



PREMIER MINISTRE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières et de la modernisation
Bureau gouvernance du secteur social et médico-social
Personne chargée du dossier :
M. Olivier COURSAN
Tél. : 01 40 56 88 83
Courriel : olivier.coursan@social.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soin
Bureau des établissements de santé et médico-sociaux
Personne chargée du dossier :
M. Charles RIGAUD
Tél. : 01 40 56 46 15
Courriel : charles.rigaud@sante.gouv.fr

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Direction des établissements et services médico-sociaux
Pôle allocation budgétaire
Personne chargée du dossier :
M. Najib EL AMRAOUI
Tel. : 01 53 91 21 76
Courriel : najib.elamraoui@cnsa.fr

La ministre des solidarités et de la santé
La secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées
La directrice de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

à

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

INSTRUCTION N°DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2019/100 du 25 avril 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : SSAA1912922J

Classement thématique : établissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP le 12 avril 2019 - Visa CNP 2019-27

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Document opposable : oui

Date de déclaration d'opposabilité : 25 avril 2019

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La présente instruction a pour objet de préciser les orientations pour l'exercice budgétaire 2019 dans les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Elle présente, d'une part, les priorités d'action dans le champ médico-social et, d'autre part, la détermination et les modalités de gestion des enveloppes déléguées aux agences régionales de santé.

Mots-clés : actualisation, autorisations d'engagement (AE), convention tripartite (CTP), convergence tarifaire, coupe Pathos, création de places, crédits de paiement (CP), crédits non reconductibles (CNR), dotations régionales limitatives (DRL), équipes spécialisées Alzheimer (ESA), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements et services médico-sociaux (ESMS), fonds d'intervention régional (FIR), SEPPIA, HAPI, loi de financement de sécurité sociale (LFSS), médicalisation, mesures catégorielles, mesures nouvelles, objectif global de dépenses (OGD), objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), option tarifaire, plan Alzheimer, plan autisme, plan de solidarité grand âge (PSGA), plan pluriannuel de création de places pour personnes handicapées (PPCPH), schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour handicaps rares, stratégie quinquennale d'évolution de l'offre, système d'information, valeur de points plafond

Textes de référence :

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

Article 12-II de la loi n°2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation de finances publiques pour les années 2014 à 2019 ;

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°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 ;

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 ;

Instruction N°DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique et à la procédure d'orientation et de prise en charge des personnes accueillies dans des ESMS situés sur le territoire wallon ;

Instruction N°DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap ;

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 ;

Circulaire N°DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 ;

Circulaire interministérielle N° DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017 et instruction interministérielle N° DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2018/36 du 14 février 2018 relatives aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié ;

Instruction interministérielle N°DGCS/SD3B/DGOS/DGS/CNSA/2019/44 du 25 février 2019 relative à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement

2018-2022 ; Note complémentaire à l'instruction N°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé – Fiche annexe « indicateurs de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale ».
Textes abrogés : /
Textes modifiés : /
Annexes : Annexe 1 : Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS Annexe 2 : Financements complémentaires des EHPAD et neutralisation des soldes de convergence négatifs pour l'année 2019 Annexe 3 : Les systèmes d'information pour le suivi de la programmation et l'allocation de ressources Annexe 4 : La gestion des disponibilités temporaires et des crédits non reconductibles (CNR) Annexe 5 : Poursuite de l'accueil de volontaires en service civique au sein des établissements qui accueillent des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et développer la prise en charge de personnes en parcours emploi compétences (PEC) au sein des EHPAD Annexe 6 : Enquêtes 2019 Annexe 7 : Tarifs plafonds applicables aux ESAT en 2019 Annexe 8 : Cadrage des éléments financiers des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes en situation de handicap (ESSMS PH) Annexe 9 : Affectation des résultats et traitements des dépenses neutralisées ou rejetées Annexe 10 : Répartition régionale des crédits d'emploi accompagné (P157)
Tableaux (CNSA) : Tableau 1 et 1bis : Détermination de la base initiale au 1er janvier 2019 (PA et PH) Tableau 2 et 2bis : Calcul des dotations régionales limitatives 2019 (PA et PH) Tableau 3 et 3 bis : Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2019 (PA et PH)
Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

La présente instruction définit le cadre de la campagne budgétaire 2019 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Elle présente les priorités d'actions à décliner dans la politique régionale d'allocation de ressources, en accord avec vos priorités globales de santé et les éléments d'évolution de l'objectif global de dépenses (OGD) pour 2019.

La campagne budgétaire 2019 repose, en construction, sur un taux de progression¹ de l'OGD de +2,66% intégrant une évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de +2,19% (au sein d'un ONDAM global qui progresse de +2,5%) et un apport sur fonds propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 237 M€ tel que présenté en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019.

Le niveau d'exécution de l'ONDAM 2018 constaté en mars 2019 a permis de relever la dotation de l'ONDAM médico-social pour 2018 de 80 M€.

Comme les années antérieures, en application des dispositions de l'article 12-II de la loi n°2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution, qui s'élève pour 2019 à 150 M€ sur l'OGD, ne remet pas en cause la couverture des besoins en crédits de paiement (CP) exprimés par les Agences régionales de santé (ARS) en matière de création de places.

¹ Hors impact de la rectification de l'ONDAM 2018 en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Dans le domaine du handicap, l'année 2018 a notamment été marquée par la généralisation de la démarche « réponse accompagnée pour tous », la mise en œuvre de la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale, la structuration d'une gouvernance nationale et d'un pilotage global de la transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap et par l'annonce de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. L'année 2019 s'inscrit dans la poursuite de ces actions.

Dans le secteur des personnes âgées, l'année 2018 a été marquée par l'annonce par la ministre des solidarités et de la santé, le 30 mai 2018, de la feuille de route « Grand âge et autonomie ». Les engagements fixés pour l'année 2018 ont été tenus et sont reconduits pour 2019. Cette feuille de route complète la stratégie nationale de santé, le plan d'amélioration d'accès aux soins et le développement de la télémédecine que vous mettez en œuvre à travers les plans régionaux de santé (PRS) de nouvelle génération. Elle prévoit notamment l'accélération de la convergence des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin de leur permettre d'atteindre plus rapidement leur forfait soins cible, dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD.

Par ailleurs, afin de tenir compte de la situation de certains établissements fortement impactés par la convergence sur le tarif dépendance engagée en 2017, le mécanisme de neutralisation de la convergence négative sur les forfaits soins et dépendance mis en place en 2018 est reconduit en 2019.

L'année 2019 s'inscrit également dans la poursuite de la mise en œuvre des textes d'application de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) ainsi que par la poursuite des actions du Plan maladies neurodégénératives (PMND).

Au-delà de ces mesures, la concertation Grand âge et autonomie lancée en octobre 2018 va permettre de préparer un projet de loi en 2019, comme annoncé par le Président de la République, afin de relever le défi du vieillissement et préparer l'avenir.

Depuis l'année 2018, le secteur médico-social est intégré au Plan ONDAM 2018-2022 qui permet l'appui à la transformation du système de santé. Il vise à garantir la pérennité du système de santé ainsi que l'amélioration de la qualité des prises en charge dans une logique d'efficacité de la dépense. Cette inclusion vous permet d'être accompagné dans le déploiement d'efforts d'efficacité et de restructuration du secteur.

Enfin, il vous est rappelé que les sous-objectifs « personnes âgées » et « personnes en situation de handicap » de l'ONDAM sont votés et suivis distinctement. Ceci implique que la répartition des montants entre régions est opérée par champ et que, dans le cadre exclusif de la tarification, aucune fongibilité entre enveloppes ne peut être réalisée.

1. PRIORITES D'ACTIONS ET EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES NOTABLES DANS LE CHAMP DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO SOCIAUX

1.1. Secteur « personnes en situation de handicap »

1.1.1. L'accélération de la transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap

La transformation massive et accélérée de l'offre d'accompagnement des enfants et des adultes en situation de handicap, afin de développer des réponses inclusives, faciliter les parcours de vie et s'inscrire dans une organisation territoriale plus intégrée, est à la fois une exigence sociétale et un objectif politique majeur. En février 2018, par note complémentaire à l'instruction N°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé, la Secrétaire d'Etat en charge des personnes en situation de handicap a demandé aux directeurs généraux des ARS d'inscrire la transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap dans les Programmes régionaux de santé (PRS), outils privilégiés de rationalisation de l'offre et d'amélioration de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins identifiés, en y intégrant trois indicateurs marqueurs de cette transformation de l'offre :

- La réduction de 20% par an du nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton, sur la durée du PRS ;
- L'augmentation à 50% du taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés d'ici à 2020, et à 80% au terme du PRS ;

- L'augmentation de la part des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire dans l'offre médico-sociale à 50% au terme du PRS.

L'annexe 16 de l'instruction budgétaire 2018 indique également les autres indicateurs établis avec les ARS permettant de suivre l'évolution de l'ensemble des objectifs de la transformation de l'offre.

Vous êtes ainsi invités à décliner ces objectifs quantifiés dans vos PRS, dont la mise en œuvre sera suivie chaque année lors des dialogues de gestion DGCS, CNSA et ARS.

Un certain nombre de leviers a été mis à votre disposition ces dernières années pour accélérer ce mouvement de transformation de l'offre médico-sociale : les contrats pluriannuels d'objectif et de moyen (CPOM), tels que prévus par l'article L. 313-12-2 du CASF, la réforme de la nomenclature médico-sociale et l'opposabilité des critères PRS.

Cependant, les résultats des dernières enquêtes réalisées fin 2018 mettent en exergue un retard conséquent sur la programmation des CPOM ainsi qu'un défaut d'appropriation de la nouvelle nomenclature pour les nouveaux arrêtés d'autorisation pris à compter de 2018. Nos services sont à votre disposition pour faciliter l'appropriation de ces réformes par vos équipes et vos partenaires.

Par ailleurs, en termes d'outillage, les nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN-PH peuvent être un support utile. Elles permettent, en effet, une structuration pour décrire de façon partagée les besoins en matière de santé, d'autonomie et de participation sociale des personnes et les prestations nécessaires en termes de réponses, tant au plan individuel que collectif.

Cette transformation de l'offre médico-sociale s'inscrit à la fois dans le cadre de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap (2017-2021) et de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement (2018-2022). Elle doit notamment favoriser, par le renforcement de la coopération entre les professionnels médico-sociaux et ceux de l'éducation nationale au sein des établissements scolaires, la construction de l'école inclusive conformément aux propositions de l'ensemble des participants à la concertation Ensemble pour l'école inclusive, remises le 11 février dernier.

• **La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale**

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale est dotée d'une enveloppe de 180 M€, dont 20 M€ dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS) pour les Outre-mer, et 160 M€ répartis entre l'ensemble des régions pour accompagner le développement quantitatif et la transformation de l'offre (AE CNH). Les orientations pour l'emploi de cette enveloppe dans votre programmation ont été définies dans la circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

En 2016, une première tranche d'autorisations d'engagement (AE) vous a été déléguée, par notification du 23 décembre 2016 (visa CNP 2016-198), pour un montant total de 59 M€, dont 14 M€ au titre de l'enveloppe SNS Outre-mer et 45 M€ au titre de l'enveloppe de 160 M€.

En 2018, une deuxième tranche d'AE vous a été notifiée dans le cadre de l'instruction budgétaire N° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 (visa CNP 2018-29), pour un montant total de 36,4 M€, dont 6 M€ au titre de l'enveloppe SNS Outre-mer et 30,4 M€ au titre de l'enveloppe de 160 M€.

Au 31 décembre 2018, vous aviez consommé ou prévu de consommer plus de la moitié de cette enveloppe, dont 41,8 M€ au titre du volet polyhandicap et 23,5 M€ au titre de celui du handicap psychique. Vous veillerez à achever votre programmation de ces crédits en 2019.

Une troisième et dernière tranche d'un montant de 84,6 M€ (59,6 M€ + 25 M€) vous est notifiée dans le cadre de la présente instruction. Elle correspond au reliquat de l'AE prévue pour la période 2019-2020. Elle vient alimenter l'allocation des moyens financiers dévolus à la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre. La part de 25 M€ devra être fléchée plus particulièrement sur le renforcement de soins infirmiers notamment la nuit pour les publics polyhandicapés (cf. § relatif à la poursuite des volets handicap psychique et polyhandicap de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale) ainsi que sur l'installation de plateformes de répit pour les personnes en situation de handicap, dont les personnes autistes.

- **La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement**

La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, qui s'inscrit dans le mouvement général de transformation de l'offre médico-sociale a, quant à elle, fait l'objet d'une instruction interministérielle N°DGCS/SD3B/DGOS/DGS/CNSA/2019/44 du 25 février 2019 qui précise les modalités de mise en œuvre de ce plan et d'une délégation de crédits afférente.

Ainsi, dans le cadre de la présente instruction, une délégation sous forme d'AE d'un montant total de 106,7 M€ pour la période 2018-2022 vient abonder le droit de tirage des ARS et vous permettra de structurer votre programmation sur toute la durée du plan. Afin de vous aider à impulser des projets dès cette année, une première tranche de 24,8 M€ de CP viennent abonder automatiquement vos DRL 2019.

Afin de pouvoir assurer un suivi précis de l'évolution de vos besoins et de la réalisation de vos projets, toutes ces tranches d'AE doivent être traduites en programmation et en installation dans l'application SEPPIA.

1.1.2. La poursuite et le développement des actions initiées

- **La poursuite des volets handicap psychique et polyhandicap de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale**

S'agissant du volet handicap psychique, vous poursuivrez les actions inscrites dans la circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap, en cohérence avec vos PRS, pour atteindre les quatre grands objectifs de cette stratégie relatifs : au soutien par les pairs, à l'accompagnement des personnes vers et dans l'emploi, à l'accès à un logement autonome, et à l'amélioration de l'accompagnement médico-social des personnes en situation de rupture de parcours ou de non-recours. Vous veillerez particulièrement au développement des solutions les plus inclusives et au décloisonnement des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap psychique et à leur inscription au sein des projets territoriaux de santé mentale en cours d'élaboration. Cette démarche s'inscrit dans la perspective de parcours de santé fondés sur le projet de vie des personnes concernées, prenant en compte leurs besoins et aspirations, et minorant les ruptures.

