RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté

2025

RAPPORT D'ORIENTATION BUDGETAIRE

BOURGOGNE - FRANCHE - COMTE

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPÉES ET PERSONNES AGÉES

ARS BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
LE DIAPASON, 2 PLACE DES SAVOIRS, CS 73535, 21035 DIJON CEDEX
TÉL. : 0808 807 107 - SITE : WWW.ARS.BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE.SANTE.FR

Le présent rapport a pour objet :

- D'informer les établissements et services médico-sociaux ainsi que les organismes gestionnaires du contexte budgétaire national et régional au moyen d'informations législatives et réglementaires,
- De porter à leur connaissance les orientations retenues par l'agence régionale de santé de Bourgogne - Franche-Comté.

❖ ***Les notifications budgétaires 2025 découlent des orientations exprimées dans le présent rapport, auquel les structures doivent se reporter.***

CONTEXTE DE LA CAMPAGNE BUDGETAIRE 2025

Le présent rapport définit le cadre et les orientations 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) de la région Bourgogne-Franche-Comté.

Ce rapport porte sur les financements nécessaires à la mise en œuvre des politiques publiques prioritaires pour 2025.
Il permet par ailleurs de faire connaitre les volumes et modalités de délégation des crédits concourant aux revalorisations des bases pérennes des ESMS de la région notamment 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), et au financement du développement de l'offre dans les secteurs PA et PH dont la préfiguration d'une stratégie 2025 – 2030 relative aux maladies neuro-dégénératives.
Enfin les crédits délégués tiennent compte d'une 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, et, au financement à mi-année de l'expérimentation relative à la fusion des sections pour 23 départements.

L'accompagnement du virage domiciliaire, qui concerne tant les personnes âgées que les personnes en situation de handicap, se poursuit en s'appuyant sur la transformation et le renforcement de l'offre des services intervenant au domicile pour y dispenser des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins. Les crédits délégués concourent à la mise en œuvre de la trajectoire de création de 25 000 places de SSIAD, en tenant compte d'un cadencement réaliste de montée en charge dans les territoires.

La campagne budgétaire 2025 repose, en construction, sur un taux de progression moyen de l'OGD de +5,4%, dont +7,4% pour les établissements et services accueillant des personnes âgées et +3,2% pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap. Par ailleurs, le secteur médico-social contribue à garantir la tenue de l'ONDAM, par une mise en réserve de 241 M€ en 2025, dans le cadre d'un effort renforcé porté par l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM. 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) des ARS dans un contexte de difficultés économiques. Cet effort financier doit répondre à plusieurs enjeux, notamment transformation de l'offre, le renforcement du taux d'encadrement et aussi l'amélioration de la situation économique des EHPAD.

Par ailleurs, la construction de l'OGD en 2025 intègre, comme en 2024, des mesures d'efficience qui doivent inciter le secteur médico-social à mobiliser l'ensemble des gisements de performance collective.

LES MESURES DE COMPENSATION DES COTISATIONS SALARIALES ET D'ACTUALISATION DES MOYENS DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX (ESMS)

Compensation de l'augmentation des cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

112M€ sont délégués aux ARS afin de compenser forfaitairement la hausse des cotisations CNRACL (94 M€ sur le secteur PA et 18 M€ sur le secteur PH) **pour la section soin** *-soit le périmètre de financement des ARS-* des ESMS publics relevant des fonctions publiques hospitalière et territoriale.

Ils visent à couvrir de façon pérenne :

- L'augmentation d'1 point de cotisation intervenue en 2024,
- L'augmentation de 3 points de cotisation intervenue en janvier 2025.

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.

Pour 2025, il s'agit de l'application du 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.

Taux d'évolution de la masse salariale et effet prix

Pour 2025, le taux d'évolution des moyens alloués aux ESMS, avant 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 « glissement vieillesse – technicité » (GVT).
  A cela, s'ajoutent 150M€ au titre de l'amélioration des taux d'encadrement soignant non médicaux dans les EHPAD ;
- Mais également près de 79M€ (soit +1,4% sur chacun des secteurs) pour tenir compte maintien d'un niveau d'inflation des charges financées par l'objectif global de dépenses.

En 2025, comme l'an passé, l'évolution des valeurs de point de l'équation GMPS pour les EHPAD s'applique aux deux régimes de financement, tarif global 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 code de l'action sociale et des familles (CASF) pour les EHPAD et les petites unités de vie, ainsi qu'à l'article R. 314-138 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).

L'application du taux d'actualisation peut être modulée selon les orientations régionales et modalités décrites infra. En tout état de cause, 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.

DOTATION REGIONALE LIMITATIVE (DRL) : PERSONNES AGÉES (PA)

Pour la région, la dotation régionale limitative 2025 s'élève à **944 465 392€** dont :

PERSONNES ÂGÉES		€
DRL RECONDUCTIBLE	DRL au 01/01/2025	879 391 276
	Débasage	-3 214 844
ACTUALISATION	Reconduction DRL (+1.74%)	14 856 360
INSTALLATIONS DE PLACES	Crédits de Paiements	6 699 726
FINANCEMENT EHPAD	Convergence tarifaire	6 497 461
	Tarif Global	1 888 914
	Développement PASA	1 518 019
	Taux d'encadrement MEDEC	2 436 480
	Expérimentation fusion des sections	7 409 781
REVALORISATIONS SALARIALES	Cotisations CNRACL (FPH-FPT)	5 857 459
TRANSFORMATION DES SSIAD/SPASAD	Réforme tarifaire des services	2 823 783
	Complément réforme tarifaire	945 180
	Psy SSIAD	130 644
	Coordination	149 079
MESURES NOUVELLES - AUTRES	Répit	429 355
	Développement ESA	300 000
CNR NATIONAUX	Fonds de soutien EHPAD	16 346 718
DRL PA 2025		**944 465 392**
Dont CNR nationaux 2025		*16 346 718*
DRL reconductible		*928 118 674*

▶ L'apport en reconduction et taux d'évolution

Les dotations régionales relatives à l'actualisation des moyens en reconduction ont un caractère limitatif, et correspondent à des mesures de revalorisation générale.

Pour 2025, le taux d'évolution global des moyens alloués aux ESMS est porté à +1.74% en moyenne pour le secteur PA dont + 2.35% pour la valeur de point des EHPAD et +0,82% pour le reste du secteur.

Ainsi, les bases pérennes des lits d'Hébergement Permanents (HP) des EHPAD de la région bénéficieront d'une actualisation de 2.35% dans la limite de leur équation tarifaire.

Par ailleurs, le taux directeur de +0.82% sera appliqué aux bases pérennes des résidences autonomie (RA) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

S'agissant des dispositifs Alzheimer :

- Pour les PASA en dessous du forfait, l'actualisation sera appliquée dans la limite du forfait plafond, fixé pour 2025 à 5 257€ par place (soit 73 600€ pour 1 PASA de 14 places).

- Pour les UHR, l'actualisation de +0.82% sera appliquée dans la limite d'un forfait de 18 600€ par place pour les EHPAD au tarif partiel et 16 400€ par place pour les EHPAD au tarif global.
- Pour les 11 PFR, une actualisation de 0.82% sera appliquée dans la limite du forfait de 250 188€, hors forfaits « relayage aidants » et « suppléance aidants » (quel que soit le portage/montage financier de cette plateforme).
- Pour les ESA-ESMND/E, l'actualisation sera appliquée dans la limite du forfait plafond de 17 000€ /place.

Dans la continuité des années précédentes la politique régionale de convergence tarifaire se poursuit, en lien avec la stratégie Agir Aidant, pour les lits et places de répit déclinée comme suit :

- **Hébergement temporaire**

L'allocation forfaitaire par lit, fixée à 15 500€, résulte d'un calcul basé sur un PMP de 230 et un GMP de 750, avec application de l'option tarifaire « tarif partiel sans PUI ».

