



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

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 ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
La ministre déléguée auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargée de l'autonomie et du handicap
Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : TSSA2513674J (numéro interne : 2025/66)
Date de signature	27/05/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) Direction de la sécurité sociale (DSS) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Objet	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.
Action à réaliser	Délégation des crédits aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) concernés.
Résultat attendu	Délégation des crédits aux ESMS concernés.
Echéance	Immédiate
Contacts utiles	Direction générale de la cohésion sociale Sous-direction Affaires financières et modernisation Bureau Gouvernance du secteur social et médico-social (SD5B) Murielle DEMAGNY Tél. : 06 60 73 64 84 Mél. : murielle.demagny@social.gouv.fr

	Direction de la sécurité sociale Sous-direction du financement du système de soins Bureau Établissements de santé et médico-sociaux (1A) Yasmina OUDJEDOUB Tél. : 07 62 85 28 36 Mél. : yasmina.oudjedoub@sante.gouv.fr Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie Direction du financement de l'offre Pôle Prévision, répartition et suivi des financements Nicolas MOLLARD Tél. : 06 99 02 95 18 Mél. : nicolas.mollard@cnsa.fr
Nombre de pages et annexe	12 pages + 7 annexes (54 pages) Annexe 1 - Modalités de détermination des dotations régionales limitatives (DRL) des agences régionales de santé (ARS) Annexe 2 - Modalités de délégation des crédits relatifs au fonds de soutien 2025 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en difficulté Annexe 3 - Modalités de mise en œuvre des dispositions du décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévue aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) Annexe 4 - Application de l'expérimentation de la fusion des sections Annexe 5 - Enquêtes 2025 Annexe 6 - Les systèmes d'information pour le suivi de la programmation et de l'allocation de ressources Annexe 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS.
Résumé	La présente instruction organise la première partie de campagne budgétaire 2025 visant à déléguer aux ARS les ressources destinées aux ESMS des champs personnes âgées (PA) et personnes handicapées (PH) et à déployer l'offre dans le secteur médico-social.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer.
Mots-clés	Dotation régionale limitative (DRL) ; établissement et service médico-social (ESMS) ; actualisation, inflation, glissement vieillesse technicité (GVT) ; soutien aux ESMS en difficulté ; expérimentation de la fusion des sections ; conférence nationale du handicap (CNH) ; personnes âgées (PA) ; personnes en situation de handicap (PH) ; installations de places ; communication alternative améliorée (CAA) ; cotisations relatives à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).
Classement thématique	Établissements sociaux et médico-sociaux

Textes de référence	- Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L. 314-3 et L. 314-3-1 ; - Article 18-II. de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 ; - Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 ; - Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 ; - Décret n° 2025-86 du 30 janvier 2025 relatif au taux de cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ; - 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 ; - Arrêté en cours de publication fixant pour l'année 2025 l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code ; - Instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux autorisations d'engagement de dépenses pour les centres de ressources territoriaux et les services de soins infirmiers à domicile ; - Circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements et organismes partenaires.
Validée par le CNP le 16 mai 2025 - Visa CNP 2025-22	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction définit le cadre de la campagne budgétaire 2025 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées (PA) s'établit ainsi à 17,6 Md€ et le sous-objectif relatif aux établissements et services pour personnes en situation de handicap (PH) à 15,7 Md€ 2025. La campagne budgétaire 2025 repose, en construction, sur un taux de progression de l'objectif global de dépenses (OGD) de **5,4%**, dont **7,4%** pour les établissements et services accueillant des PA et **3,2%** pour les établissements et services accueillant des PH.

Par ailleurs, sans remettre en cause les engagements du Gouvernement et la couverture des besoins en crédits de paiement (CP) exprimés par les agences régionales de santé (ARS) en matière de création de places, **le secteur médico-social contribue à garantir la tenue de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), par une mise en réserve de 241 M€ en 2025, dans le cadre d'un effort porté par l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM pour garantir la tenue de la trajectoire des finances publiques en 2025.**

Ainsi, l'effort de financement des ESMS par la branche autonomie se poursuit en 2025 afin de rehausser le taux d'actualisation des dotations régionales limitatives (DRL) dans un contexte de difficultés économiques. Cet effort financier doit répondre à plusieurs enjeux, notamment la transformation de l'offre, le renforcement du taux d'encadrement et aussi l'amélioration de la situation économique des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La présente instruction porte en particulier sur les financements alloués lors de la première phase de campagne budgétaire relatifs :

- Aux dotations de base 2024 reconductibles des ARS et à la prise en compte des effets de l'inflation et du glissement vieillesse technicité (GVT) sur ces dotations ;
- Au renforcement du taux d'encadrement au sein des EHPAD ;
- À l'augmentation des cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ;
- À l'enveloppe mise à disposition des ARS pour venir en soutien aux EHPAD en difficulté, en articulation avec l'analyse menée au sein des commissions départementales ;
- Au financement à mi-année de l'expérimentation relative à la fusion des sections pour 23 départements ;
- Au financement de la préfiguration d'une stratégie 2025 – 2030 relative aux maladies neuro-dégénératives ;
- Au financement du développement de l'offre dans les secteurs PA et PH, notamment en application des engagements pris lors de la conférence nationale du handicap (CNH) 2023.

Le contenu de ces différentes mesures et les montants alloués sont explicités dans les parties suivantes. Les critères de répartition de chacune des mesures sont précisés **en annexe 1**.

1. La reconduction et actualisation des DRL

Pour 2025, le taux d'évolution des moyens alloués aux ESMS, hors mesures nouvelles, est porté en moyenne à + 1,74 % pour le secteur PA (+ 2,35 % pour la valeur de point des EHPAD et + 0,82 % pour le reste du secteur) et + 0,93 % pour le secteur PH, soit + 1,36 % au total.

Ces taux couvrent :

- **L'évolution spontanée de la masse salariale à hauteur de 0,76 %** sur PA et sur PH au titre du GVT ;
- Mais également près de 79 M€ (soit + 1,4 % sur chacun des secteurs) pour tenir compte du niveau d'**inflation** des charges financées par l'objectif global de dépenses ;
- À cela s'ajoutent, spécifiquement pour les EHPAD, **150 M€** au titre de l'amélioration des taux d'encadrement soignant non médicaux (détail des taux **en annexe 1**). Ainsi, l'évolution moyenne des valeurs de point pondérées de la section soin atteint 2,35 %.

En 2025, l'évolution des valeurs de point de l'équation « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS) pour les EHPAD s'applique aux deux régimes de financement, tarif global (avec ou sans pharmacie à usage intérieur [PUI]) et tarif partiel.

Ces moyens nouveaux seront alloués par une actualisation des valeurs du point fixées dans les conditions précisées à l'article R. 314-162 du CASF pour les EHPAD et les petites unités de vie (PUV), ainsi qu'à l'article R. 314-138 du même code pour ce qui concerne les montants forfaitaires et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins applicables aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans le cadre de la procédure budgétaire menée avec chaque établissement ou service, l'application du taux d'actualisation peut être modulée en fonction de la situation propre à chaque ESMS. Concernant les établissements sous contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le taux d'actualisation appliqué à la dotation globalisée de financement sera réalisé, dans le respect de la DRL régionale, en fonction de la trajectoire définie dans le contrat. Cette modulation n'est pas applicable aux places d'hébergement permanent des EHPAD puisque l'actualisation est intégrée dans le calcul automatique de leur tarif soins dans le cadre de la convergence vers le tarif cible. Elle ne s'applique pas non plus au forfait global de soins (FGS) des SSIAD, pour les mêmes raisons.

2. Compensation de l'augmentation des cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la CNRACL

112 M€ sont délégués aux ARS afin de compenser forfaitairement la hausse des cotisations CNRACL (93,6 M€ sur le secteur PA et 18,4 M€ sur le secteur PH) pour la section soin des ESMS publics (relevant des fonctions publiques hospitalière et territoriale).

Ils visent à couvrir de façon pérenne :

- L'augmentation d'un point de cotisation intervenue en 2024¹ ;
- L'augmentation de trois points de cotisation intervenue en janvier 2025².

3. Mesures nouvelles dans le secteur PA

3.1 Financements complémentaires au titre de l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance

À l'issue du vote de la loi n°2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance entre en vigueur au 1^{er} juillet 2025 pour 23 départements.

314 M€ sont délégués à ce titre. Les modalités de tarification aux ESMS sont décrites en **annexe 4**.

3.2 Financement de la médicalisation des EHPAD

146,1 M€ au titre de l'actualisation des coupes « Groupes iso-ressources moyen pondéré » / « Pathos moyen pondéré » (GMP/PMP) réalisées avant le 30 juin 2024 et la médicalisation des PUV. Ces crédits permettent d'ajuster la dotation des EHPAD concernant l'hébergement permanent en fonction de l'évolution des paramètres de l'équation tarifaire (capacité installée, GMP, PMP).

45 M€ 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.

¹ Pour l'année 2024, le financement de cette augmentation a été couverte ponctuellement via un mécanisme de swap des taux. Le financement pérenne de cette augmentation est donc mis en place par délégation de crédits au sein de l'OGD à compter de 2025.

² Décret n°2025-86 du 30 janvier 2025 relatif au taux de cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la CNRACL.

3.3 Financements complémentaires relatifs au changement d'option tarifaire des EHPAD

50 M€ sont délégués pour la poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD. Ce soutien vise principalement les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel avec PUI, compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficacité des soins. Les ARS veilleront également à accompagner, dans le respect de leur programmation, notamment sur la base des indications d'intention dans les CPOM, les projets de changement d'option tarifaire des établissements déjà engagés dans la démarche.

3.4 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 aux ARS à titre de première brique de mise en œuvre de la stratégie :

- **31 M€** alloués aux pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire ;
- **10 M€** alloués en complément en 2025 en vue :
 - o D'attribuer aux ARS des crédits pour renforcer la coordination au sein des futurs services autonomie à domicile (SAD). Si l'ARS ne prévoit pas d'utiliser l'intégralité de cette enveloppe de façon pérenne dès 2025, elle est invitée à l'utiliser ponctuellement sous forme de crédits non reconductibles (CNR) en complément de l'enveloppe allouée en 2024 (8 M€ qui restent en base des DRL des ARS en 2025) pour financement de l'ingénierie, accompagnement des SSIAD dans leur transformation et facilitation de la mise en œuvre de la réforme dans les territoires des SAD (financement de prestations de conseils juridiques, etc.).
 - o De renforcer la présence de psychologues dans les SSIAD/SAD.
- **7,5 M€** alloués à la création de nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire.

En complément, les installations de solutions de répit (cf. paragraphe 3.5 ci-dessous relatif aux crédits de paiements pour installations de place) viseront à accélérer et développer le soutien aux aidants (améliorer leur formation notamment) et à l'appui des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR).

3.5 Crédits de paiement pour installation de solutions / places

60,9 M€ sont délégués aux ARS au titre des crédits de paiement (CP) pour installations de places dans le secteur PA.

Ces crédits, ajoutés aux disponibilités présentes dans la base reconductible des ARS, permettront de couvrir les prévisions d'installations de places telles que remontées début 2025 par les ARS et notamment³ :

- **68,7 M€** au titre de la consommation des autorisations d'engagement (AE⁴), relatifs à la création et l'extension de places de SSIAD PA. Ces créations et extensions de places sont un levier dans le cadre de la réforme des services autonomie en facilitant la transformation des services en service autonomie aide et soins ;

³ Les montants indiqués correspondent au coût de la programmation en année pleine. Les crédits délégués aux ARS sont proratisés en fonction des dates prévisionnelles d'installation.

⁴ Instruction n°DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux AE de dépenses pour les CRT et les SSIAD.

- **70,5 M€** au titre de la consommation des AE⁵, relatifs à la poursuite de la création de centres de ressources territoriaux (CRT). Une enquête, dont les modalités sont précisées **en annexe 5**, sera organisée pour que les données 2024 soient communiquées pour le T4 2025.
- **19 M€** au titre des solutions de répit dans le secteur PA dans le cadre de stratégie nationale 2023-2027 « Agir pour les aidants ».

10 M€ de crédits supplémentaires sont alloués en mesures nouvelles afin d'accélérer et développer le soutien aux aidants (améliorer leur formation notamment) et renforcer l'appui des PFR.

3.6 Poursuite du financement de la réforme de la tarification des SSIAD

60,5 M€ sont délégués aux ARS en 2025 au titre de la poursuite de la réforme tarifaire des SSIAD.

La réforme tarifaire des SSIAD et des SAD mixtes prévoit de passer d'une dotation soins "historique" allouée forfaitairement, à une dotation basée sur une équation tarifaire tenant compte du besoin en soins des personnes accompagnées. La mise en œuvre de cette réforme s'accompagne d'un mécanisme de convergence tarifaire. 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 national services de soins infirmiers à domicile (SI-2SID) déployé par la CNSA.

Il en résulte une enveloppe convergence de **24,3 M€ sur le secteur PA** et une reprise de crédit à hauteur de **713 K€ sur PH**.

S'agissant de la première année de remplissage de ce SI, il est demandé aux ARS de contrôler les données avant de tarifier les structures afin d'identifier des incohérences manifestes dans la remontée de l'activité des SSIAD.

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 de **36,2 M€ dont 34,3 M€ sur PA et 1,9 M€ sur PH**. Cette enveloppe permettra aux ARS de corriger le forfait global de soins en cas de données erronées ou inexploitable, comme le prévoit l'article R.314-138-1 du CASF. Il revient aux ARS de déterminer les SSIAD éligibles à cette tarification dérogatoire pérenne prévue dans cet article.

4. Mesures nouvelles dans le secteur PH

Au total, une enveloppe de plus de **270 M€** sont consacrés en 2025 à la poursuite des orientations en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale. Au sein de celle-ci, **241,4 M€** sont délégués au titre des CP pour installations de solutions dans le secteur PH.

Ces dernières s'inscrivent dans la trajectoire affichée dans la circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la CNH 2023. Comme pour le secteur PH, ces crédits auxquels s'ajoutent les disponibilités figurant dans la base reconductible des ARS, permettent de couvrir l'ensemble de la programmation remontée par les ARS.

⁵ Instruction n°DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux AE de dépenses pour les CRT et les SSIAD.

4.1 Le déploiement des pôles d'appui à la scolarité (PAS)

Depuis la rentrée 2024, quatre départements (Aisne, Côte d'Or, Eure-et-Loir, Var) ont déployé les 100 premiers pôles d'appui à la scolarité (PAS) préfigurateurs. À la suite des annonces politiques portées le 11 février 2025 et dans le cadre des orientations présentées dans le dossier de presse du Comité interministériel du handicap (CIH) de mars 2025, une généralisation progressive des PAS est engagée. Ce sont **50,7 M€** (coût en année pleine) qui sont programmés par les ARS (en lien avec les rectorats) en 2025 en vue de déployer environ 400 PAS supplémentaires en accord avec la programmation conjointe ARS/rectorats.

4.2 Le déploiement du service public de repérage précoce, de diagnostic et d'intervention précoce et des parcours destinés aux enfants et jeunes adultes

Au titre de cette mesure prévue par la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2024 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 et codifié à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique (CSP), **34,6 M€** (coût en année pleine) sont délégués pour couvrir la prévision d'installation des ARS dans le cadre du plan 50 000 solutions. Ces crédits doivent permettre de soutenir le déploiement du service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce, et plus largement le déploiement de trois parcours destinés aux enfants et aux jeunes adultes : parcours troubles du neurodéveloppement (TND) porté par les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), parcours tous handicaps pour les 0-6 ans porté dans le cadre de ce futur service de repérage et le parcours de rééducation et de réadaptation pour les enfants et jeunes adultes de 0 à 20 ans si la structure qui porte ce dernier est un ESMS.

4.3 Les mesures sociales à destination des enfants et adultes

Dans le cadre de l'enveloppe socle du plan des 50 000 solutions et sur la base des prévisions d'installation des ARS, **181 M€** (coût en année pleine) sont dédiés au développement de l'offre médico-sociale à destination des enfants et des adultes. Ces crédits permettront de poursuivre le déploiement de solutions modulaires et adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap.