Le déploiement du volet polyhandicap doit, quant à lui, se poursuivre pour renforcer l'offre d'accueil et d'accompagnement à travers la mise à disposition de modes d'accompagnement plus souples, tels que l'accueil séquentiel et de répit, permettant des liens familiaux et un appui médico-social de qualité. Un effort tout particulier devra être fait pour assurer des interventions de soins infirmiers 24 heures sur 24 dans les établissements médico-sociaux en charge des personnes polyhandicapées. Vous serez également attentifs, en lien avec les établissements et services concernés et conformément aux priorités du comité de pilotage national, à l'amélioration de l'accès aux apprentissages et la scolarisation des enfants polyhandicapés alors que trois quart d'entre eux ne sont pas scolarisés, et le développement de la mise à disposition des enfants et adultes accompagnés de moyens de communication adaptés.

- **La poursuite du développement des pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE)**

Le PCPE est un dispositif pérenne, souple et modulaire. Il s'adresse à toute personne en situation de handicap pour soutenir son projet de vie en milieu ordinaire dans un objectif inclusif. Il peut, en outre, délivrer des prestations à des personnes ne bénéficiant pas d'une orientation adaptée et qui pourraient trouver, par ce dispositif, une meilleure réponse à leurs besoins.

Vous accorderez une attention particulière à la poursuite de leur développement afin de couvrir l'ensemble des territoires pour atteindre la cible de 200 PCPE en 2020.

Pour rappel, le PCPE est financé par des crédits CNH mais également par des crédits du dispositif « situations critiques » et prévention des départs en Belgique (cf. § ci-après).

- **La résolution des situations critiques et la prévention des départs en Belgique**

Le bilan du dispositif « situations critiques », réalisé annuellement dans le cadre de la circulaire N° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes en situation de handicap enfants et adultes, a permis d'objectiver les besoins permettant l'adaptation des réponses en proximité.

L'instruction du 22 janvier 2016 a mis en place un dispositif de prévention des départs non souhaités vers la Belgique (Wallonie), portant une attention particulière à la recherche de solutions nationales avec l'accord des intéressés. Le plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique a bénéficié, depuis 2016, de crédits d'amorçage à hauteur de 10 M€ en 2016, 5 M€ en 2017, doublés en 2018 pour atteindre un montant total de 30 M€.

15 M€ supplémentaires sont prévus en 2019 afin de permettre le financement de solutions individuelles (situation qualifiée de critique, accompagnement inadéquat ou cas complexe) et contribuer à la dynamique générale de l'évolution de l'offre.

L'annexe 1 précise les modalités de suivi et de répartition des crédits entre les régions. Leur utilisation doit notamment permettre :

- la création de solutions adaptées dans des ESMS visant notamment l'amélioration de l'accompagnement des « comportements problèmes » ;
- les interventions directes de professionnels spécialisés dont les modalités non exhaustives vous ont été précisées par l'instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des PCPE pour les personnes en situation de handicap ;
- les renforts de personnels dans les ESMS en proximité du domicile des personnes accompagnées ou de leur famille, notamment dans le cadre des accueils dérogatoires visant à éviter les ruptures de parcours.

Si le nombre d'enfants accueillis dans des établissements wallons conventionnés est stable, le nombre d'adultes en situation de handicap accueillis en Belgique continue de progresser. Il s'établissait à 6 109 personnes au 31 décembre 2017, en hausse de +374 personnes.

La prévention des départs contraints en Belgique et la question des alternatives sont inscrites dans les chantiers nationaux de la conférence nationale du handicap (CNH) 2019. Le groupe de travail relatif à la prévention des départs non souhaités en Belgique a pour objectifs de travailler sur leurs causes et motivations, sur les alternatives disponibles en France en lien avec la démarche « réponse accompagnée pour tous » ainsi que sur les outils de régulation conventionnels à développer.

• **La poursuite de la mise en œuvre du schéma handicap rare**

Dans l'attente de la finalisation du troisième schéma, les modalités et le financement du deuxième schéma national 2014-2018 sont poursuivis en 2019. L'exploitation des données qualitatives et quantitatives, recueillies lors des dialogues de gestion en février 2019, a permis de préciser l'offre restant à installer au titre du 2^{ème} schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018.

Il vous est donc demandé de poursuivre la mise en œuvre de ce schéma et d'exercer une vigilance particulière sur l'exactitude et la mise à jour des dates prévisionnelles d'installation des projets dans SEPPIA.

1.1.3 Le développement de nouvelles solutions inclusives

• **L'emploi accompagné**

La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement prévoit un doublement des crédits affectés aux dispositifs d'emploi accompagné.

Le financement de l'Etat est inscrit en loi de finance initiale (LFI) à hauteur de 7 M€ en 2019. Il atteindra 10 M€ en 2020, soit 5 M€ de crédits nouveaux par rapport à 2018. Dans le même temps, en 2019, l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH) portera son financement de 2 M€ à 4,4 M€ en 2019, puis à 6 M€ en 2020, tandis que le fonds pour l'insertion des personnes en situation de handicap dans la fonction publique (FIPHFP) mobilisera un financement de 1,1 M€ à compter de 2019 (contre 0,6 M€ en 2018).

Ces engagements doivent encourager la signature de conventions pluriannuelles de financement.

Au titre de la participation de l'Etat et compte tenu de la réserve de précaution de 3%, 6,7 M€ de crédits vous sont délégués pour 2019 et rattachés en budget annexe au Fonds d'intervention régional (FIR). Le financement global des dispositifs s'élèvera ainsi à 12,5 M€ pour 2019 avec la participation financière des fonds. Vous trouverez en annexe 10, le tableau de répartition par région des crédits délégués, ainsi qu'un bilan au 31/12/2018 du déploiement du dispositif établi sur la base des remontées d'informations collectées par l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA).

Les crédits supplémentaires mobilisés dans le cadre de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ne sont pas dédiés exclusivement à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme mais doivent permettre :

- o une prise en charge de ce public dans les dispositifs qui seront conventionnés, en veillant à ce qu'ils disposent, à cet effet, de professionnels formés à l'accompagnement des personnes autistes. Il vous reviendra de vous en assurer lors de l'examen des offres reçues en réponse aux appels à candidature auxquels vous vous livrez avec vos partenaires ;
- o une couverture généralisée du territoire à la fin 2020.

- **L'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées**

Vous soutiendrez le développement de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, introduit par l'article 129 de la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) qui a créé un forfait « habitat inclusif ». Les textes d'application devraient paraître d'ici la fin du 2^{ème} trimestre 2019 ainsi qu'une instruction dédiée qui prévoira les délégations de crédits.

Afin de financer ce forfait pour l'habitat inclusif, la CNSA délègue une partie des crédits de la section V de son budget aux ARS, qui décideront ensuite des projets pouvant bénéficier du forfait. Pour l'année 2019, l'enveloppe dédiée s'élève à 15 M€. Une partie des crédits devra être consacrée à des habitats inclusifs pour personnes autistes (la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement de mars 2018 prévoit, en effet, une enveloppe de 6 M€ de 2019 à 2021, correspondant à un habitat inclusif « autisme » par département). Pour les autres habitats, vous fixerez vos priorités en termes de publics selon les axes de votre PRS.

1.2. Secteur « Personnes âgées »

Pour faire face au défi du vieillissement, et face au malaise exprimé par les professionnels du secteur en 2018, la feuille de route « Grand âge et autonomie » présentée le 30 mai 2018 s'inscrit dans une double perspective. Il s'agit d'abord de répondre aux besoins immédiats à travers des mesures de mises en œuvre à court et moyen terme (2018-2020). Trois grands axes sont alors développés dans ce cadre, parmi eux, plusieurs mesures présentées dans cette instruction :

1. Les moyens des EHPAD sont renforcés pour accroître les personnels soignants et moderniser les établissements ;
2. Des dispositifs innovants sont déployés pour améliorer l'accès aux soins et le parcours de santé des personnes âgées en EHPAD comme à domicile ;
3. Des solutions nouvelles sont initiées pour renforcer la prévention, le soutien à domicile et l'appui aux aidants.

Par ailleurs, et en lien avec les actions du secteur du handicap, une ambition forte est consacrée au développement de l'habitat inclusif.

1.2.1 Convergence tarifaire des EHPAD

La montée en charge de la réforme de la tarification des EHPAD est accélérée pour les financements relatifs aux soins, en application de l'article 64 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. La période transitoire de convergence tarifaire des forfaits soins, prévue à l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, est désormais fixée de 2017 à 2021.

Le rythme de convergence des forfaits soins est ainsi porté de 7 à 5 ans afin que l'ensemble des établissements atteigne leur niveau de ressources cible correspondant à l'application de l'équation tarifaire dite « GMPS » en 2021 au lieu de 2023. L'accélération de la convergence tarifaire va permettre aux EHPAD présentant un niveau de financement inférieur au forfait soins cible de bénéficier plus rapidement de moyens supplémentaires, visant principalement à renforcer la présence de personnels soignants auprès des résidents.

En parallèle, la neutralisation temporaire des convergences négatives des forfaits soins et dépendance mise en place en 2018 se poursuit en 2019, conformément aux engagements de la ministre des solidarités et de la santé (cf. § relatif à la neutralisation de la convergence négative).

1.2.2 Priorités d'emploi des financements complémentaires

Outre les financements complémentaires prévus pour financer les modalités d'accueil particulières (accueil de jour, hébergement temporaire, plateformes d'accueil et de répit), des crédits sont également alloués aux ARS pour accompagner les projets de modernisation et de restructuration des établissements, soutenir les démarches d'amélioration de la qualité de prise en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents.

- **Les financements complémentaires pour le financement des modalités d'accueil particulières au titre du I de l'article R. 314-163 du CASF**

Le dispositif d'**hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation** consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie sortant des urgences ou d'hospitalisation, un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours. Il s'agit de mieux préparer le retour à domicile de la personne tout en la maintenant dans un cadre sécurisé avec la présence de soignants ou organiser son orientation vers une nouvelle structure d'accueil.

Pour ces places d'hébergement temporaire, l'assurance maladie prend en charge une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement du séjour d'hébergement temporaire. Ce financement supplémentaire a pour but de ramener le reste à charge journalier pour le résident à un niveau équivalent au montant du forfait journalier hospitalier, soit 20 € par jour en 2019 contre environ 70 € en moyenne. La compensation de près de 50 € vise, notamment, à rendre l'offre d'hébergement temporaire plus accessible, faciliter et sécuriser les sorties d'hospitalisation pour les personnes âgées en perte d'autonomie, en limitant les durées moyennes de séjour à l'hôpital et en évitant de nouvelles hospitalisations.

Dès 2019, jusqu'à 1 000 places seront réservées, au sein de l'offre existante, à ce dispositif pour un montant de 15 M€ financés par l'assurance maladie. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure par les ARS seront détaillées dans la circulaire FIR 2019.

- **Les financements complémentaires au titre du II de l'article R. 314-163 du CASF**

- o **Crédits complémentaires dédiés à la prévention en EHPAD :**

Les crédits complémentaires dédiés à la prévention, d'un montant de 30 M€ en 2019, seront prioritairement fléchés vers des actions ciblées sur l'activité physique adaptée, la santé buccodentaire, la prise en charge des troubles psycho-comportementaux et de la dépression, la prévention de la dénutrition, la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et le risque de chute.

Ces actions, en priorité collectives, veilleront à entrer en cohérence avec les financements alloués dans le cadre des conférences des financeurs. Elles pourront, par ailleurs, entrer dans le cadre des évolutions prévues par le décret en cours d'élaboration relatif à l'élargissement du pouvoir de prescription du médecin coordonnateur, notamment en matière d'évaluation gériatrique globale.

- o **Astreintes infirmières de nuit en EHPAD :**

Dans la continuité du plan pluriannuel de mise en place d'astreintes infirmières de nuit dans les EHPAD initié en 2018, qui s'inscrit dans un volet de la LFSS pour 2018 spécifique à la prise en compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, une deuxième tranche de 10 M€ est allouée en 2019 dans le

cadre des financements complémentaires. Ces financements sont répartis sur la base d'une astreinte pour 5 EHPAD selon les modalités précisées en annexe 1. Ils ont vocation à pérenniser les dispositifs expérimentaux existants et/ou mettre en place de nouveaux dispositifs. Il vous est toutefois possible d'adapter les modalités de mise en œuvre concrètes de ce dispositif au niveau régional.

o Neutralisation de la convergence négative :

La neutralisation des effets négatifs des convergences des forfaits soins et dépendance mis en place en 2018 se poursuit en 2019.

Comme annoncée par la ministre des solidarités et de la santé, vous disposez d'une enveloppe de 46,6 M€ de financements complémentaires pour mettre en œuvre cet accompagnement en 2019, dont 29 M€ déjà délégués en 2018 et 17,6 M€ de mesures nouvelles.

A cet effet, vous prendrez l'attache des Conseils départementaux et identifierez conjointement les établissements impactés par une convergence à la baisse. Vous mettrez en œuvre, par la suite, la neutralisation selon les critères et modalités précisés en annexe 2.

1.2.3 Financement du changement d'option tarifaire vers le tarif global pour les EHPAD

Une enveloppe de 20,2 M€ est prévue en 2019 pour accompagner, de manière encadrée et limitative, le changement d'option tarifaire des établissements dont le projet répond aux objectifs en matière de qualité et d'efficience du système de santé fixés dans le PRS de chaque ARS.

Cette enveloppe est destinée principalement aux EHPAD ayant opté pour le tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur (PUI), compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficience des soins. Toutefois, pour ne plus pénaliser les ARS arrivées au bout de ce processus de mutation, le nouveau critère de répartition, voté par le Conseil de la CNSA le 4 décembre 2018, permet d'élargir ce périmètre aux EHPAD ayant opté pour le tarif partiel sans PUI.