Les moyens alloués dépendent du taux d'occupation de 2024(*), selon les modalités suivantes :

- Taux d'occupation ≥ 80 % : l'allocation de 15 500 € par lit est appliquée.
- Taux d'occupation ≥ 60 % et < 80 % : application d'une actualisation de 0.82%, dans la limite de 15 500 € par lit.
- Taux d'occupation > 15 % et < 60 % : aucune actualisation.
- Taux d'occupation ≤ 15 % : aucune actualisation et les financements, en base, sont gelés. Une décision partagée avec les autorités de tutelle devra être envisagée quant à la poursuite ou au redéploiement des lits concernés.

- **Accueil de jour** (autonomes ou rattachés à un EHPAD)

L'allocation forfaitaire est basée sur un coût place de 14 100€ qui intègre les financements liés aux transports. Les moyens alloués dépendent du taux d'occupation de 2024(*), tenant compte d'une base de calcul sur 260 jours d'ouverture, et selon les modalités suivantes :

- Taux d'occupation ≥ 60 % : application de +0.82% d'actualisation dans la limite de 14 100 € par place.
- Taux d'occupation > 15 % et < 60 % : aucune actualisation.
- Taux d'occupation ≤ 15 % : aucune actualisation et les financements, en base, sont gelés. Une décision partagée avec les autorités de tutelle devra être envisagée quant à la poursuite ou à la réaffectation des places concernées.

(*) Seules les données issues de l'annexe activité des ERRD 2024 déposées au 30 avril sont utilisées pour établir ce modèle, ou, pour les structures rattachées à des établissements de santé qui n'auraient pas transmis en avance de phase cette annexe au titre de 2024, les données d'activités réalisées 2023.

▶ SSIAD/SPASAD - SAD

La réforme tarifaire des SSIAD et des SPASAD, entrée en vigueur le 1er janvier 2023, se poursuit en 2025. Elle vise à remplacer la dotation « soins » historique, allouée de manière forfaitaire, par une dotation fondée sur une équation tarifaire tenant compte des besoins réels en soins des personnes accompagnées.

Cette réforme s'accompagne d'un mécanisme de convergence tarifaire. Votre attention est sollicitée sur ce point : à partir de 2025, conformément à la réglementation, les SSIAD en situation de convergence négative ne bénéficient plus du mécanisme de gel protecteur de leur dotation.

Le montant de la convergence appliqué à chaque SSIAD en 2025 correspond à un tiers de l'écart entre le forfait global cible 2027 et la dotation reconductible 2024 actualisée.
Les dotations sont établies à partir des données d'activité saisies par les SSIAD dans le système d'information national SI-2SID, mis en place par la CNSA.
S'agissant de la première année de remplissage de ce SI, les ARS sont invitées à contrôler les données d'activité avant toute décision de tarification, afin de détecter d'éventuelles incohérences manifestes.
À titre exceptionnel pour l'année 2025, une enveloppe complémentaire est déléguée aux ARS pour corriger les données erronées. Conformément à l'article R.314-138-1 du CASF, cette enveloppe permet d'ajuster le forfait global de soins en cas de données incorrectes ou inexploitables.

Dans le contexte de développement de l'offre à domicile et de création des services autonomie à domicile, une autorisation d'engagement (AE) d'un montant de 400M€ a été notifiée en 2023 aux ARS devant permettre la création de 25 000 places de SSIAD d'ici 2030 sur l'ensemble de la France. Pour la région il s'agit de 38.9M€ correspondant à la création de 2 430 places environ.
Ces créations de places doivent être un levier dans le cadre de la réforme des services autonomie en facilitant la transformation des services en service autonomie aide et soins (en renforçant le nombre de places d'un SSIAD, par exemple, pour faire coïncider sa zone d'intervention avec celle du service d'aide et d'accompagnement, pour mettre en cohérence la file active du SSIAD avec celle du service d'aide et d'accompagnement afin de permettre de répondre aux besoins en soin des personnes accompagnées pour de l'aide et pour renforcer le maillage du territoire régional en places "soins").

En 2025, une enveloppe complémentaire est prévue pour accompagner la mise en œuvre de la réforme des services autonomie à domicile (SAD). En Bourgogne-Franche-Comté, cette enveloppe sera déléguée en Crédits Non Reconductibles, comme cela a été le cas en 2024, afin de permettre un accompagnement renforcé des SSIAD dans la transformation vers les futurs services autonomie. Cette utilisation vise notamment à répondre aux besoins d'appui juridique identifiés sur le terrain dans le cadre de la réforme. Cette enveloppe pourra également être mobilisée, toujours sous forme de crédits non reconductibles, pour financer des actions d'ingénierie et soutenir la conduite du changement au sein des SSIAD. L'enveloppe déléguée au titre du renforcement de la présence de psychologues dans les services SAD/SSIAD sera dédiée aux SSIAD ou SAD mixte disposant d'une ESA ou d'une ESMNE et souhaitant financer un temps de psychologue. L'enveloppe disponible permet de financer un peu plus de 2 ETP de psychologues en région BFC.

▶ Convergence tarifaire des EHPAD et modalités de calcul de l'équation GMPS

Les EHPAD perçoivent un niveau de ressources soins correspondant à l'application de l'équation tarifaire calculée sur la base de leurs derniers groupes iso-ressources (GIR) moyens pondérés (GMP) et PATHOS moyen pondéré (PMP) validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente conformément au 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF.
L'actualisation des coupes PATHOS et GMP a vocation à se poursuivre dans le cadre des démarches de contractualisation. Les retards éventuels dans la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) n'impactent pas la réalisation de ces coupes.

Cette équation tarifaire ou encore « dotation cible », est spécifique à chaque EHPAD, pour les seules places d'hébergement permanent. Elle se calcule selon la formule suivante :

Valeur du point x nb places financées HP x [GMP + (PMP x 2.59)]

Option tarifaire	Valeur du point 2025
Tarif partiel sans PUI	**11.57€**
Tarif partiel avec PUI	**12.25€**
Tarif global sans PUI	**13.60€**
Tarif global avec PUI	**14.33€**

En 2025, les EHPAD recevront pour leur hébergement permanent une dotation GMPS composée de :

- La dotation « GMPS » reconductible de l'année précédente à laquelle est appliqué un taux de reconduction variable selon l'option tarifaire *(cf. supra),* dans la limite de la dotation cible.

  NB : dans la continuité de la mesure engagée en 2022 liée au renforcement du taux d'encadrement soignant, ce dernier se poursuit cette année, avec l'attribution de financements supplémentaires ***intégrés directement dans l'évolution de la valeur du point*** *des 4 options tarifaires.*
- L'écart total entre la dotation GMPS reconductible actualisée et le résultat de l'équation tarifaire dite « GMPS » correspondant au niveau de ressource cible, et ce, sur la base des valeurs annuelles de points 2025 *(cf. supra)*.

▶ Modulation du forfait soins des EHPAD

Depuis 2017, le forfait soins des EHPAD a deux composantes :

- La dotation destinée à financer les places d'hébergement permanent qui est calculée à partir du GMPS.
- Des financements complémentaires qui peuvent être reconductibles ou non reconductibles. Ils financent soit des modalités d'accueil particulières (accueils de jour, hébergements temporaires, pôles d'activités de soins adaptés, unités d'hébergement renforcé et plateformes de répits) soit des actions spécifiques dont le périmètre est défini à l'article R.314-163 du CASF.

Il y a néanmoins deux facteurs qui peuvent faire varier le montant de la dotation GMPS :

- La modulation du forfait en fonction du taux d'activité/d'occupation de l'établissement selon les articles L.313-12, L.314-2 et R.314-160 du CASF ;
- La minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature du CPOM dont les modalités sont précisées dans l'article D. 314-167-1 du CASF.

