



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Rapport d'Orientation Budgétaire 2025 Région Nouvelle-Aquitaine

Établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées

TABLE DES MATIERES

I- LE CONTEXTE GÉNÉRAL	4
II - LA DÉROGATION AU PRINCIPE DE PROCÉDURE CONTRADICTOIRE	5
III- LES ÉLÉMENTS DE POLITIQUE GÉNÉRALE EN FAVEUR DU « VIVRE CHEZ SOI » DANS LE RESPECT DU LIBRE CHOIX DES PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE.....	5
IV – LES PRIORITÉS DE FINANCEMENT	6
A. La politique régionale d'actualisation	6
B. La convergence tarifaire des EHPAD	7
C. Gel de places et modulation à l'activité	8
D. Les financements complémentaires	9
E. L'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance.....	12
F. Les mesures nouvelles au service du renforcement de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées	13
G. Les mesures non reconductibles	19
H. La gestion des résultats 2023	21
I. La transmission, la complétude et la sincérité des documents budgétaires	22
ANNEXE 1 : REFORME DU FINANCEMENT DES SSIAD ET DES SAD MIXTES	25
A. Rappel des principes de la réforme	25
B. Rappel des modalités de montée en charge de la réforme.....	27
ANNEXE 2 : FUSION DES SECTIONS – RECAPITULATIF DES DIFFERENCES DE REGIMES.....	29

Textes de référence

Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L. 314-3 et L. 314-3-1 ;

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) ;

Loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (loi ELAN) ;

Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 ;

Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie ;

Article 18-II de la loi 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 ;

Ordonnance n°2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux ;

Ordonnance n° 2020-560 du 13 mai 2020 fixant les délais applicables à diverses procédures pendant la période d'urgence sanitaire (article 3) ;

Ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19 ;

Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 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 ;

Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF ;

Décret n° 2021-1932 du 30 décembre 2021 relatif au tarif minimal applicable aux heures d'aide à domicile et à la dotation visant à garantir le fonctionnement intégré de l'aide et du soin au sein d'un service autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif au financement des services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées ;

Arrêté du 28 mai 2025 fixant pour 2025 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 2 juin 2025 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 ;

Arrêté du 6 juin 2025 fixant le montant de la participation journalière forfaitaire des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie dans les établissements relevant des I, II et IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles implantés dans les départements participant à l'expérimentation mentionnée à l'article 79 de la loi no 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 au titre de l'exercice 2025

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 ;

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 relative aux dotations régionales limitatives et à la moyenne nationale des besoins en soins requis pour l'année 2025 ;

Conformément aux dispositions de l'article R314-22 5° du code de l'action sociale et des familles (CASF), **le rapport d'orientation budgétaire** fixe les dispositions régionales retenues pour la campagne budgétaire 2025 applicables aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et financés par l'assurance maladie.

Le taux de progression de l'objectif général de dépenses (OGD) pour l'exercice 2025 est 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.

I- LE CONTEXTE GÉNÉRAL

La campagne budgétaire 2025 a pour objectif de poursuivre et de renforcer **l'accompagnement des établissements et services dans le contexte de dégradation globale de la situation économique des EHPAD.**

L'effort de financement par la branche autonomie a été maintenu en 2025 afin de répondre aux enjeux de transformation de l'offre, de renforcement des taux d'encadrement et d'amélioration de la situation économique des EHPAD.

L'année 2025 est marquée par la mise en place, à compter du 1er juillet de l'expérimentation relative à la fusion des sections pour 23 départements dont 5 en Nouvelle-Aquitaine et également un renforcement des moyens destinés aux besoins de soutien des EHPAD en difficultés.

La campagne mobilise également les **financements nécessaires à la mise en œuvre des politiques publiques prioritaires pour 2025.**

La **politique du Grand âge menée depuis 2017** se poursuit avec un axe dédié au **Bien vieillir à domicile**. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a acté à horizon 2025 un grand mouvement de fusion des différentes structures d'aide à domicile existantes – services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) – en une seule catégorie dénommée « services autonomie à domicile » (SAD).

Pour les EHPAD, dans la continuité des mesures déployées les années précédentes, le taux d'encadrement soignant est renforcé avec le financement de postes supplémentaires via l'augmentation de la valeur du point et des crédits prévus pour accompagner la dynamique de passage au tarif global.

Cette politique vise également à **accompagner la transformation de l'offre dans les EHPAD** : mieux médicalisés, ouverts sur l'extérieur, proposant aux personnes âgées du territoire et à leurs résidents une offre de soins adaptée et renforcée, répondant davantage à leurs besoins.

Cette transformation de l'offre en établissement et l'accompagnement renforcé à domicile se concrétisent également avec la création, par l'article 47 de la LFSS 2022, de la mission « centre de ressources territorial » (CRT). En 2025, il est envisagé de poursuivre le déploiement des centres de ressources territoriaux qui permettent de mobiliser des compétences et de développer des actions favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.

Enfin, l'année 2025 prolonge et amplifie l'engagement dans la mise en œuvre de la **stratégie « Agir pour les aidants »**, qui vise à développer les réponses aux besoins de soutien des proches aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap.

II - LA DÉROGATION AU PRINCIPE DE PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

Dans la continuité des années précédentes, **il est retenu pour l'année 2025, en concertation avec les fédérations représentatives du secteur, de déroger à la procédure budgétaire contradictoire pour les ESMS concernés**, citée au II de l'article L. 314-7 du CASF, sauf refus circonstancié de la part des opérateurs.

De surcroît, dans le cadre de la réforme de la tarification des SSIAD, les modalités de fixation de la dotation globale de soins 2025 conduisent à une dérogation à la procédure contradictoire de droit commun à l'ensemble des SSIAD et des SPASAD.

III- LES ÉLÉMENTS DE POLITIQUE GÉNÉRALE EN FAVEUR DU « VIVRE CHEZ SOI » DANS LE RESPECT DU LIBRE CHOIX DES PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Dans une démarche de prévention, l'accompagnement au bien vieillir doit s'inscrire dans le parcours des seniors dès 60 ans. Le projet régional de santé (PRS) de Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 s'est ainsi fixé comme première priorité, le soutien à la prévention, au dépistage et au traitement de la fragilité des personnes âgées à un stade précoce, afin de repousser la survenue de la dépendance et de maintenir la qualité de vie au domicile le plus longtemps possible. Des travaux sont en cours pour renforcer la dimension de prévention et de promotion de la santé dans le parcours des seniors à partir de 60 ans et faciliter l'accès de tous au repérage de la fragilité.

Au-delà du repérage de la fragilité, la culture de la prévention de la perte d'autonomie doit être présente tout au long de l'accompagnement des personnes âgées. Elle doit aussi s'étendre à la situation des proches aidants. Cette évolution nécessite de développer, au même rythme et en juste proportion, les espaces de « respiration » et de soutien indispensables, avec un objectif de maintien en santé et de prévention de l'épuisement des proches aidants. L'effort doit non seulement être quantitatif – augmenter les capacités d'accueil temporaire en établissement, financer le répit à domicile – mais aussi qualitatif – diversifier et moduler les solutions de répit pour répondre à tous les types de besoin et expérimenter des dispositifs innovants.

Tenant compte du libre choix de la personne âgée, le maintien ou le retour vers le milieu de vie domiciliaire doit pouvoir être une alternative ; toute autre alternative ne doit être envisagée que lorsque la complexité de la situation devient incompatible avec la sécurité de la personne.

La coordination voire l'intégration au niveau territorial des différents dispositifs existants pour les personnes âgées, à domicile ou en établissement, devra permettre de répondre à l'augmentation du niveau de dépendance des personnes : services autonomie à domicile, établissements et services « centres de ressources territoriaux », dispositifs d'IDE de nuit et places d'hébergement temporaire et d'urgence en EHPAD, hospitalisation à domicile (HAD), plateformes de répit (PFR), dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

L'EHPAD d'aujourd'hui doit concourir à cette offre spécialisée, à travers la mise à disposition de ressources gérontologiques aux personnes âgées de son territoire. L'EHPAD, ouvert sur le territoire, peut être présent à différentes étapes du parcours de la personne âgée sans en être la finalité. Il ne s'agit pas seulement de « faire plus », il s'agit de « faire autrement ». Ces établissements doivent évoluer en adoptant un modèle ancré dans l'idée d'un « chez-soi », capable de soutenir l'autonomie des résidents tout en maintenant un accompagnement de qualité pour les personnes les plus fragiles. La transformation des EHPAD est une priorité collective et une opportunité de renforcer leur rôle central au sein des territoires, en tant qu'espaces ouverts et inclusifs.

Pour l'ARS, ces nouvelles aspirations imposent de multiplier les **dispositifs « passerelles » permettant de sortir du choix binaire entre EHPAD et domicile, et de faciliter le parcours de la personne :**

- ✓ **Incitation des EHPAD à s'ouvrir vers l'extérieur**, en offrant des services à la population de leur bassin de vie et en soutenant la vie à domicile ;

- ✓ **Multiplication des modes d'accueil alternatifs à l'hébergement permanent** : hébergement temporaire ou d'urgence, accueil de jour, accueil de nuit, habitat intergénérationnel et inclusif, ... ;
- ✓ **Renforcement et intégration des services à domicile** pour permettre des prises en charge aussi sûres et continues qu'elles pourraient l'être en établissement ; **amélioration de la prise en compte de la situation des proches aidants.**
- ✓ **Poursuite du déploiement des PASA** et de l'adaptation aux maladies neuro dégénératives de l'offre en SAD et en EHPAD

IV – LES PRIORITÉS DE FINANCEMENT

Les ressources 2025 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'établissent comme suit :

Enveloppe 2025	Montant
Base reductible au 01.01.2025	1 827 599 772€
Débasage	- 14 536 426€
Actualisation	32 026 709 €
Fongibilité	0 €
<i>Mesures nouvelles – Installation de places</i>	0 €
<i>Mesures nouvelles – Convergence tarifaire</i>	15 491 102 €
<i>Mesures nouvelles – Tarif global</i>	16 366 842 €
<i>Mesures nouvelles – PASA</i>	4 091 020 €
<i>Mesures nouvelles – Médecins coordonnateurs</i>	5 225 107 €
<i>Mesures nouvelles – Expérimentation fusion des sections</i>	57 708 765 €
<i>Mesures nouvelles – Application de la réforme tarifaire SSIAD</i>	3 805 789 €
<i>Mesures nouvelles – Coordination des services</i>	550 398 €
<i>Mesures nouvelles – Psychologue en SSIAD</i>	520 079 €
<i>Mesures nouvelles – Cotisations CNRACL</i>	11 411 555 €
<i>Mesures nouvelles – Répit</i>	736 591 €
<i>Mesures nouvelles – Développement ESA</i>	600 000 €
<i>Mesures nouvelles – Autres (rééquilibrage SSIAD)</i>	3 203 696 €
CNR – Fonds de soutien	27 995 060 €
CNR – Permanents syndicaux	28 536 €
Dotation Régionale Limitative 2025	1 992 824 596 €

A. La politique régionale d'actualisation

1. Les taux d'actualisation 2025

Pour 2025, le taux d'actualisation global des moyens alloués aux ESMS accueillant ou accompagnant des personnes âgées (EHPAD, PUV, EHPA, AJ/HT autonomes, SSIAD/SAAS) avant mesures nouvelles, est porté à 1.74% (+ 2,35% pour la valeur de point des EHPAD et + 0,82% pour le reste du secteur).