Les modalités d'application de ce nouveau critère vous sont précisées en annexe 1.

1.2.4 Accompagnement des petites unités de vie (PUV) dans le passage au forfait soin

En amont de l'enquête réalisée dans le cadre de la présente instruction (cf. annexe 6), une première enveloppe de 3,1 M€ de CNR est déléguée afin d'accompagner la structuration de cette offre de proximité pour répondre aux besoins spécifiques de certains territoires.

La répartition des montants délégués pour 2019 est précisée en annexe 1.

2 ELEMENTS D'EVOLUTION DE L'OBJECTIF GLOBAL DES DEPENSES (OGD) A DECLINER DANS LES EXERCICES BUDGETAIRES REGIONAUX

2.1. Modalités de détermination des dotations régionales limitatives (DRL)

2.1.1 Revalorisation de la masse salariale et de l'effet prix

L'actualisation des moyens au sein des ESMS se traduit par un taux d'évolution global de +0,8% pour l'ensemble du champ médico-social, soit un taux d'évolution de +0,89% pour le secteur des personnes âgées et de +0,75% pour le secteur des personnes en situation de handicap.

Lors de la conférence salariale du 14 février 2019, un taux d'évolution de +1% de la masse salariale a été annoncé pour tous les établissements sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif, quel que soit le secteur d'activité (PA / PH, hébergement et insertion, majeurs protégés, protection judiciaire de la jeunesse, aide sociale à l'enfance, aide à domicile...), tous financeurs confondus (assurance maladie, Etat, collectivités territoriales). Pour rappel, le taux d'actualisation de la masse salariale est un taux moyen commun à l'ensemble des conventions collectives du secteur privé non lucratif que vous pouvez moduler en fonction de la situation financière propre à chaque établissement.

Ce taux d'évolution intègre un effort d'efficience de 50 M€ au titre du plan ONDAM 2018-2022 qu'il vous incombe de mettre en œuvre (cf. § relatif à la mise en œuvre d'économies imputées sur le taux de reconduction).

Dans le cadre de la procédure budgétaire que vous mènerez avec chaque établissement, l'application de ce taux doit être modulée en fonction de la situation propre à chaque ESMS. Concernant les établissements sous CPOM, le taux d'actualisation que vous appliquerez à la dotation globalisée de financement sera réalisé, dans le respect de votre DRL, en fonction de la trajectoire définie dans le contrat. Cette modulation n'est pas applicable aux places d'hébergement permanent des EHPAD puisque l'actualisation est intégrée dans le calcul automatique de leur tarif soins dans le cadre de la convergence vers le tarif cible.

Au-delà de cette base d'évolution, le secteur bénéficiera en 2019 des allègements généraux renforcés de cotisations sociales, qui entrent en vigueur en octobre. Ce gain, qui est pérenne, se cumulera en 2019 avec les restitutions faites au secteur non lucratif au titre du crédit d'impôt de taxe sur les salaires. Il n'est pas envisagé de reprise du CITS, laissant aux établissements la liberté de mobiliser les marges de manœuvre nées des restitutions 2017 et 2018 du CITS.

Par ailleurs, il est rappelé que la LFSS pour 2018 a supprimé la procédure nationale d'agrément préalable des accords locaux des ESMS dès lors qu'ils sont signataires d'un CPOM mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 et à l'article L. 313-12-2. Cette disposition entraîne, par conséquent, la fin de l'opposabilité financière de ces accords aux autorités de tarification pour les établissements inclus dans un CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 et à l'article L. 313-12-2.

Vous trouverez en annexe 1 et tableaux afférents les éléments décomposant la structure des crédits d'actualisation.

2.1.2 Mise en œuvre d'économies imputées sur le taux de reconduction

Dans le cadre du Plan ONDAM 2018 - 2022 et du CPOM Etat-ARS, il vous est demandé de poursuivre le développement du plan d'action régional demandé lors de la campagne budgétaire 2018. Ce plan a pour objectif d'atteindre le montant d'économies déduit du tendanciel, en garantissant la réponse aux besoins des structures et le respect de votre DRL. Pour mémoire, ce plan est articulé autour de 3 axes :

- La rationalisation et l'objectivation renforcées du pilotage financier (généralisation et exploitation du tableau de la performance dans le secteur médico-social, développement de la contractualisation) ;
- La recherche de coopérations, regroupements et mutualisations notamment portées par les CPOM ;
- Le développement d'une fonction achat plus efficiente (achats groupés, etc.).

Les actions que vous pourrez inscrire dans votre plan régional doivent faciliter l'atteinte des objectifs d'efficience qui, budgétairement, sont déjà pris en compte dans la construction de vos DRL.

2.1.3 Orientations pour l'emploi des crédits non reconductibles et pour la gestion des résultats (reprise d'excédents / de déficits)

Le mode de budgétisation en AE et CP commence à produire ses effets sur le niveau des crédits non reconductibles (CNR).

Après une augmentation entre 2016 et 2017 (le volume des CNR est passé de 330 M€ en 2016 à 416 M€ en 2017), les CNR se sont stabilisés en 2018 pour atteindre 413 M€, en neutralisant les financements complémentaires des EHPAD.

Toutefois, la réforme engagée sur la tarification des ESMS PA, plus particulièrement sur le champ des EHPAD et des PUV, ne sera pas sans conséquence sur le niveau des CNR en 2019. La dérogation permettant d'inclure dans les forfaits soins en 2017 et 2018 des reports à nouveau au titre des résultats des exercices 2015 et 2016 arrive à son terme. Vous porterez une attention particulière au calibrage de vos orientations budgétaires qui devront respecter l'aspect limitatif de votre dotation régionale.

Par ailleurs, il est rappelé que les CNR doivent être utilisés uniquement pour le financement de mesures ponctuelles et que leur processus d'allocation doit s'appuyer sur un examen précis des demandes des établissements au regard de la stratégie régionale affichée dans le rapport d'orientation budgétaire (ROB). Ils ne doivent en aucun cas se substituer à des financements pérennes. Les modalités d'utilisation des CNR vous sont rappelées en annexe 4. Vous veillerez à assurer strictement la traçabilité de ces crédits dans l'applicatif HAPI et dans l'enquête tarifaire.

2.2 Anciens plans personnes âgées / personnes en situation de handicap

Comme l'ont confirmé les données exploitées lors des dialogues de gestion DGCS, ARS et CNSA 2019, des places restent à installer au titre des plans précédents (plan pluriannuel de création de places handicap 2008-2012, 3^{ème} plan autisme 2013-2017, schéma handicap rare 2014-2018, plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, etc.). Il vous est donc demandé de poursuivre la réalisation de ces plans et d'exercer une vigilance accrue sur la mise à jour des dates prévisionnelles et effectives d'installation des projets dans l'application SEPPIA.

2.3 Qualité de vie au travail

Les profondes mutations dont a fait l'objet le secteur médico-social ces 15 dernières années ont aujourd'hui un impact sur la QVT ressentie par les professionnels, ce qui peut avoir des répercussions sur la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes accueillies et à leurs familles. Il en découle également un défaut d'attractivité des métiers dans un secteur marqué par une sinistralité élevée et de forts taux d'absentéisme et de rotation des professionnels. Ce secteur va devoir faire face à des évolutions sociodémographiques importantes liées notamment à l'accroissement de la population âgée conjugué à une augmentation du niveau de dépendance et du besoin de soins et à la prévalence importante des maladies chroniques et des poly-pathologies liées au vieillissement.

C'est en s'appuyant sur ces constats, et dans la continuité des travaux pilotés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre de la stratégie nationale « prendre soin de ceux qui soignent », que la stratégie nationale pour l'amélioration de la QVT dans les établissements médico-sociaux a été lancée.

Pour mémoire, en 2018, afin d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de démarches de QVT, toutes les ARS se sont vu déléguer des crédits pour piloter, en lien avec les Agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), une expérimentation visant la mise en place de « clusters » médico-sociaux. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) apporte son appui à la DGCS pour la coordination nationale de cette démarche et son évaluation. Les « clusters » ont commencé leurs travaux en janvier 2019 pour une évaluation prévue à la fin du 1er semestre 2020.

En juillet 2018, la ministre des solidarités et de la santé a également lancé l'Observatoire national de la QVT chargé de produire des connaissances et des recommandations en réalisant une veille bibliographique, en valorisant des travaux de recherche et publications et en recueillant les enquêtes réalisées sur le terrain. Les rapports de la commission nationale QVT (EMS et services à domicile) ainsi que d'autres ressources relatives à la promotion de la QVT peuvent être consultés sur le site du ministère des solidarités et de la santé dans la rubrique dédiée à l'observatoire national QVT (Site de l'observatoire : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/>).

Pour 2019, et comme cela avait été le cas en 2018, 13 M€ de financements complémentaires ont été inscrits dans vos DRL, à titre non reconductible, afin de soutenir des démarches de QVT (achats de matériel, formations, remplacement) : à hauteur de 9 M€ pour les ESMS pour personnes âgées et de 4 M€ pour les ESMS pour personnes en situation de handicap.

L'attribution de ces crédits pourra être travaillée avec les autres financeurs potentiels en vue de promouvoir une action concertée de promotion de la QVT (CARSAT, DIRECCTE, Conseils départementaux). Pour mémoire, depuis 2018, l'application HAPI a été modifiée pour permettre de suivre ces crédits.

Afin d'animer les démarches d'amélioration de la QVT au niveau territorial, la DGCS et la DGOS ont souhaité constituer un réseau de référents QVT en ARS. Ce réseau, transversal aux champs sanitaire et médico-social, s'est réuni pour la première fois en décembre 2018. Il se réunira trois fois par an. Ce réseau se veut transversal, en vue d'appréhender la question de la QVT d'un point de vue global incluant le

sanitaire et le médico-social. Pour la DGCS, il sera également le lieu propice aux échanges sur les « clusters » médico-sociaux.

2.4 CNR nationaux

2.4.1. Permanents syndicaux

Les crédits relatifs à la mise à disposition de permanents syndicaux font l'objet d'une identification au titre de chaque exercice par la DGCS. Ces crédits, délégués aux ARS, servent à compenser, pour les ESMS concernés, la mise à disposition de salariés auprès d'une organisation syndicale ou une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective (ou accord collectif de branche étendu).

L'année 2018 a été marquée par des modifications en matière de représentativité des organisations syndicales. Les crédits délégués avaient donc été reconduits à l'identique de l'enveloppe 2017 pour cette période transitoire en attendant la parution de l'avenant fixant la répartition effective arrêtée par la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non-lucratif (BASS). En 2019, les crédits alloués sont révisés et prennent en compte la régularisation 2018 en fonction de la répartition effective arrêtée par la BASS. Pour mémoire, les crédits dédiés au financement des mises à disposition sont des CNR susceptibles de varier d'une année sur l'autre.

2.4.2. Gratifications de stage

Les crédits afférents aux gratifications de stage sont destinés à couvrir le coût des gratifications de stage versées par les ESMS pour personnes en situation de handicap dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux pour les stages d'une durée supérieure à deux mois.

Notifiés sur le champ « personnes en situation de handicap », ces crédits doivent être tarifés en CNR aux établissements accueillant ces stagiaires dans la mesure où la gratification est une dépense qui s'impose aux employeurs et qui a vocation à être prise en charge dans les budgets des établissements. Ces crédits spécifiques, d'un montant de 4,7 M€, figurent en tableau 2bis.

En lien avec les DR(D)JSCS, vous appellerez aux ESMS concernés l'importance de leur participation à la formation des professionnels du champ social, notamment via l'accueil de stagiaires, qui doit s'effectuer en partenariat étroit avec les établissements de formation. Il conviendra naturellement de s'assurer que les terrains de stage retenus concernant l'autisme respectent les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

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

2.4.3 La promotion de l'accueil des étudiants en service sanitaire au sein des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Depuis la rentrée 2018, un module de 6 semaines est inclus dans les maquettes de formation de 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, masso-kinésithérapie et soins infirmiers, incluant l'acquisition de ces compétences et des actions auprès de tous les publics. Le service sanitaire permet de diffuser, partout sur le territoire, des interventions de prévention conduites par des étudiants. Le service sanitaire comprend plusieurs étapes dont un temps pour délivrer des messages de prévention adaptés au public, animer des ateliers et participer à des actions. Il vous appartiendra de promouvoir l'accueil des étudiants en service sanitaire dans les établissements et services médico-sociaux avec un double enjeu de formation des professionnels et de prévention auprès des personnes les plus vulnérables.

2.5 Les études nationales de coûts (ENC)

Sur le champ des personnes en situation de handicap, une deuxième étude nationale de coûts (ENC) est lancée pour l'année 2019 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui assure l'opération pour le compte des deux responsables conjoints de traitement, la DGCS et la CNSA. Comme la

première ENC 2018, elle a pour but d'identifier les éléments expliquant les variations de coûts des accompagnements et de fournir des pistes d'analyse et de réflexion afin d'adapter le financement des ESMS. Elle a vocation à analyser les coûts des structures qui accompagnent des personnes en situation de handicap, par personne accompagnée. Cette étude tient compte des caractéristiques des personnes et des prestations délivrées par les établissements et services.

Afin de disposer d'éléments statistiquement significatifs, il est envisagé de retenir, comme pour la première étude, 300 structures, qui accueillent soit des adultes, soit des enfants handicapés.

Une compensation de 30 000 € sera allouée aux structures qui participeront à cette étude. Les modalités et le rythme de versement de cette dotation sont définis dans la convention liant chaque établissement et service participant à l'étude et l'ATIH. Les versements seront effectués directement par l'ATIH.

Sur le secteur des personnes âgées, les résultats des deux premières études de coûts relatives aux EHPAD ont été restitués respectivement en 2017 et 2018. Ces documents relatifs à 2016 sont disponibles sur le site de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/enc-ehpad-donnees-2016>.