Concernant la modulation du forfait basée sur le taux d'occupation, l'ARS BFC applique dès la 1ère partie de campagne budgétaire, un gel temporaire qui viendra, le cas échéant, en diminution du forfait HP, soit la moitié de la différence entre le TO de 2024(*) et le TO de référence régional.
En effet, concernant le seuil règlementaire de 95% mentionné au 2° de l'article R.314-160 du CASF, **l'agence a consenti d'abaisser celui-ci à 85% encore cette année afin de prendre en compte les difficultés rencontrées par les EHPAD et pourra atténuer cette minoration au regard de situations particulières (niveau de trésorerie dégradé, …).**
Enfin, concernant les structures qui présentent des difficultés financières singulières, l'agence allouera des CNR dès la 1ère partie de campagne (ou en 2nde) afin de compenser cette mesure.

(*) Pour les 6% d'EHPAD rattachés à un EPS qui n'auraient pas transmis en avance de phase l'annexe activité 2024, ce dispositif s'appliquera en 2ème partie de campagne budgétaire.

Par ailleurs, **il est rappelé que l'annexe 4 « Cadre normalisé de présentation de l'annexe "Activité" »** prévu à l'article R.314-218 du CASF **doit être transmise** dans les délais règlementaires et doit être **complétée rigoureusement** notamment en distinguant le nombre de journées réalisées **par modalité d'accueil** (soit dans une première partie, celui relatif aux places d'hébergement permanent, puis ensuite, et de façon distincte, celui des places d'hébergement temporaire, et enfin, d'accueil de jour). Les données issues de ces cadres permettent, entre autres, à l'agence de mettre en œuvre des politiques d'optimisation de l'allocation de ressources telle que celle appliquée en 2025 sur les places d'accueils de jour (rattachées à un EHPAD ou autonomes) et les lits d'hébergement temporaire. **Aussi, l'agence encourage les structures rattachées à un ES à transmettre leurs annexes activités réalisées au plus tard le 30 avril comme l'ensemble du secteur notamment les 6% d'EHPAD ne l'ayant pas fait cette année.**

▶ Les financements complémentaires (EHPAD)

Pour l'année 2025, dans la suite de l'année dernière, un débasage d'une partie de l'enveloppe « financements complémentaires » à hauteur de -3 214 844€ est appliqué à l'ARS BFC (31.8M€ au niveau national). Cette démarche résulte de l'achèvement du mécanisme de neutralisation des convergences tarifaires depuis 2021 sur le forfait soin et 2023 sur le forfait dépendance pour lequel l'ARS BFC bénéficiait d'une enveloppe initialement de 4.2M€. Ainsi, le principe de ce dispositif n'est plus en vigueur depuis 2024, et les crédits associés ne sont désormais plus disponibles et donc non exigibles.

Par ailleurs, concernant l'augmentation de la coordination et de la présence médicale, la LFSS pour 2022 a prévu que le seuil réglementaire de temps de présence d'un médecin coordonnateur soit augmenté dans les EHPAD afin de permettre au moins deux jours de présence par semaine. Ainsi, le décret n°2022-731 modifie l'article D.312-156 du CASF pour procéder aux relèvements suivants à compter du 1er janvier 2023 :

- 0.4 ETP (au lieu de 0.25 équivalent temps plein (ETP)) dans les EHPAD de 44 places ou moins ;
- 0.6 ETP (au lieu de 0.5 ETP) dans les EHPAD de 60 à 99 places ;
- 0.8 ETP (au lieu de 0.6 ETP) dans les EHPAD de 100 à 199 places ;
- 1 ETP (au lieu de 0.8 ETP) dans les EHPAD de 200 places ou plus.

Le temps réglementaire minimal de médecin coordonnateur reste de 0.4 ETP dans les EHPAD de 45 à 59 places.

Dans la continuité des exercices 2022 et 2023, la troisième et dernière tranche des crédits forfaitaires est attribuée dès la 1ère phase de campagne budgétaire 2025, au titre de cette mesure, à l'ensemble des EHPAD concernés, afin d'en finaliser le financement.

▶ Financements complémentaires au titre de l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance : Forfait Global Unique (FGU)

A 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 1er juillet 2025 pour 23 départements dont la Nièvre pour la région BFC.

Les modalités de tarification applicables aux EHPAD sont détaillées en annexe. Elles ont été présentées lors d'un webinaire organisé par l'ARS le 17 juin 2025, permettant aux structures concernées d'échanger et de clarifier les conditions de mise en œuvre (ici).

▶ Les mesures de médicalisation : passage au tarif global

Dans le respect de la programmation régionale, l'agence accompagne de manière encadrée et limitative les projets de changement d'option tarifaire des EHPAD répondant aux objectifs en matière de qualité et d'efficience du système de santé fixés dans le PRS, sur la base de financements complémentaires qui lui ont été précédemment alloués. Ce soutien est destiné principalement et en priorité aux EHPAD ayant opté pour le tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur (PUI), compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficience des soins, puis aux EHPAD engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation des charges avec d'autres établissements en tarif global. Le tarif global se traduit par la prise en charge par l'EHPAD sur sa dotation soins de postes de dépenses s'imputant sur l'enveloppe de soins de ville lorsque l'EHPAD est en tarif partiel.

Il est important de noter que l'agence alloue -a priori- ces crédits pérennes en année pleine soit sur 12 mois, mais applique aussi un gel temporaire en 2025 afin de tenir compte du prorata temporis correspondant au nombre de mois durant lesquels cette option n'a pas été mise en œuvre.

▶ Dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

Le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans pouvant être :

- fragilisées par leur hospitalisation et qui présentent une limitation ou une perte de leur capacité d'accomplir les gestes de la vie quotidienne rendant nécessaire une aide au retour à domicile ;
- hospitalisées et dont le retour à domicile nécessite l'aménagement du logement ;
- en sortie de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.), ne relevant plus de soins médicaux ou de rééducation et dont le retour à domicile nécessite encore un temps d'adaptation ;
- amenées à ne plus pouvoir rester seules à domicile par suite d'une carence brutale de l'aidant.

Il consiste à proposer un hébergement temporaire en EHPAD d'une durée maximale de trente jours afin de mieux préparer le retour à domicile de la personne tout en la maintenant dans un cadre sécurisé en prenant en charge une partie du coût relatif au forfait dépendance et du tarif hébergement du séjour d'hébergement temporaire.

Ce financement supplémentaire a pour but de ramener le reste à charge journalier pour le résident à un niveau équivalent au montant du forfait journalier hospitalier, soit 20€ par jour. La compensation qui peut aller jusqu'à 80€ vise, notamment, à rendre l'offre d'hébergement temporaire plus accessible, faciliter et sécuriser les sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées en perte d'autonomie, en limitant les durées moyennes de séjour à l'hôpital et en évitant les réhospitalisations.

L'enveloppe déléguée à l'ARS BFC est de 1.89M€.

A compter du 1er mars 2025, l'ensemble des places HTSH autorisées jusqu'à cette date ont été redéployées en région selon un maillage territorial plus restreint, ciblé sur les HTSH dont l'activité

avait démontré l'opportunité d'être maintenue. A cette occasion, le montant forfaitaire a été réévalué à 18 000 € par place.

Pour 2025, les crédits alloués en 1ère partie de campagne budgétaire comprendront :

- un versement complémentaire (ou reprise(*)) de crédits reconductibles afin d'atteindre 18 000 € par place HTSH autorisée,
- un versement non reconductible pour les EHPAD concernés par un déploiement de tout ou partie de leurs places à titre expérimental en 2025 *(cf. mention sur le courrier envoyé en début d'année)*,
- un ajustement non reconductible à la hausse ou à la baisse lié à la régularisation du forfait alloué en 2024 par rapport à la prise en charge réelle ARS de 60 € par jour dans la limite de 30 jours par résident selon modèle forfaitaire 2024, et sur la base de l'activité réelle figurant dans les bilans d'activité transmis à l'ARS.