Ces crédits permettront de couvrir les prévisions d'installations des ARS : **près de 99 M€ (coût en année pleine) pour le socle enfants** (incluant les solutions pour les enfants en situation de handicap protégés par l'Aide sociale à l'enfance [ASE]) et **près de 82 M€ (coût en année pleine) pour le socle adultes**, en tenant compte des besoins exprimés à court terme, notamment pour développer l'offre à destination des enfants, proposer des solutions aux jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton et prévenir les départs contraints de personnes en situation de handicap en Belgique.

Ces crédits permettront, en outre, de renforcer le déploiement des dispositifs portés par la Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement et ceux portés par la Stratégie nationale 2023-2027 « Agir pour les aidants ».

Au sein de la stratégie Aidants, le montant des crédits programmés par les ARS dans le cadre des 50 000 solutions s'élèvent à près de **5,5 M€** à destination des enfants et **5 M€** à destination des adultes en situation de handicap, pour soutenir l'ensemble des mesures de la stratégie, dont les solutions de répit.

Le deuxième axe de la stratégie Aidants consiste à renforcer l'offre et l'accès au répit. Les principales mesures envisagées sont les suivantes :

- Expérimenter la mobilisation des aides existantes pour financer l'accès au répit ;
- Développer 6 000 solutions supplémentaires de répit ;
- Pérenniser le dispositif de relayage longue durée avec un intervenant unique ;
- Promouvoir les séjours vacances répit partagées.

4.4 Les mesures en complément de la CNH

L'accès à la communication est un droit fondamental consacré par les textes internationaux, notamment la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH).

La CNH du 26 avril 2023 puis les CIH du 16 mai 2024 et du 6 mars 2025 ont réaffirmé la volonté du Gouvernement de faire de l'accès à la communication une priorité de son action. Plusieurs mesures ont ainsi été décidées pour accélérer, faciliter et garantir l'accès à la communication notamment par le déploiement de la communication alternative et améliorée (CAA).

La stratégie de lutte contre les maltraitances de 2024 et la stratégie nationale pour les TND renouvelée en 2023 comprennent également dans leurs priorités le développement de la CAA pour toute personne en ayant besoin et en particulier, pour les personnes accompagnées par des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Ainsi, **6,5 M€** sont alloués au titre du déploiement, au sein de chaque département, d'une mission d'expertise et d'information autour de la CAA dont les modalités de fonctionnement et d'organisation seront précisées dans une instruction et un cahier des charges à paraître d'ici l'été 2025. Ces missions comprendront deux volets principaux : une fonction d'animation de réseau sur le territoire concerné en matière de CAA et une fonction d'appui ressources et d'accompagnement à la mise en place des démarches de CAA 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.).

4.5 Suspension de l'application des tarifs plafonds aux établissements ou services d'aide par le travail (ESAT)

Dans un contexte de tension budgétaire, la loi de finances pour 2009⁶ a instauré le principe des tarifs plafonds pour les établissements financés sur des crédits de l'État.

La situation de ces établissements et services et le contexte plus général de l'ensemble du secteur médico-social **conduisent à suspendre l'application de ces tarifs plafonds à compter de l'exercice 2025.**

Les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) qui ont vu leur dotation gelée en application de ces tarifs plafonds jusqu'en 2024 peuvent donc bénéficier à compter de 2025 du taux d'actualisation prévu pour les établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap. Cependant, comme pour les années précédentes, si le taux d'actualisation des enveloppes régionales des ESMS pour PH est fixé à +0,93% en masse budgétaire, vous veillerez à analyser les budgets médico-sociaux de ces établissements et services au regard, notamment, des moyens et des coûts d'ESAT comparables. Le taux défini au niveau national n'a, en effet, pas vocation à être appliqué uniformément à l'ensemble des établissements et services pour personnes en situation de handicap.

⁶ Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 314-4 du CASF prévoit : « Le montant total annuel des dépenses des établissements et services mentionnés aux 8°, 13° et 14° du I de l'article L. 312-1, qui sont à la charge de l'État, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements et services sont déterminés par le total du montant limitatif inscrit à ce titre dans la loi de finances de l'année de l'exercice considéré.

Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions. À cet effet, un arrêté interministériel fixe, annuellement, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au premier alinéa, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. »

Au plan qualitatif, les points suivants pourront faire l'objet d'une attention particulière :

- L'analyse du taux d'occupation, au regard notamment du développement des temps partiels et séquentiels, en particulier en lien avec les besoins des personnes en situation de handicap psychique, mais aussi les conditions opérationnelles du droit au retour ;
- Le repérage des personnes susceptibles de rejoindre le milieu ordinaire de travail et le soutien des initiatives permettant de favoriser les projets d'insertion dans l'emploi des travailleurs d'ESAT, avec une attention particulière portée aux problématiques du handicap psychique ;
- Les actions entreprises pour favoriser la montée en compétences des travailleurs d'ESAT, notamment via le plan de formation ;
- Le taux de sortie vers le milieu ordinaire de travail.

5. Mesures transversales et CNR nationaux

5.1 Financements complémentaires au titre du soutien financier des EHPAD en difficulté

Afin de renforcer les moyens destinés aux besoins de soutien des EHPAD en difficulté, une enveloppe complémentaire de **250,0 M€** de crédits non reconductibles (CNR) est déléguée aux ARS.

L'annexe 1 de la présente instruction précise les modalités de délégation de ces crédits aux ESMS, qui ne peuvent être délégués pour le financement d'autres mesures ou dispositifs.

5.2. Généralisation de la tarification en prix de journée globalisée pour les ESMS tarifés en prix de journée

Dans le cadre du projet de transmission automatique des décisions tarifaires aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), 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.

5.3. Permanents syndicaux

Les crédits relatifs à la mise à disposition de permanents syndicaux font l'objet d'une identification au titre de chaque exercice par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Ces crédits, délégués aux ARS, servent à compenser, pour les ESMS concernés, la mise à disposition de salariés auprès d'une organisation syndicale ou une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective (ou accord collectif de branche étendu). Les montants 2025 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les DRL sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense les conventions de mise à disposition passées entre établissements employeurs, fédérations syndicales et salariés concernés. Des travaux sont en cours pour sécuriser la justification des demandes des établissements et services. Au regard des évolutions de salaire, les crédits dédiés au financement des mises à disposition sont des CNR susceptibles de varier d'une année sur l'autre.

L'enveloppe disponible au niveau national pour ces CNR s'établit à **1,95 M€** en 2025.

5.4. Gratifications de stage

Les 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.

En lien avec les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), vous rappellerez aux ESMS concernés l'importance de leur participation à la formation des professionnels du champ social, notamment via l'accueil de stagiaires en partenariat étroit avec les établissements de formation.

La ligne de crédits identifiée à ce titre doit contribuer à accroître l'offre potentielle de terrains de stage pour les étudiants concernés, notamment dans des structures de petite taille, dont la surface financière rend plus difficile l'entrée dans cette démarche. Il est également essentiel que les établissements concernés puissent anticiper en amont leur offre de stage, afin de donner une meilleure visibilité des dépenses prévisionnelles aux ARS, et des terrains de stage, pour les étudiants.

5.5 Crédits au titre de l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail QVCT

13 M€ restent alloués en base des DRL des ARS au titre de l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), comme les années précédentes.

- 9 M€ pour le secteur PA ;
- 4 M€ pour le secteur PH.

La QVCT représente un enjeu fort pour les ESMS et constitue un axe majeur du plan d'attractivité des métiers du grand âge. Les crédits alloués en 2025 doivent permettre d'atteindre des objectifs de développement quantitatif et qualitatif de la QVCT, en cherchant à atteindre le maximum d'établissements et services, notamment ceux qui n'ont pas bénéficié d'action de QVCT ces dernières années, et tout particulièrement parmi eux, les établissements et services connaissant des difficultés en matière de ressources humaines (par exemple taux de vacance de poste, taux d'absentéisme, taux de turnover et taux de sinistralité supérieurs à la moyenne des établissements de votre région). Ainsi des actions portant sur l'organisation, le contenu et la réalisation du travail, les compétences, l'égalité au travail, le management ou le dialogue social pourront être financées.

En 2025, le fléchage prévu en 2024 de 40% des crédits QVCT en DRL sur des actions de prévention de la sinistralité n'est pas reconduit. Comme en 2023 et au cours des années précédentes, ces crédits ont vocation à financer un large panel d'actions de qualité de vie et conditions de travail, y compris en matière de lutte contre la sinistralité, notamment :

- Investissement lié à la QVCT (bâti, équipement) ;
- Formations (notamment prévention des risques professionnels) ;
- Organisation du travail ;
- Communication.

Néanmoins, des crédits supplémentaires dédiés à la lutte contre la sinistralité pourront être obtenus grâce à un fonds dédié, disponible de 2025 à 2027 (instruction à paraître prochainement), articulé notamment avec les dispositifs de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) tels que l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Il permettra de financer des mesures de lutte en lien avec l'activité physique et les manutentions manuelles, sur la base d'une liste d'équipements éligibles.

5.6. Calendrier des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et passage en état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

Dans la continuité de l'instruction N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024 *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 2024* et dans un contexte de mise en œuvre de la réforme des SAD, il vous est demandé de desserrer le calendrier de signature des CPOM SAD, prévus à l'article L. 313-12-2 du CASF, jusqu'au 31 décembre 2026.

Évolution 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.

*
* *

Les dotations régionales actualisées sont présentées **en annexe 7 à la présente instruction.**

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,


Sophie LEBRET

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,


Jean-Benoît DUJOL

Pour les ministres et par délégation :
La cheffe de service, adjointe au directeur
de la sécurité sociale,


Delphine CHAMPETIER

Le directeur de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie,


Maëlig LE BAYON

ANNEXE 1

MODALITES DE DETERMINATION DES DOTATIONS REGIONALES LIMITATIVES (DRL) DES ARS (ARS)

La présente annexe précise les modalités de fixation des dotations régionales limitatives (DRL). Leur montant, établi à partir du niveau de crédits reconductibles constaté au 31 décembre 2024 augmenté des opérations de périmètre et des mesures nouvelles, vous permettront de mettre en œuvre les orientations de l'instruction budgétaire 2025.

Les montants concernés dans les paragraphes suivants figurent sur les **tableaux 1 (DRL personnes âgées - PA) et 1bis (DRL personnes handicapées - PH)** annexés à la présente instruction, ainsi que les tableaux 2 (suivi du droit de tirage PA) et 2bis (suivi du droit de tirage PH), également annexés.

1. Les paramètres généraux d'actualisation 2025

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation qui tient compte de la progression courante de la masse salariale et de l'effet prix (inflation). Par ailleurs, la mesure de renforcement du taux d'encadrement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est également intégré dans le taux d'actualisation de la valeur du point du groupe iso-ressources moyen pondéré soins (GMPS) de ces derniers.

Les taux d'actualisation des dotations régionales pour 2025 sont les suivants :

Secteur	Détail taux actualisation DRL			Taux actualisation DRL
	Masse salariale (GVT)	Effet prix	Taux encadrement (EHPAD)	
PA*	0,67%	0,15%	0,92%	1,74%
<i>dont valeur point EHPAD</i>	<i>0,68%</i>	<i>0,15%</i>	<i>1,52%</i>	<i>2,35%</i>
<i>dont reste secteur PA</i>	<i>0,67%</i>	<i>0,15%</i>		<i>0,82%</i>
PH	0,57%	0,36%	-	0,93%

* présentation des taux moyens du secteur PA

Pour mémoire, la répartition conventionnelle des dépenses de l'objectif global de dépenses (OGD) par catégorie de dépenses et par secteur est la suivante :

Périmètre	PA	PH
Masse salariale	89%	75%
Autres dépenses	11%	25%

Sur la base de ces taux d'actualisation des DRL, la méthode suivante a été appliquée pour réaliser la ventilation régionale des crédits :

- Pour le secteur PH et le secteur PA¹ hors dotation des EHPAD, les dotations régionales ont été calculées en appliquant le taux d'actualisation des DRL au montant de la base reconductible (au 01/01/2025) de chaque ARS. **Pour le secteur PH le taux appliqué est de 0,93% et pour le secteur PA le taux appliqué est celui de 0,82% ;**

¹ Dont les SSIAD et SPASAD soumis à équation tarifaire.

- Pour la dotation des EHPAD relevant de l'équation tarifaire (hébergement permanent hors financement complémentaire), le **taux d'évolution de 2,35% a été appliqué à la valeur du point des EHPAD**. Ce calcul a ainsi permis de déterminer le montant d'augmentation de la valeur du point. Les valeurs de point actualisées sont présentées dans le paragraphe 2.3 « *actualisation de l'équation tarifaire des EHPAD sur le volet soins* ».

2. Les mesures nouvelles retenues pour la campagne 2025

2.1. La prise en compte des opérations de fongibilité

Le dispositif de fongibilité permet d'organiser des transferts de crédits entre les différentes enveloppes de financement des établissements de santé et médico-sociaux pour accompagner la conversion de structures ou d'activité, au niveau d'un même établissement ou entre deux structures d'une même région.

La notification rattachée à la présente instruction intègre les opérations arrêtées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au titre de la phase 1 de la campagne 2025. Une seconde tranche, qui intégrera les validations dérogatoires de l'année 2025, sera déléguée le cas échéant en 2^{nde} phase de campagne.

2.2. Les crédits de paiement dédiés aux installations de places nouvelles

Le financement du développement de l'offre a été rationalisé via le mécanisme consistant à distinguer autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiements (CP). Ce dispositif a été mis en place pour servir les crédits nécessaires à la programmation renseignée par les ARS dans le système d'information (SI) pour le suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations (SEPPIA) tout en réduisant le risque d'une sous-consommation de ces crédits. Ainsi, les crédits délégués aux agences régionales de santé (ARS) à ce titre tiennent compte d'une part des installations prévisionnelles renseignées dans SEPPIA (montant proratisé selon le mois d'ouverture), et d'autre part des crédits disponibles sur cette enveloppe dans la base reconductible des ARS constatés au 31/12/N-1.

2.2.1. La détermination du droit de tirage

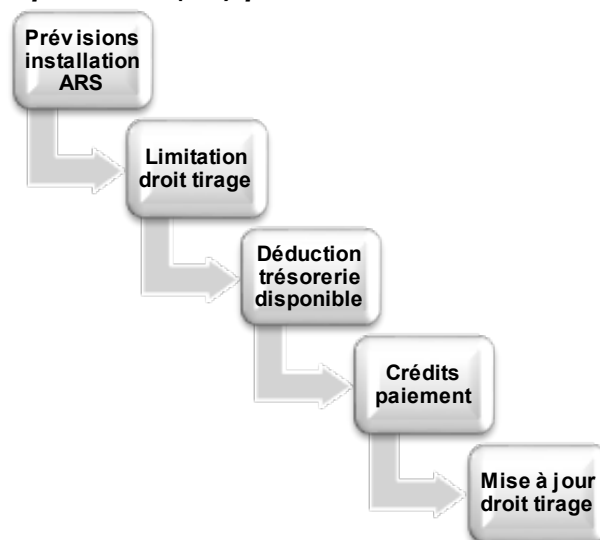
La succession et la diversité des plans sur le champ médico-social (Plan Solidarité grand âge [PSGA], Alzheimer, Plan maladies neurodégénératives [PMND], Plan pluriannuel du handicap [PPH], Handicaps rares, Stratégie nationale autisme [SNA], plan SSIAD, centres de ressource territoriaux [CRT], plan de rattrapage Outre-Mer...) ont conduit la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à regrouper l'ensemble des autorisations d'engagement au sein d'une même enveloppe appelée le « droit de tirage des ARS ». Le suivi précis de la consommation des crédits est réalisé dans l'application SEPPIA.

Ainsi, chaque nouvelle AE vient alimenter automatiquement ce droit de tirage, afin de garantir aux ARS un suivi précis de toutes les mesures nouvelles dont elles ont pu bénéficier tout en préservant le cadre limitatif de chaque plan national. A l'inverse, tout délégué de crédits de paiement aux ARS sur ces autorisations d'engagement vient réduire le solde de ce droit de tirage.

