de son déploiement, cet outil sera à privilégier pour les échanges autour de la contractualisation.

10 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 :

- Connaitre 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 DRIEETS[11] ;
- 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 soignants

[11] Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

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 pour améliorer la santé des soignants.

11 L'allocation des crédits non reconductibles (CNR)

11.1 Les crédits non reconductibles nationaux

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » (98 468 €) 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).

Les crédits dédiés aux « gratifications de stagiaire » (774 666 €) sont quant à eux destinés à couvrir le coût des gratifications de stage versées par les ESMS dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux pour les stages d'une durée supérieure à deux mois.

11.2 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 ;
- L'aide à l'investissement
    - Pour les projets non retenus au titre du PAI[12] (coût des travaux inférieur à 400 000 € TTC). Pour ces établissements, il est proposé de financer les demandes sur la base d'un devis signé après vérification des provisions disponibles (CA 2023 et ERRD 2024) ;

[12] Plan d'aide à l'Investissement

- Petits investissements du quotidien : prévention des chutes et de la douleur des résidents (rampes, barres de rééducation à la marche…) ; soins des résidents (chariots de télémédecine, seringue électrique, électrocardiogramme…) ; travaux et achat d'équipement (brasseurs d'air, isolation des murs, groupe électrogène.) et travaux de réduction de la consommation énergétique.

¬ Le financement des molécules onéreuses[13] afin de ne pas pénaliser les ESMS PH avec une pharmacie à usage interne, l'ARS finance le coût des traitements onéreux. Les établissements qui bénéficient de ces crédits doivent dans le cadre de l'efficience 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).

¬ 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 relatives à la connaissance et l'accompagnement des publics accueillis et de leurs proches aidants, formations qualifiantes respectant les RBPP de la HAS[14] (notamment dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité des CAMSP et des CMPP), formations relatives au vieillissement des personnes en situation de handicap.*
    - *Formations concernant l'analyse des pratiques, cohésion d'équipe, prévention des risques et des troubles musculosquelettiques, formation à destination des managers, formations budgétaires et financières à destination des fonctions supports*
  - Formations qualifiantes (donnant lieu à un diplôme) : via la VAE[15] 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[16]) comme pièce justificative.

[13] Liste en annexe IV
[14] Haute autorité de Santé
[15] Validation des acquis d'expérience
[16] Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

- **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)
- **Financement de stagiaires : L**es crédits afférents aux gratifications de stage sont destinés à couvrir le coût des gratifications de stage (dépenses opposables aux ESMS en leur qualité d'employeur) versées par les ESMS pour les personnes en situation de handicap dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux pour les stages d'une durée supérieure à deux mois.

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.

Par ailleurs, dans le cadre de démarches régionales, l'ARS mobilisera également des CNR afin de soutenir :

¬ La mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous :

a) Accompagnement des situations individuelles critiques : en subsidiarité de la mobilisation de l'ensemble des acteurs, l'ARS Île-de-France peut accorder à un ESMS des CNR pour faciliter l'accueil ou le maintien d'un accompagnement médico-social pour une personne dont la situation est identifiée comme complexe. Les CNR régionaux correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire, ils ne peuvent pas être employés pour des financements pérennes.

b) En subsidiarité du droit commun, le déploiement de solutions de relai et de répit en ESMS à destination prioritairement des personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement médico-social, identifiées et priorisées par la MDPH, les dispositifs intégrés handicap (DIH) et les acteurs du parcours :

- Les enfants ou les adultes en rupture de parcours, à domicile présentant des troubles du comportement qui accèdent peu ou pas aux offres de droit commun.
- Des adultes ou des enfants pour lesquels rester dans leur milieu familial pendant les vacances entrainerait une majoration des troubles.

¬ Outiller le déploiement des faciliteurs

Pour développer les faciliteurs sur l'ensemble de la région, l'Agence régionale de santé Île-de-France, conformément aux orientations posées par le cadre d'orientation national, a mise en place un appui ressources, porté par le GAPAS, en s'appuyant sur l'expertise du Collectif France Appui à la Demande.

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 en situation du handicap.

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

Signé

Denis ROBIN

12 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** ;
- **De l'annexe activité prévisionnelle Creton**, à transmettre **au plus tard en janvier de l'année N**.

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 handicap** → *Financement ARS / Conseil départemental / État*

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

- **Annexe Activité Creton** → Uniquement pour les **ESMS PH (handicap)**.

- **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 est 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 handicap** → *Financement ARS / Conseil départemental / État*
    - 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**

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 suivantes[17] :

- 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 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 financiers[18].

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 résultats[19].

L'affectation des résultats doit respecter les modalités définies au sein du CPOM[20].

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.