(*) si le cumul des crédits reconductibles HTSH alloué au 31/12/2024 est supérieur au nombre total de places HTSH autorisées selon le nouveau modèle (18 000 € / place) à compter du 1er mars 2025, un ajustement négatif de la base reconductible sera donc opéré.

▶ La création de centres de ressources territoriaux pour les personnes âgées

Afin de poursuivre le déploiement des centres de ressources territoriaux (CRT) qui proposent, en alternative à l'EHPAD, un accompagnement renforcé à domicile et des ressources pour les professionnels du secteur, une Autorisation d'Engagement (AE) de 200M€ a été notifiée en 2023 aux ARS et permettra la création de 500 CRT d'ici 2030 sur l'ensemble du territoire. Ainsi l'ARS BFC dispose à ce stade d'une enveloppe de 5.52M€ pour le déploiement de CRT. Un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour le déploiement de 10 nouveaux CRT supplémentaires sur les territoires de BFC non encore couverts est prévu courant d'été 2025.

▶ 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 délégués aux ARS à titre de première brique de mise en œuvre de la stratégie sont déclinés sur :

- PASA : pôles d'activité et de soins adaptés afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire ;
- ESA : création de nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire ;
- SSIAD/SAD : coordination et renforcement de la présence de psychologues (cf. supra).

En complément, les installations de solutions de répit visent à accélérer et développer le soutien aux aidants (améliorer leur formation notamment) et à l'appui des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR). A cet effet, les PFR se verront attribuer des mesures nouvelles en 2025, l'enveloppe dédiée au financement du répit annoncée sera déléguée sur le critère populationnel 2030 par département.

DOTATION REGIONALE LIMITATIVE (DRL) : PERSONNES HANDICAPEES (PH)

Pour la région, la DRL 2025 s'élève à **695 534 802€** et se décompose comme suit :

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP		€
DRL RECONDUCTIBLE	DRL au 01/01/2025	677 995 133
ACTUALISATION	Reconduction DRL (+0.93%)	6 305 355
INSTALLATIONS DE PLACES (CNH – 50 000 solutions)	Crédits de Paiements	7 483 636
	Fongibilité	1 626 015
REVALORISATIONS SALARIALES	Cotisations CNRACL (FPH-FPT)	1 229 107
TRANSFORMATION DES SSIAD/SPASAD	Réforme tarifaire des services	215 030
	Complément réforme tarifaire	54 167
MESURES NOUVELLES - AUTRES	Communication alternative et améliorée	350 178
CNR NATIONAUX	Gratification des stages	214 840
	Permanents syndicaux	61 341
DRL PH 2025		**695 534 803**
Dont CNR nationaux 2025		276 181
DRL reconductible		695 258 622

▶ L'apport en reconduction et taux d'évolution

Pour 2025, le taux d'évolution des moyens alloués aux ESMS est porté à +0.93% pour le secteur PH.

Dans la continuité des années précédentes, ce taux directeur (soit 0.93%) fait l'objet d'une modulation dont le principe a fait l'objet de présentations et de concertations auprès des fédérations médico-sociales.

Pour rappel, cette modulation consiste à appliquer un taux de revalorisation différencié sur les bases suivantes :

- Comparaison de la dotation reconductible au 01/01/2025 avec la dotation dite « théorique » de chaque ESMS ;
- Analyse réalisée de façon consolidée au niveau de l'organisme gestionnaire (qu'il soit ou non sous CPOM).

La dotation théorique est calculée au vu de la capacité installée au 01/01/2025 hors dispositifs spécifiques (ou capacité cible fin de CPOM lorsque celui-ci acte des redéploiements) multipliée par le coût de référence retenu. Les coûts de référence sont issus des dotations reconductibles au 01/01/2025 des ESMS de la région (hors dispositifs spécifiques).

NB : ils tiennent compte des mesures de revalorisations salariales précédemment allouées (Ségur, Laforcade, …), ces dernières étant intégrées en année pleine dans les bases reconductibles.

Un coût de référence a, par ailleurs, été établi pour prendre en compte la spécificité du suivi des enfants atteint de TSA ou de polyhandicap en IME et en SESSAD.

Pour les IEM, IES, CRP et CPO, en nombre limité au niveau de la région, les coûts de référence retenus sont les moyennes nationales 2023 issues d'une étude réalisée par la CNSA actualisées du taux de reconduction de l'instruction budgétaire de 2024 (+1%).

Les CMPP, CRA, UEROS et structures expérimentales ne sont pas concernés par des coûts de référence, leur dotation théorique correspond donc à leur dotation reconductible.

S'agissant des CAMSP, l'indicateur de mesure retenu est l'euro par habitant. Ce dernier est calculé à partir de la dotation reconductible au 01/01/2025 de chaque CAMSP de la région (hors dispositifs spécifiques) rapportée à la population 0-6 ans du territoire qu'il couvre. Le positionnement de chaque CAMSP est ainsi analysé au regard de la moyenne régionale.

Pour la campagne budgétaire 2025, les coûts de référence ont été retenus comme suit :
cf. page suivante

Le taux d'actualisation est alors fixé comme suit :

Ecart entre la dotation reconductible et la dotation théorique (au niveau de l'organisme gestionnaire)		**Taux d'actualisation 2025**
≥ +5%	Taux minoré	0.50%
-5% ≤ écart < +5%	Taux intermédiaire	0.85%
< -5%	Taux majoré	1.20%
Dispositifs spécifiques	Taux instruction	0.93%

Il est à souligner :

- Pour les EAM au-dessus de plafond et dont l'écart entre la dotation reconductible et la dotation théorique au niveau de l'organisme gestionnaire est supérieur à +5%, un taux d'actualisation de 0% leur est appliqué ;

	Coûts moyens régionaux			Coûts moyens nationaux			Coûts de référence RETENUS pour 2025			
Catégories ESMS	Nb ESMS	Nb place	Ct place moyen régional 2025	2023	2023 actualisé*	médiane 2023 actualisée *	Coûts de référence	Commentaire	Coût place pondéré semi-internat/AJ (x0,8)	Coûts place plafond 2025
SESSAD	77	4 011	21 186	24 368	24 612	22 276				
SESSAD TSA	4	161	28 912				28 912	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
SESSAD DI-TC	28	1 441	18 380				18 380	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
SESSAD DA DV	9	456	21 629				21 629	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
SESSAD HM-POLY	9	451	27 410				27 410	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
SESSAD MULTI-DEFICIENCES	26	1 501	21 007							
IME	48	3 635	51 517	50 351	50 855	47 219				
IME DI-TC	16	1 132	48 974				48 974	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques	39 179	
IME TSA	4	111	64 004				64 004	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques	51 203	
IME MULTI-DEFICIENCES	28	2 392	52 141							
EEAP	8	162	86 959	93 355	94 289	88 337	86 959	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques	69 567	
DITEP	13	539	62 835	52 726	53 253	53 856	62 835	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques	50 268	
IEM	3	67	91 744	72 185	72 907	73 851	72 907	Coût moyen national 2023 actualisé	58 326	
IDV	1	40	65 740	54 355	54 899	56 188	54 899	Coût moyen national 2023 actualisé	43 919	
IDA	1	13	51 551	54 355	54 899	56 188	54 899	Coût moyen national 2023 actualisé	43 919	
IESPESA	1	20	49 415	54 355	54 899	56 188	54 899	Coût moyen national 2023 actualisé	43 919	
CRP	1	105	35 553	33 033	33 363	33 900	33 363	Coût moyen national 2023 actualisé		
CPO	1	38	30 276	39 054	39 445	39 332	39 445	Coût moyen national 2023 actualisé		
MAS	31	1 317	83 636	96 426	97 390	94 138	83 636	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques	66 909	
EAM	47	1 423	31 010	89 663	90 560	88 555**	31 010	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques	24 808	33 215
SAMSAH	31	641	15 155	23 868	24 107	23 493**	15 155	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
ESAT	40	5 777	14 590	17 308	17 481	14 946				
ESAT DI-TC	37	5 676	14 566				14 566	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
ESAT IMC	2	76	15 948				15 948	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
ESAT Cérébro-lésé	1	25	15 899				15 899	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
ESAT AUTISME	-	-								
CAMSP	8	8	66€ /habitant				66€ /habitant	Coût moyen régional hors dispositifs spécifiques		
CMPP	9	9						Coût réel		
CRA	2	2						Coût réel		
UEROS	1	25	47 490	51 461	51 976	50 104		Coût réel		
EEEH	1	12	76 684	46 917	47 386	64 479		Coût réel		

* Coûts moyens nationaux issus d'une étude réalisée par la CNSA et revalorisés du taux directeur 2024 (1%).