2.2.2. La détermination des crédits de paiement (CP) pour 2025

La détermination des CP passe par 5 étapes :

1. Recenser et proratiser au nombre de mois d'ouverture les installations saisies dans SEPPIA par l'ARS
2. Plafonner ces prévisions au solde du droit de tirage de l'ARS
3. Tenir compte de la trésorerie disponible dans la DRL pour n'allouer que les CP nécessaires au financement de ces installations
4. Notifier les CP ainsi calculés
5. Minorer le droit de tirage de l'ARS à due concurrence des CP versés



Les crédits de paiement délégués aux ARS au titre de l'année 2025 figurent sur les **tableaux 1 et 1bis** et l'évolution du droit de tirage des ARS à l'issue de cette délégation de crédits sur les **tableaux 2 et 2bis** annexés à la présente instruction.

2.3. Actualisation de l'équation tarifaire des EHPAD sur le volet soins

L'article R. 314-159 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pose le principe d'automatisme du financement de la section soins des EHPAD sur la base du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins et d'accompagnement des EHPAD grâce à des financements complémentaires.

Les valeurs annuelles de point suivantes, qui permettent de déterminer cette équation, sont actualisées en 2025 :

- D'une part du taux de reconduction cités au point 1 « *Les paramètres généraux d'actualisation 2025* » ;
- D'autre part des crédits liés au renforcement du taux d'encadrement des soignants non médicaux (**150 M€**).

Concernant l'option tarif global, ce dernier fait l'objet d'un dégel complet et se voit donc appliquer le taux d'actualisation de 2,35%.

Enfin, les valeurs de point des EHPAD d'Outre-mer bénéficient d'une majoration de 20%.

Il en résulte les valeurs de point suivantes pour 2025 :

	Valeur de point 2025 - Métropole	Valeur de point 2025 - Outre-Mer
TP SANS pharmacie à usage intérieur (PUI)	11,57 €	13,88 €
TP AVEC PUI	12,25 €	14,70 €
TG SANS PUI	13,60 €	16,32 €
TG AVEC PUI	14,33 €	17,20 €

2.4. Hausse de cotisation de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

Le critère appliqué est le poids du montant régional des bases reconductibles 2024 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant du secteur public, par rapport au montant national des bases reconductibles 2024 des ESMS relevant du même secteur.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Somme des dotations soins 2024 reconductibles des ESMS du secteur public dans la région}}{\text{Somme des dotations soins 2024 reconductibles des ESMS du secteur public au niveau national}}$$

2.5. Mesures nouvelles dans le secteur « personnes en situation de handicap »

Déploiement des dispositifs de communication alternative améliorée (CAA) :

Le critère de répartition appliqué est l'indice global de besoins (IGB).

Un seuil minimal de 60 K€ par ARS est appliqué. Une majoration liée à la vie chère est appliquée à ce seuil pour les ARS d'Outre-mer (+20%).

2.6. Mesures nouvelles dans le secteur « personnes âgées »

2.6.1. Les financements en faveur du renforcement de l'offre à domicile

Dotations de coordination des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) :

La ventilation des crédits est opérée sur la base du poids des dotations reconductibles 2024 de SSIAD/SPASAD par région, par rapport au montant national poids des dotations reconductibles 2024 de SSIAD/SPASAD.

Une majoration de 20% a également été appliquée aux territoires d'Outre-mer.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Dotation SSIAD/SPASAD de la région}}{\text{Dotation SSIAD/SPASAD au niveau national}}$$

Psychologues en SSIAD :

Le critère appliqué est le ratio entre le nombre de places de SSIAD/SPASAD par région au 31/12/2024 et le nombre de places de SSIAD/SPASAD au niveau national au 31/12/2024.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Nombre de places de SSIAD/SPASAD installées dans la région}}{\text{Nombre de places de SSIAD/SPASAD installées au niveau national}}$$

Un seuil de 60 K€ minimal par région est appliqué.

Une majoration liée à la vie chère est appliquée pour les ARS d'Outre-mer (+20%).

Création nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) :

Le critère appliqué est le poids de la population personnes âgées à fin 2024 de la région, par rapport à la population personnes âgées nationale à fin 2024.

Le poids est ensuite ajusté de manière à financer un nombre fini d'ESA par région au coût unitaire de 150 K€.

Un seuil de 150 K€ minimal par région est appliqué.

Une majoration liée à la vie chère est appliquée au seuil de 150 K€ pour les ARS d'Outre-mer (+20%).

2.6.2. Les financements au titre du renforcement de la médicalisation des EHPAD et de l'amélioration de la qualité des soins

Le développement de l'offre de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) :

L'objectif étant de couvrir progressivement le territoire via l'ouverture de PASA dans les EHPAD existants, le critère de répartition combine couverture actuelle en PASA (en euros par place d'EHPAD) dans une logique de rattrapage, et offre d'EHPAD dans les territoires (logique d'équipement).

$$\text{Ratio} = \frac{1}{\text{Ecart à la moyenne nationale des dépenses 2024 en PASA de la région (en € par place d'EHPAD)}} \times \frac{\text{Dotations reconductibles 2024 des EHPAD de la région}}{\text{Dotations reconductibles 2024 des EHPAD au national}}$$

Financements complémentaires au titre de l'expérimentation relative à la fusion des sections soins et dépendance :

Application du modèle de la tarification « dépendance », à partir des données de tarification collectées auprès des départements expérimentateurs.

Les financements complémentaires associés à l'hébergement permanent sont également pris en compte.

Financement passage au tarif global :

L'enveloppe dédiée à la modification de l'option tarifaire des EHPAD, est répartie sur la base du poids des besoins régionaux remontés par les ARS dans le cadre de l'enquête *ad hoc* réalisée auprès des ARS en 2024.

Allongement du temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD :

Un nombre d'équivalents temps plein (ETP) supplémentaire a été calculé pour chaque EHPAD en fonction des nouveaux seuils prévus dans la réglementation.

Le critère de répartition est ainsi le poids de la région en nombre d'ETP à financer dans chaque région ramenée au total d'ETP à financer au niveau national.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Nombre ETP de médecins coordonnateurs à créer dans la région}}{\text{Nombre ETP de médecin coordonnateur à créer au national}}$$

Concernant les territoires d'Outre-mer, le besoin est majoré de 20%.

2.6.3. Répit et accueil temporaire

Complément répit :

Le critère de répartition est le même que celui utilisé pour la répartition des crédits « complément répit » de 2022. L'enveloppe est ainsi répartie :

- En fonction du taux d'équipement régional en accueil de jour (AJ)/hébergement temporaire (HT), pour 50% de l'enveloppe ;
- En fonction du poids régional de la population de plus de 75 ans, pour les 50 % restants.

Un seuil de 150 000 € est également appliqué, avec une majoration de 20% pour les territoires d'Outre-mer.

2.7. Mesures communes aux champs PA et PH

Mise en œuvre de la réforme tarifaire des SSIAD :

Concernant l'enveloppe « Application de la réforme tarifaire », les modalités de calcul des forfaits globaux de soins cible ont été réalisées conformément au décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées. Les données d'activité retenues par la CNSA sont celles déclarées par les services dans le SI national prévu à cet effet. Le critère appliqué est la résorption du 1/3 de l'écart entre le forfait global cible 2027 et la dotation reconductible 2024 actualisée des SSIAD de la région.

A titre exceptionnel, et afin de tenir compte de la sous déclaration du niveau d'activité par certains services, un complément de financement est alloué aux ARS.

Ce complément a été calculé de la manière suivante : prise en compte du 1/3 de l'écart entre la dotation reconductible 2024 actualisée des services et le forfait global cible 2027 calculé à partir du taux d'occupation le plus favorable entre celui utilisé en 2024 et celui de 2025, diminué des crédits alloués au titre de la convergence calculée sur la base des données remontées par les SSIAD en 2025. Ce complément figure dans la colonne « Autres crédits » des tableaux des dotations régionales limitatives.



Toutes les mesures du champ PA et du champ PH précitées concernant des installations de places seront automatiquement rattachées à la trésorerie des ARS dédiée aux installations de places émergeant sur les plans nationaux. Ainsi, un suivi fin des installations effectives et à venir de ces projets devra être assuré par le biais de l'application SEPPIA. Dans le cadre des travaux de fiabilisation de fin d'année, des contrôles de cohérence seront réalisés entre les différents SI de la CNSA. De plus, les éventuels crédits disponibles à l'issue de la campagne 2025 contribueront au calibrage des crédits de paiement de l'année 2026 (gestion en trésorerie).

3. Le financement non reconductible de dispositifs spécifiques expérimentaux (CNR)

3.1 Financements complémentaires au titre du soutien financier des EHPAD en difficulté (PA)

Le critère appliqué est le poids du résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD en difficulté, par rapport au montant national résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD en difficulté.

Sont considérés comme en difficulté financière les EHPAD dont le résultat net moyen sur les exercices 2022 et / ou 2023 est déficitaire.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Somme du résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD déficitaires dans la région}}{\text{Somme du résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD déficitaires au niveau national}}$$

3.2 Les crédits de mise à disposition des permanents syndicaux (secteurs PA / PH)

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » font l'objet, chaque année, d'un suivi fin par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Ils 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 montants 2025 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les dotations régionales limitatives sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense les conventions de mise à disposition passées entre établissements employeurs, fédérations syndicales et salariés concernés.

3.3 Les crédits afférents aux gratifications de stage (secteur PH)

La ventilation des crédits est réalisée au poids de la dotation reconductible 2024 de la région, par rapport au montant national des dotations reconductibles des ARS.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{DRL reconductible 2024 de la région}}{\text{DRL 2024 reconductible au niveau national}}$$

ANNEXE 2

**MODALITES DE DELEGATION DES CREDITS RELATIFS AU FONDS DE SOUTIEN 2025
POUR LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES (EHPAD) EN DIFFICULTE**

Face aux constats d'urgence sur les difficultés financières que rencontrent actuellement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ont conduit à identifier une enveloppe de crédits pour soutenir ces établissements en difficulté.

La présente annexe définit les modalités de délégation de ces crédits en 2025 par les agences régionales de santé (ARS).

1. Etablissements concernés et analyse de la situation financière

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) susceptibles de recevoir des crédits de soutien au titre des difficultés financières rencontrées sont **les EHPAD** relevant du 6° du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) présentant des difficultés financières.

La situation de ces EHPAD devra avoir fait l'objet d'un examen en commission départementale telle que définie par l'instruction interministérielle du 21 septembre 2023¹ afin de disposer d'une analyse concertée et actualisée de la situation financière de l'ESMS ainsi que des actions correctrices à mener à court et moyen termes. Il convient ainsi de continuer à examiner la situation des EHPAD en difficulté au sein des commissions départementales² afin de mobiliser tous les acteurs et de s'assurer que les difficultés concernées ne peuvent être résolues par d'autres leviers et actions (mise en place du tarif différencié³, actualisation des coupes pathos, vérification de la conformité des produits de la tarification, étalement des charges sociales et fiscales).

Analyse de la situation financière des EHPAD :

Cette démarche s'appuie sur deux niveaux d'analyse :

- Les indicateurs ciblés sur la trésorerie (I) ;
- Les indicateurs d'analyse financière globale, qui doivent permettre d'identifier les établissements dont les difficultés de trésorerie sont de nature à remettre en cause les équilibres à moyen/long terme (II).

Tous ces indicateurs doivent être autant que possible examinés sur au moins deux ans, et dans l'idéal trois ans, et tenir compte des éventuels contextes spécifiques de nature à biaiser l'analyse.

I – Les indicateurs ciblés sur la trésorerie :

Il s'agit d'identifier prioritairement les EHPAD dans l'incapacité de faire face à leurs dettes à très court terme, avec un risque de cessation de paiement, au travers des indicateurs relatifs au fonds de roulement, à la trésorerie, au taux de rotation des dettes, stocks et créances, des taux de dettes sociales et fiscales ainsi que de liquidité.

¹ Instruction interministérielle N° DGCS/SD5B/DGFIP/DSS/CNSA/2023/145 du 21 septembre 2023 relative à la mise en place des commissions départementales de suivi des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficultés financières.

² Les commissions départementales ont été pérennisées dans le cadre de l'instruction budgétaire N°DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024.

³ L'utilisation de cette modalité de tarification n'est pas obligatoire mais devra faire l'objet d'une étude systématique.

Au-delà des échéances de court terme, la source de problèmes de trésorerie peut également être recherchée au niveau de la capacité à faire face aux engagements de long terme. D'autres ratios seront examinés à cet effet : indépendance financière, apurement et durée apparente de la dette, couverture du remboursement annuel du capital des emprunts par la capacité d'autofinancement (CAF).

II – Indicateurs d'analyse globale :

Les indicateurs relatifs à la dette de long terme sont généralement le signe de difficultés structurelles.

Il convient donc de dissocier les structures faisant face à des situations conjoncturelles des structures devant mettre en place un plan de retour à l'équilibre, sur la base de mesures ciblées et crantées dans une démarche plus globale de retour à l'équilibre.

La marge d'appréciation de la commission doit donc s'appuyer autant que possible sur une analyse plus globale des équilibres de la structure, les problèmes de trésorerie ne reflétant pas forcément une fragilisation des équilibres à moyen/long terme. A cet égard, il est vivement recommandé d'élargir l'analyse, au-delà des problèmes de trésorerie, pour une approche plus globale, en faisant appel aux indicateurs plus généraux suivants :

- **Indicateurs financiers** : taux de résultat, taux de CAF, taux de réserve de compensation des déficits et poids de cette réserve par rapport aux produits, taux de marge brute d'exploitation, taux d'atteinte des prévisions, taux de vétusté des constructions, installations techniques, matériel et outillages, poids des charges financières par rapport aux charges sociales, poids des charges et des produits par groupe, poids des charges d'interim par rapport au total des charges ;
- **Indicateurs ressources humaines (RH)** : taux d'équivalents temps plein (ETP) vacants, taux d'absentéisme, taux de rotation des personnels sur effectifs réels ;
- **Indicateurs d'activité** : taux d'occupation, taux de rotation des personnes accompagnées, écart entre le dernier PATHOS moyen pondéré (PMP) connu et le PMP validé, écart entre le dernier groupe iso-ressource moyen pondéré (GMP) connu et le GMP validé, prix de journée.

Il est demandé de privilégier le soutien aux établissements engagés dans des projets de transformation dont le modèle économique est jugé viable à terme et dont le projet d'établissement est en adéquation avec les besoins du territoire. Ainsi, on pourra être amené à soutenir des structures dont les indicateurs financiers sont moins dégradés par rapport à d'autres mais dont le projet présente un plus grand intérêt pour la réponse aux besoins du territoire et la viabilité financière à terme de la structure.

L'outil en ligne de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui sera mis à jour en juin 2025, peut à ce titre constituer une aide au diagnostic :

https://cnsa-apps.shinyapps.io/Situation_financiere_des_ESMS/

2. Financements complémentaires au titre du soutien financier des ESMS en difficulté hébergeant des personnes âgées

Une enveloppe de 250 M€ est mise à disposition des ARS en première phase de campagne budgétaire 2025.

Les ARS sont invitées à compléter cette enveloppe en cas de nécessité, en mobilisant prioritairement leurs marges régionales pour le soutien aux structures en difficulté, et ce dans la mesure de leur capacité.

Des co-financements, notamment des départements, et autres formes de soutien (étalement/effacement des dettes sociales et/ou fiscales, prêts de la Banque des territoires, etc.) seront recherchés de façon systématique.

L'analyse des situations en commission départementale doit conduire à identifier des axes de transformation plus structurants de nature à sécuriser la pérennité de l'établissement et de son modèle économique.

Des plans d'actions, construits en concertation avec les différentes administrations et portés par les directeurs d'EHPAD, seront ainsi définis afin de prévoir une trajectoire de progression et la mobilisation de différents leviers à la main des établissements. Les ARS pourront allouer des crédits aux établissements en impulsion pour la réalisation ou la poursuite de ces plans d'actions, en veillant à privilégier les orientations en conformité avec les grandes stratégies de politique publique déployées ces dernières années : amélioration de la qualité de vie au travail, contribution à la poursuite du déploiement du numérique dans les ESMS⁴, performance des achats, optimisation des différentes fonctions au sein des structures, prévention des résidents, etc.

L'enveloppe permettra également d'inscrire les EHPAD en difficulté dans une démarche de modernisation et de soutenir les axes de transformation plus innovants, tels que l'utilisation d'outils d'intelligence artificielle (IA) ou l'amplification des efforts du secteur dans la transition écologique. En effet, le déploiement du plan d'aide à l'investissement du quotidien (PAIQ) a démontré qu'une aide sur quelques objets précis pouvait transformer durablement et efficacement le fonctionnement d'un établissement.