[17] Article R314-221 CASF

[18] Article R314-225 du CASF

[19] Article R.314-237 CASF et R314-232 du CASF

[20] Article R314-235 CASF

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.[21]

[21] 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)

13 Annexe II : La tarification et la facturation au titre de l'amendement Creton

Principe

Dans l'hypothèse d'une orientation MDPH vers un établissement relevant de la compétence (exclusive ou conjointe) du Conseil départemental, il est rappelé que la facturation du jeune adulte accueilli au titre de l'amendement Creton (L.242-4 CASF) doit être adressée au Conseil départemental concerné.

La participation financière des personnes accueillies est la règle dans le secteur adulte, contrairement au secteur enfant. Une participation est donc demandée au jeune majeur maintenu en IME dans des proportions qui ne peuvent pas dépasser la participation qui lui serait demandée s'il était accueilli dans l'ESMS correspondant à son orientation.

Cette participation est fixée par arrêté ministériel pour les orientations MAS (forfait journalier, exception possible si AAH à taux réduit), par le règlement départemental d'aide sociale pour les Conseils départementaux, et par arrêté ministériel pour les orientations en ESAT.

L'impact pour les ESMS

Les établissements concernés doivent veiller tout particulièrement au respect de ces circuits de facturation et à la valorisation des recettes et participations afférentes au jeune adulte accueilli au titre de l'article L.242-4 CASF.

En effet, depuis le 1er janvier 2017, le XVI du R.314-105 CASF dispose que, s'agissant des établissements et services financés en dotation globale accueillant régulièrement des jeunes adultes handicapés, **la dotation initiale est modulée tous les ans** en fonction des produits à la charge des Conseils départementaux sur l'exercice précédent.

En d'autres termes, pour les organismes gestionnaires sous CPOM, **la dotation qui leur sera versée sera égale à la différence entre la dotation globale et la part des financements pris en charge par les conseils départementaux**, telle que définie ci-dessous :

Part maladie versée à l'OG = Dotation globalisée commune – recettes Creton facturées (et non perçues) aux CD en N-1 renseignées dans l'annexe 4C.

La récupération de ces produits supplémentaires relatifs à l'année 2023 s'est effectué au compte administratif 2023 pour une réduction du tarif en 2025. La récupération de l'année 2024 s'effectuera également en 2025 sous la forme d'une variation temporaire de la dotation pour les ESMS en CPOM relevant de l'article L 313-12-2 du CASF et au compte administratif 2024 pour les autres ESMS.

Ce qui est attendu des ESMS

Les annexes 4B et 4CL (activités et Creton) devaient être complétées pour **le 31 octobre 2024.** Le montant des produits constatés est transmis par l'établissement ou le service au directeur général de l'ARS, **au plus tard le 31 janvier de l'année en cours au moyen de l'annexe 4C relative à l'activité « Creton ».**

Les produits relatifs à la prise en charge dans le cadre des amendements CRETON doivent être comptabilisés au **compte "7312132** Part de la prise en charge au titre de l'article L. 242-4 du CASF".

14 Annexe III : L'activité des établissements et des services

Des cibles d'activités minimales sont fixées dans le cadre des CPOM : 90% de l'activité théorique pour les établissements, 80% pour l'accueil temporaire et 100% pour les services.

Modalités de calcul de l'activité théorique :

- Établissements pour enfants : capacité autorisée x nombre de journées d'ouverture (210 jours minimum).
- CAMSP : dotation globale / médiane du coût moyen d'un acte 2023 (265€).
- CMPP : dotation / médiane du coût moyen d'un acte 2023 (154€).
- SESSAD : 5 actes directs x nombre de semaines d'ouverture x capacité autorisée (42 semaines minimum).
- ESAT et ESRP/ESPO : capacité autorisée x nombre de journées d'ouverture (225 jours minimum).
- MAS et EAM : capacité autorisée x nombre de journées d'ouverture (365 jours en internat et 210 jours minimum pour l'accueil de jour).
- SAMSAH : capacité autorisée x nombre de journées d'ouverture (250 jours minimum).
- Plateforme : les modalités de calcul ci-après sont celles définies dans le cadre des travaux régionaux : (capacité autorisée hors hébergement x nombre de semaine d'ouverture x 5 unités d'accompagnement (équivalence en UA proposée sur une semaine)) + capacité autorisation en hébergement x nombre de semaine d'ouverture x 4 (équivalence en UA hébergement proposée sur une semaine).

Activité des CAMSP

La variété des autorisations des CAMSP (autorisation en file active, en places, en nombre de familles accompagnées ou sans plus de précisions) n'a pas permis jusqu'à présent de déterminer une cible d'activité

Néanmoins, à dotation équivalente, une activité similaire entre les différentes structures est attendue.