** Toutes sections tarifaires

▶ Mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions

Les mesures prioritaires pour le secteur « personnes en situation de handicap » sont consacrés en 2025 à la poursuite des orientations en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale. Elles 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.

- Les mesures d'appui aux établissements scolaires

Depuis la rentrée 2024, 4 départements, dont la Côte d'Or, ont déployé les 100 premiers pôles d'appui à la scolarité (PAS) préfigurateurs. A 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 national 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.
Ainsi, en région, la Nièvre et la Haute-Saône bénéficient, respectivement, du déploiement de 8 et 5 pôles, soit 13 PAS supplémentaires à compter de septembre 2025, pour une couverture exhaustive de la Nièvre et non exhaustive pour la Haute-Saône.

- Les mesures socles 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 équivalent à 6.2M€ pour la région (soit 3.8M€ au prorata temporis). Ces crédits permettent de poursuivre le déploiement de solutions modulaires et adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap.
Ces crédits recouvrent les prévisions d'installations pour le socle enfants incluant les solutions pour les enfants en situation de handicap protégés par l'Aide sociale à l'enfance [ASE], et, 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 permettent, 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 » dont les solutions de répit.
Le 2ème 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 partagés.

- Le déploiement du service public de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce

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), 34,6M€ (coût en année pleine) sont délégués aux ARS 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 en situation de polyhandicap ou atteints de paralysie cérébrale, âgés de 0 à 20 ans, si la structure qui porte ce dernier est un ESMS.

▶ 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 06 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, 6.5M€ sont alloués aux ARS dont 350K€ à la région, 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.).

▶ 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 2009 a instauré le principe des tarifs plafonds pour les établissements financés sur des crédits de l'Etat. 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 établissement ou services d'aide par le travail (ESAT), dont la dotation était gelée en application de ce mécanisme jusqu'en 2024, peuvent désormais bénéficier, à partir de 2025 du taux d'actualisation prévu pour les structures du handicap.
Cependant, comme pour les années précédentes, si le taux national d'actualisation des enveloppes régionales des ESMS pour PH est fixé à +0,93% en masse budgétaire, il n'a pas vocation à être appliqué uniformément à l'ensemble des établissements.

En Bourgogne-Franche-Comté, l'actualisation des dotations des ESAT est ainsi soumise au modèle régional de modulation, dont les modalités sont détaillées dans le présent rapport (cf. supra).

▶ Les prix de journée globalisés (PJG)

La surconsommation de l'OGD ces dernières années a amené à des mesures de mises en réserve en vue de limiter les risques de dépassement. Or, selon le mode de financement des structures intervenant sur le champ du handicap, il existe des risques de décalage entre les sommes qui leur sont allouées par l'agence et celles qu'elles perçoivent par les organismes payeurs. Dans le souci de garantir le bon versement des sommes allouées, de simplification des échanges et au regard de l'article R.314-115 du CASF, l'agence en lien avec les partenaires de l'Assurance Maladie, a travaillé à la définition d'une convention financière qui a permis de basculer à un mode de financement par prix de journée globalisé pour tous les ESMS de la région sous prix de journée. Ainsi, la totalité des ESMS concernés a signé la convention proposée, impliquant le versement de leur dotation par douzième depuis 2016.

▶ Modalités de tarification et participation des jeunes adultes au titre de l'amendement Creton

Lorsque l'établissement ou le service relève du 2° du I de l'article L. 312-1 du CASF et qu'il accueille régulièrement des jeunes adultes handicapés bénéficiant des dispositions de l'article L. 242-4, « la dotation globalisée intègre la part des financements pris en charge par les conseils départementaux ». La part de la dotation globale à la charge de l'assurance maladie est modulée en fonction des produits à la charge des conseils départementaux sur l'exercice précédent (XVI de l'article R. 314-105).

Ainsi, que l'ESSMS soit en environnement EPRD ou en environnement BP ou encore sous CPOM relevant du L.313-11 du CASF, le gestionnaire doit transmettre l'annexe « activité Creton » à jour pour le 31 janvier N. Cette annexe établie au titre de l'année N doit obligatoirement mentionner le montant de la facturation adressée au(x) CD pour l'année N-1.

Dans sa notification de crédits, l'ARS détermine le budget de l'ESSMS et procède à la répartition suivante :

- A charge du/des CD : montant mentionné dans l'annexe « activité Creton » (= au montant facturé au titre de l'année N-1)
- A charge Assurance maladie : différence entre le montant du budget N et le montant à la charge du/des CD.

L'ARS BFC a toujours déterminé la dotation N en fonction des produits des Cretons N-2 ; ainsi pour ne pas faire porter aux structures, sur un même exercice, l'impact des produits liées aux amendements Cretons, l'agence cette année encore tiendra compte du montant facturé au(x) CD au titre de l'année N-2.

La participation des financeurs : les grands principes issus de l'article L. 242-4 du CASF

1. *Pour les personnes relevant de l'amendement Creton orientés ESMS de compétence exclusive ARS : le PJ n'est évidemment pas facturable aux CD.*
2. *Pour les personnes relevant de l'amendement Creton orientés ESMS de compétence exclusive CD : PJ facturable en intégralité aux CD.*
3. *Pour les personnes relevant de l'amendement Creton orientées ESMS de compétence conjointe (FAM, SAMSAH), le PJ facturable aux CD doit être diminué du forfait journalier afférent aux soins prévu par le R.314-141 CASF (arrêté à 7.66 fois le montant horaire du SMIC*

par l'arrêté du 4 juin 2007). Le SMIC horaire au 01/01/2025 étant de 11.88€, le PJ facturable est donc diminué de 91.00€.

Il est demandé aux structures concernées par ce maintien, y compris ceux en CPOM, de bien vouloir faire parvenir la décision tarifaire (ARS) aux départements concernés (domicile de secours du jeune). Un suivi rigoureux de la facturation adressée aux départements au titre des jeunes relevant de l'amendement Creton doit être mis en place, afin de garantir la perception effective des montants dus. Il est également rappelé **qu'aucune rétroactivité** des prix de journée ne doit être appliquée dans la facturation aux conseils départementaux.

▶ Exonération des frais de siège en GEM

L'agence régionale de santé invite les gestionnaires à exonérer les Groupes d'Entraide Mutuelle du paiement des frais de siège. Les GEM ne sont pas assimilés aux ESMS tels que définis par l'article L.312.1 du CASF (donc non assujettis aux obligations de la loi 2002-2) et ne sont donc pas nécessairement intégrés aux autorisations de frais de siège. Lorsqu'ils n'ont pas été expressément cités dans l'autorisation frais de siège, l'ARS BFC propose aux gestionnaires de limiter toute ponction sur ces enveloppes afin de les dédier uniquement au fonctionnement de ces groupes.