Trois autres études sont par ailleurs en cours de réalisation :

- L'étude sur les données de l'année 2017 : une publication des résultats est prévue à la fin du premier semestre 2019 ;
- L'étude sur les données de 2018 : l'année 2018 a permis le recueil des données d'activité ; l'année 2019 est consacrée au recueil des données comptables. Les résultats seront disponibles courant 2020 ;
- L'étude sur les données 2019 : les données relatives à l'activité sont en cours de collecte.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales,
P/O La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

Signé

Jean-Martin DELORME

La ministre des solidarités et de la santé
Pour la ministre et par délégation,
P/O La directrice de la sécurité sociale

Signé

Marianne KERMOAL-BERTHOME

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre,
chargée des personnes handicapées
Pour la ministre et par délégation,
Le directeur général de la cohésion sociale

Signé

Jean-Philippe VINQUANT

P/O La directrice de la caisse
nationale
de solidarité pour l'autonomie

Signé

Frédéric LALOUE

ANNEXE 1
MODALITES DE DETERMINATION DES
DOTATIONS REGIONALES LIMITATIVES DES ARS

La présente annexe précise les modalités de fixation des dotations régionales limitatives (DRL). Leur montant est établi à partir du niveau de crédits reconductibles constaté au 31 décembre 2018, ajusté des opérations de périmètre qui ont pu intervenir fin 2018.

Ce montant ajusté est augmenté des mesures nouvelles retenues pour 2019. Ces DRL doivent ainsi vous permettre de réévaluer les dotations des ESMS en fonctionnement et d'accompagner l'installation de nouvelles places et de nouvelles structures en 2019, au regard des éléments que vous avez inscrits dans l'application SEPPIA.

1. L'établissement de la base régionale initiale, avant prise en compte des mesures nouvelles

Il s'agit d'établir le périmètre des dépenses à reconduire en 2019 dans vos DRL.

1.1. La réfaction des crédits non reconductibles nationaux

Les dotations notifiées à titre non reconductible en vue d'un usage défini par le niveau national au titre du seul exercice 2018 sont défalquées dans le calcul de la base régionale 2019.

Il s'agit des mesures allouées nationalement en 2018 au titre :

- de la compensation des mises à disposition des permanents syndicaux sur les 2 secteurs ;
- de la gratification de stage sur le secteur des personnes handicapées ;
- de la participation à des études nationales de coût et de l'accompagnement financier dédié à l'amélioration de la qualité de vie au travail en EHPAD.

1.2. La prise en compte des opérations de fongibilité

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

L'instruction N°DGOS/DGCS/DSS/R1/5C/1A/2018/266 du 21 décembre 2018 a prévu une refonte complète de ce dispositif pour en faire un véritable levier à la main des ARS permettant de faire évoluer la structure de l'offre de soins régionale, en réponse aux besoins de la population, par transformation des activités existantes.

En conséquence, les DRL 2019 intègrent les opérations de fongibilité relevant des deux dispositifs, qui coexisteront jusqu'à l'apurement des opérations relevant de l'ancien dispositif, auxquelles s'ajoutent le solde du transfert des dépenses de soins de ville opéré en 2017 et 2018 dédié à la transformation en EHPAD de structures gérées par des congrégations religieuses (CAVIMAC).

Les montants concernés figurent sur les **tableaux 1 et 1bis** annexés à la présente instruction.

2. Les paramètres généraux d'actualisation 2019.

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation pour permettre une évolution des coûts salariaux et des prix. Le taux d'actualisation des dotations régionales pour 2019 s'établit en moyenne à +0,82 % sur l'ensemble des deux champs PA et PH. Il repose sur une progression salariale moyenne de +1,00 %.

Sur ces bases, les taux directeurs PA et PH se décomposent comme suit :

Secteur	Part masse salariale	Progression masse salariale	Part autres dépenses	Progression autres dépenses	Actualisation DRL
Personnes âgées	89 %	+1,00 %	11 %	0,00 %	+0,89 %
Personnes handicapées	75 %	+1,00 %	25 %	0,00 %	+0,75 %

Pour mémoire, le taux d'évolution salariale précité intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2018, les évolutions 2019, générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte de l'effet « GVT¹ ». Les crédits correspondants sont précisés dans les **tableaux 2 et 2bis** annexés à la présente instruction.

Concernant l'application du taux directeur, il vous est rappelé que les décisions tarifaires doivent faire l'objet d'une modulation et ne pas résulter, ni être motivées, par une simple application automatique des taux précités. Il importe par ailleurs que cette modulation, ainsi que les critères de modulation que vous retiendrez, soient précisés dans vos rapports d'orientation budgétaire. Vous tiendrez compte notamment des dispositions de la loi relative à la formation professionnelle, à l'emploi et la démocratisation sociale du 5 mars 2014 qui a profondément modifié les obligations des entreprises en matière de financement de la formation professionnelle. Il s'agit bien de favoriser l'accès des salariés et des demandeurs d'emplois à des formations qualifiantes. L'investissement dans la formation continue des salariés est un levier indispensable à l'amélioration des pratiques professionnelles et doit donc être préservé dans les budgets des établissements et services.

Enfin, au-delà des stricts aspects budgétaires, votre attention est attirée pour les structures relevant d'un financement non globalisé (prix de journée), sur le juste calibrage de l'activité à retenir pour déterminer le prix de journée. Conformément à l'article R. 314-113 du CASF, cette activité est égale à la moyenne de l'activité constatée sur les trois derniers exercices clos. Toutefois, lorsque l'établissement est ouvert depuis moins de trois ans ou en cas de circonstance particulière, c'est l'activité prévisionnelle au titre de l'année N qui est prise en compte.

3. Les mesures nouvelles retenues pour la campagne 2019

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

Le développement de l'offre a été rationalisé autour du dispositif consistant à distinguer autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiements (CP). Ce dispositif a été mis en place pour ne pas mettre à la charge de l'ONDAM des montants de CP excédant la capacité des ARS à installer les places sur l'année considérée et pour limiter la sous-consommation structurelle des crédits.

3.1.1. La détermination du droit de tirage

La succession et la diversité des plans sur le champ médico-social (PSGA, Alzheimer, PMND, PPH, Handicaps rares, autisme, CNH...) ont poussé la CNSA à regrouper

¹ Glissement, Vieillesse, Technicité.

l'ensemble des autorisations d'engagement dans une même enveloppe « virtuelle », appelée le « droit de tirage des ARS ».

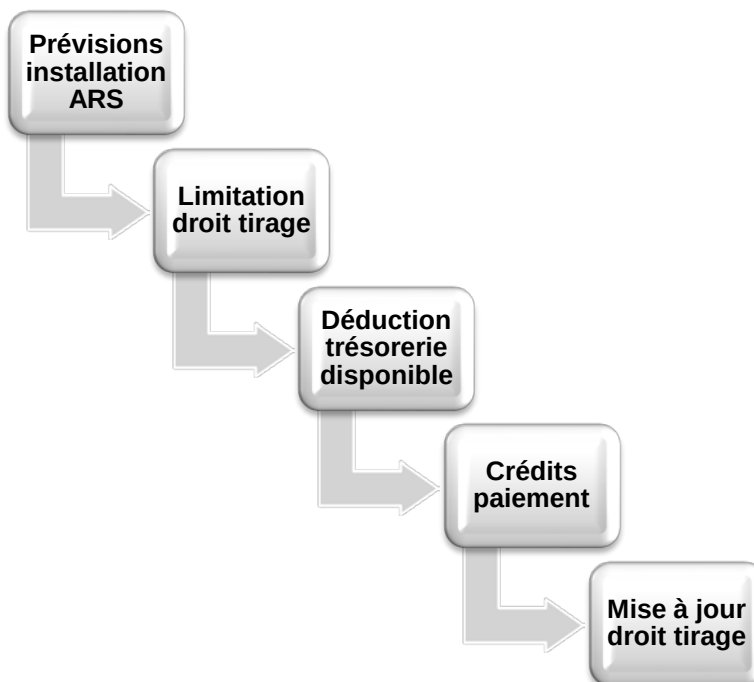
Ainsi, chaque nouvelle AE vient alimenter automatiquement ce droit de tirage, afin de garantir aux ARS un suivi précis de toutes les mesures nouvelles dont elles ont pu bénéficier et de fixer un cadre limitatif des autorisations d'engagement.

En 2019, le droit de tirage des ARS a été abondé de 191,3 M€ sur le champ « personnes handicapées », dont 84,6 M€ dédiés à la stratégie quinquennale de la transformation de l'offre 2019-2020 et 106,7 M€ dédiés à la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022.

3.1.2. La détermination des crédits de paiement (CP) pour 2019

La détermination des CP passe par 5 étapes :

1. Recenser et proratiser les prévisions d'installation de l'ARS saisies dans SEPPIA
2. Limiter ces prévisions au solde du droit de tirage des ARS
3. Prendre en considération la trésorerie disponible dans la DRL de l'ARS pour n'allouer que les CP nécessaires au financement de ces prévisions rectifiées
4. Notifier les CP ainsi calculés
5. Minorer le droit de tirage de l'ARS à due concurrence des CP versés



Les crédits de paiement figurent sur les **tableaux 2 et 2bis** et la retranscription chiffrée de ce processus sur les **tableaux 3 et 3bis** annexés à la présente instruction.

3.2. Les IDE de nuit en EHPAD

La première tranche du plan pluriannuel de mise en place d'astreintes infirmières de nuit dans les EHPAD a été réparti, en 2018, sur la base des dotations de soins cible, critère identique à celui utilisé pour la répartition des financements complémentaires.

Cette répartition, s'éloignant de la recommandation d'une astreinte pour 5 EHPAD, est revue en 2019. Aussi, pour tenir compte des capacités d'accueil des structures, les crédits ont été répartis sur la base d'une astreinte pour 385 places, soit l'équivalent de 5 EHPAD de 77 places², selon la clé suivante :

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Nombre d'astreintes par ARS (capacité HP par ARS / 385 places)}}{\text{Nombre d'astreintes au niveau national (capacité HP nationale / 385 places)}}$$

Les montants concernés figurent sur le **tableau 2** annexé à la présente instruction.

² Taille médiane d'un EHPAD constaté dans l'outil HAPI en 2018

3.3. La résorption des écarts par rapport à l'équation tarifaire cible, sur le volet soins

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

Les valeurs annuelles de point suivantes, qui permettent de déterminer cette équation, sont actualisées en 2019 du taux de reconduction cité au point 2 et sont majorées de 20% pour les collectivités d'outre-mer :

Options tarifaires	Métropole	Outre-mer
Tarif global avec PUI	13,10 €	15,72 €
Tarif global sans PUI	12,44 €	14,93 €
Tarif partiel avec PUI	10,87 €	13,04 €
Tarif partiel sans PUI	10,26 €	12,31 €

Dans le cadre de la résorption des écarts posée par l'article 58 de la loi ASV et modifiée par la LFSS 2019, les DRL intègrent, en 2019, un tiers de l'écart constaté entre le forfait global relatif aux soins 2018³ et le résultat de l'équation tarifaire 2019 des EHPAD.

Comme les années antérieures, les valeurs de points pour les tarifs globaux ne sont pas actualisées.

Les montants concernés figurent sur le **tableau 2** annexé à la présente instruction.

3.4. Les financements complémentaires

L'article R. 314-163-II du CASF détaille les actions dont les dépenses peuvent être couvertes par les financements complémentaires (prévention, situations sanitaires exceptionnelles, parcours, qualité, modernisation, précarité, accueils expérimentaux).

Comme les années antérieures, cette enveloppe est répartie entre les ARS, au regard du résultat de l'équation tarifaire soins des EHPAD calculée en 2019, selon la clé suivante :

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Résultat de l'équation tarifaire soins des EHPAD par ARS}}{\text{Résultat de l'équation tarifaire soins des EHPAD au niveau national}}$$

Les montants concernés figurent sur le **tableau 2** annexé à la présente instruction.

3.5. Le passage au tarif global

Jusqu'en 2018, la répartition de l'enveloppe dédiée au tarif global était répartie entre les ARS sur la préconisation première du groupe de travail présidé par l'IGAS en 2013, qui était de prioriser le passage au tarif global des EHPAD ayant opté pour le tarif partiel avec PUI.

Afin de ne plus pénaliser les ARS qui ont respectées rigoureusement cette préconisation et qui se retrouvent aujourd'hui écartées du processus d'allocation de cette mesure, les modalités de répartition évoluent en 2019 et sont étendues aux EHPAD qui ont optés pour le tarif partiel sans PUI.

Ainsi, la nouvelle clé de répartition par ARS des crédits « Tarif global » est la suivante :

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Places HP TP avec PUI par ARS}}{\text{Places HP TP avec PUI par ARS}} + \frac{\text{Places HP TP sans PUI par ARS}}{\text{Places HP TP sans PUI par ARS}}$$

³ Actualisé du taux de reconduction 2019 et déduction faite des financements complémentaires IDE de nuit 2018

Le montant minimum de 200 000 €, correspondant au coût moyen d'une opération de passage au tarif global d'un EHPAD au tarif partiel avec PUI calculé sur la base d'un tarif global couvert à 90% du tarif plafond, est toujours en vigueur.

Les montants concernés figurent sur le **tableau 2** annexé à la présente instruction.

3.6. La résolution des situations critiques et la prévention des départs en Belgique

Ces crédits ont été alloués selon la même méthode que celle retenues les années antérieures pour déléguer les crédits dédiés à la prévention des départs vers la Belgique.

3.7. Passage au forfait soins des petites unités de vie (PUV)

Des crédits d'un montant de 3,1 M€ sont alloués au titre de l'année 2019 afin d'accompagner le passage des PUV au forfait soins, dans l'attente des résultats de l'enquête portant sur le recensement des besoins de financement de ces structures. Une première identification dans FINESS a permis de cibler les unités médicalisées par convention. L'enveloppe allouée pour l'exercice 2019 est basée sur la somme des versements effectués auprès de la CNAMTS à fin décembre 2017.