Le rapport d'activité standardisé des CAMSP a permis d'avoir une meilleure visibilité sur les données d'activité qualitative et quantitative. La méthode de comptabilisation est la suivante : un acte est considérée comme l'action directe d'un ou plusieurs professionnels auprès d'un ou plusieurs enfants/familles. Un rendez-vous individuel comme une séance collective compte donc pour un acte, qu'il soit réalisé au sein du CAMSP ou à l'extérieur (domicile, école, structure de petite enfance…).

La cible d'activité est calculée en fonction de la dotation globale (Dotation compilée Assurance Maladie et Conseil Départemental) de l'établissement avec la médiane du coût moyen d'un acte observé sur les CAMSP franciliens 2023 (les données sont issues des rapports d'activité 2023 des CAMSP). La médiane du coût moyen d'un acte retenu s'élève à 265€.

Activité des CMPP

La variété des autorisations des CMPP (autorisation en file active, en places, en nombre de familles accompagnées ou sans plus de précisions) n'a pas permis jusqu'à présent de déterminer le niveau d'activité attendu des CMPP et de faire des comparaisons.

Néanmoins, à dotation équivalente, une activité similaire entre les différentes structures est attendue.

Le rapport d'activité standardisé des CAMSP a permis d'avoir une meilleure visibilité sur les données d'activité qualitative et quantitative, avec une unité de mesure commune à l'acte.

L'acte est défini dans les consignes de remplissage et nomenclature des données relatives aux CMPP de la manière suivante : entretiens, consultations, examens et rééducations en présence des bénéficiaires (de l'enfant, de l'enfant accompagné de ses parents - ou responsable légal - des parents seuls ou du responsable légal seul ou de l'entourage de l'enfant). L'inscription administrative seule n'est pas considérée comme un acte.

Tous les actes, y compris externes (c'est-à-dire réalisés à domicile, en milieu scolaire ou tout autre lieu extérieur au CMPP), sont comptés :

- Si un professionnel anime une activité avec 5 enfants, il y a 5 actes.
- Si deux professionnels animent une activité avec 5 enfants, il y a 5 actes.

La cible d'activité est en fonction de la dotation de l'établissement avec la médiane du coût moyen d'un acte observée sur les CMPP franciliens en 2023 (les données sont issues des annexes activités des ERRD et CA 2023). La médiane du coût moyen d'un acte retenue pour 2023 s'élève à 154 €.

Activité des SESSAD

L'activité prévisionnelle doit être calculée sur la base de l'activité théorique indiquée ci-dessus.

Dans le calcul des actes, doivent être comptabilisés :

Uniquement les « actes directs », qui se définissent, conformément au guide de la CNSA de 2019 sur la mesure de l'activité des ESSMS, comme : toute action réalisée par un professionnel, au profit d'une personne identifiée ou d'un groupe de personnes. Cela comprend les temps de face-à-face et les temps hors face-à-face. Les actes directs hors face-à-face comprennent : les temps de préparation de RDV ou les temps de réunions autour de la situation d'un usager, les contacts avec l'entourage pour la situation de la personne.

En cas de prise en charge collective :

- Si plusieurs enfants sont présents avec un ou plusieurs professionnels, sont comptés autant d'actes que d'enfants présents.
- Si un enfant est présent avec plusieurs professionnels, est compté un seul acte.

Est ainsi valorisée la prestation directe auprès de l'enfant.

Points particuliers :

- Un enfant peut bénéficier de plusieurs actes dans une même journée, dans la mesure où plusieurs professionnels interviennent successivement.
- L'acte est à dissocier de la notion de durée, pas de modulation du nombre d'actes pour une seule et même prise en charge.

Activité des SAMSAH

L'activité des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) est aujourd'hui comptabilisée en nombre de journées. Ce mode de comptabilisation qui ne permet pas de prendre en compte finement l'activité de ces services pourra faire l'objet d'une amélioration.

Activité des plateformes

Le passage en plateforme des établissements et services est une évolution de l'offre médico-sociale portée par l'ARS. Les opérateurs s'inscrivant dans une démarche d'évolution vers un fonctionnement en mode plateforme expérimentent les modes de suivi de l'activité ci-dessous.

Deux modalités de calcul de l'activité ont été identifiés, dans le but de traduire la globalité de l'activité et ainsi de mettre en valeur les parcours des jeunes accompagnées :

⇨ La modalité 1 reprend les équivalences en unité d'accompagnement (UA).

⇨ La modalité 2 propose un suivi en file active.

- Modalité 1 : l'équivalence en Unité d'Accompagnement (UA)

Le suivi de l'activité des plateformes s'appuie sur une valorisation des prestations directes au bénéfice des personnes accompagnées.