Ce taux couvre l'évolution de la masse salariale à hauteur de 0,67 % sur PA au titre du « glissement vieillesse – technicité » (GVT) ; à cela, s'ajoutent 1,52% au titre de l'amélioration des taux d'encadrement soignant non médicaux dans les EHPAD ; mais également près de 0,15% pour tenir compte de l'évolution tendancielle du coût de la vie et du contexte d'inflation des charges financées par la branche autonomie et par l'objectif global de dépenses.

En 2025, l'évolution des valeurs de point de l'équation GMPS pour les EHPAD en tarif global (avec ou sans pharmacie à usage intérieur - PUI) est dégelée intégralement. Ainsi, la revalorisation 2025 des valeurs de points représente une actualisation d'environ + 2,35% que cela soit pour les EHPAD en tarif partiel et pour les EHPAD en tarif global.

Il convient de rappeler que ce taux sera appliqué dans la limite de la dotation plafond cible en cas de nouvelle coupe Pathos.

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, les crédits d'actualisation alloués pour ces structures du secteur PA s'élèvent pour 2025 à **32 026 709 €**.

Les taux d'actualisation applicables aux SSIAD/SPASAD correspondent aux taux définis dans l'instruction budgétaire 2025, à savoir :

- + 0,82 % pour les places pour Personnes Agées et les Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ;
- + 0,93 % pour les places pour Personnes en situation de Handicap.

2. Les modalités de financement des places d'Accueils de jour Autonomes

Pour les accueils de jour autonomes (6° du I art. L.312-1 CASF), conformément à l'article D313-20 du CASF, les dépenses couvertes par le forfait de soins comprennent :

- La rémunération des infirmiers salariés et les charges sociales et fiscales afférentes, ainsi que le paiement des prestations des infirmiers libéraux,
- 70 % de la rémunération des aides-soignants et des aides médico-psychologiques salariés de l'établissement et les charges sociales et fiscales afférentes,
- Les dépenses couvertes par le forfait de soins peuvent également comprendre le paiement de prestations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens,
- 70 % du forfait journalier de frais de transport fixé par décision des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Les 30 % restant sont imputés sur la section dépendance, dans la limite du forfait plafond défini par arrêté ministériel.

Selon l'article D313-18 du CASF, les dépenses relatives aux soins dispensés aux résidents prises en charge par l'assurance maladie sont couvertes par un forfait annuel global de soins, calculé en multipliant le montant du forfait journalier de soins par le nombre prévisionnel de journées. Il a été retenu une amplitude calquée sur les jours ouvrés, soit 255 jours par an.

En application de l'arrêté du 28 mai 2025 fixant les montants plafonds des forfaits journaliers mentionnés à l'article R. 314-207, au 1° de l'article D. 313-17, à l'article D. 313-18 et à l'article D. 313-20 du CASF, le plafond du forfait journalier de soins est fixé pour l'exercice 2025 à 40.61 € et celui du forfait journalier de transport est de 15.90 €.

Le niveau de ressources à octroyer à chaque accueil de jour autonome (dotation plafond cible) afin de couvrir les charges et prestations soins, est ainsi calculé de la manière suivante :

100% de l'activité sur 255 journées d'ouverture x capacité x (montant plafond forfait journalier AJ 2024 + 70% x montant plafond du forfait journalier de transport 2025)

B. La convergence tarifaire des EHPAD

1. Convergence tarifaire des EHPAD et actualisation des groupes iso-ressources (GIR) et PATHOS

Les EHPAD perçoivent un niveau de ressources soins correspondant à l'application de l'équation tarifaire calculée sur la base de leurs derniers GMP et PMP, validés au plus tard le 30 juin N-1. En 2025, le forfait de soins reste calculé selon la même méthode.

Par ailleurs, l'actualisation des coupes PATHOS et GIR Moyen Pondéré (GMP) a vocation à se poursuivre dans le cadre des démarches de contractualisation, avant la conclusion ou le renouvellement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ainsi qu'au cours de la troisième année de ce contrat. Les retards éventuels dans la signature des CPOM ne doivent pas impacter la réalisation de ces coupes.

2. Modalités de financement des places d'Hébergement permanent

Le niveau de ressources à octroyer à chaque EHPAD (dotation plafond cible), pour les places d'hébergement permanent afin de couvrir les charges et prestations soins, est calculé de la manière suivante :

$$((PMP \times 2.59) + GMP) \times \text{capacité HP} \times \text{valeur de point}$$

L'enveloppe déléguée cette année correspond à la résorption d'écarts liés aux coupes GMPS réalisées avant le 30 juin 2024, à la mise au plafond des projets d'extensions de places ou de création et à la prise en compte de l'actualisation des valeurs de point. Cette enveloppe permet également de couvrir les besoins de financement de médicalisation de petites unités de vie conventionnées en EHPAD et pour lesquelles l'équation tarifaire cible s'applique.

Les valeurs de points pour 2025 sont les suivantes :

Options tarifaires	Métropole
Tarif global avec PUI	14.33 €
Tarif global sans PUI	13.60 €
Tarif partiel avec PUI	12,25 €
Tarif partiel sans PUI	11.57 €

Les valeurs GMP et PMP prises en compte pour le calcul de ce forfait sont celles validées au plus tard au 30 juin de l'année N-1 conformément aux articles R.314-170-2 et R.314-170-4 du CASF.

Pour les structures nouvellement créées et ne disposant pas de GMP et de PMP validés, le GMP moyen départemental, transmis par les conseils départementaux à la CNSA, et le PMP moyen national de 235 est pris en compte conformément à la décision de la CNSA en date du 2 juin 2025.

C. Gel de places et modulation à l'activité

L'ARS Nouvelle-Aquitaine tient compte du niveau d'activité dans le cadre des dialogues de gestion avec les structures et applique un gel temporaire de la part du forfait global de soin des EHPAD relevant de places non proposées à l'activité depuis plusieurs mois, ou fermées dans le cadre d'opérations de restructuration.

Par ailleurs, conformément à l'article R314-160 du CASF, les EHPAD présentant un taux d'occupation inférieur à 95% pour l'hébergement permanent sont susceptibles de faire l'objet d'un abattement de leur forfait global de soin dont le montant est défini de la façon suivante.

Le pourcentage d'abattement à appliquer aux forfaits est égal à **la moitié de la différence entre le seuil de déclenchement (95%) de la modulation et le taux d'occupation réalisé** par l'établissement.

Ainsi, à compter de 2025, l'ARS Nouvelle-Aquitaine appliquera la modulation à l'activité pour les EHPAD présentant un taux d'occupation HP inférieur à 95%, en excluant les éventuelles places faisant l'objet d'un gel du forfait global de soins.

Les impacts de cette modulation seront pris en compte dans les arrêtés de tarification de la seconde partie de campagne budgétaire.

D. Les financements complémentaires

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

Afin de compenser les impacts des hausses des cotisations vieillesse prévues par le décret n°2025-86 du 30 Janvier 2025, des crédits sont mobilisés pour renforcer la section soin des ESMS publics relevant des fonctions publiques hospitalière et territoriale.

Ces crédits sont délégués aux établissements concernés sous forme de mesures nouvelles. Elles sont réparties entre les établissements et services concernés au prorata de la dotation soin reconductible au 31 décembre 2024 retraités et figurent en financements complémentaires des fiches de notification transmises.

Pour les ESMS cofinancés, ces crédits ne sont destinés à couvrir que le personnel émergeant sur les sections tarifaires financées par l'OGD.

2. Renforcement du temps de médecin coordonnateur

La LFSS 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. Le décret du 27/04/2022 modifie l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles pour procéder aux relèvements suivants :

- 0,4 ETP (au lieu de 0,25 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.

Des crédits ont été mobilisés en 2022 et 2023 pour renforcer de façon progressive l'augmentation du temps de médecin coordonnateur dans les EHPAD en commençant par les EHPAD ayant déjà pourvu ce temps supplémentaire ou ayant des perspectives en ce sens.

Au titre de l'année 2025, l'ARS Nouvelle-Aquitaine dispose d'une enveloppe de 5 225 107 € qui sera destinée aux EHPAD, en complément des crédits précédemment alloués.

3. Financement de temps de médecin prescripteur au sein des EHPAD (en option tarifaire partielle)

Les EHPAD sont doublement impactés par la pénurie médicale dans certains territoires : ils sont en difficulté pour recruter des médecins coordonnateurs et pour assurer le suivi médical des résidents sans médecin traitant. Lorsqu'ils sont présents, il arrive que les médecins coordonnateurs soient amenés à pallier l'indisponibilité ou l'absence de médecins traitants au détriment de leurs fonctions de coordination. Cela peut également être un frein à l'attractivité des postes de médecins coordonnateurs. Ces difficultés à garantir aux résidents un suivi médical adapté peuvent impacter la qualité des soins et entraîner un accroissement des hospitalisations.

L'objectif de cette expérimentation est de permettre aux résidents des EHPAD retenus dans le cadre de cette expérimentation de bénéficier d'un suivi médical régulier dès lors qu'ils ne disposent pas d'un médecin traitant afin de sécuriser sa prise en charge, prévenir les risques épidémiques et iatrogènes ainsi que les hospitalisations évitables. Ce temps dédié est réservé au suivi des résidents qui n'ont pas de médecin traitant et ne doit pas remettre en cause la liberté de choix de leur médecin traitant.

Missions du médecin prescripteur :

- Assurer le suivi médical des résidents sans médecin traitant.
- Alimenter le dossier médical du résident dans le logiciel de soin de l'établissement.
- Assurer le renouvellement et la réévaluation des prescriptions des résidents dont il a la charge conformément aux bonnes pratiques gériatriques éditées par les sociétés savantes.
- Assurer le suivi de la vaccination des résidents dont il a la charge.