4. Le financement non reconductible des dispositifs spécifiques ou expérimentaux

Certains dispositifs bénéficient d'un financement spécifique et sont détaillés dans les tableaux 2 et 2bis annexés à la présente instruction. Ils concernent principalement en 2019 :

4.1. Les crédits de mise à disposition des permanents syndicaux

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » font l'objet, chaque année, d'un suivi fin par la DGCS. Ils servent à compenser, pour les ESMS concernés, la mise à disposition d'un salarié à une organisation syndicale ou une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective (ou accord collectif de branche étendu).

Les montants 2019 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les dotations régionales limitatives sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense les conventions de mise à disposition passées entre établissements employeurs, fédérations syndicales et salariés concernés.

4.2. Les crédits afférents aux gratifications de stage

Ces crédits sont destinés à couvrir le coût des gratifications de stage versées par les ESMS dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux pour les stages d'une durée supérieure à deux mois. Notifiés sur le champ « personnes handicapées », ces crédits, doivent être tarifés en CNR aux établissements accueillant ces stagiaires dans la mesure où la gratification est une dépense qui s'impose aux employeurs et qui a vocation à être prise en charge dans les budgets des établissements.

4.3. La qualité de vie au travail

4.3.1. Champ PA

Ce dispositif s'inscrit pleinement dans les actions dont les dépenses peuvent être couvertes par les financements complémentaires. C'est pourquoi, comme en 2018, ces crédits sont répartis entre ARS, sur la base du résultat de l'équation tarifaire soins des EHPAD calculée en 2019, selon la clé suivante :

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Résultat de l'équation tarifaire soins des EHPAD par ARS}}{\text{Résultat de l'équation tarifaire soins des EHPAD au niveau national}}$$

Les montants concernés figurent sur le **tableau 2** annexé à la présente instruction.

4.3.2. Champ PH

La stratégie nationale pour l'amélioration de la QVT dans les établissements médico-sociaux lancée en 2018 sur le champ « personnes âgées », est étendue au champ « personnes handicapées » en 2019.

Un seuil minimal de 25 000 € est alloué dans vos DRL, majoré du reliquat d'enveloppe réparti au prorata du volume financier que représente chaque DRL.

Les montants concernés figurent sur le tableau 2bis annexé à la présente instruction.

ANNEXE 2

Financements complémentaires des EHPAD et neutralisation des soldes de convergence négatifs (situations à apprécier en fonction des ressources 2017)

1. Rappel sur la structure du forfait global relatif aux soins

En application de l'article 64 de la loi de financement de sécurité sociale pour l'année 2019, le rythme de convergence tarifaire des forfaits soins prévu à l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement est accéléré de deux ans.

Les EHPAD percevront un niveau de ressource correspondant à l'application de l'équation tarifaire calculée sur la base de leurs GMP et PMP à compter de 2021 au lieu de 2023.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le forfait global relatif aux soins des EHPAD comprend deux composantes :

- La dotation destinée à financer les places d'hébergement permanent qui est calculée à partir de l'équation tarifaire GMPS et fait l'objet d'une convergence tarifaire sur la période actualisée 2017 à 2021 ;
- Des financements complémentaires le cas échéant, qui peuvent être reconductibles ou non reconductibles. Ils financent soit des modalités d'accueil particulières (accueils de jour, hébergements temporaires, pôles d'activités de soins adaptés, unités d'hébergement renforcé et plateformes de répit), et sont dans ce cas reconductibles, soit des actions spécifiques dont le périmètre est défini au II de l'article R.314-163 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Pour l'année 2019, la dotation GMPS au titre de l'hébergement permanent est composée comme suit :

- La dotation GMPS reconductible de l'année précédente à laquelle est appliqué le taux de reconduction de +0,89% en 2019 dans la limite du tarif plafond ;
- Une fraction (un tiers en 2019) de l'écart entre la dotation GMPS reconductible actualisée et le résultat de l'équation tarifaire dite « GMPS » correspondant au niveau de ressource cible, et ce, sur la base des valeurs annuelles de points 2019 telles que présentées en annexe 1 de la présente instruction.

La modulation du forfait soins en fonction de l'activité réalisée au titre de l'hébergement permanent s'effectue dans les conditions précisées à l'article R. 314-160 du CASF lorsque le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à un seuil fixé par arrêté.

L'abattement qui résulte de cette modulation est réalisé à titre non pérenne. Par ailleurs, l'autorité de tarification peut tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation.

Dans le cadre de l'accélération de la convergence des forfaits soins, il est à noter que l'arrêté du 28 septembre 2017¹ relatif au seuil déclenchant le dispositif de modulation du forfait soins est en cours de modification². Les seuils applicables aux établissements percevant un forfait inférieur à 100% mais supérieur ou égal à 90 % du résultat de l'équation tarifaire sont adaptés au nouveau calendrier de convergence.

Pour les années 2019 et 2020, ce seuil de déclenchement est fixé à 91%.

¹ Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

² Arrêté à paraître

A compter de l'année 2021, dernière année de convergence, le seuil de 95% de taux d'occupation s'appliquera à tous les établissements qui bénéficieront désormais du niveau de ressources cible.

Enfin, il est rappelé qu'à compter de 2019, il n'est plus possible d'inclure un report à nouveau au titre des résultats antérieurs dans la détermination des forfaits soins³.

2. Financements complémentaires : montants attribués et priorités d'emplois pour l'année 2019

En complément des financements complémentaires reconduits dans vos dotations régionales limitatives (DRL) à hauteur de 77,8 M€, une nouvelle enveloppe de financements complémentaires vous est allouée en 2019 à hauteur de 47,6 M€, répartis comme suit :

- 30 M€ dédiés au financement de la prévention en EHPAD ;
- 17,6 M€ prioritairement fléchés pour la poursuite de la neutralisation des convergences négatives soins et dépendance en 2019, venant abonder l'enveloppe de 29 M€ allouée en 2018, soit 46,6 M€ de financements complémentaires pouvant être mobilisés pour l'accompagnement des EHPAD impactés par les effets négatifs de la convergence.

Par ailleurs, la poursuite de la généralisation des astreintes d'infirmier(e)s de nuit mutualisées en EHPAD se traduit par l'attribution de 10 M€ de mesures nouvelles.

Enfin, des crédits non reconductibles nationaux vous sont alloués à hauteur de 9 M€ afin de soutenir les démarches de qualité de vie au travail (QVT) en EHPAD.

3. Le mécanisme de neutralisation des soldes de convergence négatifs

Conformément aux engagements du ministère des solidarités et de la santé déclinés dans la feuille de route « Grand âge et autonomie » présentée le 30 mai 2018, les effets négatifs des convergences des forfaits soins et dépendance des EHPAD seront neutralisés pour les années 2018 et 2019 afin de garantir au minimum le niveau de ressources 2017.

Une enveloppe de financements complémentaires de 17,6 M€ est allouée à ce titre au sein de vos DRL pour l'année 2019 en complément des financements complémentaires attribués en 2018 à hauteur de 29 M€.

Cette enveloppe de 46,6 M€ est prioritairement dédiée à la poursuite du mécanisme de neutralisation des convergences négatives soins et dépendance.

Les objectifs sont les suivants :

- Garantir qu'aucun établissement ne verra ses ressources diminuer en 2019 par rapport à 2017 ;
- Plafonner à 10 000€ au maximum le solde négatif des convergences dépendance au titre de 2018 et 2019 afin d'éviter que les gains des convergences soins soient annulés ;

Pour l'année 2019, les modalités d'allocation de ces crédits aux EHPAD sont les suivantes :

³ Cette disposition est également applicable au forfait global relatif à la dépendance.

S'agissant du forfait soins, la somme des convergences réalisées au titre de 2018 et 2019 est intégralement compensée si elle est négative.

S'agissant du forfait dépendance :

Pour tous les EHPAD concernés, il convient de s'assurer dans un premier temps, qu'après prise en compte des mesures de compensation déjà mises en place par les conseils départementaux en 2019, le solde des convergences réalisées au titre de 2018 et 2019 est négatif.

Hypothèse 1 : Si la somme des convergences soins 2018 et 2019 est également négative, la somme négative des convergences dépendance sera compensée.

Hypothèse 2 : Si la somme des convergences soins 2018 et 2019 est positive, alors la somme négative des convergences dépendance sera plafonnée à 10 000 € (plafond de 5 000 € par année de convergence).

Ensuite, après cet écrêtage à hauteur de 10 000 €, vous vous assurerez que le solde des convergences des forfaits soins et dépendance est positif ou nul.

Si ce solde est négatif, vous compenserez également cette perte pour l'EHPAD afin de rétablir l'équilibre.

La mise en place de ces mesures de neutralisation nécessite un travail de rapprochement avec les conseils départementaux afin de déterminer précisément les produits de la tarification dépendance 2017 pour les comparer aux produits de la tarification 2019 en éliminant :

- Les effets liés à des ouvertures de places en cours d'exercice (comparaison des financements en année pleine et à capacité constante en hébergement permanent) ;
- Les financements de compensation qui auraient pu être accordés par les conseils départementaux en 2019 afin qu'il n'y ait pas de double compensation (moratoire sur la convergence à la baisse des forfaits dépendance, attribution de financements complémentaires par le conseil départemental, etc.) ;
- Les autres financements alloués à titre non pérenne et ne relevant pas d'une mesure de neutralisation de la convergence négative.

Un fichier de calcul élaboré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est mis à votre disposition afin de faciliter la détermination des informations à recevoir des conseils départementaux ainsi que le montant à compenser par établissement, à la fois sur le volet soins et le volet dépendance.

Dans la mesure du possible, vous calculerez la compensation accordée à chacun des EHPAD éligibles avant de lui notifier ses ressources. Si cela n'est pas réalisable sans retarder excessivement les notifications de ressources puis la production de l'EPRD par les établissements, il conviendra à minima d'indiquer aux EHPAD concernés que ce travail est en cours et qu'ils recevront une deuxième notification de crédits ultérieurement.

ANNEXE 3

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

Cette annexe présente l'organisation des systèmes d'Information (SI) métier utilisés par la CNSA, ainsi que les échéances communes entre ARS et CNSA pour 2019. Outre les éléments déjà connus, elle comporte **des précisions** quant aux modalités d'extraction des données par la CNSA et à leur **utilisation à des fins de décisions**, qui méritent une lecture attentive.

HAPI – Harmonisation et partage d'information	
Système d'information partagé d'aide à la tarification des ESMS et de suivi du déroulé des campagnes budgétaires, HAPI vise à outiller le processus d'allocation de ressources aux ESMS et à permettre un dialogue budgétaire entre les ARS et le niveau national. Il permet en effet : • d'harmoniser les pratiques et d'automatiser la production des décisions tarifaires • d'optimiser la gestion des dotations régionales et d'en faciliter le pilotage régional / national • d'assurer le partage et la traçabilité de l'information • de réaliser un suivi en temps réel de l'avancée de la campagne	
Calendrier	3 échéances principales à retenir : • 30 juin 2019 : Recensement des données relatives à la tarification des EHPAD (GMP, PMP, capacité, option tarifaire, dotation) pour calibrer le niveau prévisionnel des crédits nécessaires à la résorption des écarts au plafond en N+1, dans le cadre de la construction de l'OGD suivant • 30 novembre 2019 : Recensement de l'ensemble des données de tarification de l'année concernée, pour permettre à la CNSA de renseigner l'enquête tarifaire qui est le support pour la clôture de la campagne tarifaire de l'année • 31 décembre 2019 : ✓ Recensement des données de tarification permettant de dresser le bilan de la campagne dans le cadre des dialogues de gestion (prise en compte des ajustements techniques recensés lors de la validation des enquêtes tarifaires). ✓ Recensement des données des EHPAD (capacité, option tarifaire, dotation) pour calibrer le niveau des crédits nécessaires à la résorption des écarts au plafond de l'équation tarifaire cible en N+1
Points de vigilance	Cet outil doit être renseigné au fil de l'eau. La CNSA peut être amenée à réaliser des extractions complémentaires tout au long de l'année. Les GMP et PMP des EHPAD doivent suivre cette même logique d'actualisation au fil de l'eau tout en respectant la date butoir du 30/06.
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux Tidjani.MANSOURI@cnsa.fr

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

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

- de suivre la réalisation des plans nationaux
- d'avoir une visibilité sur les prévisions d'autorisation et d'installation des ARS
- de calibrer le niveau des crédits de paiement nécessaires aux installations prévues en N+1
- et de formaliser des données de programmation ayant vocation à être publiées dans le PRIAC

En 2019, l'application SEPPIA connaît une évolution majeure visant à dépasser une approche fondée sur les places, pour raisonner davantage en termes de besoins d'accompagnement des personnes.

Calendrier	2 échéances principales à retenir : • 15 mai 2019 : Recensement des prévisions d'installation N+1 pour calibrer le niveau prévisionnel des crédits de paiement N+1 • 31 décembre 2019 : ✓ Recensement des prévisions d'installation N+1 pour calibrer le niveau réel des crédits de paiement N+1 ✓ Recensement des installations effectives N permettant de dresser le bilan annuel d'engagement des plans nationaux (conseil de la CNSA) Ces extractions feront l'objet d'une validation formelle de la part des DGARS.
Points de vigilance	Cet outil doit être mis à jour au fil de l'eau. La CNSA peut être amenée à réaliser des extractions complémentaires tout au long de l'année.
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux sabrina.lahlal@cnsa.fr / violaine.eudier@cnsa.fr

ImportERRD – Remontée des états réalisés des recettes et des dépenses

En application de l'arrêté du 22/12/2016, les EHPAD, les PUV ainsi que les ESMS PH sous compétence exclusive ou conjointe des ARS, les SSIAD/SPASAD et les accueils de jour autonomes ayant déjà conclu un CPOM (ou un avenant) avant le 01/01/2018 auront à transmettre leur ERRD au titre de l'exercice 2018, sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA.

L'objectif de ce SI est de structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au CD/Métropole le cas échéant, de valider les ERRD dans les délais impartis et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.