Pour rappel : le guide de CNSA défini les actes directs comme :

⇨ *Toute action réalisée par un professionnel, au profit d'une personne identifiée ou d'un groupe de personnes.*

Cela comprend les temps de face-à-face et les temps hors face à face.

Les actes hors face-à-face sont définis comme tels : temps de préparation de RDV, réunions autour de la situation d'un usager, contacts avec l'entourage pour la situation de la personne.

La modalité de calcul en UA propose une équivalence entre les actes réalisés et les UA :

- 1 acte = 0,17 UA, dans la limite de 30 actes maximum par semaine
- 1 nuitée = 1 UA, dans la limite de 4 nuitées par semaine pour les plateformes ouvertes 210 jours (équivalence à modifier si les modalités d'hébergement sont supérieures - selon autorisation).

1/La plateforme compte en actes l'ensemble des services réalisés au profit des personnes en partant des besoins personnalisés du jeune indiqués dans son emploi du temps.

Ceci quel que soit :

- Le lieu de réalisation : ESMS, milieu ordinaire, domicile…
- Le nombre de professionnels impliqués
- La durée : un acte n'a pas de durée

⇨ Calcul théorique à effectuer : capacité autorisée hors hébergement x nombre de semaine d'ouverture x 5 UA (5 correspond à l'équivalence d'UA proposée sur 1 semaine)

2/La modalité d'accompagnement « hébergement » vient compléter l'activité théorique attendue

⇨ Calcul théorique à effectuer : capacité autorisation en hébergement x nombre de semaine d'ouverture x 4 (4 correspond à équivalence en UA hébergement proposée sur une semaine).

3/La notion de complexité est comptabilisé à la semaine.

Pour qu'un jeune soit considéré comme complexe sur la semaine en cours il doit répondre à 3 critères sur les 5 suivants (selon les travaux de l'AIRE) :

1- Jeune nécessitant un taux d'encadrement a minima de "un pour un" en accueil de jour et/ou en accueil de nuit

2- Jeunes à pluri-vulnérabilité (psy, PJJ, ASE[22]…) pour lesquels les partenaires ne sont pas présents

3- Jeune ayant des lieux de vie multiples (au moins 3 et régulièrement, hors vacances scolaires) et mobilisant massivement l'institution des dans déplacements individualisés (plus de 3h/semaine)

4- Troubles du comportement majeurs avec mises en danger du jeune et/ou de son entourage (au moins une fois sur la semaine de cotation)

5- Troubles du comportement majeurs avec dégradations matérielles importantes au sein de la plateforme (au moins une fois sur la semaine de cotation)

[22] Protection de Judiciaire de la Jeunesse, Aide Sociale à l'Enfance

- Modalité 2 : le suivi en file active

La correspondance entre l'autorisation en nombre de places (capacités autorisées) et la file active est déterminée par un coefficient multiplicateur.

Ce coefficient a été calculé sur la base des capacités des structures divisées par les files actives présentes au sein du tableau de bord de la performance dans le secteur médicosocial. Le ratio moyen de chaque structure a abouti à 1,22 (soit 1 place = une file active de 1,22).

L'entrée dans la file active est considérée à partir de la signature d'un contrat de séjour ou DIPC[23].

⇨ Calcul théorique à effectuer : nombre de places autorisées * coefficient multiplicateur.

[23] Document Individuel de Prise en Charge

15 Annexe IV : « Liste des molécules onéreuses »

Classement ATC	Indication	Exemples DCI
Voie digestive et métabolisme (A)	Antibactériens intestinaux	Fidaxomicine
	Maladie rare	Acide carglumique
		laronidase
		Imiglucerase
		Idursulfase
		Agalsidase beta
		Alpha alglucocidase
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 usage systémique (J)	Infection fongiques	Amphotéricine B
		Caspofungine
		Isavuconazole
		Micafungine
		Voriconazole
	Infections bactériennes	Ciprofloxacine
		Fosfomycine
		Piperacilline/tazobactam
		Tobramycine

Classement ATC	Indication	Exemples DCI
		Daptomycine
		Linezolide
	Antiviraux (Hépatite C, VIH, zona)	Sofosbuvir
		Ritonavir
		Ténofovir
		Entecavir
		Darunavir
		Famciclovir
		Raltégravir
		zidovudine + lamivudine + abacavir
		Emtricitabine + ténofovir
		dolutégravir + abacavir + lamivudine
		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

Classement ATC	Indication	Exemples DCI
		Sonidégib
		Ibrutinib
		Vismodegib
		Pegfilgrastim
		Alectinib
		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
	Désordre osseux	Résidronate
Système Nerveux (N)	Système nerveux	Aripiprazole 400mg
		Levetiracetam
		Tafamidis 20mg

Classement ATC	Indication	Exemples DCI
		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