Les ARS pourront s'appuyer autant que nécessaire sur les outils mis à disposition par l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), en particulier le dispositif Perf'EHPAD afin d'accompagner les établissements dans leur autodiagnostic et l'identification des axes et leviers de transformation prioritaires. La transformation de la fonction achat et l'articulation avec l'obligation d'adhérer à un groupement territorial, social et médico-social (GTSMS) pour les EHPAD publics autonomes constituent un levier à étudier.

3. Répartition des crédits

La répartition régionale des crédits, issue de l'application de la clé de répartition présentée en **annexe 1** de la présente instruction, est présentée ci-après et reprise dans le tableau des dotations régionales limitatives.

	CNR - Fonds soutien EHPAD
Auvergne-Rhône-Alpes	35 817 711 €
Bourgogne-Franche-Comté	16 346 718 €
Bretagne	16 287 214 €
Centre-Val de Loire	8 463 052 €
Corse	696 312 €
Grand Est	18 217 184 €
Guadeloupe	67 855 €
Guyane	55 020 €
Hauts-de-France	17 672 334 €
Ile-de-France	35 050 309 €
La Réunion	494 205 €
Martinique	177 991 €

⁴ Sous réserve du respect du seuil de signification des immobilisations.

Mayotte	0 €
Normandie	12 510 673 €
Nouvelle-Aquitaine	27 995 060 €
Occitanie	22 239 051 €
Pays de la Loire	16 110 240 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21 486 574 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	312 498 €

Les directeurs généraux d'ARS feront remonter une répartition départementale du fonds de soutien d'ici la fin du mois de juin. Ils veilleront également à assurer une transparence vis-à-vis des conseils départementaux sur les modalités de répartition du fonds de soutien entre les départements.

4. Modalités de délégation des crédits

L'ARS tarifiera ces financements complémentaires en crédits non reconductibles au cours de l'exercice 2025 en distinguant précisément le soutien apporté au titre du fonds de soutien et au titre de CNR complémentaire des ARS dans l'application « e-cars ».

Un suivi régulier des consommations de crédits sera réalisé par la DGCS à fin d'information des ministres. Des échanges bilatéraux pourront être organisés le cas échéant par l'administration centrale avec les ARS pour apporter les éléments d'appréciation qualitatifs nécessaires.

5. Calendrier de mise en œuvre

Les ARS veilleront à mobiliser les crédits autant que possible avant le 31 octobre 2025 et à renseigner l'application « e-cars ».

Des points réguliers sur l'utilisation des crédits seront organisés dans le cadre des comités techniques sectoriels du champ médico-social (CTS MS).

Toute difficulté d'application de la présente annexe sera signalée au bureau SD5B de la DGCS (dgcs-5c-tarif-perf@social.gouv.fr).

*
* *

Les dotations régionales afférentes sont présentées en **annexe 7** de la présente instruction.

ANNEXE 3**MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS DU DECRET N° 2023-1428 DU 29 DECEMBRE 2023 RELATIF A LA PRISE EN COMPTE DES REPORTS A NOUVEAU ET DES RESERVES PREVUE AUX ARTICLES L. 313-12 ET L. 313-12-2 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)****I. Les dispositions de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 :**

L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a modifié le IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), relatif aux contrats pluriannuels d'objectif et de moyen (CPOM) des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) éventuellement « multi-activités », et l'article L. 313-12-2 du même code relatif aux CPOM applicables aux autres établissements et services pour personnes âgées (PA) et pour personnes en situation de handicap (PH), de la compétence exclusive ou conjointe des ARS, en y ajoutant un alinéa identique :

« A l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. Au vu des résultats, le montant de ces reports ou de ces réserves peut être plafonné, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. ».

Cette disposition est l'une des dispositions qui visent à compléter les exigences de transparence et de régulation financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Elle s'applique quel que soit le statut juridique de l'organisme gestionnaire et contribue ainsi au suivi de la bonne utilisation des financements publics qui leur sont attribués.

Elle vise en conséquence à limiter dans le temps l'usage des excédents sur les financements publics, ce qui nécessite de nuancer le principe de libre affectation des résultats par l'organisme gestionnaire. Cette limitation dans le temps est calée sur la durée du CPOM (5 ans).

Pour autant, son application doit être faite avec la plus grande précaution en tenant compte de la situation économique de long terme de l'établissement. La reprise d'excédents n'a donc vocation qu'à être réalisée de manière exceptionnelle.

Le décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 *relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévue aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du Code de l'action sociale et des familles* vient préciser ces dispositions.

II. Les dispositions du décret du 29 décembre 2023 :**1. Champ d'application :**

Ces dispositions concernent uniquement les ESSMS pour lesquels un CPOM a été signé au titre du IV ter de l'article L. 313-12 et à l'article L. 313-12-2 du CASF¹.

1 Notamment, ces dispositions ne s'appliquent pas aux contrats signés au titre de l'article L. 313-11 du même code.

La prise en compte des reports à nouveau et des réserves dans l'allocation des ressources sur les cinq années qui suivent peut être mise en œuvre à l'occasion du renouvellement du CPOM, et uniquement à ce moment-là. Elle doit être réservée à des **situations extrêmes** (voir notamment l'exemple ci-après).

Cas particulier des EHPAD dont le tarif hébergement n'est pas administré par le conseil départemental (CD) :

Dans ce cas, qui correspond le plus souvent aux EHPAD non habilités à l'aide sociale à l'hébergement, les réserves et reports à nouveau constitués sur le tarif hébergement ne sont pas concernées par les dispositions du décret qui ne vise que les financements d'origine publique. Pour ces établissements, le décret n'est susceptible de s'appliquer que sur les réserves et reports à nouveau constitués sur les sections « soins » et « dépendance ».

Pour les services autonomie à domicile (SAD), la même logique prévaut lorsque les prestations d'accompagnement ne sont pas habilitées à l'aide sociale.

2. Nature des dispositions :

L'autorité de tarification (ARS ou CD) peut tenir compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau excédentaires ou des réserves figurant dans les comptes des établissements et services inclus dans le périmètre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)/état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), pour lesquels cette autorité est compétente pour fixer le budget, et dont le niveau n'est pas justifié par les conditions d'exploitation résultant des obligations et des objectifs fixés par le contrat (projets à court/moyen terme ayant un impact financier)².

Ne peuvent donc être pris en compte que les reports à nouveau ou réserves constitués durant la période couverte par le précédent CPOM. Ces données sont disponibles dans les onglets « Affectation des résultats » des ERRD établis sur la période considérée.

Cette prise en compte s'effectue dans le cadre d'une décision budgétaire modificative, au titre de l'année en cours, si le gestionnaire ne l'a pas intégrée dans son budget initial. A défaut, l'impact sur les tarifs est pris en compte à partir de l'année qui suit.

Cette prise en compte est limitée en volume. Elle ne peut excéder **la moitié du montant des postes de report à nouveau et de réserves concernés et considérés comme non justifiés**, à savoir :

- Les comptes de report à nouveau excédentaire ;
- La réserve affectée au financement de mesures d'investissement ;
- La réserve de compensation des déficits ;

² Dans sa décision n° 492231 du 4 février 2025, le Conseil d'Etat a considéré que : [...] il résulte des termes mêmes de l'article R. 314-43-3 du code de l'action sociale et des familles que les « conditions d'exploitation » d'un établissement ou d'un service médico-social ne justifiant pas le niveau de ses reports à nouveau excédentaires ou de ses réserves doivent être examinées à l'occasion du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au regard des prévisions que celui-ci contenait. Eu égard aux dispositions du B du IV ter de l'article L. 312-1 et de l'article L. 313-12-2 du même code, pour l'application desquelles est pris cet article R. 314-43-3, et à la période au titre de laquelle le décret prévoit que sont examinées ces conditions d'exploitation, la période de constitution des réserves et reports à nouveau susceptibles de justifier une modulation tarifaire correspond nécessairement à la durée du même contrat. Enfin, l'article R. 314-43-4 de ce code précise les documents sur lesquels se fonde l'analyse de la situation financière de l'établissement à partir de laquelle est établie la modulation tarifaire, qui se déroule dans le cadre de la négociation du nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ainsi le syndicat requérant n'est, en tout état de cause, pas fondé à soutenir que le décret attaqué serait entaché d'« incompétence négative » pour n'avoir pas apporté ces précisions... ».

- La réserve de trésorerie ;
- La réserve affectée à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

Ces postes correspondent aux possibilités d'affectation d'un excédent comptable, en application de l'article R. 314-234 du CASF, hors apurement d'un déficit antérieur. Ces comptes sont répertoriés dans les nomenclatures comptables M22 et M22 bis comme suit :

Libellés des comptes (M 22)	Nomenclature M22	Nomenclature M22 bis
Report à nouveau (solde créditeur) ³	c/110	c/1150
Réserve affectée à l'investissement ³	c/10682	c/106852
Réserve de compensation des déficits ³	c/10686	c/106856
Excédents affectés à la couverture du besoin en fonds de roulement (réserve de trésorerie) ³	c/10685	c/106855
Réserve de compensation des charges d'amortissement ³	c/10687	c/106857

La prise en compte de réserves affectées à l'investissement ou encore à la dotation aux amortissements doivent cependant faire l'objet d'une attention particulière, notamment s'il existe à court/moyen termes des projets d'investissement importants, même s'ils n'ont pas encore fait l'objet d'une approbation dans le cadre d'un plan pluriannuel d'investissement et de financement.

En revanche, ne peuvent pas faire l'objet d'une reprise les financements suivants :

- Les apports, dotations, réserves et fonds propres ;
- Les subventions d'investissement ;
- Les provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations ;
- Les fonds dédiés à l'investissement (compte réservé aux organismes privés non lucratifs) ;
- Les provisions réglementées des plus-values nettes d'actif (compte réservé aux organismes privés non lucratifs) ;
- Les provisions réglementées pour couverture du besoin en fonds de roulement ;
- Les emprunts et dettes assimilées ;
- Les dépôts et cautionnements reçus ;
- Les amortissements cumulés ;
- Les dotations aux dépréciations des immobilisations ;
- Les résultats sous gestion non contrôlée (compte réservé aux organismes privés) ;
- Les comptes de liaison (en ressources) (compte réservé aux organismes privés) ;
- Les résultats comptables excédentaires ;
- Les provisions pour risques et charges ;
- Les fonds dédiés à l'exploitation (compte réservé aux organismes privés non lucratifs) ;
- Les dépréciations des stocks, créances et éléments financiers.

3. Identification des réserves et des reports à nouveau injustifiés :

Le travail d'identification d'éventuels reports à nouveau/réserves non justifiés intervient dans le cadre préalable au renouvellement du CPOM. Lorsqu'une autorité de tarification constate,

³ Sous gestion contrôlée pour les ESSMS privés.

à partir de l'analyse de la situation financière de l'ESSMS leur caractère injustifié, elle doit informer le gestionnaire de son intention de prendre en compte ces réserves et/ou reports à nouveau sur les tarifs applicables à tout ou partie des années couvertes par le nouveau contrat. Cette notification doit mentionner le montant de cette prise en compte et sa répartition sur les exercices concernés. Lorsque le contrat comprend un ou plusieurs ESSMS co-financés par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, cette démarche est coordonnée et la notification indique la répartition du montant susceptible d'être pris en compte pour chaque autorité de tarification.

Cette notification fixe un délai de réponse pour le gestionnaire qui doit être en mesure d'apporter toutes les précisions nécessaires qui pourraient justifier, en définitive, le maintien de ces réserves et/ou reports à nouveau. Ce délai doit être suffisant (il est conseillé de retenir un délai minimum de 8 jours à compter de la date de réception de la notification).

L'analyse de la situation financière des ESSMS est basée sur l'étude des EPRD et ERRD, ainsi que des documents comptables propres à chaque établissement ou service (bilan comptable notamment pour les structures privées, compte de gestion pour les ESSMS publics⁴). Cette analyse tient compte des projets des établissements et services, y compris des plans pluriannuels d'investissement et de financement en cours et à venir.

Dans l'EPRD, l'analyse reposera principalement sur le tableau de financement prévisionnel (TFP) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Dans l'EPRD et l'ERRD, l'analyse reposera principalement sur le bilan financier et ses ratios d'analyse financière.

Le TFP et le PGFP vont permettre d'identifier les projets d'investissement à court et moyen termes, ainsi que la trajectoire financière des établissements et services relevant du périmètre de l'EPRD.

Le bilan financier et ses ratios vont permettre une analyse des équilibres bilanciels de ces mêmes établissements et services, notamment :

- Le fonds de roulement (FR ou fonds de roulement net global [FRNG]), le besoin en fonds de roulement (BFR) et la trésorerie ;
- Les postes de reports à nouveau et de réserves susceptibles d'être pris en compte dans la tarification ;
- Les comptes de liaison (notamment en emplois) (compte réservé aux ESSMS privés) ;
- Les disponibilités.

S'agissant des ratios, il convient d'attacher une importance plus particulière aux indicateurs suivants qui retracent les équilibres bilanciels :

- Le fonds de roulement en jours d'exploitation ;
- Le besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation ;
- La trésorerie en jours d'exploitation ;
- La réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation.

4 Le compte de gestion des ESSMS publics comprend notamment un bilan (bilan propre à chaque établissement ou service pour les ESSMS gérés par une collectivité territoriale, un CCAS ou un CIAS ; bilan commun à l'ensemble des activités pour les ESSMS gérés par un même établissement public social ou médico-social) et une annexe qui présente le résultat d'exploitation de chaque établissement ou service et détaille l'affectation qui en est faite (en réserves et/ou en report à nouveau).

□ *Le FR, le BFR et la trésorerie exprimés en jours d'exploitation* : ces ratios sont obtenus en divisant respectivement le montant du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie par le montant des charges décaissables, puis en multipliant ce résultat par 365. Ces ratios expriment les grandes masses financières en jours d'exploitation. Les valeurs de ces indicateurs ne sont pas normées. Le ratio relatif à la trésorerie n'est calculé que si celle-ci est positive.

□ *La Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation* : ce ratio est calculé en divisant le montant des réserves affectées à la couverture du besoin en fonds de roulement par le montant des charges décaissables, puis en multipliant ce résultat par 365. Il permet d'exprimer les réserves de trésorerie en jours d'exploitation. L'analyse de ce ratio peut être rapprochée du montant-cible de réserve de trésorerie fixé par l'article R. 314-48 du CASF. Cet article précise que : « *II.- Si le bilan financier établit, sur trois exercices successifs, que les comptes de réserve de trésorerie couvrent le besoin en fonds de roulement de l'établissement ou du service, ce dernier peut procéder à une reprise de ces réserves, à un niveau qui ne peut en aucun cas excéder la plus haute différence observée, sur les trois exercices en cause, entre cette réserve et le besoin en fonds de roulement.* »

Le ratio relatif à la trésorerie va jouer un rôle central dans l'identification des situations extrêmes pouvant donner lieu à la mise en œuvre des dispositions du décret. En effet, ce ratio est la résultante de l'ensemble des équilibres bilanciaux, dont la base est constituée par l'égalité suivante :

$$\text{FR (ou FRNG)} - \text{BFR} = \text{Trésorerie}$$

Ce ratio devra cependant être corrigé des éventuels comptes de liaison en emplois⁵.

Si ce ratio n'est pas normé, pour un ESSMS en dotation globale de financement (dont les douzièmes sont versés régulièrement) n'ayant pas de projets d'investissement significatifs à court/moyen terme, une trésorerie de 30 jours suffirait. Un ratio de 90 jours permet de faire face à la plupart des situations et doit être utilisé comme référence.

Les autres ratios figurant dans les EPRD et ERRD doivent également être regardés, notamment ceux relatifs aux dettes et aux créances pour appréhender la situation de l'établissement de manière globale.

4. Conséquences en matière de tarification :

Après avoir fixé définitivement le montant des réserves et/ou des reports à nouveau injustifiés pris en compte dans son allocation de ressources et précisé sa répartition sur la durée du CPOM, et, le cas échéant, la répartition entre établissements et services relevant du périmètre du CPOM⁶, l'autorité de tarification diminue à due concurrence les crédits qu'elle notifie au gestionnaire au titre de ces établissements et services.

⁵ Sont uniquement susceptibles d'être concernés les ESSMS privés.