▶ Mesure et suivi de l'activité PH en Bourgogne-Franche-Comté

L'harmonisation des pratiques de comptabilisation, de l'enregistrement des données et une définition claire des indicateurs attendus sont les garants d'un suivi et d'une comparaison fiable de l'activité des ESMS PH.
Cette démarche a pour objectif d'assurer une meilleure cohérence dans l'utilisation des différents outils de reporting et d'effectuer un suivi régional afin d'identifier les écarts éventuels, tout en se préparant au déploiement de l'outil SERAFIN, tant pour le secteur Enfance/Adolescence qu'Adulte.
Pour ce faire, les principes d'harmonisation suivants ont été définis :

- Un seul outil de suivi pour l'activité « classique » des ESMS : hébergement complet, temporaire, accueil de jour, prestation en milieu ordinaire, accueil familial.
- Un support harmonisé dédié aux dispositifs complémentaires (PCPE, EDAP, UEEA, DRA, …).
- Un seul et même calendrier.
- Un guide de lecture commun, partagé, pour uniformiser les indicateurs et harmoniser les modalités de comptabilisation.
- La suppression du remplissage des indicateurs d'activité dans Ecars.
- La facilitation du remplissage du tableau de bord de la performance à partir des données de l'annexe activité.

Afin d'accompagner les structures du secteur handicap dans la déclaration d'activité, l'ARS met à disposition un guide régional indiquant la marche à suivre en la matière ainsi que le replay du webinaire de présentation (ici).

En complément, l'Agence Régionale de Santé reste pleinement engagée dans le soutien à l'expérimentation du comptage d'activité selon la méthodologie proposée par AIRE, de manière à montrer les évolution d'intensité de prise en charge et la capacité des ESMS et OG à fluidifier les parcours des usagers, à partir de l'agenda des usagers, quels que soient les modalités de prise en charge.

MESURES COMMUNES AUX CHAMPS PERSONNES AGEES ET EN SITUATION DE HANDICAP

▶ Revalorisation salariale : Ségur, Laforcade et extensions

Dans les suites de la note d'information de 2ème partie de campagne budgétaire 2024, et conformément aux engagements pris avec les fédérations représentatives du secteur, un groupe de travail a été mis en place dès septembre 2024. Il a permis d'approfondir l'analyse des effectifs éligibles sur la base des ETP renseignés dans les TPER des EPRD 2024. Ce travail a été mené en concertation étroite avec les fédérations, dans un souci de fiabilisation des données et de répartition équitable des crédits.

Pour le secteur personnes âgées (PA), les travaux sont toujours en cours et les échanges avec les fédérations doivent se poursuivre dans le cadre de la seconde phase de campagne budgétaire 2025.

S'agissant du secteur personnes en situation de handicap (PH), à l'issue des travaux et d'un échange nourri avec les fédérations, il a été décidé d'opérer un rééquilibrage afin de garantir une répartition plus juste et cohérente des enveloppes régionales. Sur la base des données consolidées et de l'expertise partagée, des reprises de crédits liés au Ségur (et assimilés) seront ainsi engagées auprès des organismes gestionnaires (OG) dont les montants perçus jusqu'en 2024 apparaissent significativement supérieurs aux besoins réels, à l'échelle de l'OG.

Parallèlement, le solde de l'enveloppe alloué au titre de l'Accord relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale et en lien avec la négociation sur la convention collective nationale unique étendue (CCNUE) sera délégué en tenant compte des situations désormais expertisées de chaque OG.

Ce rééquilibrage concerne à ce stade uniquement les établissements du secteur PH relevant du statut privé non lucratif (PNL).

▶ Financements dédiés à la qualité de vie et conditions de travail

L'amélioration de la Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) représente un enjeu fort pour les ESMS et constitue un axe majeur du plan d'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie et du programme prioritaire du Gouvernement « Répondre aux difficultés de recrutement et de fidélisation dans les métiers de la santé et du social ». La QVCT est également inscrite comme un sujet du Conseil national de la refondation dans la thématique « Bien vieillir ».

L'enjeu essentiel est de développer des actions QVCT sur l'ensemble des ESMS, actions QVCT qui ont déjà fait leur preuve sur le champ PA.

Des moyens importants sont alloués chaque année par l'ARS aux ESMS pour promouvoir les actions de QVCT. 13M€ de financements sont fléchés sur des actions de QVCT dont 9M€ composent les bases DRL des ARS pour le secteur PA soit 495K€ en BFC, et, 4M€ pour le secteur PH soit 181K€ en région.

Les crédits demandés –allocation en non reconductibles- doivent strictement répondre au cahier des charges publié dans le cadre de l'appel à candidature de l'ARS BFC relatif à ce sujet (cf. § CNR infra).

Il est à souligner que 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), 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 doit permettre 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.

▶ Une procédure budgétaire et des modalités d'allocation de ressources simplifiées

Dans la continuité des années précédentes, la procédure budgétaire dite contradictoire (citée au II de l'article L. 314-7 du CASF) ne sera pas mise en œuvre cette année encore. Cette mesure, qui vise à fluidifier et simplifier les échanges budgétaires, a déjà fait l'objet d'une information auprès des fédérations. Toutefois, dès l'envoi des notifications de crédits, chaque ESMS concerné par la procédure contradictoire se verra proposer un temps d'échange avec son correspondant budgétaire et financier au sein du secteur médico-social.

À ce titre, il est rappelé que **l'ensemble des documents budgétaires et comptables — BP, CA, EPRD, ERRD ainsi que les délibérations correspondantes — doivent être transmis à l'ARS exclusivement sous format dématérialisé,** et, lorsque cela est le cas, via les systèmes d'information dédiés.

Cette exigence répond à un objectif de simplification des procédures, d'efficience administrative et de sobriété écologique.

▶ Passage anticipé à l'EPRD-ERRD

En région, certaines structures demeurent encore soumises à l'environnement budgétaire « Budget Prévisionnel/Compte Administratif » (BP/CA). Dans l'attente de leur entrée prochaine sous CPOM, il est proposé à ces ESMS de passer de façon anticipée sous environnement EPRD/ERRD à compter de l'exercice 2025. Cette démarche présente l'avantage de permettre une appropriation progressive de cette nouvelle logique de construction budgétaire basée une tarification à la ressource, de réduire les délais de notification des ressources, de se familiariser avec la plateforme de dépôt dédiée, de pouvoir intégrer l'ensemble des ESMS gérés par un organisme gestionnaire dans un seul et même cadre budgétaire, et donc de ne plus faire cohabiter pour certains d'entre eux deux régimes budgétaires distincts (EPRD + BP). Dans cette perspective, l'agence prendra l'attache des structures concernées afin de leur transmettre une convention relative à ce sujet.

Il est à noter que 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 ***SSIAD/SPASAD****, 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.*

▶ Transmission des documents comptables et budgétaires hors délais

Les ESMS n'ayant pas transmis en 2025 (comme pour les exercices précédents et suivants) leurs documents budgétaires dans les délais prévus aux articles R.314-3 et R.314-49 du CASF, **sans accord préalable de l'agence**, se verront appliquer un abattement sur leurs demandes de CNR éventuellement retenues.

Concernant plus précisément l'annexe 4 sur l'activité, les modèles de convergence et la modulation du forfait soins des EHPAD en fonction du taux d'activité/d'occupation (articles L.313-12, L.314-2 et R.314-160 du CASF) reposent uniquement sur cette source de données et **en leur absence l'activité retenue sera donc nulle** (cf. § « Modulation du forfait soins des EHPAD »).

Une attention particulière sera portée sur les données complétées par les EHPAD de la Nièvre soumis à l'expérimentation de la fusion des sections Dépendance & soins (cf. annexe infra).

Par ailleurs, pour les ESMS rattachés à un EPS, l'agence encourage ces structures à transmettre de façon dématérialisée, en avance de phase leurs annexes activités réalisées au plus tard le 30 avril comme l'ensemble du secteur médico-social notamment les 6% d'EHPAD ne l'ayant pas fait cette année. En effet, comme stipulé supra, les données issues de ces cadres permettent à l'agence, entre autres, de mettre en œuvre des politiques d'optimisation de l'allocation de ressources telle que celle appliquée cette année encore sur les places d'accueils de jour (rattachées à un EHPAD ou autonomes) et les lits d'hébergement temporaire.