A partir de 2019, les données comptables et financières collectées de l'application ImportERRD seront injectées dans le tableau de bord de la performance afin d'éviter aux ESMS les doubles saisies.

Calendrier	• Avril 2019 : Ouverture de la plateforme aux ESMS concernés • Début juin 2019 : 1^{ère} extraction des données pour alimenter le tableau de bord de la performance (classe 6 et 7) • Début septembre 2019 : 2^{ème} extraction des données pour alimenter le tableau de bord de la performance (classe 6 et 7) • 1^{er} octobre 2019 : extraction des données pour exploitation
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux Laetitia.DUCOUDRE@cnsa.fr / Charlotte.DESPLANQUES@cnsa.fr

ImportEPRD – Remontée des états prévisionnels des recettes et des dépenses

En application de l'arrêté du 22/12/2016, les EHPAD, les PUV ainsi que les ESMS PH sous compétence exclusive ou conjointe des ARS, les SSIAD/SPASAD et les accueils de jour autonomes ayant conclu un CPOM (ou un avenant) avant le 01/01/2019 auront à transmettre leur EPRD au titre de l'exercice 2019, sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA.

L'objectif de ce SI est de structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au CD/Métropole le cas échéant, de valider les EPRD dans les délais impartis et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.

Calendrier	• Avril 2019 : Ouverture de la plateforme aux ESMS concernés • 2020 : Analyse nationale des données
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux Laetitia.DUCOUDRE@cnsa.fr / Charlotte.DESPLANQUES@cnsa.fr

ImportCA – Remontée des comptes administratifs et des budgets exécutoires

En application de l'arrêté du 05/09/2013 relatif à la transmission des propositions budgétaires et des comptes administratifs (CA), les ESMS déposeront leur CA sur l'application ImportCA. Sont concernés les ESMS PA (AJ, SSIAD, ...) et les ESMS PH (ITEP, MAS, IME, SESSAD,...), recevant un financement exclusif de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'assurance maladie et du CD.

L'objectif de ce SI est :

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

A partir de 2019, les ESMS recevant un financement exclusif du CD pourront aussi déposer leur CA dans l'application, mais il ne vaudra pas dépôt réglementaire. Aussi, les données comptables et financières collectées à partir de l'application ImportCA seront injectées dans le tableau de bord de la performance afin d'éviter aux ESMS des doubles saisies.

Calendrier	• 18 mars 2019 au 30 septembre 2019 : ouverture de la plateforme aux ESMS pour le dépôt des CA 2018 • Début juin 2019 : 1^{ère} extraction des données pour alimenter le tableau de bord de la performance (classe 6 et 7) • Début septembre 2019 : 2^{ème} extraction des données pour alimenter le tableau de bord de la performance (classe 6 et 7) • 1^{er} octobre 2019 : extraction des données pour exploitation
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux delphine.fauchet@cnsa.fr

GALAAD

L'objectif de ce SI est :

- de recenser les évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins des EHPAD et des ESLD
- de partager, de manière sécurisée entre ARS et CD, les données personnelles des résidents
- de valider les GMP/PMP des EHPAD
- de décrire les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de résidents

Calendrier	La saisie s'effectue en flux par les médecins coordonnateurs. La CNSA peut être amenée à réaliser des extractions tout au long de l'année.
Points de vigilance	Depuis son évolution en 2015, l'outil GALAAD constitue désormais la plateforme de référence pour la réalisation des évaluations AGGIR/PATHOS. L'ancienne version installée localement peut continuer à servir de base d'archives pour les médecins des EHPAD, des CD et des ARS.
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux yannick.eon@cnsa.fr

FINESS – Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

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

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

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

Calendrier	Il vous est demandé de veiller à la mise à jour régulière du SI par vos services, afin de garantir la complétude des informations y figurant.
Points de vigilance	Au-delà du portail national d'information pour les personnes âgées, le répertoire FINESS alimente l'annuaire du Portail d'Accès Sécurisé aux Services qui permet l'accès aux applications de la CNSA et qui recense la liste des ESMS autorisés pour chaque application.

CALENDRIER RÉCAPITULATIF DES PRINCIPALES ÉCHÉANCES 2019

Mars	• IMPORT CA : Ouverture de la plateforme
Avril	• Import EPRD : Ouverture de la plateforme • Import ERRD : Ouverture de la plateforme
Mai	• SEPPIA : Extraction des prévisions d'installation N+1
Juin	• Import CA : Extraction pour alimenter le tableau de bord de la performance • Import ERRD : Extraction pour alimenter le tableau de bord de la performance • HAPI : Extraction des données EHPAD
Juillet	• Enquête tarifaire CNSA (<i>cf. annexe "Enquêtes"</i>)
Sept.	• Import CA : Extraction pour alimenter le tableau de bord de la performance • Import ERRD : Extraction pour alimenter le tableau de bord de la performance • Import CA : Fermeture de la plateforme
Octobre	• Import CA : Extraction des données pour exploitation • Import ERRD : Extraction des données pour exploitation
Nov.	• HAPI : Extraction des données de tarification pour le pré-remplissage des enquêtes tarifaires CNSA (<i>cf. annexe "Enquêtes"</i>)
Déc.	• HAPI : Extraction des données de tarification et des données EHPAD • SEPPIA : Extraction des installations effectives N et prévisions d'installation N+1 • Enquête tarifaire CNSA (<i>cf. annexe Enquêtes</i>)

ANNEXE 4

LA GESTION DES DISPONIBILITÉS TEMPORAIRES ET DES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES

Les CNR proviennent d'une disponibilité temporaire de crédits au sein des DRL qui peut être issue des reprises excédentaires de résultat dans le cadre de l'examen des comptes administratifs (CA), des fermetures partielles ou totales, provisoires ou définitives de structures existantes, des décalages d'ouverture de nouvelles places... En dehors des reprises de résultat, ces disponibilités correspondent à des engagements pérennes à honorer ultérieurement par les ARS.

Sur le champ des EHPAD, il convient de vous référer à l'annexe 2 qui précise le périmètre et les modalités d'allocation des financements complémentaires et que vous pourrez toujours abonder avec des marges de gestion dégagées au sein de votre DRL PA, à l'exception de celles issues des reprises de résultats excédentaires qui ne sera plus praticable à compter de 2019.

1. L'importance d'un processus sélectif d'allocation de CNR aux établissements et services

La montée en charge du processus AE-CP (cf. annexe 1), la généralisation des CPOM et la mise en œuvre de la réforme tarifaire des EHPAD vont dans le sens d'une réduction progressive des marges de gestion mobilisables pour l'allocation de CNR.

Bien que le niveau des CNR sur le champ médico-social ait eu tendance à repartir à la hausse entre 2016 et 2017 (+26%), la situation s'inverse entre 2017 et 2018 (-1%). En conséquence, vous êtes invités à poursuivre et renforcer les actions mises en place par vos soins dans le but :

- d'affiner vos prévisions d'installations de places,
- de renforcer l'objectivation des besoins des ESMS,
- et de cadrer le processus d'instruction des demandes de CNR.

Comme les années passées, **il vous est demandé d'assurer une traçabilité de l'utilisation de ces crédits dans l'applicatif HAPI**, en réduisant autant que faire se peut les montants inscrits en catégorie « autres ».

2. Les modalités d'emploi des CNR sur le champ PH et PA hors EHPAD

Le bon usage des crédits disponibles doit respecter le cadre posé par la réglementation, rappelé dans la présente annexe. **Le financement en CNR de mesures pérennes est proscrit**. Au-delà, le caractère non reconductible ne légitime, en aucun cas, le recours à des pratiques dont la conformité réglementaire, budgétaire et comptable n'est pas strictement établie.

2.1. Le périmètre d'octroi des CNR

Il vous est rappelé que ces crédits ne peuvent **financer que des dépenses qui relèvent juridiquement du périmètre tarifaire des établissements auxquels ils sont alloués**.

De plus, une disponibilité d'enveloppe médico-sociale ne doit pouvoir bénéficier qu'aux seuls établissements et services médico-sociaux conformément aux dispositions de l'article L314-3-1 du CASF. Par exemple, le versement d'une subvention d'équilibre entre le budget hospitalier principal et le budget annexe EHPAD est exclu.

Enfin, votre attention est attirée sur la nécessité d'articuler votre politique de CNR avec celle du FIR, afin d'employer au mieux la palette des leviers financiers à votre disposition.

2.2. Les CNR, levier d'accompagnement des politiques d'investissement des ESMS

Les CNR constituent, principalement, un levier d'accompagnement des projets d'investissements des ESMS. Votre attention est attirée sur **l'importance d'objectiver ce besoin**, de documenter l'emploi des CNR alloués à cette fin et d'en opérer un contrôle précis.

Les leviers privilégiés de l'aide à l'investissement reposent sur les aides en capital, subventions versées en faveur des établissements et des services médico-sociaux par les collectivités locales (régions-départements), la CNSA (plan d'aide à l'investissement déconcentré aux ARS en 2014) ou d'autres acteurs de l'investissement social (CDC...).

La réglementation permet toutefois de mobiliser la tarification pour **soutenir la capacité d'autofinancement** des ESMS engagés dans un plan pluriannuel d'investissement. A cette fin, et sous réserve de l'analyse de la capacité d'autofinancement de l'établissement, il est possible d'utiliser les CNR afin de **constituer des provisions réglementées pour le renouvellement des immobilisations**.

Dans un contexte de généralisation progressive des CPOM, il est rappelé que ces provisions peuvent être constituées par affectation de résultat excédentaire. Vous veillerez à **encourager, dans le cadre des CPOM, les pratiques de bonne gestion consistant à anticiper les besoins d'investissement**.

2.3. Les autres possibilités d'emploi des CNR

L'emploi des CNR doit être axé sur un objectif d'amélioration qualitative de la prestation rendue par les établissements et services. L'usage des CNR doit être lié aux objectifs fixés dans le CPOM. Vous exercerez une vigilance particulière en ce qui concerne l'emploi de CNR aux fins de couverture :

- **de dépenses de personnel liées à des besoins de remplacement** : les CNR alloués à ce titre doivent être conditionnés par l'établissement d'un **diagnostic approfondi des facteurs d'absentéisme et de la formalisation d'un plan d'action** de lutte contre ce phénomène ;
- **de dépenses de formation** généralement liées au remplacement de professionnels partis en formation : vous rechercherez dans ce domaine la **meilleure complémentarité possible avec les sources de financement « de droit commun »** de la formation professionnelle dans une recherche de subsidiarité et, à terme, de substitution. Une modalité d'action possible pour veiller à la non-redondance des financements consiste à demander aux ESMS sollicitant des CNR pour des dépenses de formation de justifier de l'absence de prise en charge des coûts par leur OPCA. La CNSA allouant des subventions aux OPCA du secteur, il est tout à fait légitime que vous engagiez avec leurs directions régionales une collaboration plus poussée ;
- **de réponse aux situations complexes de personnes handicapées** : si les CNR permettent de faciliter l'admission de personnes en situation complexe dans un établissement en permettant l'intervention complémentaire d'autres professionnels et/ou en renforçant son personnel, il convient d'être attentif à ce que le traitement de ces situations s'inscrive dans le cadre partenarial des commissions « situations critiques » ou de la gouvernance liée au projet « réponse accompagnée pour tous ». L'intervention de CNR ne doit pas revêtir de caractère automatique qui aurait pour effet une déresponsabilisation des acteurs dans la recherche de solutions, notamment combinant les compétences et les interventions de plusieurs établissements et services complémentaires pour répondre aux besoins de la personne ;

- **d'expérimentations** : il convient, lorsque les CNR servent à financer des dispositifs expérimentaux, d'en **prévoir l'évaluation**. Vous êtes invités à transmettre le fruit de ces évaluations à la CNSA, afin qu'elle puisse en capitaliser les enseignements. Vous serez vigilants à anticiper le financement futur des dispositifs expérimentaux lancés à l'aide de CNR, si ceux-ci ont vocation à être ensuite pérennisés.

Les CNR peuvent financer des **aides ponctuelles ou des aides au démarrage (« frais de premier établissement »)** en vue de la contractualisation ou de la constitution d'un **groupement de coopération sociale ou médico-sociale** (GCSMS) concernant le cas échéant des actions de mutualisation, des actions innovantes ou expérimentales. Ils peuvent également financer les projets relatifs aux systèmes d'information (pour favoriser l'accès au numérique, par exemple).

ANNEXE 5

POUR SUIVRE L'ACCUEIL DE VOLONTAIRES EN SERVICE CIVIQUE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS QUI ACCUEILLENT DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES EN PARCOURS EMPLOI COMPETENCES (PEC) AU SEIN DES EHPAD

Dans le cadre de l'engagement gouvernemental visant à permettre aux jeunes de renforcer leur engagement citoyen et de valoriser leurs compétences, au bénéfice des populations vulnérables, le ministère des solidarités et de la santé s'est fortement engagé dans le développement du service civique pour contribuer à l'objectif global de 150 000 jeunes engagés dans ce dispositif.

Dans la continuité des actions conduites ces dernières années, la mobilisation constante des acteurs dans le champ médico-social doit permettre, d'accompagner au mieux les publics fragiles grâce aux missions de service civique dans le cadre des priorités gouvernementales telles que l'inclusion sociale, la lutte contre les handicaps, la prévention santé. Pour atteindre cet objectif, il convient d'accompagner globalement la montée en charge et le déploiement du service civique.

Nous rappelons que les volontaires peuvent jouer un rôle essentiel dans les établissements et services médico sociaux (établissements d'accueil de personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie, établissements accueillant des adultes et enfants handicapés).

Plusieurs structures ont déjà accueilli des volontaires et ont témoigné des bénéfices de la mobilisation de ce dispositif pour les résidents, les bénévoles et les structures gestionnaires. Les missions participent notamment à renforcer le lien social au sein de l'établissement, à développer les liens entre les résidents, favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap et à maintenir des liens familiaux, en particulier par l'accès aux outils multimédia.