⁶ Lorsque les documents budgétaires (EPRD et ERRD) regroupent plusieurs établissements ou services, il est nécessaire de répartir les sommes identifiées comme devant être prises en compte dans la tarification entre ces différents établissements et services. Pour les établissements et services privés (non lucratifs ou commerciaux), il convient de s'appuyer sur les bilans comptables établis par structure. Dans le cas des EHPAD non habilités à l'aide sociale, ce document est complété des annexes liées à la comptabilité analytique mise en place par l'arrêté du 29 décembre 2023 relatif à la mise en œuvre de la comptabilité analytique applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes gérés par des organismes à but lucratif ou non habilités ou minoritairement habilités à l'aide sociale.

L'impact sur les réserves et reports à nouveau se fera en priorité sur les reports à nouveau en attente d'affectation. Le choix des autres postes impactés relève plus de la décision du gestionnaire. Cf. notamment point 6 *infra*.

La modulation tarifaire qui en résulte est ainsi répartie sur tout ou partie de la durée du nouveau contrat. Cette répartition peut être inégale, mais il est cependant conseillé de procéder à une répartition uniforme, sur l'ensemble de la durée du nouveau contrat.

En tout état de cause, un refus du gestionnaire de signer le renouvellement du CPOM ne saurait faire obstacle à la mise en œuvre effective de ces dispositions.

5. Illustration :

A titre d'exemple, soit un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), locataire de ses locaux, n'ayant pas de projets à court/moyen termes. Le service a ouvert en 2020, année de signature du CPOM, ce contrat ayant été prorogé d'un an en application de l'article L. 313-11 du CASF.

Le SESSAD a connu une montée en charge plus lente que prévue.

Son ERRD 2024 fait apparaître les ratios suivants :

Thèmes & intitulés (valeurs indicatives)	Mode de calcul	Valeur de l'indicateur pour 2023	Valeur de l'indicateur pour 2024
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)} \times 100}{\text{Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés)}}$	0,00%	0,00%
1.2. Apurement de la dette (>2)	$\frac{\text{Immobilisations nettes amortissables}}{\text{Dettes financières à moyen et long terme}}$	0,00	0,00
1.3. Durée apparente de la dette	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)}}{\text{CAF}}$	0,00	0,00
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations (1)			
Construction	Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 correspondants	0,01	0,29
Installations techniques, matériel et outillage		0,00	0,00
Autres immobilisations corporelles		0,83	0,81
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	$\text{FRI ou FRE ou FRNG} \times 365 \text{ j.}$	201,25	191,62
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	567,50	518,30

Pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux gérant plusieurs budgets, la répartition des sommes entre les différents ESSMS s'effectue au vu des données du compte de gestion (bilan, annexe relative à l'affectation du résultat), et des données issues de la comptabilité analytique de l'ordonnateur.

<i>Fonds de roulement net global (FRNG)</i>		768,75	709,92
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation ⁷	<u>BFR x 365 j.</u> Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	-39,93	-51,57
Thèmes & intitulés (valeurs indicatives)	Mode de calcul	Valeur de l'indicateur pour 2023	Valeur de l'indicateur pour 2024
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	<u>Trésorerie x 365 j.</u> Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	808,68	761,49
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	<u>Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j.</u> Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	65,12	58,87
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	<u>[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j.</u> Total des consommations (comptes 601 à 603)	0,00	0,00
4.2. Créances (< 30 j.)	<u>(Solde débiteur comptes 41) x 365 j.</u> Total des produits (comptes 70 et 73)	0,00	0,00
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	<u>(Solde créditeur comptes 401) x 365 j.</u> Total des charges (comptes 60 à 62) (2)	12,75	32,53
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	<u>(Solde créditeur comptes 43 et 44) x 365 j.</u> Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)	129,35	157,93
5. Autres	-		
5.1 Taux de CAF (5 à 10%)	<u>CAF x100</u> Total classe 7 (sauf c/775, c/777, c/7781 et c/78) - c/709 et c/713	23,76%	11,05%
5.2 Taux de réserve de compensation des déficits	<u>Réserve de compensation des déficits (c/10686 ou c/106856) x100</u> Total classe 7 (sauf c/76, c/77, c/786 et c/787) - c/709 et c/713	6,32%	6,77%
5.3 Taux de marge brute	<u>(Comptes 70 à 75 - comptes 60 à 65) x 100</u> Comptes 70 à 75 - c/ 709 et c/713	23,39%	10,29%

Les postes de réserves et de reports à nouveau susceptibles d'être pris en compte dans l'allocation des ressources sont dotés des montants suivants :

	2023	2024
<u>Financements stables</u>		
Excédents affectés à l'investissement	144 385,15 €	159 385,15 €
Réserve de compensation des charges d'amortissement	15 000,00 €	15 000,00 €
Sous-total I	159 385,15 €	174 385,15 €
Réserves et provisions affectées à la couverture du BFR	49 697,45 €	49 697,45 €

⁷ Un ratio négatif traduit un excédent de financement d'exploitation.

Réserves de compensation des déficits	23 446,95 €	23 446,95 €
Résultat excédentaire (3)	81 653,87 €	16 738,91 €
Report à nouveau excédentaire en attente d'affectation (3)	255 032,46 €	318 060,52 €
	2023	2024
Sous-total II	409 830,73 €	407 943,83 €
Total	569 215,88 €	582 328,98 €

(Extrait du bilan financier 2024 ci-joint à la fin de l'annexe)

Le TFP et le PGFP de l'EPRD n'intègrent aucun projet d'investissement significatif/ notoire (uniquement des renouvellements d'immobilisations) et le tendancier sur 6 ans fait apparaître une augmentation continue des réserves.

Le bilan financier fait apparaître des comptes de liaison en ressources et en emplois d'un montant sensiblement équivalent. La réserve de trésorerie a été uniquement constituée à partir de l'affectation des résultats excédentaires. Elle ne comprend donc pas de provisions réglementées pour couverture du besoin en fonds de roulement.

Dans cet exemple, si on retire la totalité des postes concernés (soit un montant de 582 328,98 €), le ratio relatif à la trésorerie exprimée en jours d'exploitation serait de 91,52 jours. Ce montant peut être retenu comme valeur de référence sachant que la prise en compte dans la tarification est limitée à la moitié du montant des postes de report à nouveau et de réserves concernés et considérés comme non justifiés. Ce dernier montant, qui s'élève à 291 164,49 €⁸, reste inférieur au montant des reports à nouveau excédentaires en attente d'affectation.

Le montant de 291 164,49 € peut donc être imputé en totalité sur le poste des reports à nouveau excédentaires en attente d'affectation. Une simulation établie à partir des données 2024 et prenant en compte cette imputation permet de vérifier que la mise en œuvre de ce mécanisme ne génère pas de difficultés financières pour ce SESSAD.

Notamment, les ratios bilantiels projetés restent sur des valeurs très favorables à ce service :

3. Equilibres du bilan	Simulation à partir des données 2024
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation	
<i>Fonds de roulement d'investissement (FRI)</i>	191,62
<i>Fonds de roulement d'exploitation (FRE)</i>	173,40
<i>Fonds de roulement net global (FRNG)</i>	365,02
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	-51,57
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	416,59
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	58,87

⁸ La prise en compte de ce montant pourra être étalée sur 5 ans, soit 58 232,90 € par an.

Le nouveau CPOM entrera en vigueur à compter de 291 164 € sera pris en compte dans l'allocation des ressources du SESSAD sur la période 2026-2030, représentant un montant annuel de 58 232,80 €.

6. Compensation des déficits prévisionnels générés par cette prise en compte :

Les modulations tarifaires à la baisse issues du dispositif sont susceptibles de générer des déficits d'exploitation à due concurrence sur l'ensemble de la période du CPOM. Ces déficits ont vocation à être couverts, en priorité, par le report à nouveau excédentaire et, pour le surplus, par des reprises sur la réserve de compensation des déficits⁹.

Par ailleurs, le décret prévoit le transfert d'une fraction des réserves injustifiées au profit du compte de réserve de compensation des déficits. Cette fraction ne peut excéder la moitié des réserves injustifiées. Son montant, sa répartition entre les différents comptes de réserves à reprendre (réserve affectée à l'investissement, réserve de trésorerie ou réserve de compensation des charges d'amortissement), et sa répartition sur les années couvertes par le CPOM, sont précisés dans le CPOM.

Pour les ESSMS publics, le transfert entre les comptes de réserves injustifiées et la réserve de compensation des déficits s'effectue au vu d'une décision de l'ordonnateur reprenant les montants indiqués dans le CPOM ou les montants notifiés par l'autorité de tarification en cas de signature tardive du CPOM. Il est réalisé au cours de l'exercice de « reprise » indiqué dans le contrat. Il donne lieu à l'enregistrement de l'écriture non budgétaire suivante :

- Débit compte(s) 10682 et/ou 10685 et/ou 10687,
- Crédit compte 10686.

9 Cf. articles R.314-234 du CASF.

BIENS	2023	2024	FINANCEMENTS	2023	2024
Biens stables					
Immobilisations incorporelles brutes	5 190,42 €	5 190,42 €	Apports, dotations, réserves et fonds propres	20 439,17 €	20 439,17 €
Immobilisations corporelles brutes	140 239,58 €	159 675,24 €	Excédents affectés à l'investissement	144 385,15 €	159 385,15 €
- Terrains	0,00 €	0,00 €	Subventions d'investissement	214,50 €	121,70 €
- Agencements de terrain	0,00 €	0,00 €	Réserve de compensation des charges d'amortissement	15 000,00 €	15 000,00 €
- Constructions	1 821,16 €	1 821,16 €	Provisions pour renouvellement des immobilisations	0,00 €	0,00 €
- Installations techniques, matériel et outillage	0,00 €	0,00 €	Fonds dédiés à l'investissement (2)	0,00 €	0,00 €
- Autres immobilisations corporelles	138 418,42 €	157 854,08 €	Provisions réglementées des plus-values nettes d'actif	0,00 €	0,00 €
Immobilisations corporelles et incorporelles en cours	0,00 €	0,00 €	Emprunts et dettes assimilées (à plus d'un an à l'origine)	0,00 €	0,00 €
Immobilisations en cours - Part investissement PPP (1)	0,00 €	0,00 €	Dépôts et cautionnements reçus	0,00 €	0,00 €
			Amortissements des immobilisations corporelles	115 532,50 €	128 651,87 €
Immobilisations financières	0,00 €	1 187,00 €	Amortissement des immobilisations incorporelles	3 441,90 €	4 220,44 €
Amortissements comptables excédentaires différés (2)	0,00 €	0,00 €	Dépenses refusées par l'autorité de tarification (2) (5)	0,00 €	0,00 €
Charges à répartir sur plusieurs exercices	0,00 €	0,00 €	Dépréciation des immobilisations	0,00 €	0,00 €
Autres	0,00 €	0,00 €	Autres (6)	0,00 €	0,00 €
Compte de liaison investissement (2)	0,00 €	0,00 €	Compte de liaison investissement (2) (7)	0,00 €	0,00 €
Total II	145 430,00 €	166 052,66 €	Total I	299 013,22 €	327 818,33 €
Fonds de roulement d'investissement négatif (I-II)	0,00 €	0,00 €	Fonds de roulement d'investissement positif (I-II)	153 583,22 €	161 765,67 €
Actifs stables d'exploitation			Financements stables d'exploitation		
Report à nouveau déficitaire (3)	0,00 €	0,00 €	Réserves et provisions affectées à la couverture du BFR	49 697,45 €	49 697,45 €
Résultat déficitaire (3)	0,00 €	0,00 €	Réserves de compensation des déficits	23 446,95 €	23 446,95 €
Créances glissantes	0,00 €	0,00 €	Résultat excédentaire (3)	81 653,87 €	16 738,91 €
Droits acquis par les salariés, non provisionnés (2)	30 214,29 €	30 214,29 €	Report à nouveau excédentaire en attente d'affectation (3)	255 032,46 €	318 060,52 €
			Provisions pour risques et charges	53 472,73 €	59 822,25 €
			Fonds dédiés à l'exploitation (2)	0,00 €	0,00 €
			Dépréciation des stocks, créances et éléments financiers	0,00 €	0,00 €
			Autres	0,00 €	0,00 €
Compte de liaison trésorerie (stable) (2)	0,00 €	0,00 €	Compte de liaison trésorerie (stable) (2)	0,00 €	0,00 €
Total IV	30 214,29 €	30 214,29 €	Total III	463 303,46 €	467 766,08 €
Fonds de roulement d'exploitation négatif (III-IV)	0,00 €	0,00 €	Fonds de roulement d'exploitation positif (III-IV)	433 089,17 €	437 551,79 €
Fonds de roulement net global négatif	0,00 €	0,00 €	Fonds de roulement net global positif	586 672,39 €	599 317,46 €
Valeurs d'exploitation			Dettes d'exploitation		
Stocks et en-cours	0,00 €	0,00 €	Avances reçues	0,00 €	0,00 €
Avances et acomptes versés	0,00 €	0,00 €	Fournisseurs	1 278,06 €	5 834,22 €
Créances sur organismes payeurs, usagers et clients	-124,00 €	-124,00 €	Dettes sociales et fiscales	28 862,03 €	32 178,36 €
Créances diverses d'exploitation	532,94 €	544,02 €	Dettes diverses d'exploitation	0,00 €	0,00 €
Créances irrécouvrables admises en non valeur (4)	0,00 €	0,00 €	Produits constatés d'avance	0,00 €	0,00 €
Charges constatées d'avance	0,00 €	0,00 €	Ressources à reverser à l'aide sociale	0,00 €	0,00 €
Dépenses pour congés payés	-437,00 €	-4 062,81 €	Fonds déposés par les résidents	0,00 €	0,00 €
Autres	0,00 €	0,00 €	Autres	0,00 €	0,00 €
Compte de liaison d'exploitation (2)	5 978,99 €	3 732,48 €	Compte de liaison d'exploitation (2)	6 282,45 €	5 610,83 €
Total VI	5 950,93 €	89,69 €	Total V	36 422,54 €	43 623,41 €
Besoin en fonds de roulement (VI-V)	0,00 €	0,00 €	Excédent de financement d'exploitation (VI-V)	30 471,61 €	43 533,72 €
Valeurs mobilières de placement			Financements à court terme		
Disponibilités	618 904,63 €	649 224,79 €	Fournisseurs d'immobilisations	0,00 €	0,00 €
Autres	0,00 €	0,00 €	Fonds des majeurs protégés	0,00 €	0,00 €
Compte de liaison trésorerie (2)	4 054,92 €	55 843,17 €	Concours bancaires courants	0,00 €	0,00 €
Total VIII	622 959,55 €	705 067,96 €	Compte de liaison trésorerie (2)	5 815,55 €	62 216,78 €
Total VII	5 815,55 €	62 216,78 €	Total VII	5 815,55 €	62 216,78 €
Trésorerie positive (VIII-VII)	617 144,00 €	642 851,18 €	Trésorerie négative (VIII-VII)	0,00 €	0,00 €
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	804 554,77 €	901 424,60 €	TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	804 554,77 €	901 424,60 €

ANNEXE 4

APPLICATION DE L'EXPERIMENTATION DE LA FUSION DES SECTIONS

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

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

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

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

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

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

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

1. Cadrage législatif de l'expérimentation :

1.1. Principes généraux

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. La participation des résidents

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

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

Dans le cadre de l'expérimentation, les résidents 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.

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 acquittaient un tarif journalier supérieur à ce montant se verront appliquer le nouveau tarif à compter du 1^{er} juillet 2025.