CREDITS NON RECONDUCTIBLES (CNR) REGIONAUX

En premier lieu, il convient de rappeler que ces crédits ne peuvent financer que des dépenses qui relèvent juridiquement du périmètre tarifaire des établissements et services auxquels ils sont alloués.
Dans le secteur médico-social, l'octroi de crédits non reconductibles aux structures qui bénéficient d'un financement mixte (Assurance Maladie / Conseil départemental) fera l'objet d'un examen attentif.
Le périmètre tarifaire précis de la section soins pour les EHPAD et du forfait global de soins plus largement pour les autres structures concernées, ainsi que le principe d'étanchéité entre les différentes sections tarifaires, conduisent à devoir analyser les demandes de crédits à la lumière des dispositions règlementaires régissant le périmètre des dotations soins.
Ainsi pour les EHPAD, il s'agit des dépenses relevant des deux options tarifaires partielle ou globale, des dépenses de médicaments en cas d'existence de PUI, et des frais financiers[1].
Les dépenses de personnel non pérennes en EHPAD notamment pouvant être prises en charge par l'agence en CNR sont exclusivement celles qui relèvent de la section soins.
Enfin, seules les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical, aux fournitures médicales et aux amortissements et dépréciations du matériel médical fixées par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale peuvent également être financées en CNR par l'agence.

▶ Les thématiques accompagnées et les modalités d'allocation

A l'instar des années précédentes, une enquête en ligne sera adressée au secteur. Elle s'appuiera sur un cahier des charges actualisé, centré exclusivement cette année sur la **qualité de vie et les conditions de travail (QVCT) des professionnels**.
Les informations nécessaires seront transmis par mailing et mises à disposition sur le site internet de l'agence régionale de santé Bourgogne - Franche-Comté (ici).
Les retours seront attendus au plus tard le **15 septembre 2025**, via l'enquête en ligne.
Le lien de connexion, propre à chaque ESMS tarifé (sur la base du FINESS et de l'établissement principal indiqué dans les courriers de notification de crédits), sera communiqué à la fin de l'été 2025. Le format et les modalités pratiques de l'enquête restent inchangés par rapport aux années précédentes.

Toutefois, en raison des contraintes budgétaires, l'agence a dû opérer des choix. Ainsi, les items proposés notamment dans le cadre de la **QVCT** (sinistralité) sont limités, et seuls les EHPAD et établissements accueillant des jeunes ou adultes en situation de polyhandicapés sont éligibles à cette mesure.

[1] *Rappel : la règlementation permet de mobiliser la tarification pour **soutenir la capacité d'autofinancement** des ESMS engagés dans un plan pluriannuel d'investissement. A cette fin et sous réserve de l'opportunité et de l'équilibre du projet (et notamment de l'analyse de la situation financière et capacité d'autofinancement de l'établissement), il est possible d'allouer des crédits non reconductibles afin de **constituer des provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations** ; ces provisions correspondent à un préfinancement de l'amortissement et permettent de minorer le recours à l'emprunt.*

Par ailleurs, l'enquête en ligne permettra de formuler des **autres demandes** de crédits non reconductibles (CNR) **sur des thématiques ciblées**, parmi lesquelles :

- les formations professionnalisantes (ESMS PA), dont les infirmier(e)s en pratique avancées (ESMS PA et PH),
- des actions spécifiques pour les SSIAD : financement à la mise en place d'équipes autonomes, financement d'une aide juridique dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des services autonomie à domicile,
- les séjours vacances-répit (ESMS PA) : en juin 2025, un recensement des besoins est initié auprès des PFR de la région. Le montant du financement sera plafonné à 20 000 € par séjour,
- les **traitements et molécules onéreux** à la fois sur le secteur PA et PH.

Les structures seront invitées à se positionner sur ces thématiques dans le cadre du formulaire.

En dehors des différents items précédemment cités, l'agence accompagne également certaines demandes qui sont étudiées, de par leur nature, au fil de l'eau et les CNR retenus sont alloués -selon la temporalité- en première et/ou en seconde partie de campagne budgétaire.

Les thématiques soutenues dans ce cadre sont :

- Les **situations critiques et/ou complexes** (ciblées désormais uniquement sur des dépenses de transports et de renfort de personnel, dans la limite de forfaits régionaux) rencontrées dans les ESMS du secteur PH (démarche RAPT/Communauté 360).

Concernant les SSIAD, puisqu'intégré à la réforme tarifaire et budgétaire en cours, l'agence met fin, à compter de l'exercice 2025, à l'attribution de crédits non reconductibles pour ce type de situations ;

- Un **complément de PAI aux projets immobiliers** à la fois sur le secteur PA et PH :
  - modulables voire réversibles afin de développer des solutions d'hébergement, habitat et accompagnement innovantes en région, qui soient pleinement adaptés aux troubles des publics accompagnés, en conformité avec les réflexions architecturales en cours, notamment celles qui sont issues des travaux de l'Académie de la Transformation de l'Habitat et de l'Offre Médico-Sociale (ATHOM)
  - intégrant une préoccupation énergétique et le recours aux énergies renouvelables améliorant les performances énergétiques et la vie quotidienne des personnes et du personnel.
- Enfin, le **soutien aux ESMS en difficulté**, notamment les EHPAD, demeure un axe prioritaire.

Ce soutien vise en particulier les structures confrontées à une fragilité avérée de trésorerie ou à un déséquilibre financier structurel. Dans ce cadre, toute demande d'aide exceptionnelle doit être accompagnée a minima d'un plan de trésorerie sur 12 mois, permettant d'objectiver le besoin (cf. guide envoyé par mail le 14/03/2023 et disponible sur le site de l'agence ici), ainsi que d'un plan d'actions détaillant les mesures correctives envisagées pour rétablir durablement la situation financière.

À ce titre, l'enveloppe régionale « **fonds de soutien »** de 19,6M€ sera mobilisée en 2025 pour soutenir les EHPAD les plus fragiles, avec une gouvernance partagée impliquant systématiquement les Conseils départementaux et une instruction des situations au sein des commissions départementales. Ce soutien s'articule autour de deux volets complémentaires :

- Un volet curatif, ciblant les situations critiques de trésorerie en risque de cessation de paiement immédiate. L'aide est alors conditionnée à la démonstration d'une rupture imminente de trésorerie, malgré l'activation préalable de tous les leviers internes et externes ;
- Un volet préventif, visant à accompagner les projets de transformation structurelle, y compris les petits investissements du quotidien. Ces projets, même portés par des établissements moins dégradés financièrement, doivent s'inscrire dans une logique de redressement durable et répondre aux besoins du territoire.

Par ailleurs, des CNR peuvent être mobilisés pour accompagner certains EHPAD en situation financière dégradée, en lien avec des évolutions de GMP/PMP. Ils peuvent être attribués, à titre exceptionnel, soit en anticipation de moyens nouveaux attendus en 2026 (lorsque les coupes ont été réalisées en 2024), soit en compensation de moindres ressources liées à une convergence négative. Ces aides, attribuées de manière forfaitaire, reflètent une participation ciblée de l'Agence sans correspondance systématique avec le niveau de variation des dotations. Leur octroi repose sur une demande argumentée, appuyée par un plan d'actions structuré et des éléments objectifs démontrant que le soutien conditionne la stabilité financière de l'établissement.

Ces aides sont prioritairement destinés aux établissements dont plus de 50 % de la capacité est habilitée à l'aide sociale.