Vous pourrez vous référer à la circulaire n° SG /2017/60 adressée aux ARS en février 2017 afin de diffuser l'information sur cette opportunité offerte notamment aux établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Cette instruction invite les structures à développer leurs possibilités d'accueil de volontaires en service civique ; elle renvoie pour cela à un guide qui leur précise les champs d'intervention spécifiques envisageables dans le secteur sanitaire et médico-social.

Vous veillerez à mobiliser les acteurs du champ personnes âgées et handicap sur le recours à des jeunes en service civique.

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le nouveau dispositif PEC (parcours emploi compétences) qui a pris la suite des contrats aidés depuis janvier 2018.

Ce nouveau dispositif qui s'adresse aux personnes les plus éloignées du marché du travail met l'accent sur l'accompagnement vers l'emploi durable des personnes concernées.

Les EHPAD sont éligibles à ce dispositif, pour lequel une aide sera accordée aux employeurs dans une fourchette de 30 à 60 % du SMIC brut. Le taux de prise en charge sera fixé par le préfet de région.

Les informations sur ce nouveau dispositif sont accessibles sur le site suivant : <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/parcours-emploi-competes/article/parcours-emploi-competes>

ANNEXE 6

ENQUETES 2019

Les enquêtes programmées pour l'exercice 2019 sont précisées dans la présente annexe. Leur calendrier de remontée et la qualité des données qu'elles contiennent doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

Enquête tarifaire CNSA (ET)	
En complément des informations recensées dans l'outil HAPI, l'enquête tarifaire vise à identifier la nature des crédits disponibles dans les dotations régionales limitatives (DRL) des ARS, en fin d'année. Elle intègre aussi un suivi de l'utilisation des financements complémentaires dédiés aux EHPAD, en fonction des actions prévues par l'article R314-163-II du CASF. Enfin, elle dresse un état des crédits disponibles pour couvrir la programmation des installations de places nouvelles des ARS, en complément des informations inscrites dans l'outil SEPPIA.	
Calendrier	3 échéances principales à retenir : - 30 juin 2019 : prévision de tarification au 31 décembre N - 30 novembre 2019 : pré-remplissage et diffusion de l'ET par la CNSA - 31 décembre 2019 : remontée de l'ET validée par les ARS
Points de vigilance	Le respect strict du calendrier est indispensable, car ces remontées viennent alimenter les travaux relatifs à la construction de l'OGD N+1 et à la prévision de consommation de l'OGD N pour la 1^{ère} échéance, ainsi qu'à la préparation des dialogues de gestion et à la construction des DRL N+1 pour la 2^{nde}.
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux Najib.ElAmraoui@cnsa.fr

Rapport d'orientation budgétaire (ROB)	
En application des articles R314-22-5 et R351-22 du CASF, l'autorité de tarification doit être en mesure de présenter les orientations qu'elle a retenues dans le cadre de la répartition des crédits entre ESMS, pour respecter le caractère limitatif des dotations. L'objectif étant d'informer les ESMS, ainsi que leurs organismes gestionnaires, de la déclinaison régionale des orientations budgétaires nationales, mais aussi d'argumenter une présentation en défense, auprès d'un président de juridiction, en cas de contestation d'une décision de tarification. Par ailleurs, le ROB permet d'observer les ajustements réalisés au niveau régional et de comprendre les spécificités de chaque territoire, qui, dans le cadre des dialogues de gestion, viennent nourrir les échanges entre ARS et administrations centrales (CNSA, DGCS, SGMAS).	
Calendrier	Document(s) à renvoyer par courriel, au plus tard, le 31 juillet 2019
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux Najib.ElAmraoui@cnsa.fr

Enquête sur le suivi de la mesure visant à la résolution des situations critiques et à la prévention des départs en Belgique

Cette enquête a pour objectif la réalisation d'un bilan annuel du dispositif de repérage/ signalement/ traitement des situations qualifiées de critiques, sur la base de rapports consolidés par les ARS.

L'analyse des données recueillies permet d'améliorer la connaissance quantitative et qualitative des situations individuelles suivies par l'ARS et pour lesquelles aucune solution n'a pu être trouvée à l'échelon départemental, afin de contribuer aux propositions d'évolution des pratiques et des organisations concourant à la mise en œuvre de solutions adaptées.

Ce bilan est complémentaire du suivi effectué auprès des MDPH de chaque département dans le cadre du déploiement de la démarche « Réponse accompagnée pour tous ».

A compter de cette année, l'enquête réalisée permettra aussi de suivre la mise en œuvre des solutions adaptées aux « comportements-problèmes » dans les ESMS, en référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'HAS.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf

Calendrier	- Avril 2019 : transmission d'une lettre d'information précisant les modalités de connexion au questionnaire en ligne - 15 avril 2019 au 13 juillet 2019 : collecte des données via un lien internet permettant un accès personnalisé au questionnaire
Référent(es)	CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux Daniele.STEINBACH@cnsa.fr / jérémie.moualek@cnsa.fr

Enquête PUV

Cette enquête a pour objectif de recenser les petites unités de vie (PUV) médicalisées par dérogation – II du L. 313-12 du CASF afin de pouvoir évaluer le cas échéant les besoins de financement de ces structures.

Rappels méthodologiques	Transmission par la DGCS à chaque ARS d'un fichier de recensement des PUV médicalisées par dérogation – II du L. 313-12 du CASF à partir d'un croisement de données issues du répertoire FINESS et des décaissements de l'assurance maladie pour vérification des données sur cette offre
Calendrier	2 échéances principales à retenir : - Transmission par la DGCS du fichier des PUV aux ARS après validation de l'instruction budgétaire 2019 par le CNP - 30 juin 2019 : remontée de l'enquête validée par les ARS
Personnes référentes	DGCS - Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées : Dominique.TELLE@social.gouv.fr Marie-Claude.MARAIS@social.gouv.fr

Rappel de l'enquête d'activité auprès des établissements et services accueillant des personnes atteintes de maladies neurodégénératives (mesures 89 et 96 du PMND) prévue par la note d'information N° SG/PMND/DGCS/3A/CNSA/2018/48 du 27 février 2018 qui a fait l'objet d'une diffusion aux ARS en mars 2018

Cette enquête a pour objectif de répondre aux attentes fortes des associations représentant les personnes malades en faveur d'une plus grande visibilité sur le niveau de l'offre en région. Elle est essentielle pour objectiver les besoins qui pourraient demeurer à l'issue des déploiements déjà effectués.

Les modalités de réalisation de cette enquête mobilisent à titre essentiel les services d'administration centrale du ministère (DGCS, DREES, PMND) ainsi que la CNSA. Les ARS, par le canal de leur référent pour la mise en œuvre du plan national maladies neurodégénératives, sont tenues informées des échanges tout au long de l'enquête (accès à l'outil d'administration de l'enquête). Le cas échéant, en fin d'enquête, au printemps 2019, après concertation avec les référents des ARS concernées, un appui des ARS à la relance des établissements n'ayant pas renseigné le questionnaire pourra être envisagé sur le mois de juin 2019.

Rappels méthodologiques	Collecte des données d'activité sur les dispositifs adossés aux EHPAD (accueils de jour, hébergements temporaires, PASA, UHR et PFR), accueils de jour autonomes et ESA (SSIAD/SPASAD) via un site ouvert dédié porté par la DREES qui sera ouvert entre le <u>1^{er} avril</u> et le <u>30 juin 2019</u>. - Envoi d'une lettre d'information en mars 2019 signée par le Secrétariat Général - PMND, intégrant les modalités de connexion au site internet et les informations compatibles RGPD, adressée aux gestionnaires de ces dispositifs avec copie aux référents PMND des ARS - Consolidation des données au niveau national par un prestataire à compter de juillet 2019 - Mise à disposition des ARS de la base des données collectées par région fin 2019
Personnes référentes	SG Corinne.PASQUAY@sante.gouv.fr DGCS - Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées : Dominique.TELLE@social.gouv.fr Camille.BRUNAT@social.gouv.fr Charlys.LEGRAS@social.gouv.fr Sébatien.DELBES@social.gouv.fr CNSA - Direction Etablissements et Services Médico-sociaux Sabrina.LAHLAL@cnsa.fr

Enquête sur les modalités de mise en œuvre et d'utilisation du forfait soins versé à certaines résidence autonomie (IV de l'article L. 312-13 du CASF)

Cette enquête a pour objectif d'analyser les modalités de mise en œuvre et d'utilisation des crédits d'assurance maladie relatifs au forfait soins versé à certaines résidences autonomie de manière historique (IV de l'article L. 312-12 du CASF).

Exploitations	Remontées de l'enquête : 15 octobre 2019 - Remontée synthétique des données afférentes au dernier arrêté tarifaire pour l'exercice 2018 par ARS et structure => <u>un fichier de recueil sous Excel sera transmis par la centrale en mai 2019</u> - Une meilleure connaissance de l'offre de résidence autonomie bénéficiant de crédits d'assurance maladie pour mieux identifier notamment leur répartition sur le territoire, le niveau de médicalisation, les ETP financés et ainsi éclairer l'organisation de cette offre au niveau national et régional
Personnes référentes	DGCS - Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées : Elodie.BONNEFOY@social.gouv.fr Dominique.TELLE@social.gouv.fr

Enquête sur le suivi de la mesure hébergement temporaire pour personnes âgées en sortie d'hospitalisation :

Cette enquête a pour objectif d'observer et d'évaluer le déploiement de la mesure hébergement temporaire pour les personnes âgées en sortie d'hospitalisation prévue par la feuille de route grand âge et autonomie du 30 mai 2018 et financée cette année dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR). Il s'agit notamment de mesurer le déploiement et de recueillir les bonnes pratiques afin d'envisager de pouvoir renforcer ce dispositif dans les années à venir.

Exploitations	Remontées de l'enquête : 15 février 2020 - Remontée synthétique des données afférentes aux places d'hébergement temporaire réservées pour les personnes âgées en sortie d'hospitalisation pour l'exercice 2019 par ARS et par département => <u>un fichier de recueil sous Excel sera transmis par la centrale en mai 2019</u> - Une meilleure connaissance de la mise en œuvre de la mesure permettra d'évaluer la pertinence du financement via le FIR de cette mesure visant à faciliter le retour au domicile et envisager la pérennisation de ce dispositif
Rappels méthodologiques	La recette réelle est constatée au dépôt du CA (présentée dans le rapport du directeur de l'ESMS) au 30 avril 2019.
Personnes référentes	DGCS - Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées Camille.BRUNAT@social.gouv.fr

CALENDRIER RÉCAPITULATIF DES PRINCIPALES ÉCHÉANCES 2019 (ENQUÊTES + SI¹)

Mars	• IMPORT CA : ouverture de la plateforme
Avril	• Enquête PUV : transmission du fichier de recueil • Import EPRD / Import ERRD : ouverture de la plateforme • Enquête PMND / Enquête Situation critiques : ouverture de la plateforme
Mai	• SEPPIA : extraction des prévisions d'installation N+1 • Enquête Sortie d'hospitalisation HT : transmission du fichier de recueil
Juin	• Import CA / Import ERRD : extraction pour alimenter le TBP • Enquête PMND : fermeture de la plateforme • Enquête PUV : remontée du fichier de recueil
Juillet	• HAPI : extraction des données EHPAD / Enquête tarifaire CNSA (prévision exécution) • Enquête Situations critiques : fermeture de la plateforme • Rapports d'orientation budgétaire : remontée des ROB
Sept.	• Import CA / Import ERRD : extraction pour alimenter le TBP • Import CA : fermeture de la plateforme
Octobre	• Import CA / Import ERRD : extraction des données pour exploitation • Enquête "Résidences autonomie" : remontée du fichier de recueil
Nov.	• HAPI : extraction des données pour le pré-remplissage de l'enquête tarifaire CNSA
Déc.	• Enquête tarifaire CNSA : remontée du fichier de recueil • HAPI : extraction des données de tarification et des données EHPAD • SEPPIA : extraction des installations effectives N et prévisions d'installation N+1

¹ Cf. annexe 3 - Les systèmes d'information pour le suivi de la programmation et de l'allocation de ressources

ANNEXE 7

TARIFS PLAFONDS APPLICABLES AUX ESAT EN 2019

Rappel du contexte

En 2009, des tarifs plafonds pour les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ont été introduits dans le but de mieux adapter les dotations attribuées à la réalité des coûts des structures et à leurs besoins de financement.

L'objectif poursuivi était l'amélioration de l'allocation des ressources afin qu'il n'y ait pas d'inégalité de tarif entre les ESAT ayant des prestations comparables. La détermination des tarifs plafonds s'appuyait initialement sur une enquête exhaustive conduite par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en lien avec les services déconcentrés sur les coûts des établissements, qui était destinée, tant à identifier les écarts de coûts devant être corrigés, que les facteurs explicatifs pouvant justifier d'appliquer des éléments correcteurs.

Les différentes enquêtes menées ont permis de mettre en exergue que la seule variable véritablement explicative de divergence de facteur de coût était constituée par le type de handicap majoritairement pris en charge dans l'établissement : l'arrêté fixant le tarif plafond 2009 a donc introduit des tarifs plafonds différenciés suivant les catégories de publics accueillis.

Règles applicables au titre de l'année 2019

En 2019, la poursuite de la convergence tarifaire se traduit par le gel de la dotation des ESAT dont le coût à la place se situe au-dessus des tarifs plafonds. Ces tarifs plafonds sont réévalués de +0,75%, soit le taux d'actualisation appliqué au secteur PH en 2019.