Dans le cadre de l'expérimentation, un montant forfaitaire de CNR (à minima de 14 000 euros pour 0,1 ETP) sera attribué aux EHPAD retenus afin de rémunérer l'intervention des médecins prescripteurs en fonction du nombre de résidents à suivre et du volume d'ETP mobilisés. Ces financements seront attribués pour une durée fixe d'un an renouvelable au regard des résultats de l'évaluation et de l'évolution de la démographie médicale dans le territoire. Afin de pouvoir évaluer cette expérimentation, les EHPAD retenus s'engagent à suivre mensuellement les indicateurs suivants, à renseigner dans Résid'ESMS :

- Temps de travail effectif du médecin prescripteur (en ETP)
- Nombre de résidents sans médecin traitant (mensuellement)

De plus, l'établissement s'engage à remplir mensuellement le tableau prévu par la convention mise en place, et à le transmettre chaque trimestre à l'ARS Nouvelle-Aquitaine, comprenant les indicateurs suivants :

- Nombre de résidents sans médecin traitant
- Nombre de consultations
- Nombre de décalation par le médecin traitant
- Passage aux urgences sans hospitalisation
- Nombre de résidents avec + de 5 molécules

Il est acté en 2025 de renouveler l'expérimentation du financement de temps médical dédié au suivi des résidents n'ayant pas de médecin traitant aux EHPAD en tarif partiel pour lesquels le suivi médical des résidents émerge à l'enveloppe des soins de ville de l'Assurance Maladie. Ce renouvellement concerne tous les EHPAD répondant aux critères du dispositif et les EHPAD souhaitant renouveler le dispositif pour une année supplémentaire, sous réserve d'avoir transmis l'intégralité des indicateurs sur les 12 derniers mois.

4. Poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD

Pour l'année 2025, l'ARS Nouvelle-Aquitaine dispose d'une enveloppe de 16 366 842 € pour permettre la poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD.

Depuis 2019, l'ensemble des EHPAD sont désormais éligibles au changement d'option tarifaire. Restent prioritaires, le cas échéant, les EHPAD avec PUI ou engagés dans un projet de fusion, de mutualisation des charges ou de CPOM avec d'autres établissements en tarif global.

Il est retenu pour 2025 d'accompagner **74 EHPAD** sur la base du recensement opéré durant le premier semestre.

Il est attendu un passage effectif en tarif global au 31 octobre au plus tard. Pour accompagner ce changement d'option tarifaire, ces structures vont ainsi bénéficier de 5 mois de crédits de médicalisation, qui seront alloués dès la 1^{ère} partie campagne budgétaire 2025. A noter, que les crédits seront repris au prorata de la date effective de mise en œuvre si le changement d'option tarifaire n'est pas intervenu dans le délai imparti.

5. Qualité de vie et des Conditions de Travail (QVCT)

Le soutien aux actions de QVCT se poursuit en 2025 par le lancement d'un AMI « **Prévention de l'usure professionnelle et réduction de la sinistralité en EHPAD par l'équipement en rails et moteurs** » en coordination avec la CARSAT.

L'objectif de cet AMI est de soutenir les EHPAD dans l'amélioration de leurs conditions de travail par l'installation de dispositifs lève-personne sur rails plafonniers et l'acquisition de moteurs fixes décrochables/débrochables.

Les principaux objectifs sont :

- Préserver la mobilité du résident et ralentir sa perte d'autonomie

- Réduire les blessures de transfert
- Supprimer les manutentions manuelles des résidents dépendants lors de leurs transferts
- Améliorer les conditions de travail.
- Renforcer l'attractivité du secteur.
- Maîtriser l'absentéisme.
- Diminuer les coûts de fonctionnement liés à l'absentéisme et à la sinistralité.

L'ambition est que l'ensemble des EHPAD néo-aquitains soient équipés d'un minimum de 50% de rails plafonniers et de 30% de moteurs d'ici fin 2028 (hors unités spécifiques destinées à prendre en charge des personnes atteintes de troubles neuro cognitifs – ex. UHR, UP).

Le montant par composant de l'investissement éligible est plafonné à :

- 1 422€ HT par lit équipé en rail en configuration de type « H » pour les EHPAD assujettis ou récupérant la TVA et 1 500€ TTC pour les autres ;
- 1 422€ HT par moteur fixe décrochable/débrochable (dont harnais) pour les EHPAD assujettis ou récupérant la TVA et 1 500€ TTC pour les autres.

Pour les EHPAD privés, la prise en charge par l'ARS est plafonnée à 50% du montant de l'investissement et dans la limite du montant éligible. Ces établissements pourront solliciter une prise en charge complémentaire auprès de la CARSAT. Le taux de prise en charge par l'ARS pourra toutefois être porté jusqu'à 90% pour les EHPAD accompagnés par les commissions départementales de suivi des EHPAD en difficulté et selon leur éligibilité aux aides de la CARSAT.

Pour les EHPAD publics, la prise en charge par l'ARS est plafonnée à 90% du montant de l'investissement et dans la limite du montant éligible. Ces établissements ne pourront pas bénéficier d'aides complémentaires de la CARSAT.

Des contrôles postérieurs seront opérés par l'ARS et la CARSAT pouvant donner lieu à la récupération de crédits en cas de dépassement de 100% de la prise en charge.

Le dépôt des demandes est assuré en version dématérialisée sur la plateforme « Démarches simplifiées » jusqu'au 30 août 2025 inclus.

Les informations sont disponibles sur le site internet de l'ARS Nouvelle-Aquitaine à l'adresse suivante : [AAC 2025 - QVCT/TMS « Prévention de l'usure professionnelle et réduction de la sinistralité en EHPAD par l'équipement en rails et moteurs » | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine](#)

6. Prévention en EHPAD

En 2025, l'ARS Nouvelle-Aquitaine poursuit et renforce sa politique de prévention de la perte d'autonomie en EHPAD, en s'appuyant sur les actions engagées les années précédentes et les financements dédiés. Une enveloppe de 900 000 € est consacrée au déploiement d'au moins six nouvelles Équipes Mobiles de Prévention (EMP) sur le territoire régional, en complément de l'EMP existante en Charente. Chaque EMP bénéficie d'un financement de 150 000 €, permettant ainsi un accompagnement renforcé des structures dans la mise en œuvre d'actions individuelles et collectives de prévention, la diffusion de bonnes pratiques et la promotion de la santé.

Les missions principales des EMP consistent à :

- Accompagner les EHPAD dans la réalisation d'autodiagnostic relatifs à la promotion de la santé et à la prévention de la perte d'autonomie liée à l'âge ;
- Coconstruire avec les établissements des plans d'action ciblés, incluant l'éducation pour la santé des résidents et, le cas échéant, des personnes accompagnées à domicile ;
- Outiller les structures sur le développement méthodologique de projets et la recherche de financements ;

- Favoriser la mise en place d'actions de formation et de sensibilisation des professionnels sur des thématiques prioritaires, notamment la santé bucco-dentaire, la prévention des chutes, des escarres, des troubles du comportement, ainsi que la gestion des contentions.

Par ailleurs, l'appel à candidatures dédié au déploiement de « Programmes probants antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée » a été renouvelé pour la troisième année consécutive le 18 avril 2025. Cette action, avec une enveloppe dédiée de 2 950 000 € (CNR), s'inscrit dans l'axe 4 du Plan national anti-chute des personnes âgées, déclinée au niveau régional dans la fiche action n°4.2 « Structurer en EHPAD la mise en place et le suivi de programme antichute basé sur l'activité physique adaptée ».

Le montant total prévisionnel fléché pour ces deux appels à candidatures s'élève à près de 4 millions d'euros, qui seront alloués au cours de la seconde partie de la campagne 2025. À l'issue de l'expérimentation des EMP, une évaluation sera conduite afin de déterminer les modalités de pérennisation de ces équipes.

E. L'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance

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.

Ainsi, l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance est prévue du 1er juillet 2025 au 31 Décembre 2026 au sein de 23 départements dont 5 Néo-Aquitains : la Charente-Maritime, la Corrèze, la Creuse, les Landes et le Lot-et-Garonne.

Dans ces départements, un régime de financement adapté est mis en place pour l'ensemble des EHPAD, des PUV tarifées au GMPS et des USLD.

Les structures concernées percevront à compter du 1er juillet 2025 un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU).

Ce forfait global versé par les organismes payeurs de l'assurance maladie remplace l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement et a vocation à couvrir les charges d'exploitation relatives aux soins et à la dépendance (devenue entretien à l'autonomie).

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

- Le résultat de l'équation tarifaire relative aux soins :

[Indicateur synthétique GMPS x Capacité autorisée et financée en hébergement permanent x Valeur du point]

- 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]

- Des financements complémentaires

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.

Le principe d'une participation forfaitaire du résident aux frais d'entretien de l'autonomie est ainsi maintenu mais les modalités de participation sont modifiées. Dans le cadre de l'expérimentation, les résidents acquittent une participation journalière forfaitaire aux dépenses dont le montant est fixé au

niveau national par arrêté ministériel. Ce montant est fixé à 6.10 € TTC par jour et par résident à compter du 1er juillet 2025.

Un tableau récapitulatif des différences de régime entre les départements expérimentateurs et le droit commun est présenté en annexe.

Une enveloppe de 57,7 M€ est déléguée à l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour la mise en œuvre de cette expérimentation.

A compter du 1er juillet 2025, les notifications budgétaires et les décisions tarifaires transmises par l'ARS Nouvelle-Aquitaine intégreront, pour les départements concernés par l'expérimentation, des crédits complémentaires relatifs à l'entretien de l'autonomie.

Il est à noter qu'en Nouvelle-Aquitaine, les décisions transmises en fin d'année 2024 intégraient dans la dotation à reconduire en 2025 les premières évaluations de crédits nécessaires au financement de l'entretien à l'autonomie en année pleine.

La mise en œuvre de l'expérimentation ayant finalement effet à compter du 1er juillet 2025, les niveaux de dotation 2025 seront minorés par rapport aux montants fixés en reconduction pour 2025 dans les arrêtés de tarification 2024, pour correspondre à un financement équivalent à 6 mois de fonctionnement.

Ainsi, au 1^{er} juillet, les EHPAD auront déjà perçu quasiment l'intégralité du forfait dépendance, dans la mesure où les établissements ont perçu des crédits des départements et de l'ARS pour les 6 premiers mois de l'année.