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

1.4. Contractualisation

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

1.5. Financement des dépenses relatives au FGU

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

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

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

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

2.1. Les dispositions budgétaires :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Les participations forfaitaires des résidents

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

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

2.1.3. Les résidents non affiliés à la sécurité sociale

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

2.1.4. Charges couvertes par le FGU

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

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

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

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

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

2.1.5. Refus de signature du CPOM

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

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

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

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

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

		Ce qui change (à partir du 1er juillet 2025)	Ce qui ne change pas (prise en compte selon les mêmes modalités qu'auparavant sauf indication contraire)
Départements expérimentateurs	Suppression de l'APAE	✓ 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'APAE était réalisée au sein du département, compétent sur pour ces deux prestations. Dans le cadre de l'expérimentation, le coût relatif à l'entretien de l'autonomie du résident entrant en établissement, bascule du département, via l'APA à domicile, vers l'ARS, via le FGU. Il est donc attendu des établissements qu'ils communiquent les informations relatives à toute nouvelle entrée aux départements dont ils relèvent. Autant que possible, il peut être également recommandé que les ARS et les départements partagent régulièrement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) 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 changement, hormis les revalorisations liées à l'augmentation des valeurs de point (tarif partiel avec ou sans pharmacie à usage intérieur (PUI), tarif global avec ou sans PUI) et au taux d'actualisation retenu pour 2025.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C) Les financements complémentaires

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰ Ces financements complémentaires concernent :

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

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

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

3) Le montant à la charge de la branche Autonomie

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

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

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

D) Le FGU brut

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

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

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

De ce fait, cette participation forfaitaire remplace :

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

¹² Uniquement celles tarifées au GMPS

¹³ En dehors des dispositions contractuelles déjà prévues par ailleurs.

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

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

Résultat de l'équation tarifaire afférente à la dépendance avant déductions des participations

Nombre de journées d'ouverture x capacité autorisée et financée

+

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 €

+

Tarif moyen afférent à l'hébergement

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

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

*Participation forfaitaire par jour par résident (6,10 € ou participation antérieur)
x nombre de journées prévisionnelles*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 5

ENQUETES 2025

Les enquêtes programmées pour l'exercice 2025 sont précisées dans la présente annexe. Leur calendrier de remontée et la qualité des données qu'elles contiennent doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

1. Enquêtes avec impact sur la délégation de crédits

Petites unités de vie (PUV)	
Cette enquête a pour objectif d'évaluer le besoin de financement pour 2026 de la médicalisation des petites unités de vie (PUV) (par dérogation du L.313-12-II du code de l'action sociale et des familles [CASF])	
Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ Juin 2025 : transmission par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS) d'un fichier de recensement des besoins tiré de l'application FINESS ; ⇒ 02/07/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr

Tarif global	
Cette enquête a pour objectif d'évaluer le besoin relatif au changement d'option tarifaire vers le tarif global pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En fonction de la maturité des projets remontés, ce recensement permettra de calibrer les besoins pour 2026.	
Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ Mai 2025 : transmission par la CNSA aux ARS d'un fichier de recensement des données tiré de SIDOBA Tarification ; ⇒ 04/07/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr

Communautés 360 et facilitateurs

Cette enquête a pour objectif d'évaluer le montant qui serait à transférer de l'objectif global des dépenses (OGD) vers le fonds d'intervention régional (FIR) au titre de l'année 2026 si cette option était retenue dans le cadre de la publication du nouveau cahier des charges des C360 l'OGD et à rajouter dans le FIR pour l'année 2026.

Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ mai 2025 : transmission par la CNSA aux ARS d'un fichier de recensement des données tiré de SIDOBA Tarification ; ⇒ 18/06/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr

2. Enquêtes sans impact sur la délégation de crédits

Réforme de la tarification EHPAD et fusion des sections

L'objectif de cette enquête est de recenser auprès des départements non-expérimentateurs de la fusion des sections les données nécessaires pour identifier les besoins de compensation des pertes sur la section dépendance dans une perspective de généralisation

Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ juin 2025 : transmission par la CNSA aux ARS d'un fichier de recensement des données tiré d'HAPI ; ⇒ 29/07/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété par les conseils départementaux (CD).
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr

Enquête budgétaire 2025 (EB2025)

En complément des informations recensées dans l'outil HAPI/SIDOBAB & SEPPIA, l'enquête budgétaire (EB) 2025 vise à identifier la nature des crédits disponibles dans les dotations régionales limitatives (DRL) des ARS, en fin d'année. Elle intègre, aussi, un suivi de l'utilisation des financements complémentaires dédiés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en fonction des actions prévues par l'article R314-163-II du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Enfin, elle dresse un état des crédits disponibles pour couvrir la programmation des installations de places nouvelles des ARS.

Calendrier (modification possible en fonction de la CB2)	3 échéances à retenir : ⇒ 8 décembre 2025 : lancement de la campagne ; ⇒ 30 janvier 2026 : ○ Validation de la tarification personnes âgées (PA)/personnes en situation de handicap (PH) ; ○ Validation de la programmation PA/PH concernant les installations à fin 2025. ⇒ 13 février 2026 : Validation de la programmation PA/PH concernant les installations 2026 et exercices suivants.
Points de vigilance	Le respect du calendrier est indispensable, car ces remontées alimenteront les travaux relatifs à la construction de l'OGD N+1 et de ses DRL, ainsi qu'à la préparation des dialogues de gestion.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre TARIF : nicolas.mollard@cnsa.fr; stephanie.arzel@cnsa.fr; armand.crignou@cnsa.fr PROG PH/PA : isabelle.boilleau@cnsa.fr; sabrina.lahlal@cnsa.fr

Prévision de consommation des DRL 2025

En complément des informations recensées dans l'outil HAPI/SIDOBAB & SEPPIA, cette enquête vise à estimer le niveau de consommation des dotations régionales limitatives (DRL) des ARS à fin d'année afin d'affiner les prévisions des consommations des objectifs globaux de dépense personnes âgées et personnes handicapées.

Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ 4 juillet 2025 : diffusion de l'enquête aux ARS par mail ; ⇒ 28 juillet 2025 : date limite de retour des ARS.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre christian.tekam@cnsa.fr

Rapport d'orientation budgétaire (ROB)

En application du 5° de l'article R. 314-22-5 et de l'article R. 351-22 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), l'autorité de tarification doit être en mesure de présenter les orientations qu'elle a retenues dans le cadre de la répartition des crédits entre établissements et services médico-sociaux (ESMS), pour respecter le caractère limitatif des dotations.

L'objectif étant d'informer les ESMS, ainsi que leurs organismes gestionnaires, de la déclinaison régionale des orientations budgétaires nationales, mais aussi d'argumenter une présentation en défense, auprès d'un président de juridiction, en cas de contestation d'une décision de tarification.

Par ailleurs, le ROB permet d'observer les ajustements réalisés au niveau régional et de comprendre les spécificités de chaque territoire, qui, dans le cadre des dialogues de gestion, viennent nourrir les échanges entre ARS et administrations centrales (CNSA, Direction générale de la cohésion sociale [DGCS], Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales [SGMAS]).

Calendrier	Documents à transmettre par courriel au plus tard le 2 février 2026
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr ; stephanie.arzel@cnsa.fr

Suivi des crédits FIR

Cette enquête a pour objectif d'assurer un suivi par la CNSA sur les crédits qu'elle a délégués dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR) en 2024 : centres régionaux d'études, d'actions et d'information (CREAI), groupes d'entraide mutuelle (GEM) - CEISP, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)/dispositifs d'appui à la coordination (DAC), système d'information Suivi des orientations (SISDO), habitat inclusif. Ces travaux seront utiles pour préparer les chiffres-clés des dialogues de gestion ainsi que la contribution de la CNSA au rapport annuel du FIR. Elle est pré remplie par la CNSA à partir d'une extraction d'HAPI. Il est demandé une confirmation des éléments chiffrés et des éléments qualitatifs sur l'usage des crédits.

Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ Mars 2026 : diffusion de l'enquête préremplie par la CNSA ; ⇒ Avril 2026 : ○ Validation onglets CRAI, GEM - CEISP, MAIA/DAC, SISDO.
Référent(es)	CNSA – Direction du financement de l'offre stephanie.arzel@cnsa.fr

Enquêtes concernant l'offre de répit renforcée par le déploiement de la stratégie des aidants 2023-2027

Il s'agira de réaliser des coupes périodiques sur les données de programmation, nécessaires au pilotage du déploiement de la stratégie.

A cette fin, les données saisies dans l'application SEPPIA feront l'objet de trois « coupes » prévues, et si nécessaires de coupes intermédiaires. Ces coupes nécessiteront que l'application SEPPIA ait été correctement et complètement renseignée en amont.

Exploitations	Dates des coupes : - 27 juin 2025 ; - 7 novembre 2025 ; - Début février 2026 (date de validation de l'enquête budgétaire 2025).
Personnes référentes	CNSA - Pôle « prévention et appui à la transformation » diane.genet@cnsa.fr lucas.cinquin@cnsa.fr

Evaluation des missions de centres de ressources territoriaux (CRT)

Cette enquête a pour objectif d'évaluer le déploiement des centres ressources territoriaux (CRT) dans les territoires. Il s'agit également de recueillir les grandes caractéristiques du fonctionnement de cette offre afin de mieux l'évaluer et de poursuivre son renforcement dans les années à venir. Le recueil d'indicateurs de suivi est réalisé en application de l'instruction n° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidatures portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

Les indicateurs d'activité ont été travaillés en groupe de travail avec les ARS. Sa version finale a été présentée en réunion thématique le 18 mars 2025, et transmise aux ARS à l'issue.

Le 6 mai 2025, en réunion thématique, ont été présentés aux ARS, l'outil de collecte et les modalités de recueil et une version revue des indicateurs attendus pour le recueil de cette année.

Calendrier	Remontée de l'enquête : période de juin à septembre 2025 (sous réserve)
Référent(es)	CNSA – Pôle « appui et organisation de l'offre » organisation@cnsa.fr

ANNEXE 6

LES SYSTEMES D'INFORMATION POUR LE SUIVI DE LA PROGRAMMATION
ET DE L'ALLOCATION DE RESSOURCES

Cette annexe présente l'organisation des systèmes d'Information (SI) utilisés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle comporte, notamment, **des précisions** quant aux modalités d'extraction des données par la CNSA et leur **utilisation à des fins décisionnelles**. L'utilisation de ces SI est donc impérative, et la fiabilité des données renseignées impacte les enveloppes déléguées aux agences régionales de santé (ARS).

SIDOBA (flux de tarification)	
Système d'information partagé d'aide à la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et de suivi du déroulé des campagnes budgétaires, SIDOBA (flux de tarification) vise à outiller le processus d'allocation de ressources aux ESMS et à permettre un dialogue budgétaire entre les ARS et le niveau national. Son objectif est : • D'harmoniser les pratiques et d'automatiser la production des décisions tarifaires ; • D'optimiser la gestion des dotations régionales ; • De faciliter le pilotage régional / national ; • D'assurer le partage et la traçabilité de l'information ; • De réaliser un suivi en temps réel de l'avancée de la campagne.	
Actualités	Dans le cadre de la campagne budgétaire 2025, il est demandé aux ARS d'utiliser la signature qualifiée via l'utilisation de l'application Fast-parapheur de manière impérative au plus tard pour la dernière campagne de transmission des décisions tarifaires aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), fin 2025. De plus, un contrôle automatique du non-dépassement des dotations régionales limitatives (DRL) allouées par la CNSA à chaque ARS en 2024 est maintenu en 2025. Dans le cadre de l'expérimentation de la fusion des sections, des modèles de décisions tarifaires spécifiques seront mis à disposition des ARS concernées afin de prendre en compte cette particularité.
Calendrier	• 22/05/2025 : groupe de travail organisé par la CNSA pour présenter aux ARS les règles de remplissage de SIDOBA (flux de tarification) dans le cadre de la campagne 2025 ; • 09/07/2025 : extraction des données des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (groupe iso-ressources moyen pondéré [GMP], pathos moyen pondéré [PMP], capacité, option tarifaire, dotation) pour calibrer le niveau des crédits nécessaires à la résorption des écarts au plafond en N+1, dans le cadre de la construction de l'objectif global de dépenses (OGD) suivant. • 01/12/2025 : recensement des données de tarification de l'année N, pour permettre le pré-remplissage de l'enquête budgétaire 2025 et engager les travaux de clôture de campagne ; • 16/02/2026 : extraction des données fiabilisées de tarification de la campagne 2025 et recensement des données EHPAD (capacité, option tarifaire, dotation) pour affiner le niveau des

	crédits nécessaires à la résorption des écarts au plafond de l'équation tarifaire cible.
Points de vigilance	Cet outil doit être renseigné au fil de l'eau. L'utilisation du fichier d'import Excel, incontournable avec le déploiement de SIDOBA, ne remet pas en cause ce principe. La CNSA peut être amenée à réaliser des extractions complémentaires tout au long de l'année. Des contrôles de cohérence seront notamment réalisés dès l'été. La saisie des données concourant au calcul de l'équation tarifaire des EHPAD (GMP, PMP, capacité installée) doit faire l'objet d'un travail de fiabilisation particulier. Enfin, les derniers ESMS tarifés en prix de journée (PJ) devront dès cette année être tarifés en PJ globalisé. Les données de tarification renseignées dans SIDOBA doivent correspondre aux données indiquées dans les différentes décisions tarifaires. Il est également rappelé aux utilisateurs la nécessité de se référer au guide utilisateur avant toute sollicitation de la CNSA et, le cas échéant, contacter le support.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre SIDOBA : armand.crignou@cnsa.fr

SEPPIA

Suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et autorisations

L'objectif de ce SI est d'assurer le recensement et le suivi de la programmation de création et de transformation de l'offre sur une période de 5 ans.

Il permet plus particulièrement :

- De suivre la réalisation des plans nationaux au titre des personnes âgées (PA) et des personnes en situation de handicap (PH) ;
- D'avoir une visibilité sur les prévisions d'autorisation et d'installation des ARS ;
- De calibrer le niveau des crédits de paiement nécessaires aux installations prévues en N+1 pour lesquels il est demandé une vigilance accrue ;
- De formaliser des données ayant vocation à être publiées dans le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et transmises aux différentes instances dont les tutelles.

Dans le cadre de l'évolution de l'offre médico-sociale et, plus particulièrement, de ses transformations et de son adaptation à la diversité des besoins, des réflexions sont menées quant à l'évolution de l'application pour le suivi de l'exécution et de la programmation des installations et des autorisations SEPPIA.

L'ensemble des données transmises par les ARS à travers les rapports BO SEPPIA (synthèses PA et PH, listes des actions d'autorisation, d'installation et de programmation) doivent être conformes à leurs programmations réelles particulièrement en année N+1.

La CNSA réalisera différentes actions de contrôle des données inscrites dans l'application afin de garantir l'équilibre des plans.

Calendrier	• 01/04/2025 : extraction SEPPIA pour transmission des données CNH à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • 22/05/2025 : groupe de travail organisé par la CNSA pour présenter aux ARS les règles de remplissage de SEPPIA dans le cadre de la campagne 2024 ; • 01/07/2025 : extraction SEPPIA pour le recensement des prévisions d'installation N+1 pour calibrer le niveau prévisionnel des crédits de paiement N+1 et transmission des données de la Conférence nationale du handicap (CNH) à la DGCS ; • 06/10/2025 : extraction SEPPIA pour contrôle de cohérence ; et transmission des données CNH à la DGCS • 01/12/2025 : recensement des données d'installation effectives de l'année N, pour permettre le pré-remplissage de l'enquête budgétaire 2024 et dresser le bilan d'engagement des plans nationaux ; • 23/02/2026 : recensement des prévisions d'installation 2026 pour calibrer le niveau réel des crédits de paiement 2026 pour contrôle final à l'issue des enquêtes budgétaires ; • 27/02/2026 : extraction pour données définitives et bilan des financements de l'offre.
Points de vigilance	Il est rappelé que le remplissage au fil de l'eau de l'outil SEPPIA et la mise à jour des fiches est indispensable pour calibrer au plus juste les besoins de crédits de paiements d'une part, et fournir des données de bilans fiables d'exécution des plans d'autre part. Fin février 2026, les données renseignées dans SEPPIA pour les installations prévisionnelles 2026 doivent être totalement fiabilisées pour la campagne tarifaire. Cette mise à jour au fur et à mesure simplifie également grandement le travail de fiabilisation opéré lors des enquêtes budgétaires. Comme pour SIDOBA, il est demandé aux utilisateurs de consulter le guide utilisateur avant de solliciter les équipes de la CNSA.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre sabrina.lahlal@cnsa.fr isabelle.boilleau@cnsa.fr

ImportERRD – Remontée des états réalisés des recettes et des dépenses

En application de l'arrêté du 22/12/2016, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et petites unités de vie (PUV), ainsi que les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap (PH) sous compétence exclusive ou conjointe des agences régionales de santé (ARS), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les accueils de jour autonomes ayant déjà conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (ou un avenant) avant le 01/01/2024 auront à transmettre leur état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) au titre de l'exercice 2024, sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA.