Comme indiqué supra, l'agence poursuit sa dynamique d'accompagnement favorisant une **rentrée scolaire inclusive**. Ainsi, pour la rentrée scolaire 2024, les travaux concertés MDPH- EN- ARS en lien avec les ESMS sont en cours. En vue d'une extinction définitive de cette catégorie de CNR en 2026, il est rappelé que ces CNR sont conditionnés au respect par les ESMS :

- de l'activité réalisée (observée à travers l'actualisation régulière des outils SI-SDO et Viatrajectoire, accessibles aux ESMS et OG, pour lesquels des formations sont organisées régulièrement)
- et de la mobilisation d'éventuelles réserves disponibles en amont de toutes demandes de crédits, comme précisé par le message du 30 avril 2024,
- de la recherche d'intégration progressive et priorisée des effectifs identifiés pour ces rentrées inclusives dans les files actives de l'année, dès que cela est rendu possible.

A noter également concernant le secteur PA : les crédits non reconductibles décidés dans le cadre de la **conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** des personnes âgées pour chaque département pour une enveloppe dédiée d'1.6M€ par l'ARS BFC au titre de la prévention en EHPAD.

A l'exclusion des appels à candidatures, des enquêtes transmises (AMI) et des thématiques citées supra, toute demande de CNR ne saura être étudiée.

Des abattements pourront être appliqués aux demandes de CNR en cas de non transmission -dans les délais règlementaires- des documents notamment financiers tels que prévus au CASF en particulier les EPRD et ERRD (y compris l'intégralité des annexes) ou encore en cas de non complétude de ViaTrajectoire ou du tableau de bord de la Performance.
La qualité de remplissage des données sera aussi un facteur déterminant dans l'analyse des demandes de CNR.

Je vous prie d'agréer, Mesdames les Présidentes, Directrices Générales et Directrices et Messieurs les Présidents, Directeurs Généraux et Directeurs, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionales de Santé
de Bourgogne – Franche-Comté

Jean-Jacques COIPLET

TEXTES DE REFERENCE

- 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
- 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
- Décision n°2025-10 du 2 juin 2025 du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relative aux dotations régionales limitatives et à la moyenne nationale des besoins en soins requis pour l'année 2025

ANNEXE

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 publié également.

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

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 1er 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 GMPS[1] et des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD). Une application partielle est impossible[2].

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.

[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.

[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.

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 émargeant 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 1er juillet 2025.

1.4. Contractualisation

En matière de contractualisation, les CPOM portant sur des établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF (établissements commerciaux notamment), 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.

- Les dispositions en matière de garantie de ressources des résidents.

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 départemental[4]]
- 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 1er 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 ;
- 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 ;
- Concurremment 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, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues.

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

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 dûs 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 1er 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.

(2) Pour rappel, les départements se sont engagés à apporter leur soutien aux ARS, 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 sont à transmettre pour l'exercice 2025 aux autorités de tarification[5], ne contiennent pas d'évolution liée à la création du FGU,
excepté :
- Le tableau d'annexe financière[6] ;
- Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés[7].

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 2025[8], 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 par les ARS. Si de telles remontées étaient mises en œuvre par les départements expérimentateurs, avant le démarrage de l'expérimentation, elles ne seront pas poursuivies par les ARS.

(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 1er 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 1er janvier 2025 au 30 juin 2025 ne sera pris en compte par la branche autonomie.

2. Le FGU brut applicable du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025

Le FGU est fixé de la manière suivante :

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

A) Résultat de l'équation tarifaire relative aux soins

Le détail de l'équation tarifaire relative aux soins est rappelé en partie I. Il s'agit du calcul habituel, sans changement, hormis les revalorisations liées à l'augmentation des valeurs de point (tarif partiel avec ou sans pharmacie à usage intérieur (PUI), tarif global avec ou sans PUI) et au taux d'actualisation retenu pour 2025.
Les modalités de prise en compte des coupes PATHOS étant inchangées, seules celles validées avant le 30 juin 2024 sont prises en compte pour calculer le composante « Soins » du FGU des EHPAD et PUV[4] 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 supra du présent ROB.

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 1er juillet, les paramètres retenus pour le calcul du résultat de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie sont les suivants :

- La valeur de point GIR départemental des départements expérimentateurs est fixée à 7,84 €.

Cette valeur correspond au troisième quartile de la distribution nationale des valeurs de point GIR constaté en 2024, ce qui permet d'entamer une convergence à la hausse des valeurs départementales, pour réduire les disparités territoriales de financement constatées sur la dépendance.
La valeur de point GIR de 7,84 € ne s'applique que si elle est supérieure à la valeur de point GIR applicable en 2024. Ainsi :

- Si la valeur de point GIR du département arrêtée au titre de 2024 est inférieure ou égale à 7,84 €, alors la valeur de point GIR applicable en 2025 est 7,84 € ;
- Si valeur de point GIR du département arrêtée au titre de 2024 est supérieure à 7,84 €, alors la valeur de point GIR applicable en 2025 est égale à la valeur de point GIR arrêtée au titre de 2024.

- Le niveau de dépendance[9] 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 1er 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 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 est recommandé que les ARS transmettent les données relatives aux résultats de l'équation tarifaire aux 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 CASF[10] 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 temporaire[11].

[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.

[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.

Notamment, conformément au 2e 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 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 :

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

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 1er juillet 2025

Cette participation est fixée à 6,10 € par jour et par résident au 1er juillet 2025 (cf. partie I.). Elle s'applique à tous les résidents des EHPAD et PUV[12] 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 1er juillet 2025[13]. Dans les établissements dont le talon GIR 5/6 est inférieur à 6,10 € au 1er 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 1er juillet 2025 inférieur à 6,10 €, le montant antérieur est conservé.
- Si le résident acquittait un talon GIR 5/6 avant le 1er juillet 2025 supérieur à 6,10 €, le montant applicable à compter de cette date est ramené à 6,10 €. Cette baisse de participation des résidents est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.

ii) La participation en fonction des ressources, au-delà du talon GIR 5/6, qui est supprimée. La baisse de participation des résidents concernée est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.

iii) La partie relative à la dépendance du prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans[14]. 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 :

$$\text{Prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de 60 ans (hors expérimentation)} = \frac{Résultat\ de\ l'équation\ tarifaire\ afférente\ à\ la\ dépendance\ avant\ déductions\ des\ participations}{Nombre\ de\ journées\ d'ouverture\ x\ capacité\ autorisée\ et\ financée} + Tarif\ moyen\ afférent\ à\ l'hébergement$$

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 :

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

[12] Uniquement celles tarifées au GMPS
[13] En dehors des dispositions contractuelles déjà prévues par ailleurs.
[14] Par construction, ces résidents ne peuvent pas être bénéficiaires de l'APA en établissement.

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.
L'attention des ARS 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 prévisionnelle[15] 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 transmettre dès cette année des données fiabilisées pour les établissements qui seront finement analysées.

Enfin, comme indiqué dans la partie I, les prestations individuelles d'APAE étant supprimées dans les départements expérimentateurs, la facturation de tarifs journaliers relatifs à la dépendance au titre des résidents ayant conservé leur domicile de secours dans d'autres départements, n'a plus lieu d'être.
Le coût relatif à l'entretien de l'autonomie (remplaçant le coût relatif à la dépendance) de ces résidents est directement intégré dans le montant à la charge de la branche Autonomie, pour les EHPAD participant à l'expérimentation.
C'est pourquoi, contrairement au régime de financement antérieur à l'expérimentation, aucun tarif journalier relatif à la dépendance n'est à déduire du montant calculé au 1 en sus des participations des résidents.
F) Le tarif journalier dû par les résidents non affiliés à la sécurité sociale est fixé par le directeur général de l'ARS.
En application de l'article 13 du décret n°2025-168 du 20 février 2025, ce tarif journalier est égal à la somme des résultats des équations décrites aux (A) et (B), divisée par le produit du nombre de jours d'ouverture et du nombre de places d'hébergement permanent autorisées et financées.

[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.