F. Les mesures nouvelles au service du renforcement de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées

1. Les financements permettant de renforcer l'accompagnement des personnes âgées à domicile

1.1 La poursuite du financement de la réforme de la tarification des SSIAD

La réforme tarifaire se poursuit en 2025 et induit le passage d'une dotation soins forfaitaire « historique » invariable, quelle que soit l'activité du service, à une dotation basée sur une équation tarifaire tenant en compte du besoin en soins des personnes accompagnées par la structure (Cf. ANNEXE sur la réforme du financement des SSIAD et des SAD mixtes).

La mise en œuvre de cette réforme s'accompagne d'un mécanisme de convergence tarifaire. Conformément à la réglementation, à compter de 2025, les SSIAD en convergence négative ne bénéficient plus du mécanisme de gel des dotations.

L'enveloppe de convergence 2025 relative à l'application de la réforme tarifaire s'établit à **4 26 6871 €**, dont 3 805 789€ sur le champ des SSIAD « personnes âgées » et 461 082€ sur le champ des SSIAD « personnes en situation de handicap ».

Pour 2025, le montant de la convergence appliqué à chaque SSIAD se traduit par la résorption de 1/3 de l'écart entre le FORFAIT GLOBAL CIBLE 2027 et la DOTATION RECONDUCTIBLE ACTUALISEE 2024 de la structure.

Ces données sont calculées à partir des données d'activités remontées par les SSIAD dans le système d'information national des services de soins infirmiers à domicile (SI-2SID) déployé par la CNSA. Cependant, s'agissant de la première année de remplissage de ce SI, des incohérences ont été identifiées dans la remontée de l'activité de certains SSIAD.

Aussi, à titre exceptionnel en 2025, **une enveloppe complémentaire « Convergence » de 3 282 986 €**, dont 3 203 696 € sur le champ SSIAD « personnes âgées » et 79 290€ sur le champ SSIAD « personnes en situation de handicap » a été déléguée à l'ARS Nouvelle Aquitaine afin de corriger le forfait global de soins (FGS) en cas de données erronées ou inexploitables, comme le prévoit l'article R.314-138-1 du CASF. Le reliquat de cette enveloppe sera mobilisé en crédits non reconductibles pour accompagner les SSIAD en difficultés financières et notamment pour compenser les résultats déficitaires 2023 des SSIAD ayant épuisé leur réserve de compensation des déficits.

Les SSIAD font donc l'objet d'une tarification spécifique en 2025 selon les modalités suivantes :

Cas	Résultats	Taux d'occupation (TO) retenu	Option de tarification retenue
NON RESPONDANTS au recueil de données SIDOBA			
NON RESPONDANTS-1ère année	Application des dispositions du décret de tarification du 28 avril 2023 relatif à la tarification des SSIAD		100% du FGS 2024
NON RESPONDANTS-2ème année	Application des dispositions du décret de tarification du 28 avril 2023 relatif à la tarification des SSIAD		90% du FGS 2024
TO RECUEIL 2025 < ou =15%			
TO <=15%	Application des dispositions du décret de tarification du 28 avril 2023 relatif à la tarification des SSIAD		100% du FGS 2024
TO RECUEIL 2025 >15% et < ou=50%			
Si ECART < ou > ou = à - de 10 points entre TO recueil 2025 et TO recueil 2024	Application du mécanisme de calcul de convergence tarifaire	TO recueil 2025	FGS 2025 CNSA
Si ECART < ou > à + de 10 points entre TO recueil 2025 et TO recueil 2024	Données TO recueil 2024 inexploitable < à 50%, Ecart entre le TO recueil 2025 et TO ERRD/CA 2024 est < ou > à + de 10 points ou absence de données ERRD/CA 2024		FGS 2025 CNSA retraité=100% du FGS 2024 actualisé
TO RECUEIL 2025 >50% et <=100%			
Si ECART < ou > ou = à - de 10 points entre TO recueil 2025 et TO recueil 2024	Application du mécanisme de calcul de convergence tarifaire	TO recueil 2025	FGS 2025 CNSA
Si ECART < ou > à + de 10 points entre TO 2025 et TO 2024	Application du mécanisme de calcul de convergence tarifaire si l'écart entre le TO du recueil 2025 et le TO ERRD/CA 2024 est < ou > à - de 10 points ou absence de données ERRD/CA 2024	TO recueil 2025	FGS 2025 CNSA
Si absence de TO recueil 2024 mais TO recueil 2025 SIDOBA disponible	Application du mécanisme de calcul de convergence tarifaire	TO recueil 2025	FGS 2025 CNSA
TO RECUEIL 2025 >100% et < ou =125%			
Si ECART < ou > à - de 10 points entre TO recueil 2025 et TO recueil 2024 SIDOBA	Application du mécanisme de calcul de convergence tarifaire	TO recueil 2025	FGS 2025 CNSA
Si ECART < ou > à + de 10 points entre TO recueil 2025 et TO recueil 2024 SIDOBA	Application du mécanisme de calcul de convergence tarifaire si l'écart entre le TO recueil 2025 et le TO ERRD/CA 2024 est < ou > à - de 10 points ou absence de données ERRD/CA 2024	TO recueil 2025	FGS 2025 CNSA
Si ECART < ou > à + de 10 points entre TO recueil 2025 et TO recueil 2024 SIDOBA	Recalcul du FORFAIT INTERVENTION	TO ERRD/CA 2024	FGS 2025 CNSA retraité
TO RECUEIL 2025 >125%			
TO >125%	Recalcul du FORFAIT INTERVENTION	TO ERRD/CA 2024	FGS 2025 CNSA retraité

1.2 La dotation de coordination des SSIAD, SPASAD, SAAD

La modification de l'article L. 314-2-1 du CASF a prévu que le versement par l'ARS au titre de l'activité de soins intégrerait une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée.

Dans le prolongement des crédits dédiés à la coordination des SSIAD, SPASAD et SAAD versés en 2022 et 2023, **550 398 €** sont délégués sur le champ SSIAD « personnes âgées ». Ces crédits ont pour vocation de renforcer la coordination au sein des futurs services autonomie à domicile (SAD). Ils seront délégués en deuxième partie de la campagne budgétaire 2025.

L'objectif est de garantir un fonctionnement intégré de la structure, ainsi que la cohérence des interventions au domicile de la personne accompagnée, pour les services dispensant des prestations d'aide et de soins en 2025.

Le reliquat de cette enveloppe sera mobilisé en crédits non reconductibles pour le financement de l'ingénierie, l'accompagnement des SSIAD dans leur transformation et la facilitation de la mise en œuvre de la réforme dans les territoires des SAD (financement de prestations de conseils juridiques, etc.).

1.3 La création de places de SSIAD

Selon l'instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 et dans le contexte de développement de l'offre à domicile et de création des services autonomie à domicile, une Autorisation d'Engagement (AE) de 400M€ a été notifiée aux ARS en 2023 et permettra la création de 25 000 places de SSIAD au niveau national pour personnes âgées d'ici 2030. Cette mesure permettra de renforcer le maillage du territoire en places soins mais également de faciliter le déploiement et la création d'activités soins au sein des services déjà existants.

Pour la Nouvelle-Aquitaine l'AE de **38 610 000 €** a été notifiée, ce qui correspond aux 2 413 places à créer entre 2023 et 2030.

À la suite des AAC départementaux lancés depuis 2023, 469 places sont d'ores et déjà autorisées ou en cours d'autorisation.

Afin d'accompagner la réforme des SAD et ainsi permettre l'extension de la capacité de certains SSIAD pour faire coïncider les zones d'intervention soins-aide facilitant leur rapprochement avec des SAAD, le solde de **1 944¹** places restantes sera mobilisé en priorité dans le cadre des dossiers de demande d'autorisation de SAD mixte, tout en respectant les deux autres priorités régionales de déploiement des places de soins infirmiers à domicile, à savoir la création des places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes (PHV) et la couverture des "zones blanches".

1.4 Les centres de ressources territoriaux

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a posé notamment dans son article 47 le cadre législatif d'une **nouvelle mission facultative de « centre de ressources territorial » (CRT)** pour les personnes âgées en cohérence avec les évolutions sociétale et démographique constatées, compte tenu des enjeux inhérents au virage domiciliaire.

Une enveloppe nationale de 78 M€ est prévue pendant 4 ans pour le déploiement de la nouvelle mission de centre de ressources territorial.

Les centres de ressources territoriaux visent à mobiliser les ressources pertinentes pour permettre aux personnes âgées de vieillir aussi longtemps que possible à leur domicile. Ils pourront être portés soit par un EHPAD soit par un service à domicile, identifiés comme facilitateurs du parcours de santé des personnes âgées du territoire.

Le déploiement de la nouvelle mission CRT s'inscrit dans la continuité de la stratégie régionale de l'ARS Nouvelle-Aquitaine avec l'expérimentation des pôles ressources de proximité (PRP) et positionne les services à domicile comme porteurs, avec les EHPAD.

A cette fin et à la suite de l'appel à candidature lancé et instruit par l'ARS NA dès 2022, mobilisant les crédits 2022 et 2023 fléchés, 14 CRT (EHPAD ou SSIAD/SPASAD) ont été retenus pour une mise en œuvre en septembre 2023 sur la base d'une dotation annuelle de 400 000€. Les 3 dispositifs expérimentaux de la région (DRAD) ont été autorisés en CRT en date du 01/01/2024.

L'instruction du 10 juillet 2023 relative aux autorisations d'engagement attribue 52 CRT à l'ARS NA pour la période de 2022 à 2028. Compte tenu des 17 CRT autorisés au 01/01/2024 dont 14 portés par des EHPAD et 3 par des SSIAD, il en reste 35 à déployer entre 2024 et 2028. Le solde d'autorisation d'engagement disponible est de **14 142 418 €**. A cette fin, un AAC régional a été lancé en juin 2024,

¹ Ce chiffre ne tient pas compte de la réforme tarifaire en cours, qui pourrait avoir un impact sur le nombre de places à déployer

pour un dépôt des dossiers de candidature en décembre. La commission régionale s'est tenue le 1^{er} avril 2025 et a donné un avis favorable pour l'ouverture de 23 nouveaux CRT, pour engager **9,2 M€** en 2025. Un nouvel AAC régional sera lancé en 2025 pour l'ouverture de 12 CRT restants.

1.5 La poursuite de la pérennisation des pôles ressources de proximité

Une centaine d'EHPAD ont participé à l'expérimentation des pôles ressources de proximité développés en Nouvelle-Aquitaine depuis 2013. A ce jour, 57 établissements ont bénéficié d'une décision de pérennisation à l'issue du processus d'évaluation. 30 établissements sont en attente d'évaluation ou de décision.