La date limite réglementaire de dépôt est le 30 avril 2025 pour tous les organismes gestionnaires autres que les établissements publics de santé (EPS), et le 8 juillet 2025 pour les EPS.

L'objectif de ce SI est de structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au conseil départemental (CD)/Métropole le cas échéant, d'étudier les ERRD et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.

Des données comptables et financières collectées via cette application seront injectées dans le tableau de bord de la performance afin d'éviter une double saisie aux ESMS.

Enjeux de fiabilisation et de qualité des données :

L'exhaustivité et l'exactitude des informations saisies dans les documents de l'ERRD sont des enjeux majeurs communs aux organismes gestionnaires d'ESMS, aux autorités de tarification et, plus généralement, à l'ensemble des utilisateurs des données collectées à l'aide des applications de la CNSA.

Une vigilance particulière est à porter aux données relatives aux équivalents temps plein (ETP) et rémunérations des ESMS, qui sont retracées dans les tableaux des effectifs et des rémunérations.

La fiabilisation de ces données est d'autant plus nécessaire que ces dernières sont utilisées de façon croissante pour produire des analyses, répartir des crédits et chiffrer le montant de certaines aides, et qu'elles ont vocation à être injectées dans le tableau de bord de la performance

Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.

Calendrier	• 14 mars 2025 : ouverture de la plateforme aux ESMS concernés ; • Mi-mai et mi-juillet 2025 : extraction des données pour exploitation dans le cadre des travaux de la Direction du financement de l'offre (DFO) de la CNSA ; • Début septembre 2025 : extraction des données pour exploitation et alimentation du tableau de bord de la performance et de l'outil « Situation financière des ESMS ».
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre charlotte.desplanques@cnsa.fr jacques.jehanno@cnsa.fr

ImportEPRD – Remontée des états des prévisions de recettes et des dépenses

En application de l'arrêté du 22 décembre /2016, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et petites unités de vie (PUV), ainsi que les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap (PH) sous compétence exclusive ou conjointe des agences régionales de santé (ARS), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les accueils de jour autonomes ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (ou un avenant) avant le 01/01/2025 auront à transmettre leur état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) au titre de l'exercice 2025, sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA. L'objectif de ce SI est de :

- Structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au CD/Métropole le cas échéant, de valider les EPRD dans les délais impartis et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles ;

Collecter les informations relatives à l'activité « Creton » et au montant facturé aux conseils départementaux (CD) au titre de l'accueil de jeunes adultes handicapés bénéficiaires de l'article L. 242-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) (dits « Amendements Creton »), qu'ils relèvent d'un EPRD ou d'un budget prévisionnel (BP). Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.	
Calendrier	Janvier 2025 : remontée des annexes relatives à l'activité « Creton » 2024 des ESMS relevant d'un EPRD ou d'un BP ; Mai 2025 : ouverture du service pour le dépôt de l'EPRD 2025 ; Octobre 2025 : remontée des annexes relatives à l'activité prévisionnelle des ESMS relevant d'un EPRD (EPRD 2026).
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre charlotte.desplanques@cnsa.fr jacques.jehanno@cnsa.fr

ImportCA – Remontée des comptes administratifs et des budgets exécutoires

En application de l'arrêté du 05 septembre 2013 relatif à la transmission des propositions budgétaires et des comptes administratifs (CA), les établissements et services médico-sociaux (ESMS) déposeront leur CA sur l'application ImportCA. Sont concernés les ESMS pour personnes âgées (PA) (accueil de jour [AJ], services de soins infirmiers à domicile [SSIAD], etc.) et les ESMS pour personnes en situation de handicap (PH) (instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques [ITEP], maison d'accueil spécialisées [MAS], instituts médicoéducatifs [IME], services d'éducation spéciale et de soins à domicile [SESSAD], etc.), recevant un financement exclusif de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'Assurance maladie et du conseil départemental (CD).

L'objectif de ce SI est :

- De structurer la constitution de bases de données de nature à permettre à l'ARS et à la CNSA de travailler sur les coûts de fonctionnements des ESMS ;
- De permettre le calcul d'indicateurs de comparaisons servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris...) ;
- De constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.

Enjeux de fiabilisation et de qualité des données

L'exhaustivité et l'exactitude des informations saisies dans les fichiers constituant votre CA sont des enjeux majeurs communs aux organismes gestionnaires d'ESMS, aux autorités de tarification et, plus généralement, à l'ensemble des utilisateurs des données collectées à l'aide des applications de la CNSA.

Une vigilance particulière est à porter aux données relatives aux équivalents temps plein (ETP) et rémunérations des ESMS, qui sont retracées dans les tableaux des effectifs et des rémunérations. La fiabilisation de ces données est d'autant plus nécessaire qu'elles sont utilisées de façon croissante pour produire des analyses, répartir des crédits et chiffrer le

montant de certaines aides. Ces données ont également vocation à être injectées dans le tableau de bord de la performance. Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.	
Calendrier	• 14 avril 2025 : ouverture de la plateforme aux ESMS concernés ; • Mi-mai et mi-juillet 2025 : extraction des données pour exploitation dans le cadre des travaux de la Direction du financement et de l'offre (DFO) de la CNSA ; • Début septembre 2025 : extraction des données pour exploitation et alimentation du tableau de bord de la performance et de l'outil « Situation financière des ESMS ».
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre delphine.fauchet@cnsa.fr

GALAAD	
L'objectif de ce SI est : • De permettre l'enregistrement et le partage des évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements de soins de longue durée (ESLD) aux médecins ou infirmiers valideurs des conseils départementaux (CD) et des agences régionales de santé (ARS) pour validation du groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP)/et du PATHO moyen pondéré (PMP) issus des évaluations ; • De restituer à travers des bilans les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de résidents.	
Calendrier	La saisie s'effectue en flux par les médecins coordonnateurs des établissements éligibles à une validation AGGIR/PATHOS. La CNSA peut être amenée à réaliser des extractions ou bilans tout au long de l'année.
Points de vigilance	Depuis son évolution en 2015, l'outil GALAAD constitue désormais la plateforme de référence pour le dépôt des évaluations AGGIR/PATHOS. Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre melina.ramos.gorand@cnsa.fr CNSA - Direction de l'appui au pilotage de l'offre christine.gaillandre@cnsa.fr CNSA - Direction des systèmes d'information danielle.czapla@cnsa.fr

FINESS – Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

Ce site donne accès à une sélection d'informations sur les établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, et de formation aux professions de ces secteurs. FINESS assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément.

Il est rappelé que le processus de répartition des dotations régionales par la CNSA, comme le processus de suivi de la consommation de l'objectif global de dépenses (OGD) (cf. infra), intègrent les éléments relatifs à l'offre médico-sociale à partir de l'exploitation annuelle de la base FINESS.

La CNSA a également développé, à partir de ce fichier, un outil de traitement journalier (FIPPA) permettant d'alimenter le portail national d'information pour les personnes âgées en données à jour. La maintenance de ce site internet s'en trouve facilitée : suivi automatisé des créations et des fermetures d'établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Calendrier	Il vous est demandé de veiller à la mise à jour régulière du SI par vos services, afin de garantir la complétude des informations y figurant.
Points de vigilance	Une attention particulière devra être portée sur la qualité des données renseignées relatives aux conventions collectives des ESMS.

SIDOB (SSIAD) : SIDOB Recueil de données

Dans la cadre de la réforme du financement des soins infirmiers à domicile (services de soins infirmiers à domicile [SSIAD] et services autonomie à domicile [SAD] mixtes), le système d'information SIDOB Recueil de données (SIDOB RDD) a été mis en place fin 2023.

SIDOB RDD est destiné aux professionnels des SSIAD et SAD mixtes (anciennement services polyvalents d'aide et de soins à domicile [SPASAD]) afin de recueillir les données nécessaires au calcul du forfait global de soins (FGS)

- La période de référence du recueil des données usager est entre le 1er juin de l'année N-2 au 31 mai de l'année N-1 ;
- Tous les services doivent transmettre leurs données d'activité via SIDOB Recueil de données entre le 1^{er} et le 30 juin N-1 ;
- Ces données servent au calcul du forfait global de soins (FGS) de l'année N et du FGS « projeté » pour N+2 (actualisé chaque année).

Calendrier	A partir du 01/07/2025, les ARS sont chargées de qualifier les données recueillies dans SIDOB RDD sur la période allant du 01/06/2024 au 31/05/2025. Cette qualification des données se fera via le portail de la CNSA. Une enquête de fiabilisation des données sera réalisée en début d'année 2026.
------------	--

Points de vigilance	Si les informations ne sont pas transmises par les services dans les délais ou que les informations transmises sont incomplètes ou ne sont pas exploitables, le directeur général de l'ARS enjoint au service de procéder à la transmission complète ou aux corrections nécessaires dans un délai de quinze jours. S'il n'y est pas déféré dans ce délai, le forfait global de soins est fixé d'office par le directeur général de l'ARS, selon les modalités prévues par décret. Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre pauline.mutuel@cnsa.fr; azza.aziza@cnsa.fr jeanne.grangeray@cnsa.fr

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS**TABLEAU 1 - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ÂGÉES (PARTIE 1)**

SECTEUR PA	BASE						
	DRL RECONDUCTIBLES					ACTUALISATION	OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE
	DRL 2024	CNR nationaux 2024	Base reconductible au 31/12/2024	Débasage	Base reconductible au 01/01/2025	Reconduction DRL	Fongibilité
Formules	1	2	3 = Σ (1:2)	4	5 = Σ (3:4)	6	7
Auvergne-Rhône-Alpes	2 054 447 470 €	-17 281 856 €	2 037 165 613 €	-7 878 822 €	2 029 286 792 €	35 755 633 €	0 €
Bourgogne-Franche-Comté	886 038 584 €	-6 647 308 €	879 391 276 €	-3 214 844 €	876 176 432 €	14 856 360 €	-306 015 €
Bretagne	1 051 026 481 €	-10 312 900 €	1 040 713 580 €	-3 839 832 €	1 036 873 748 €	18 296 252 €	0 €
Centre-Val de Loire	764 585 636 €	-3 320 016 €	761 265 620 €	-3 819 643 €	757 445 976 €	13 049 608 €	895 969 €
Corse	63 612 309 €	-158 879 €	63 453 430 €	-689 637 €	62 763 793 €	956 167 €	0 €
Grand Est	1 368 655 911 €	-7 544 228 €	1 361 111 683 €	-6 949 177 €	1 354 162 507 €	23 616 634 €	0 €
Guadeloupe	56 172 310 €	-137 070 €	56 035 241 €	-249 420 €	55 785 821 €	781 409 €	0 €
Guyane	19 213 740 €	0 €	19 213 740 €	-359 785 €	18 853 955 €	227 966 €	0 €
Hauts-de-France	1 312 822 351 €	-9 580 113 €	1 303 242 238 €	-9 260 473 €	1 293 981 765 €	19 161 968 €	0 €
Ile-de-France	1 800 611 092 €	-7 982 503 €	1 792 628 589 €	-20 434 256 €	1 772 194 333 €	30 082 834 €	8 979 931 €
La Réunion	67 429 421 €	-101 281 €	67 328 140 €	-132 051 €	67 196 089 €	1 075 979 €	0 €
Martinique	70 000 099 €	0 €	70 000 099 €	-493 500 €	69 506 599 €	901 002 €	0 €
Mayotte	4 045 857 €	-42 496 €	4 003 361 €	-496 014 €	3 507 347 €	32 828 €	0 €
Normandie	899 150 473 €	-6 746 934 €	892 403 538 €	-6 178 958 €	886 224 581 €	15 041 173 €	0 €
Nouvelle-Aquitaine	1 838 320 833 €	-10 721 061 €	1 827 599 772 €	-14 536 426 €	1 813 063 347 €	32 026 709 €	0 €
Occitanie	1 604 807 722 €	-10 002 572 €	1 594 805 150 €	-22 652 890 €	1 572 152 259 €	26 996 461 €	0 €
Pays de la Loire	1 091 870 570 €	-6 343 106 €	1 085 527 464 €	-4 152 736 €	1 081 374 728 €	19 301 420 €	630 000 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 194 607 365 €	-3 605 131 €	1 191 002 234 €	-5 236 348 €	1 185 765 885 €	20 076 743 €	0 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	2 482 559 €	0 €	2 482 559 €	0 €	2 482 559 €	8 323 €	0 €
TOTAL	16 149 900 781 €	-100 527 454 €	16 049 373 327 €	-110 574 809 €	15 938 798 518 €	272 245 468 €	10 199 885 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS**TABLEAU 1 - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ÂGÉES (PARTIE 2)**

SECTEUR PA	MESURES NOUVELLES								
	INSTALLATIONS DE PLACES SUR DROIT DE TIRAGE	FINANCEMENT EHPAD					FINANCEMENT SSIAD		
	MN - Crédits paiement installations	MN - EHPAD - Médicalisation	MN - EHPAD - Tarif global	MN - EHPAD - Développement PASA	MN - EHPAD - Médecins coordonnateurs	MN - EHPAD - Expérimentation fusion des sections	MN - SSIAD - Application de la réforme tarifaire	MN - SSIAD - Coordination services	MN - SSIAD - Psy SSIAD
Formules	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Auvergne-Rhône-Alpes	15 538 397 €	15 189 007 €	4 963 421 €	4 814 833 €	5 696 919 €	40 156 159 €	2 204 836 €	571 066 €	534 907 €
Bourgogne-Franche-Comté	7 005 741 €	6 497 461 €	1 888 914 €	1 518 019 €	2 436 480 €	7 409 781 €	2 823 783 €	149 079 €	130 644 €
Bretagne	1 067 787 €	14 534 991 €	2 713 140 €	1 979 491 €	3 019 052 €	75 666 797 €	-83 088 €	218 676 €	205 136 €
Centre-Val de Loire	2 596 072 €	5 211 900 €	1 161 427 €	1 264 362 €	2 144 319 €	0 €	1 807 967 €	233 719 €	219 028 €
Corse	0 €	921 693 €	0 €	128 144 €	144 178 €	0 €	103 533 €	22 806 €	60 000 €
Grand Est	2 310 233 €	9 274 542 €	2 124 268 €	2 045 666 €	3 807 081 €	4 621 581 €	3 150 700 €	410 777 €	391 698 €
Guadeloupe	1 280 088 €	0 €	235 644 €	84 000 €	107 043 €	0 €	163 730 €	50 669 €	72 000 €
Guyane	0 €	0 €	0 €	84 000 €	18 481 €	936 131 €	-565 580 €	16 269 €	72 000 €
Hauts-de-France	2 446 648 €	3 582 549 €	1 883 082 €	2 858 259 €	3 450 291 €	24 868 389 €	8 870 358 €	487 204 €	463 693 €
Ile-de-France	17 068 872 €	11 873 321 €	5 892 334 €	3 058 146 €	4 808 103 €	13 702 139 €	-3 281 348 €	684 400 €	633 397 €
La Réunion	784 314 €	0 €	506 948 €	84 000 €	145 926 €	4 662 863 €	618 921 €	35 614 €	72 000 €
Martinique	4 296 035 €	551 828 €	0 €	84 000 €	140 894 €	0 €	-112 498 €	32 457 €	72 000 €
Mayotte	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	193 721 €	6 684 €	72 000 €
Normandie	0 €	10 166 650 €	1 890 465 €	1 749 338 €	2 491 137 €	0 €	2 415 117 €	271 353 €	247 982 €
Nouvelle-Aquitaine	0 €	15 491 102 €	16 366 842 €	4 091 020 €	5 225 107 €	57 708 765 €	3 805 789 €	550 398 €	520 079 €
Occitanie	0 €	14 948 424 €	3 025 056 €	3 105 312 €	4 436 164 €	50 414 984 €	2 124 495 €	539 683 €	491 632 €
Pays de la Loire	5 366 480 €	11 825 052 €	4 776 714 €	2 653 810 €	3 468 713 €	33 840 109 €	-537 792 €	304 054 €	277 287 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 178 027 €	26 006 621 €	2 571 747 €	1 313 601 €	3 457 827 €	0 €	572 705 €	413 468 €	392 517 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	0 €	0 €	0 €	84 000 €	2 287 €	0 €	-17 593 €	1 622 €	72 000 €
TOTAL	60 938 694 €	146 075 141 €	50 000 000 €	31 000 000 €	45 000 000 €	313 987 699 €	24 257 757 €	5 000 000 €	5 000 000 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS**TABLEAU 1 - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ÂGÉES (PARTIE 3)**