Ce processus d'évaluation a par ailleurs soulevé quelques questions quant à la pertinence des indicateurs et des remontées de suivi des actions. Ce qui a justifié d'engager un travail, qui est en cours, pour la redéfinition d'un socle commun d'indicateurs. Ce travail se basera sur les apports de groupes de travail courant juin/juillet 2025.

1.6 Répit et accueil temporaire

En 2025, dans le cadre de la Stratégie « Agir pour les Aidants 2023-2027 », et en lien avec la préfiguration d'une stratégie relative aux maladies neuro-dégénératives (MND), un complément aux dotations antérieures pour un montant de **736 591 €** a été alloué à l'ARS NA, afin de garantir la diversité et le maillage des solutions de répit sur les territoires.

L'orientation de la stratégie globale territorialisée d'adaptation et de repositionnement de l'offre existante, faisant l'objet d'échange avec les conseils départementaux, est organisée autour des priorités régionales suivantes :

1. Renforcer l'offre d'AJ et en particulier l'AJ itinérant dans la logique d'"aller vers";
2. Soutenir le relayage à domicile de courte durée afin d'apporter un temps libre aux aidants des personnes atteintes des MND. En effet, le changement d'environnement dans les solutions "classiques" de répit peut s'avérer anxiogène pour ces personnes ;
3. Consolider les moyens des PFR en renforçant les actions de sensibilisation, de repérage et de prévention.

Dans ces plans d'action territorialisés, une articulation et une complémentarité devront être systématiquement recherchées avec la stratégie régionale d'investissement (SRI) et les projets d'investissement des EHPAD porteurs.

A noter que les crédits complémentaires alloués en 2024 d'un montant de 512 000 € permettront le co-financement d'un village vacances de répit partagé aidants /aidés dans les Landes, dont l'appel à projet sera lancé au 2eme semestre 2025.

2. Les financements complémentaires au titre de l'Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) ou Hébergement temporaire d'urgence (HTU)

Depuis 2024, les places financées forfaitairement sont revalorisées de 15 000 € à 18 000 € (pour un montant total de 366 000 €). Par ailleurs, un nouvel appel à candidature a été publié pour la création de 52 places supplémentaires en Nouvelle-Aquitaine. Afin de permettre une fluidification du dépôt des dossiers et une réactivité dans la mise en service des places, cet AAC est ouvert depuis juin 2024 et se clôture en septembre 2025.

Au 01/06/2025, la région NA dispose d'un total de **138 places** d'HT-SH (8 places ayant été ouvertes en décembre 2024 pour un montant de 144 000€ et 8 nouvelles places accordées en juin 2025 pour le même montant). **Le solde de l'enveloppe pour 2025 est de 657 000€** permettant le financement de 36 places nouvelles à 18 000 €. **La DRL 2025 ne prévoit pas de mesures nouvelles dédiées à ce dispositif.**

Enfin, l'analyse des données annuelles issues de l'enquête activité montre de grandes disparités entre les EHPAD concernant le fonctionnement de ces places avec un taux d'occupation moyen en 2023 à 49% pour une cible de 82%, conformément au cadrage régional. En 2025, il est proposé de poursuivre l'application, pour les places ayant un taux d'occupation inférieur à 82%, d'une modulation du financement en année N en fonction de l'activité réalisée en année N-1. Une majoration est quant à elle retenue pour les EHPAD avec un taux d'occupation supérieur. Les évolutions du financement ont été communiquées aux EHPAD porteurs, qui ont signé une déclaration sur l'honneur précisant les principes d'application de la modulation, ainsi que le montant associé à chaque palier d'activité.

5 taux de modulations sont ainsi retenus au titre de 2025, comme en 2024 :

- Pour un TO entre 0% et 5% : Gel de dotation en année N (2025) avant d'envisager un retrait de place en N+1, si aucune évolution de l'activité n'est constatée. Par ailleurs, en cas d'inactivité avérée, un remboursement des crédits devra être effectué par l'EHPAD.
- Pour un TO entre 6% et 45% : Attribution du montant forfaitaire de 18 000 € et application d'un gel (MERT) de 6 750€. Soit un financement de 11 250€ correspondant à une activité annuelle de 45%, additionné de la part forfaitaire.
- Pour un TO entre 46% et 65% : Attribution du montant forfaitaire de 18 000 € et application d'une MERT de 3 100€. Soit un financement de 14 900€ correspondant à une activité annuelle de 65%, additionné de la part forfaitaire.
- Pour un TO entre 66% et 82% : Attribution du montant forfaitaire de 18 000 € correspondant à une activité annuelle de 82%, additionné de la part forfaitaire.
- Pour un TO supérieur à 82 % : Attribution du montant forfaitaire de 18 000 € avec allocation de crédits non reconductibles (CNR) pour un montant de 3 250€. Soit un financement de 21 250€ correspondant à une activité annuelle de 100%, additionné de la part forfaitaire.

Les revalorisations et les modulations interviendront en seconde partie de campagne budgétaire 2025.

3. Le financement de la préfiguration d'une stratégie nationale relative aux maladies neuro-dégénératives (MND) en EHPAD et à domicile

Dans le cadre de la préfiguration d'une stratégie relative aux maladies neuro-dégénératives (MND), il est prévu dès 2025 un renforcement des dispositifs existants en EHPAD et à domicile, l'objectif étant de répondre aux enjeux d'accroissement de la prévalence de ces maladies.

3.1 Le développement de l'offre de PASA

En 2025, une enveloppe de 4,09 M€ est allouée à l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour renforcer la couverture territoriale en Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), permettant ainsi le financement de 53 nouveaux dispositifs.

Au 1er juin 2025, 28 % des EHPAD de la région sont dotés d'un PASA. L'objectif régional est d'atteindre 100 % de couverture d'ici 2030.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine poursuit, dans cette perspective, la stratégie initiée en 2024, visant à recenser et prioriser :

- Les projets comportant un PASA ayant reçu un avis favorable dans le cadre d'appels à candidatures antérieurs mais n'ayant pu être financés faute de crédits disponibles,
- Les projets d'aide à l'investissement (PAI), anciens ou récents, déjà validés,
- Ainsi que les projets intégrés dans une démarche contractuelle de type CPOM.

L'objectif est de sécuriser le financement des opérations identifiées, en tenant compte des dates prévisionnelles d'ouverture. Aucun appel à candidatures n'est prévu pour l'année 2025, les demandes étant réceptionnées au fil de l'eau.

Par ailleurs, l'ARS NA a acté le principe depuis fin 2022 de développer des expérimentations relatives aux PASA nocturnes, de soirée ou de nuit pour une durée de 3 ans, avec une évaluation après un an de fonctionnement. Ce type d'accueil a plus particulièrement pour objectif de proposer une meilleure prise en charge des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives par l'amélioration de la qualité de vie et du sommeil pour l'ensemble des résidents dans le respect des singularités : habitudes, rituels, rythme de sommeil.

Dans la limite des crédits disponibles, la dotation prévue est de 127 900 € pour le fonctionnement de ces PASA expérimentaux à 14 places, soit un coût place d'environ 9 135 €. En complément, il est **proposé** d'attribuer une dotation de 10 000 € en sus la première année, pour les frais d'aménagement et d'équipement des locaux dédiés à cette nouvelle activité. La priorité est donnée aux EHPAD ayant déjà l'expérience du PASA de jour. A défaut, l'EHPAD devra proposer un projet médico-social adapté à l'accompagnement de ces résidents en soirée et ou la nuit. A noter que l'ouverture d'un PASA de jour reste une priorité régionale.

3.2 Renforcement de la présence de psychologues dans les SSIAD/SAD

Issue des Assises de la santé mentale (2021) et du plan maladies neurodégénératives (2014-2019), cette mesure vise à renforcer la présence de psychologues en SSIAD et SPASAD pour améliorer l'accompagnement à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, ainsi que celui de leurs aidants. Depuis 2019, 10 postes (0,5 ETP) ont été financés dans 9 départements. En 2022, un financement de 549 454 € a permis de créer 18 postes supplémentaires. Les 10 premiers postes ont été évalués et intégrés durablement dans les dotations des SSIAD concernés.

En 2025, une enveloppe de 520 079€ est allouée à l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour renforcer la présence de psychologues dans les SSIAD/SAD mixtes. 17 structures pourront bénéficier de financement de ½ ETP de psychologue. Cette dotation permettra de renforcer l'existant et de consolider les postes déjà financés. D'autres critères de priorisation des SSIAD restant à déterminer, seront appliqués (la file active, le taux d'occupation, les besoins du public accompagné, etc.).

3.3 Développement de l'offre en ESA

Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) interviennent à domicile pour accompagner les personnes atteintes de troubles cognitifs et leur entourage, à travers des soins de réhabilitation et un soutien adapté. En Nouvelle-Aquitaine, 50 ESA sont actuellement en fonctionnement, mais certains départements restent insuffisamment couverts (16, 17, 40, 64 et 86). Pour améliorer la couverture territoriale, une enveloppe de 600 000 € est allouée en 2025 pour financer la création de 4 nouvelles ESA sur ces territoires prioritaires (150 000 € par équipe). Le renforcement d'ESA existantes sera également possible, sous réserve d'un engagement à élargir leur zone d'intervention.

G. Les mesures non reconductibles

1. Les crédits non reconductibles nationaux

Les permanents syndicaux : La liste des salariés des établissements et services mis à disposition est établie par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). En effet, cette dernière recense chaque année l'ensemble des conventions de mise à disposition passées entre les établissements, les fédérations syndicales et les salariés mis à disposition.

Des crédits spécifiques ont été délégués à cet effet pour un montant de 28 536 €.

Cette dotation doit être mobilisée afin de compenser le seul coût des salariés mis à disposition d'une organisation syndicale ou d'une association d'employeurs par un apport budgétaire complémentaire, et non reconductible.

2. L'accompagnement des EHPAD en difficultés financières

Dans la continuité des actions engagées depuis plusieurs exercices et pour faire face à la forte dégradation de la situation budgétaire et financière des EHPAD, il est retenu de mobiliser des crédits non reconductibles pour accompagner les EHPAD faisant l'objet d'un suivi par les commissions départementales et notamment prévenir les risques d'insuffisance de trésorerie.

Ces situations feront l'objet d'un examen au sein des commissions départementales afin de mobiliser tous les acteurs et de s'assurer que les difficultés concernées ne peuvent être résolues par d'autres leviers et actions (actualisation des coupes pathos, vérification de la conformité des produits de la tarification, étalement des dettes, mise en place du tarif différencié...).

À partir d'une étude partagée de la situation financière des ESMS, reposant notamment sur le plan prévisionnel de trésorerie, le plan d'actions, ainsi que les derniers documents budgétaires, les membres de la commission apprécient l'opportunité de mobiliser les leviers à leur disposition pour accompagner la mise en œuvre d'un plan d'actions permettant le retour à l'équilibre budgétaire et financier.

Le soutien apporté s'accompagnera nécessairement d'un engagement de l'EHPAD à s'inscrire dans une démarche structurelle de redressement financier. Pour ce faire, certains EHPAD suivis par les commissions départementales bénéficieront fin 2025 d'un appui de l'ANAP dans le cadre de la démarche « PerfEHPAD », afin d'identifier des leviers d'amélioration de la performance opérationnelle et définir un plan d'actions personnalisé.

En dernier recours, et uniquement en cas de risque documenté de défaut de paiement à court terme, la commission pourra proposer la mobilisation du fonds de soutien, avec la recherche d'un co-financement du conseil départemental.

Une enveloppe de 28 M € de crédits non reconductibles est allouée en 2025 à l'ARS Nouvelle-Aquitaine au titre du soutien financier aux EHPAD en difficulté financière et est ainsi sanctuarisée à ce titre.

De manière générale, il est attendu que toutes les structures présentant une situation budgétaire déficitaire s'engagent dans la consolidation d'un plan d'actions devant permettre de sécuriser la pérennité de l'établissement et son modèle économique. Ces plans doivent définir les axes de transformation et de réorganisation permettant de retrouver un équilibre budgétaire.

3. Le soutien au projet immobilier en complément du Plan d'aide à l'investissement

Afin de soutenir les ESMS dans leur programme immobilier, l'ARS dispose d'un plan d'aide à l'investissement dont les modalités sont définies par une instruction spécifique. Il est retenu en Nouvelle-Aquitaine de compléter ces mesures par la mobilisation de crédits non reconductibles pour encourager le développement de projet dont le volet environnemental a été jugé comme convaincant, sur la base de critères environnementaux définis.

Ces orientations tendent à valoriser les aspects de la transition écologique intégrés au cœur du projet architectural en accompagnant des établissements médico-sociaux qui souhaitent transformer positivement leur prise en charge soignante et leurs conditions d'accueil des résidents

Une enveloppe de 5 M € de crédits non reconductibles est ainsi sanctuarisée pour permettre un soutien complémentaire à ces projets.

4. Les prises en charge des molécules onéreuses

Certains médicaments particulièrement onéreux peuvent donner lieu à un accompagnement en CNR par l'ARS s'ils ne sont pas compatibles avec le budget de la PUI (pharmacie à usage intérieur) de l'EHPAD. L'étude de l'accompagnement financier sera réalisée à l'appui de pièces justificatives (fiche de remontrée, factures, ordonnance anonymisée) et suite à l'avis de l'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques).

5. Les crédits non reconductibles régionaux (CNR)

Pour rappel, la marge régionale est principalement issue de la trésorerie d'enveloppe générée par les décalages d'installations de places ou bien encore des mises en réserves temporaires liées à des fermetures ponctuelles.

Les crédits non reconductibles ont vocation à être essentiellement délégués aux établissements par le biais d'appels à projets (AAP), à candidatures (AAC) et à manifestation d'intérêt (AMI), au regard des priorités ci-dessus en lien avec les orientations de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

En 2025, l'ARS Nouvelle-Aquitaine réalisera une campagne de recensement des demandes pour le seul financement de mesures ponctuelles et qui ne doivent pas financer des actions de même nature que celles couvertes par ces AAC, AAP et AMI mentionnés ci-dessus.

Ainsi, une enquête sera envoyée aux ESMS d'ici le 15 juillet pour un retour au 15 septembre 2025. Cette enquête sera réalisée avec un ciblage resserré des thématiques éligibles.

Périmètre des demandes de CNR

Les demandes d'accompagnement financier en CNR doivent répondre au préalable aux critères suivants :

- Les actions sont portées par un **établissement ou service financé par l'ARS**, en totalité ou partiellement ;
- Les CNR sont utilisés uniquement pour le financement de **mesures ponctuelles** ;
- Les demandes doivent être **précisément chiffrées** et portées par un seul établissement ;
- **La nature de la dépense** faisant l'objet de la demande de CNR doit être clairement décrite et le lien avec les priorités de l'ARS clairement expliqué, ainsi que le calendrier de réalisation de l'action, le cas échéant ;
- Des **pièces justificatives** sont associées à chaque demande de CNR ;
Concernant les EHPAD, les CNR doivent par principe financer uniquement des dépenses qui relèvent du **périmètre de la section soins**. Ainsi, des charges relatives à de l'investissement immobilier (section hébergement) ou à des dépenses non pérennes de personnel ne relevant pas de la section soins (direction, restauration, animation, service social, ASH, psychologues...) ne pourront pas, par principe, être retenues.

Les demandes de CNR éligibles sont les suivantes :

- **Formation** : actions de formations du personnel des ESMS visant à renforcer la qualité de prise en charge et le suivi des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) : les droits des usagers, la bientraitance, l'éthique, l'attractivité des métiers, pour le seul périmètre des frais pédagogiques. Les coûts de remplacement des personnels, pourront être pris en charge seulement dans le cas de formations qualifiantes ou contrat d'apprentissage sous réserve de leur non prise en charge par les organismes d'accompagnement à la formation professionnelle (attestation de non prise en charge à fournir avec la demande) ;

Plus largement, **ne sont pas éligibles** :

- Les demandes de financement exceptionnel liées à l'inflation.
- Les demandes de crédits relatives aux revalorisations salariales CTI Ségur, ou à la prime Grand Âge.
- Les demandes de CNR relatives aux traitements médicamenteux onéreux, traitées au fil de l'eau par circuit *ad hoc* ;
- Les demandes de soutien financier pour les ESMS en difficulté : ces demandes sont traitées au fil de l'eau. Des accompagnements peuvent être alloués après une analyse financière de la situation de la structure, au regard d'indicateurs régionaux.
- Les compensations financières liées à l'actualisation du GMPS (EHPAD) compte tenu d'une date de validation de la coupe trop tardive pour une prise en compte lors de la campagne budgétaire 2025.
- Les compensations financières liées à l'anticipation de la convergence tarifaire des SSIAD

Préalablement à l'octroi de nouveaux CNR, les crédits alloués dans le cadre de la campagne de CNR en 2024 devront faire l'objet d'une justification de leur utilisation.

H. La gestion des résultats 2023

1. EHPAD, PUV et établissements sous CPOM

Les résultats des EHPAD et des PUV ont été pris en compte dans les forfaits soins pour la dernière année en 2018. Les résultats 2017 et suivants sont librement arrêtés et affectés par le gestionnaire du CPOM, dans le respect des modalités d'affectation des résultats fixées par le contrat.

Pour rappel, conformément à l'article R. 314-236 du code l'action sociale et des familles, « l'autorité de tarification peut rejeter les dépenses qui sont manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement ou du service. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit ».

Aussi, la responsabilité des gestionnaires est appelée sur la mise en œuvre des mesures nécessaires au maintien ou au rétablissement d'un équilibre financier pérenne.

2. Accueil de jour et hébergement temporaire autonomes, EHPA et résidence autonomie percevant un forfait soins

En ce qui concerne les AJA et les EHPA percevant des crédits d'assurance maladie, il n'existe pas de sections tarifaires équivalentes à celles des EHPAD. En effet :

- Pour les AJA, qui relèvent des [articles D. 313-20](#) et [D. 313-22](#) du CASF, ou les FAM-SAMSAH, qui relèvent des [articles R. 314-140 à R. 314-146](#) du CASF, le tarif journalier afférent à l'hébergement et à l'accompagnement à la vie sociale est déterminé en déduisant notamment le forfait annuel global de soins, notifié par l'ARS (à l'établissement et au CD). Il n'y a pas d'indépendance dans la fixation des tarifs.

- Pour les EHPA percevant des crédits d'assurance maladie, les forfaits de soins attribués en 2007 sont revalorisés annuellement dans la limite du taux OGD, conformément au [III de l'article L. 313-12](#) du CASF. Il n'y a donc pas de tarification au sens fixation d'un tarif.

L'affectation du résultat de ces ESMS est donc unique, sans distinguer la partie relevant de l'ARS et la partie relevant du CD.

Concernant l'hébergement temporaire, qui relève des [articles D. 312-8 à D. 312-10](#) du CASF, les règles de tarification suivent celles de l'établissement auquel cette activité est adossée. Ainsi, sauf en cas d'activité rattachée à un EHPAD, il n'existe pas de sections tarifaires.

3. SSIAD

Les résultats déficitaires 2023 des SSIAD qui ne sont pas sous CPOM et dont la réserve de compensation des déficits est épuisée, sont couverts par une majoration de la dotation globale de soins 2025, comme le précise l'annexe 6 de l'instruction budgétaire 2023 en application du VII de l'article 5 du Décret n° 2023-323 du 28 avril 2023.

4. Modalités de mise en œuvre des dispositions du décret n°2023-1428 du 29 décembre 2023 relatif à la prise en compte des reports à nouveau et réserves

Afin de renforcer la régulation financière des ESMS en limitant l'accumulation d'excédents non justifiés, tout en assurant une utilisation plus transparente et efficace des financements publics, l'ARS procédera à une analyse des reports et réserves non mobilisés en coordination avec les gestionnaires des établissements pour ajuster les tarifs.

Le décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 introduit ainsi la possibilité de tenir compte des reports à nouveau et des réserves dont le maintien n'est pas justifié, dans la fixation de la tarification des ESSMS lors du renouvellement de leurs Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Cette prise en compte est limitée à 50% du montant de ces reports et réserves et tiendra compte de la situation économique à long terme des établissements.

I. La transmission, la complétude et la sincérité des documents budgétaires

Les données renseignées par les ESMS dans les documents budgétaires et les enquêtes sont régulièrement exploitées par les autorités de tarification, la CNSA et la DGCS et sont une source importante d'informations pour la mise en œuvre des politiques publiques.

L'attention des gestionnaires est appelée sur la nécessité de respecter les obligations de dépôt des cadres budgétaires et de saisie des applicatifs nationaux, et de présenter des données complètes, cohérentes et sincères.

Le non-respect de ces obligations pourra être pris en compte dans les décisions de financement octroyés par l'ARS. **Ainsi, tout établissement n'ayant pas accompli cette obligation, ne sera pas prioritaire pour percevoir des CNR** ainsi que dans la sélection des dossiers des AMI et des AAC.