SECTEUR PA	MESURES NOUVELLES				CNR		DRL phase 1	
	MESURE SALARIALE	AUTRES MN					DRL PA 2025	DONT CNR NATIONAUX
	MN - Effet hausse cotisations CNRACL	MN - Complément répit	MN - Développement ESA	Autres crédits	CNR - Fonds soutien EHPAD	CNR - Permanents syndicaux	mai-2025	mai-2025
Formules	17	18	19	20	21	22	23 = ∑ (5:22)	24 = 21+22
Auvergne-Rhône-Alpes	13 544 668 €	853 449 €	750 000 €	3 165 798 €	35 817 711 €	57 081 €	2 208 900 677 €	35 874 792 €
Bourgogne-Franche-Comté	5 857 459 €	429 355 €	300 000 €	945 180 €	16 346 718 €	0 €	944 465 392 €	16 346 718 €
Bretagne	7 829 171 €	470 668 €	450 000 €	4 348 341 €	16 287 214 €	0 €	1 183 877 376 €	16 287 214 €
Centre-Val de Loire	5 869 807 €	439 102 €	300 000 €	1 146 471 €	8 463 052 €	6 984 €	802 255 763 €	8 470 036 €
Corse	98 801 €	527 046 €	150 000 €	151 591 €	696 312 €	0 €	66 724 065 €	696 312 €
Grand Est	8 125 568 €	592 233 €	450 000 €	2 913 713 €	18 217 184 €	0 €	1 436 214 384 €	18 217 184 €
Guadeloupe	159 094 €	252 929 €	180 000 €	239 746 €	67 855 €	0 €	59 460 027 €	67 855 €
Guyane	45 416 €	0 €	180 000 €	285 952 €	55 020 €	0 €	20 209 611 €	55 020 €
Hauts-de-France	7 979 769 €	600 694 €	450 000 €	2 780 677 €	17 672 334 €	0 €	1 391 537 680 €	17 672 334 €
Ile-de-France	5 505 241 €	1 259 780 €	900 000 €	7 574 122 €	35 050 309 €	512 663 €	1 916 498 578 €	35 562 972 €
La Réunion	199 971 €	540 379 €	180 000 €	800 000 €	494 205 €	0 €	77 397 208 €	494 205 €
Martinique	281 026 €	365 682 €	180 000 €	521 769 €	177 991 €	0 €	76 998 784 €	177 991 €
Mayotte	0 €	180 000 €	180 000 €	188 117 €	0 €	0 €	4 360 697 €	0 €
Normandie	6 211 336 €	489 053 €	450 000 €	1 215 268 €	12 510 673 €	0 €	941 374 123 €	12 510 673 €
Nouvelle-Aquitaine	11 411 555 €	736 591 €	600 000 €	3 203 696 €	27 995 060 €	28 536 €	1 992 824 596 €	28 023 596 €
Occitanie	9 120 988 €	755 101 €	600 000 €	3 383 919 €	22 239 051 €	34 617 €	1 714 368 146 €	22 273 668 €
Pays de la Loire	6 913 523 €	498 186 €	450 000 €	1 918 359 €	16 110 240 €	42 403 €	1 189 213 284 €	16 152 643 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 421 814 €	829 753 €	600 000 €	3 574 757 €	21 486 574 €	48 209 €	1 272 710 250 €	21 534 783 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	24 793 €	180 000 €	180 000 €	979 €	312 498 €	0 €	3 331 469 €	312 498 €
TOTAL	93 600 000 €	10 000 000 €	7 530 000 €	38 358 456 €	250 000 000 €	730 493 €	17 302 722 111 €	250 730 493 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS**TABLEAU 1bis - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (PARTIE 1)**

SECTEUR PH	BASE					MESURES NOUVELLES	
	DRL RECONDUCTIBLES			ACTUALISATION	OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE	INSTALLATIONS DE PLACES SUR DROIT DE TIRAGE	FINANCEMENT SSIAD
	DRL 2024	CNR nationaux 2024	Base reconductible au 01/01/2025	Reconduction DRL	Fongibilité	MN - Crédits paiement installations	MN - SSIAD - Application de la réforme
Formules	1	2	3 = $\sum$ (1:2)	4	5	6	7
Auvergne-Rhône-Alpes	1 567 372 753 €	-650 540 €	1 566 722 213 €	14 570 517 €	2 442 491 €	18 470 324 €	-292 026 €
Bourgogne-Franche-Comté	678 211 079 €	-215 946 €	677 995 133 €	6 305 355 €	1 626 015 €	7 483 636 €	215 030 €
Bretagne	694 063 912 €	-330 325 €	693 733 587 €	6 451 722 €	0 €	4 945 898 €	-99 580 €
Centre-Val de Loire	598 595 439 €	-84 483 €	598 510 956 €	5 566 152 €	353 488 €	10 070 812 €	76 946 €
Corse	71 473 103 €	0 €	71 473 103 €	664 700 €	0 €	0 €	-41 362 €
Grand Est	1 333 239 514 €	-475 228 €	1 332 764 286 €	12 394 708 €	109 108 €	19 397 549 €	-686 323 €
Guadeloupe	110 190 232 €	-8 982 €	110 181 250 €	1 024 686 €	0 €	1 769 700 €	103 972 €
Guyane	74 729 847 €	-20 339 €	74 709 508 €	694 798 €	0 €	120 317 €	3 770 €
Hauts-de-France	1 524 767 287 €	-866 844 €	1 523 900 443 €	14 172 274 €	0 €	23 190 768 €	-68 634 €
Ile-de-France	2 445 906 483 €	-1 201 687 €	2 444 704 796 €	22 735 755 €	1 716 189 €	68 801 287 €	-409 538 €
La Réunion	215 463 624 €	-64 689 €	215 398 935 €	2 003 210 €	0 €	6 243 870 €	-9 480 €
Martinique	96 460 824 €	-10 000 €	96 450 824 €	896 993 €	0 €	216 120 €	-36 998 €
Mayotte	28 063 086 €	-21 375 €	28 041 711 €	260 788 €	0 €	0 €	58 527 €
Normandie	807 990 061 €	-356 822 €	807 633 239 €	7 510 989 €	0 €	8 281 527 €	0 €
Nouvelle-Aquitaine	1 358 181 309 €	-587 065 €	1 357 594 244 €	12 625 626 €	376 459 €	8 860 591 €	461 082 €
Occitanie	1 433 633 904 €	-335 484 €	1 433 298 420 €	13 329 675 €	0 €	28 508 765 €	19 055 €
Pays de la Loire	775 793 483 €	-232 135 €	775 561 348 €	7 212 721 €	0 €	14 992 213 €	6 367 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 021 719 872 €	-455 662 €	1 021 264 210 €	9 497 757 €	0 €	20 087 831 €	-13 903 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	2 399 282 €	0 €	2 399 282 €	22 313 €	0 €	0 €	0 €
TOTAL	14 838 255 092 €	-5 917 606 €	14 832 337 486 €	137 940 739 €	6 623 750 €	241 441 208 €	-713 093 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS**TABLEAU 1bis - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ENSITUATION DE HANDICAP (PARTIE 2)**

SECTEUR PH	MESURES NOUVELLES			CNR		DRL phase 1	
	MESURE SALARIALE	Autres MN				DRL PH 2025	<i>DONT CNR NATIONAUX</i>
	MN - Effet hausse cotisations CNRACL	MN - Communication alternative et améliorée	Autres crédits	CNR - Gratification des stages	CNR - Permanents syndicaux		
Formules	8	9	10	11	12	13 = ∑ (3:12)	14 = 11 + 12
Auvergne-Rhône-Alpes	1 392 235 €	966 595 €	143 118 €	496 455 €	225 737 €	1 605 137 659 €	722 192 €
Bourgogne-Franche-Comté	1 229 107 €	350 178 €	54 167 €	214 840 €	61 341 €	695 534 803 €	276 181 €
Bretagne	1 230 498 €	393 330 €	180 536 €	219 827 €	145 049 €	707 200 867 €	364 876 €
Centre-Val de Loire	689 359 €	160 030 €	142 598 €	189 653 €	0 €	615 759 993 €	189 653 €
Corse	91 556 €	80 900 €	12 827 €	22 648 €	0 €	72 304 372 €	22 648 €
Grand Est	2 326 849 €	244 835 €	143 982 €	422 320 €	109 200 €	1 367 226 514 €	531 520 €
Guadeloupe	59 860 €	72 000 €	253 843 €	34 914 €	0 €	113 500 225 €	34 914 €
Guyane	12 534 €	72 000 €	70 180 €	23 674 €	0 €	75 706 781 €	23 674 €
Hauts-de-France	2 326 939 €	514 045 €	136 367 €	482 886 €	142 308 €	1 564 797 395 €	625 194 €
Ile-de-France	1 995 299 €	1 254 038 €	280 862 €	774 666 €	98 468 €	2 541 951 822 €	873 134 €
La Réunion	0 €	180 114 €	0 €	68 255 €	21 666 €	223 906 570 €	89 921 €
Martinique	139 878 €	72 000 €	0 €	30 563 €	0 €	97 769 379 €	30 563 €
Mayotte	0 €	72 000 €	96 593 €	8 886 €	0 €	28 538 505 €	8 886 €
Normandie	1 301 541 €	250 251 €	0 €	255 919 €	167 097 €	825 400 563 €	423 016 €
Nouvelle-Aquitaine	1 947 578 €	590 544 €	79 290 €	430 188 €	82 132 €	1 383 047 734 €	512 320 €
Occitanie	924 705 €	477 433 €	110 083 €	454 177 €	45 168 €	1 477 167 482 €	499 345 €
Pays de la Loire	1 360 065 €	221 552 €	69 048 €	245 756 €	101 574 €	799 770 644 €	347 330 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 371 997 €	456 156 €	1 307 893 €	323 613 €	23 141 €	1 054 318 694 €	346 754 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	0 €	72 000 €	0 €	760 €	0 €	2 494 355 €	760 €
TOTAL	18 400 000 €	6 500 000 €	3 081 386 €	4 700 000 €	1 222 881 €	15 251 534 358 €	5 922 881 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS**TABEAU 2 – SUIVI DU DROIT DE TIRAGE ET DETERMINATION DES CREDITS DE PAIEMENT POUR 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ÂGEES**

SECTEUR PA	Solde DT CB 2024			Crédits de paiement 2025			Solde DT au 31/12/2025
	Solde DT au 31/12/2024	Transfert crédits AE SSIAD sur solde DT PH	Solde DT au 01/01/2025	Crédits 2024 délégués et non consommés	Prévisions d'installation 2025 (proratisées)	Crédits de paiement délégués en 2025	
Source données	EB2024	Prog. SEPPIA	Formule	EB2023	Prog. SEPPIA	Formule	Formule
Formules	1	2	3=1+2	4	5	6 = SI (5-4 < 0 ; 0 ; 5-4)	7= 3-6
Auvergne-Rhône-Alpes	63 953 852	-1 216 000	62 737 852	-996 927	14 541 470	15 538 397	47 199 455
Bourgogne-Franche-Comté	39 057 870	-320 000	38 737 870	-1 644 301	5 361 440	7 005 741	31 732 129
Bretagne	20 732 497		20 732 497	4 206 516	5 274 302	1 067 787	19 664 710
Centre-Val de Loire	26 064 850	721 241	26 786 091	4 083 483	6 679 555	2 596 072	24 190 019
Corse	13 448 986		13 448 986	6 678 637	3 445 327	0	13 448 986
Grand Est	40 995 086		40 995 086	8 567 223	10 877 456	2 310 233	38 684 853
Guadeloupe	19 873 935		19 873 935	3 254 061	4 534 149	1 280 088	18 593 847
Guyane	2 587 871		2 587 871	4 271 324	869 712	0	2 587 871
Hauts-de-France	40 598 730	-4 800 000	35 798 730	10 675 490	13 122 138	2 446 648	33 352 082
Ile-de-France	79 459 013		79 459 013	-9 978 560	7 090 312	17 068 872	62 390 140
La Réunion	30 822 253		30 822 253	1 130 879	1 915 193	784 314	30 037 939
Martinique	18 209 702		18 209 702	1 579 457	5 875 492	4 296 035	13 913 667
Mayotte	5 896 397		5 896 397	874 534	285 017	0	5 896 397
Normandie	31 273 525		31 273 525	8 586 112	6 553 467	0	31 273 525
Nouvelle-Aquitaine	49 736 196	-2 480 000	47 256 196	10 035 707	9 409 035	0	47 256 196
Occitanie	39 102 534	-2 000 000	37 102 534	11 921 909	11 128 527	0	37 102 534
Pays de la Loire	33 316 155		33 316 155	649 837	6 016 316	5 366 480	27 949 676
Provence-Alpes-Côte d'Azur	28 237 078		28 237 078	4 227 885	5 405 912	1 178 027	27 059 051
Saint-Pierre-et-Miquelon	1 824 000		1 824 000	480 000	157 000	0	1 824 000
TOTAL	585 190 531	-10 094 759	575 095 772	68 603 265	118 541 820	60 938 694	514 157 078

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS**TABEAU 2BIS – SUIVI DU DROIT DE TIRAGE ET DETERMINATION DES CREDITS DE PAIEMENT POUR 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES HANDICAPÉES**

SECTEUR PH	Solde DT CB 2024			Crédits de paiement 2025			Solde DT au 31/12/2025
	Solde DT au 31/12/2024	Transfert crédits AE SSIAD sur solde DT PH	Solde DT au 01/01/2025	Crédits 2024 délégués et non consommés	Prévisions d'installation 2025 (proratisées)	Crédits de paiement délégués en 2025	
	Source données	EB2024	EB 2024	Formule	EB2024	Prog. SEPPIA	
Formules	1	2	3=1+2	4	5	6 = SI (5-4 < 0 ; 0 ; 5-4)	7= 3-6
Auvergne-Rhône-Alpes	144 238 088	1 216 000	145 454 088	7 393 609	25 863 933	18 470 324	126 983 763
Bourgogne-Franche-Comté	45 729 371	320 000	46 049 371	717 056	8 200 692	7 483 636	38 565 735
Bretagne	59 151 232	0	59 151 232	6 189 999	11 135 897	4 945 898	54 205 334
Centre-Val de Loire	44 050 682	-721 241	43 329 441	-367 966	9 702 846	10 070 812	33 258 629
Corse	12 299 583	0	12 299 583	3 451 388	1 676 470	0	12 299 583
Grand Est	104 339 102	0	104 339 102	3 983 457	23 381 007	19 397 549	84 941 553
Guadeloupe	16 288 882	0	16 288 882	2 206 779	3 699 396	1 492 617	14 796 265
Guyane	25 350 364	0	25 350 364	3 241 753	3 639 153	397 400	24 952 964
Hauts-de-France	174 937 928	4 800 000	179 737 928	3 327 746	26 518 514	23 190 768	156 547 160
Ile-de-France	340 719 485	0	340 719 485	-28 052 615	40 748 672	68 801 287	271 918 198
La Réunion	29 191 534	0	29 191 534	1 901 483	8 145 353	6 243 870	22 947 663
Martinique	23 944 955	0	23 944 955	2 634 219	2 850 339	216 120	23 728 835
Mayotte	23 759 225	0	23 759 225	5 988 637	1 214 731	0	23 759 225
Normandie	65 272 842	0	65 272 842	-2 761 607	5 519 920	8 281 527	56 991 316
Nouvelle-Aquitaine	113 887 672	2 480 000	116 367 672	6 834 972	15 695 563	8 860 591	107 507 080
Occitanie	153 450 459	2 000 000	155 450 459	-15 277 918	13 230 847	28 508 765	126 941 694
Pays de la Loire	54 711 548	0	54 711 548	-3 088 836	11 903 377	14 992 213	39 719 335
Provence-Alpes-Côte d'Azur	117 156 425	0	117 156 425	-8 994 479	11 093 352	20 087 831	97 068 594
Saint-Pierre-et-Miquelon	0	0	0	180 000	15 000	0	0
TOTAL	1 548 479 374	10 094 759	1 558 574 133	-10 492 324	224 235 060	241 441 208	1 317 132 925