1. Budgets prévisionnels et EPRD

Les ESMS soumis au budget prévisionnel ont transmis leurs prévisions budgétaires 2025 au 31 octobre 2024.

Le dépôt du cadre EPRD et de ses annexes doit être réalisé dans un délai de 30 jours qui suit la réception de la dernière notification tarifaire transmise (ARS ou CD) et au plus tard le 30 juin 2025.

En l'absence de notification des produits de tarification soins avant le 31 mai 2025, les produits à inscrire au compte de résultat prévisionnel (CRP) devront correspondre à la base reconductible 2025 du dernier arrêté, à laquelle est intégrée une hypothèse prudente d'actualisation. Les mesures nouvelles ou des crédits non reconductibles préalablement validés ou mesurables (évolution de places, convergence, dotation plafonds, etc.) devront également être inscrits.

Une lettre de cadrage conjointe avec chaque conseil départemental a été transmise aux ESMS de la région Nouvelle-Aquitaine en mai 2025, afin de repréciser les grands principes d'élaboration de l'EPRD, le modèle et les documents annexes attendus en fonction du statut des ESMS et les conditions d'approbation des EPRD.

Les cadres normalisés pour la campagne EPRD 2025 sont disponibles à l'adresse de téléchargement suivante : <https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-la-tarification-etablissements-et-services-medico-sociaux-pour-personnes-agees-et>

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme de la tarification des SSIAD, les gestionnaires d'établissements doivent transmettre, dans les 30 jours suivant la notification des crédits de l'ARS, leur budget prévisionnel ainsi que la totalité des documents énumérés à l'article R.314-17 du CASF. De plus, une mise à jour des propositions budgétaires pourra être transmise par voie dématérialisée, notamment en ce qui concerne les prévisions relatives à la section d'investissement.

2. Comptes administratifs et ERRD

Les documents de clôture de l'exercice 2025, comptes administratifs ou ERRD selon le cadre applicable, sont à transmettre avant le 30 avril 2026 sur les plateformes nationales dédiées : ImportCA et ImportERRD. Pour les ESMS rattachés à un établissement public de santé, les documents sont attendus pour le 8 juillet 2026.

3. Enquêtes

Afin d'ajuster au mieux la qualité de l'accompagnement financier, de surcroît en période de crise, des enquêtes vous seront adressées au cours de l'année. Il vous est demandé de renseigner de manière exhaustive l'ensemble des enquêtes dont vous faites l'objet.

4. Répertoire de l'Offre et des Ressources (ROR)

Le ROR est le référentiel de données qui centralise la description de l'offre de santé dont notamment celle des établissements médico-sociaux en charge des personnes âgées. Il a pour vocation d'alimenter de façon automatisée les services numériques utilisés par les professionnels afin de garantir une meilleure prise en charge des usagers (Via trajectoire, Santé.fr ...)

L'arrêté du 26 décembre 2023 relatif au Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement social et médico-social (ROR) définit le périmètre des structures qui doivent se décrire, identifie le niveau de confidentialité pour chaque donnée décrite dans le ROR et précise les données qui doivent obligatoirement être saisies.

Il est donc demandé aux EHPAD de mettre à jour leur offre et prestations dès modification et d'actualiser de manière hebdomadaire les capacités disponibles.

5. Via trajectoire

Via Trajectoire est une plateforme numérique sécurisée qui facilite l'orientation des personnes âgées vers les EHPAD. Elle permet aux professionnels de santé et aux familles de rechercher, comparer et adresser des demandes d'admission en ligne. L'outil améliore la coordination entre les établissements, les patients et les aidants pour un parcours de soins plus fluide.

Les EHPAD s'engagent à compléter et actualiser régulièrement leur fiche établissement (capacités, prestations, tarifs). Ils doivent traiter les demandes reçues via la plateforme dans des délais raisonnables, en renseignant les décisions d'admission. Enfin, ils sont tenus de respecter la complétude des volets administratif, médical et autonomie pour garantir un traitement équitable et efficace des candidatures.

6. Tableau de bord de la performance

Depuis l'arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, celui-ci est rendu obligatoire pour 20 catégories d'ESMS et vient se substituer à la production des indicateurs mentionnés au 5° du I de l'article R. 314-17, à l'article R. 314-49, au 4° du I de l'article R. 314-223 et au d) du 2° du I de l'article R. 314-232 du code de l'action sociale et des familles.

Pour des raisons techniques, l'ATIH n'est pas en mesure, à ce stade, d'ouvrir la plateforme générique du tableau de bord de la performance. Un message sera adressé aux établissements et services médico-sociaux dès l'ouverture de la plateforme afin d'apporter les précisions nécessaires au déroulé de cette campagne.

Les informations relatives à la campagne TDB ESMS 2025 sont disponibles sur la page dédiée : <https://www.atih.sante.fr/tdb-esms-2025>

Fait à Bordeaux le **20 JUIN 2025**


Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine,

Benoît ELLEBOODE

ANNEXE 1 : REFORME DU FINANCEMENT DES SSIAD ET DES SAD MIXTES

A. Rappel des principes de la réforme

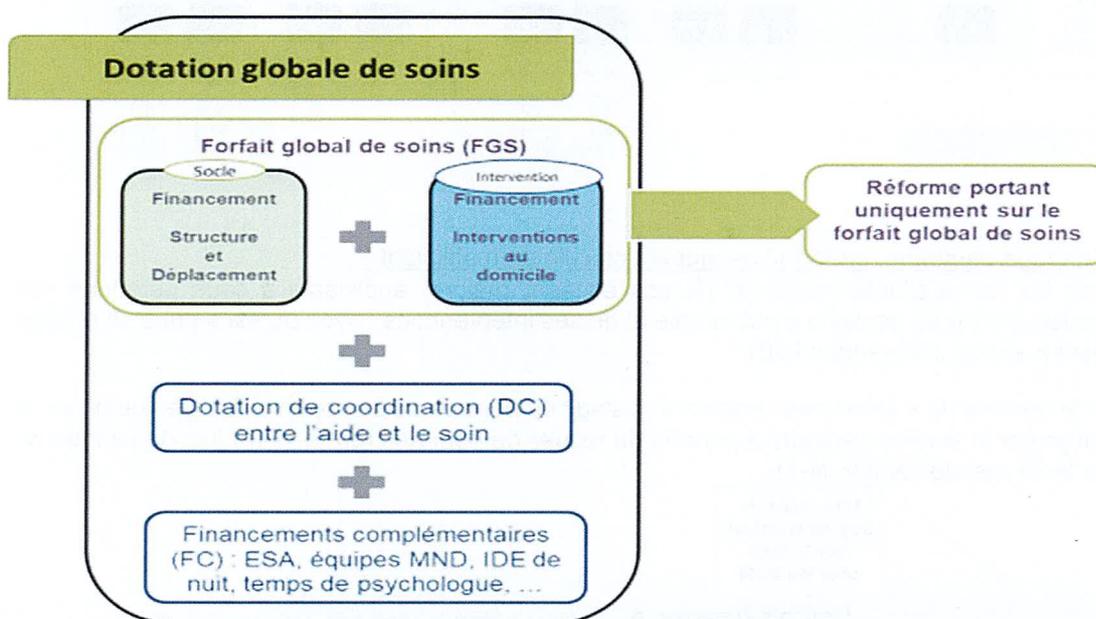
Le modèle de tarification des SSIAD, applicable depuis le 01/01/2023, repose sur le décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif au financement des services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées. Il permet de fixer les nouvelles modalités de tarification des soins infirmiers à domicile en définissant :

- La composition et les modalités de calcul de la dotation globale de soins versée aux services proposant des soins infirmiers à domicile ;
- Les modalités de transmission à la CNSA des données nécessaires à la détermination du montant de leurs financements par les services proposant des soins infirmiers à domicile ;
- Les modalités d'organisation du contrôle exercé par les ARS et les sanctions prononcées par celles-ci ;
- Les modalités de transition vers le nouveau modèle de tarification pour la période 2023-2027
- Des aménagements de la procédure budgétaire applicable à ces services dans l'attente de la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

1. Nouveau modèle de financement, depuis janvier 2023

La dotation globale des SSIAD et SPASAD est composée de 3 briques pour une année N :

- Le forfait global de soins (FGS) de l'année N,
- La dotation de coordination (DC) de l'année N,
- Les financements complémentaires (FC) de l'année N.



La réforme tarifaire concerne le FGS et s'appuie sur un modèle de financement à deux composantes :

- **une composante « socle »** correspondant au financement des frais de structure et de déplacement. Elle dépend du nombre de places autorisées.
- **Une composante « intervention »** relatives aux interventions effectuées au domicile des personnes accompagnées. Elle repose sur des caractéristiques des usagers et des interventions : le niveau de perte d'autonomie (grille AGGIR pour les personnes âgées et équivalent pour les personnes en situation de handicap), l'intervention d'un infirmier diplômé d'Etat (IDE) et l'intervention pendant le week-end et jours fériés.

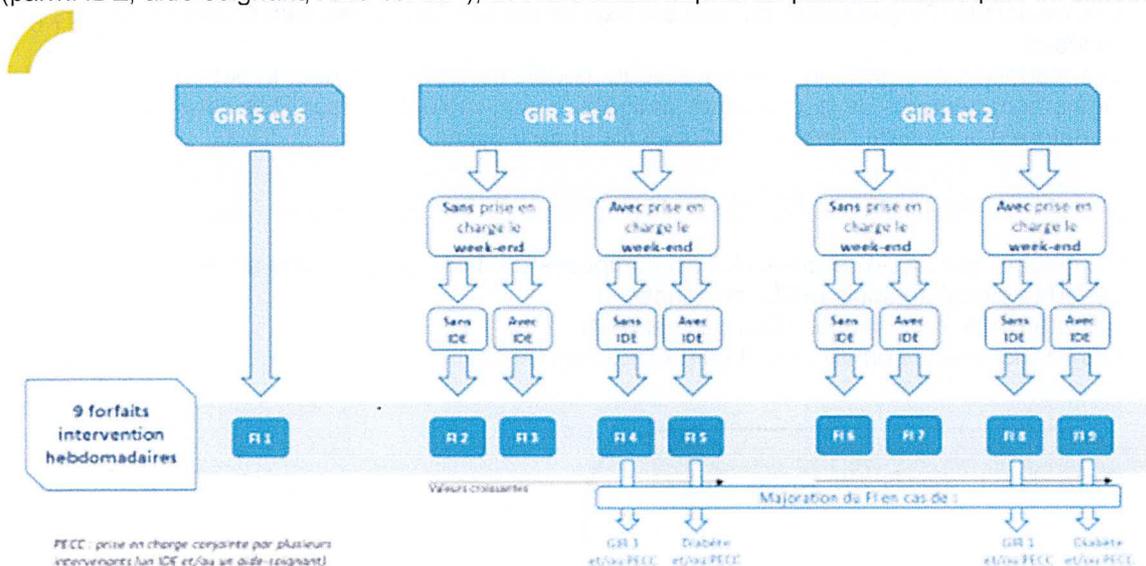
Cette composante dépense de l'activité du SSIAD déclarée dans le système d'information déployé par la CNSA. Il est donc nécessaire pour la tarification de recueillir périodiquement les données d'activité.

2. Détermination des forfaits « intervention »

La composante « socle » (structure et déplacements) est calculée en fonction du nombre de places autorisées au 31 décembre de l'année précédant la tarification (année N-1) et d'un forfait « structure » annuel. Le montant de ce forfait est fixé tous les ans par un arrêté ministériel.

Quant à la composante « intervention », un forfait intervention hebdomadaire (FI) est calculé pour chaque profil d'usagers en fonction de leurs caractéristiques (GIR, prise en charge le week-end et jour férié, et intervention IDE).

Il existe 9 forfaits intervention hebdomadaires dont les montants sont également déterminés chaque année par arrêté ministériel. Des majorations peuvent s'appliquer à 4 d'entre eux (FI4, FI5, FI8 et FI9) dans les cas suivants : GIR 3 et 1, prise en charge conjointe et simultanée par plusieurs intervenants (parmi IDE, aide-soignant, AES et AMP), et intervention auprès de patients diabétiques insulinotraités.



Ainsi, pour chaque personne, un forfait usager est calculé en multipliant :

- le ou les forfait(s) intervention(s) (le cas échéant majoré) applicable à cette personne (en fonction du niveau de perte d'autonomie et de ses interventions : avec ou sans prise en charge le week-end et intervention IDE),
- par le nombre de « semaines-usagers ». Il s'agit du nombre de semaines effectives de prise en charge par le service pendant la période de recueil de données (entre le 1er juin de l'année N-2 et le 31 mai de l'année N-1).

Majoration de 20% de la valeur des forfaits pour les DOM

$$\text{Forfait usager} = \sum \text{Forfaits intervention} \times \text{Nombre de semaines usagers}$$

La composante « intervention » correspond à la somme des « forfaits usagers » du SSIAD ou du SAD mixtes

3. Système d'information pour accompagner la réforme

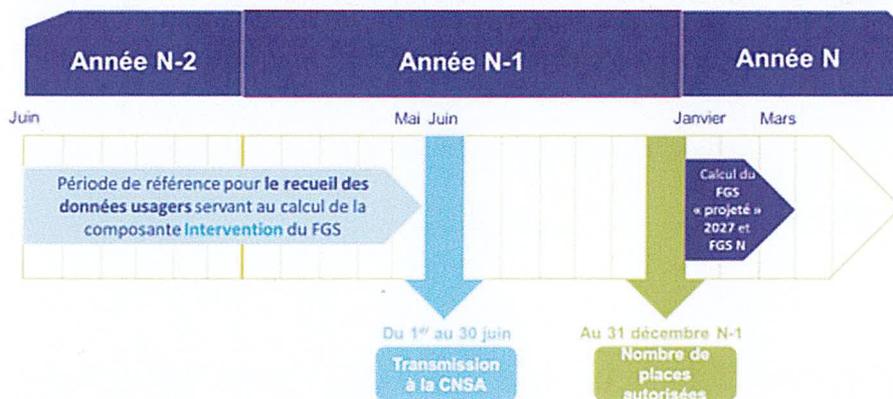
Le calcul du forfait global de soins des SSIAD et des SAD mixtes repose sur des données d'activité. À partir de la tarification 2025, le recueil se fait en continu. Les données relatives aux structures et aux usagers sont transmises à la CNSA via le système d'information de l'offre de la branche autonomie (SIDOBA). Celui-ci permettra également de contrôler les financements versés et de réaliser des études et des statistiques.

Depuis le 14 novembre 2023, la CNSA a, en effet, mis en service une nouvelle fonctionnalité qui permet de collecter les données d'activité nécessaires au calcul du forfait global de soins. Il s'agit de SIDOBA Recueil de données (RDD), accessible depuis portail.cnsa.fr qui s'adresse aux soignants (saisie des données concernant les personnes accompagnées) et aux directeurs (saisie des données sur leur(s) service(s), transmettent les données à la fin de la campagne de collecte, et créent et administrent les comptes des soignants.

4. Calendrier de collecte et de transmission des données

Pour calculer le montant des forfaits globaux de soins de l'année N, la collecte des données individuelles s'effectue au fil de l'eau, du 1er juin de l'année N-2 au 31 mai de l'année N-1.

Les données sont à transmettre à la CNSA entre le 1er et 30 juin N-1 afin de déterminer le montant du forfait global de soins de l'année N.



Faute d'exécution dans ce délai, les directeurs généraux d'ARS sont habilités à fixer d'office le montant du forfait global de soins, pour une valeur comprise entre 90% à 100% du montant fixé au titre de l'exercice précédent.

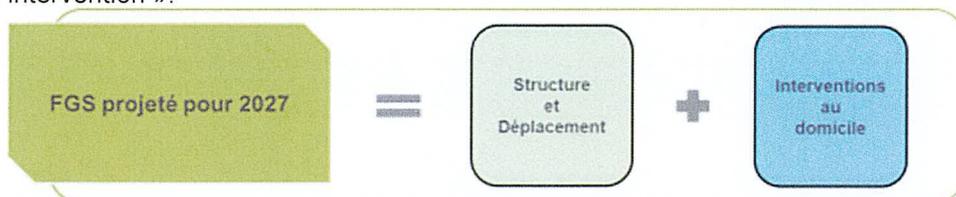
B. Rappel des modalités de montée en charge de la réforme

1. Mécanisme de convergence tarifaire 2023-2027

La mise en œuvre de la réforme s'effectue progressivement entre 2023 et 2027, date à laquelle le forfait global de soins sera entièrement calculé selon les nouvelles modalités de financement.

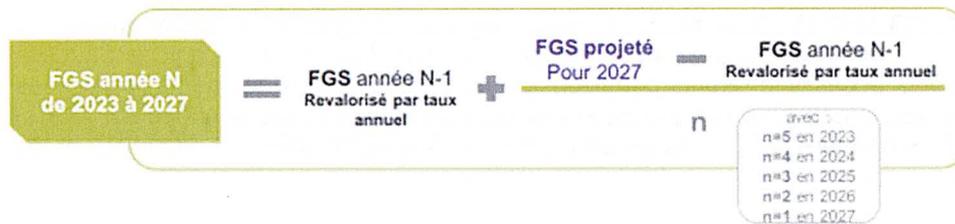
Une période de convergence est, en effet, prévue pendant 5 ans pour le calcul du forfait global de soins afin que chaque service converge progressivement vers son forfait global de soins « projeté ».

Le forfait global de soins « projeté » 2027 correspond à la somme des composantes « socle » et « intervention ».



Le forfait global de soins « projeté » 2027 est actualisé tous les ans sur la base des recueils annuels d'activité. Ainsi, il peut évoluer à la hausse ou à la baisse selon l'activité réalisée.

Chaque année, entre 2023 et 2027, le FGS du SSIAD ou du SAD mixtes est fixé selon la formule de calcul suivante :



L'objectif est de réduire progressivement l'écart entre la dotation de soins perçue avant la réforme et le forfait de soins « projeté » 2027.

2. Mécanisme de gel des dotations en 2023 et 2024

Pour les deux premières années de la réforme, a été instauré un mécanisme de gel donc les services qui sont en situation de convergence négative et qui devraient avoir un forfait global de soins « projeté » inférieur à la dotation de soins perçue en 2022 actualisé – auraient dû voir leur financement diminuer dès 2023. Dans ce cas, une mesure protectrice de « gel des crédits » a été appliquée pour les années 2023 et 2024.

ANNEXE 2 : FUSION DES SECTIONS – RECAPITULATIF DES DIFFERENCES DE REGIMES

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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le département peut rester signataire du CPOM des EHPAD relevant de l'article L. 342-1 du CASF - il doit en infirmer l'ARS le cas échéant 	
Autres départements	Suppression de l'APAE des départements expérimentateurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plus aucuns tarifs journaliers au titre de leurs ressortissants accueillis dans des départements expérimentateurs ne sont dus (3) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hormis les tarifs journaliers dus au titre ressortissants accueillis dans des départements expérimentateurs, aucun changement sur le traitement des demandes d'APAE ou le financement de la dépendance
Etablissements concernés par l'expérimentation	FGU (cf détail du calcul en partie II)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deux colonnes spécifiques au FGU ajoutées dans le tableau d'annexe financière et le TPER (5) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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) : <ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégration des montants relatifs à l'entretien de l'autonomie (anciennement dépendance) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financements octroyés dans le cadre des campagnes budgétaires habituelles ✓ Financements pouvant être octroyés en plusieurs fois
	FGU	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financements complémentaires au titre du soin
	Financement accueil de jour / hébergement temporaire (AJ/HT)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Données relatives aux résultats de l'équation tarifaire dépendance à transmettre aux départements (pour l'AJ/HT) (7) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financements relatifs à l'AJ/HT au titre du soin préexistants à l'expérimentation
	Coupes PATHOS	Aucun changement (8)	
	Coupes AGGIR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reprise progressive des coupes (8) 	
Contractualisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. Autant que possible, il peut être également recommandé que les ARS et les départements partagent régulièrement leurs listes respectives de résidents affiliés à la sécurité sociale et de bénéficiaires des prestations individuelles d'APA.

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

(3) La suppression de l'APAE dans les départements expérimentateurs s'applique indirectement aux départements non-expérimentateurs au titre du domicile de secours lorsque le département d'accueil participe à l'expérimentation. Dans ce cas, il n'est plus nécessaire d'instruire un dossier d'APAE et aucune facturation au titre de la dépendance ne sera adressée au département domicile de secours (hormis le cas où la participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie devrait être couverte par l'aide sociale à l'hébergement).

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

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

- Le tableau d'annexe financière ;

- Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés.

Deux colonnes relatives aux FGU sont créées, afin d'y saisir la consolidation des charges et des produits, équivalents temps plein (ETP) ou rémunérations afférentes 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, ne contiennent pas d'évolution liée à la création du FGU.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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