Par conséquent, sur la base de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), un arrêté interministériel fixe, pour 2019, les tarifs plafonds et les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. L'arrêté en cours de publication prévoit en conséquence que :

- le tarif plafond de référence est égal à 13 266 € par place autorisée ;
- pour les ESAT accueillant des personnes en situation de handicap infirmes moteurs cérébraux dans une proportion égale ou supérieure à 70% du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 16 580 € ;
- pour les ESAT accueillant un nombre de personnes en situation de handicap ayant des troubles du spectre de l'autisme dans une proportion égale ou supérieure à 70% du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 15 916 € ;
- pour les ESAT accueillant des personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise dans une proportion égale ou supérieure à 70% du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 13 928 € ;
- pour les ESAT accueillant des personnes en situation de handicap ayant une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques dans une proportion égale ou supérieure à 70% du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 13 928 € ;

Les tarifs plafonds susmentionnés sont majorés de 20% pour les collectivités d'outre-mer.

Modalités d'application

La situation de chaque ESAT, au regard des tarifs plafonds, doit être appréciée sur la base du coût de fonctionnement net à la place constaté au 31 décembre 2018 calculé en application des articles R. 314-106 et R. 344-10 du CASF.

Le coût de fonctionnement net à la place est égal aux charges d'exploitation du dernier budget exécutoire de l'activité sociale (2018), diminué, le cas échéant, des charges exceptionnelles et des charges d'exploitation n'accroissant pas celles des exercices suivants (c'est-à-dire les charges couvertes par des crédits non reductibles), diminuées des produits d'exploitation du même budget autres que ceux relatifs à la tarification, divisées par le nombre de places installées.

Deux situations peuvent être, dès lors, identifiées :

- Les établissements en convergence

La détermination de la dotation globale de financement pour ces ESAT ne donne pas lieu à l'application de la procédure contradictoire précitée de 60 jours, ni à l'approbation des dépenses prévisionnelles prévues à l'article L. 314-7 du CASF. Elle correspond au montant des charges nettes autorisées au titre de l'exercice 2018. Vous serez néanmoins attentifs, dans le cadre de la tarification de ces structures, à maintenir un dialogue budgétaire avec ces établissements permettant de tenir compte des situations individuelles des structures et de prévenir des risques de détérioration de la qualité des prises en charge des travailleurs handicapés.

- Les établissements en dessous du plafond

Si le taux d'actualisation des enveloppes régionales des ESAT est fixé à +0,75% en masse budgétaire, vous veillerez à analyser les propositions budgétaires des établissements au regard, notamment, des moyens et des coûts d'ESAT comparables.

Le taux défini au niveau national n'a, en effet, pas vocation à être appliqué uniformément à l'ensemble des établissements PH. L'application du taux d'actualisation ne doit pas conduire au dépassement du tarif plafond.

Comme les années précédentes, l'enveloppe de crédits disponibles dégagée par la poursuite de la convergence tarifaire vous permettra de mieux doter les ESAT dont les dotations apparaissent insuffisantes. Ainsi, vous pourrez mobiliser ces marges pour abonder les ressources des ESAT les plus en difficulté au vu d'éléments précis et objectifs, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des travailleurs en situation de handicap qu'ils accueillent et favoriser l'équité territoriale.

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

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

Enfin, nous vous rappelons que la mise en œuvre des tarifs plafonds est désormais également applicable pour les structures sous contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM).

En effet, l'article R. 314-40 du CASF modifié par le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 prévoit que la dotation globale définie dans le CPOM peut être calculée en référence à un tarif plafond. Ces nouvelles dispositions ne sont applicables qu'aux CPOM conclus postérieurement à la publication du décret précité et à condition que cette modalité de détermination du tarif y soit expressément stipulée.

En conséquence vous veillerez à prévoir lors de la négociation de nouveaux CPOM l'application des tarifs plafonds et du dispositif de convergence nationale vers ces tarifs.

Moratoire sur les créations de places d'ESAT

Nous vous rappelons que le moratoire sur la création de places d'ESAT est maintenu. Quand bien même vous disposeriez de marges au sein de votre DRL PH pouvant être employées à cet effet, il convient de ne pas créer de nouvelles places qu'il s'agisse d'extensions non importantes ou de nouveaux appels à projet.

Ce moratoire traduit une priorité politique donnée à l'inclusion des personnes en situation de handicap en milieu de travail ordinaire. De plus, aucuns crédits supplémentaires ne sont prévus au sein du programme 157 pour financer l'augmentation de la GRTH qu'entraînerait la création de nouvelles places d'ESAT.

ANNEXE 8

CADRAGE DES ELEMENTS FINANCIERS DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX PRODUISANT UN EPRD (ESSMS PH)

En application de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF), les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les établissements et services pour personnes âgées autres que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les petites unités de vie (PUV) et les résidences autonomie (RA) de la compétence exclusive ou conjointe des ARS, doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et, le cas échéant, conjointement avec les présidents des conseils départementaux de la région. Dans la mesure du possible, nous vous recommandons de retenir le périmètre de CPOM le plus large possible, pluri-départemental ou régional, afin que les établissements publics et les organismes gestionnaires puissent tirer pleinement partie des possibilités offertes par les nouvelles règles budgétaires et comptables. Une période transitoire de 6 ans est prévue pour la mise en œuvre de ces dispositions (du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021). Un état de prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) est mis en place l'exercice suivant la signature du CPOM (qu'il soit signé le 01/01 ou le 31/12 de l'année N, l'EPRD sera mis en place l'exercice N+1, c'est-à-dire dès le premier exercice comptable couvert par ce contrat). Cette disposition s'applique également aux CPOM « multi-activités » mentionnés au IV ter de l'article L. 313-12, qui peuvent inclure des ESSMS PH.

1. Périmètre des CPOM et conséquences sur les règles d'équilibre budgétaire :

L'article R. 314-39-1 précise le périmètre des contrats mentionnés aux articles L. 313-12-2 et L. 313-12 (IV ter), notamment dans ce dernier cas pour les CPOM « multi-activités ».

Figurent à titre principal les ESSMS (ou activités) pour lesquels l'ARS et, le cas échéant, le conseil départemental ou la métropole sont compétents pour administrer le ou les tarifs et pour lesquels les modalités d'évolution pluriannuelle du budget sont fixées dans le contrat. Ces modalités peuvent prendre la forme :

- de l'application directe à l'établissement ou au service du taux d'actualisation des dotations régionales limitatives mentionnées aux articles L. 314-3, L. 314-3-2, pour les ARS, ou d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité départementale, pour les conseils départementaux ;
- de l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation ;
- de l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme.

Dans le cas des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les budgets de production et de commercialisation figurent également dans le périmètre du CPOM. S'ils figurent principalement à titre d'information, des objectifs peuvent néanmoins être associés à ces budgets, notamment en application de l'article R. 243-8.

Dans le cas des établissements publics sociaux ou médico-sociaux autonomes, l'ensemble des budgets est retracé au moins à titre d'information. En plus des budgets cités ci-dessus, sont concernés :

- Les budgets qui relèvent de la compétence du préfet (CHRS, etc.),

- Les budgets qui relèvent de la compétence de l'ARS ou du conseil départemental, mais pour lesquels le contrat ne fixe pas une pluri-annualité budgétaire,
- Les budgets relatifs aux dotations non affectées (DNA) et aux services industriels et commerciaux (SIC).

Dans le cas des organismes privés, le II de l'article R. 314-212 précise que l'EPRD « peut comprendre l'ensemble des établissements et services d'un même gestionnaire privé non lucratif relevant du périmètre géographique de ce contrat. »

Pour application de ces dispositions, les budgets qui relèvent de la compétence du préfet, ou qui bien que relevant de la compétence de l'ARS ou du conseil départemental ne font pas l'objet d'une pluri-annualité budgétaire, peuvent figurer à titre d'information dans le contrat. En revanche, les SIC n'ont pas vocation à intégrer le périmètre du CPOM (et par suite, de l'EPRD) puisque ces services ne relèvent pas du I de l'article L. 312-1.

Conséquences en matière d'équilibre budgétaire :

L'article R. 314-222 précise les règles d'équilibre réel applicables dans un environnement « EPRD ». Notamment le II de cet article précise des conditions en fonction de la nature du compte de résultat prévisionnel (CRP) :

Les CRP relevant de la compétence de l'ARS et/ou du CD pour lesquels une pluri-annualité budgétaire est prévue dans le cadre du contrat peuvent présenter un déficit prévisionnel qui reste compatible avec le plan global de financement pluriannuel figurant dans l'EPRD.

Les CRP des établissements et services qui relèvent de la compétence tarifaire du préfet, ou qui bien que relevant de la compétence tarifaire de l'ARS ou du conseil départemental ne font pas l'objet d'une pluri-annualité budgétaire, restent soumis à un équilibre strict.

Les CRP relatifs aux budgets de commercialisation ou de production des ESAT peuvent présenter un déficit si les réserves et reports à nouveau constitués sur ce budget en maintiennent l'équilibre financier.

Dans le cas des établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes, les CRP relatifs aux DNA et aux SIC sont présentés en équilibre ou en excédent.

2. Périmètre et nature de l'EPRD

L'instruction ministérielle N° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESSMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF précise les modalités de mise en œuvre de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et des dispositions budgétaires et comptables qui y sont attachées. Certaines de ces dispositions sont différenciées en fonction des catégories d'établissements et de services. Pour les ESSMS qui relèvent de l'article L. 313-12-2, la mise en place de l'EPRD et des règles qui en découlent est effective l'exercice suivant la signature du CPOM alors qu'elle est effective dès l'exercice 2017 pour les EHPAD et les PUV. L'instruction précise également que le périmètre de l'EPRD est variable selon le statut des organismes gestionnaires. Le cadre normalisé à utiliser peut être fonction de ce même statut ainsi que, pour le secteur des personnes âgées, de l'administration ou non d'un tarif « hébergement » ou « accompagnement à la vie sociale » par le conseil départemental (ou la métropole). En fonction de ces critères, trois cadres normalisés sont mis en places :

- L'EPRD mentionné à l'article R. 314-213, qui s'applique dans le cas général, c'est-à-dire pour tous les ESSMS ciblés par la contractualisation obligatoire, y compris les EHPAD, les

PUV et les AJ dès lors que leur(s) tarif(s) sont administrés par une autorité de tarification¹, quel que soit le statut de l'organisme gestionnaire, à l'exception des activités sociales et médico-sociales gérées par un établissement public de santé. Il est également à noter qu'un EHPAD public autonome ou en budget annexes d'un CCAS, d'un CIAS ou d'une collectivité territoriale doit également fournir ce cadre budgétaire lorsqu'il relève de l'article L. 342-3-1 du CASF.

- Un EPRD simplifié, mentionné à l'article R. 314-216, pour les établissements privés relevant des dispositions des articles L. 342-1 et suivants du CASF. Cet EPRD concerne le secteur des personnes âgées² ;
- S'agissant des activités sociales et médico-sociales relevant d'un établissement public de santé, c'est un état prévisionnel des charges et des produits (EPCP), mentionné à l'article R. 314-242, qui est attendu. Ce document n'a qu'une visée tarifaire, l'établissement public de santé étant lui-même soumis à la production d'un EPRD pour l'ensemble de ses budgets, en application des dispositions du code de la santé publique.

3. Détermination de la dotation globale initiale et évolution de celle-ci

a. Détermination de la base

Les établissements et services inclus dans le CPOM visé à l'article L. 313-12-2³ du CASF perçoivent au titre de l'article R. 314-105 (XV)⁴ du même code, une dotation globale calculée dans les conditions prévues à l'article R. 314-39-1.

Lorsque le CPOM comprend plusieurs établissements ou services relevant de la même autorité de tarification et des mêmes financements, une dotation globalisée commune à ces établissements et services peut être mise en place. La notification des produits de la tarification fixe chaque année le montant de la dotation globalisée, ainsi que sa répartition prévisionnelle entre les différents établissements et services concernés. En cours d'exercice budgétaire, il peut être procédé par décisions modificatives à une nouvelle répartition de la dotation globalisée, dans la limite du montant total.

Lorsque la dotation globalisée est financée sur l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA et que les établissements et services concernés sont implantés dans différents départements, la caisse pivot compétente pour procéder au versement de la dotation globalisée commune sera celle d'implantation du siège social du gestionnaire.

Pour les établissements et services tarifés en prix de journée et relevant de l'OGD précité, la signature d'un CPOM mentionné à l'article L. 313-12-2 (ou d'un CPOM « multi-activités » mentionné au IV ter de l'article L. 313-12) emporte la mise en place d'une dotation globale. Vous veillerez à calibrer la dotation initiale en prenant pour base le niveau de charges nettes reconductibles, hors report à nouveau. Vous prendrez également en compte le niveau de

¹ Notamment, le gestionnaire commercial d'un SSIAD fournira cet EPRD et non un EPRD simplifié.

² Lorsqu'un organisme gestionnaire privé gère de façon concomitante des établissements ou des services qui relèvent d'un cadre EPRD et d'un cadre EPRD simplifié, celui-ci peut demander à n'établir qu'un seul EPRD pour l'ensemble de ces établissements et services. Dans ce cas, c'est le document prévu à l'article R. 314-213 qui s'applique.

³ Il s'agit des ESMS-PH, des SSIAD/SPASAD et des accueils de jour autonomes.

⁴ La globalisation des financements pour les tarifs relevant de la compétence des conseils départementaux n'est pas obligatoire compte tenu des mécanismes de l'aide sociale départementale. Elle reste cependant préconisée.

charges réelles comme critère de majoration ou de minoration de cette base, dans la limite des marges de manœuvre permises par la dotation régionale limitative pour ce qui concerne les ARS.

b. Modalités d'évolution de la dotation

Conformément à l'article R. 314-39-1, le CPOM doit prévoir une pluri-annualité budgétaire pour chacun de ces budgets. Ces modalités peuvent consister :

- soit en l'application directe à l'établissement ou au service du taux d'actualisation des dotations régionales limitatives mentionnées aux articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4 ou d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité départementale mentionnée à l'article L. 313-8,
- soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation,
- soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme.

En vous appuyant sur ces différents modes d'actualisation, il est donc possible de mettre en œuvre une convergence régionale afin de réduire les écarts de financement entre des établissements comparables.

A noter que l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a introduit la possibilité de prévoir dans les CPOM mentionnés à l'article L.313-12-2 un mécanisme de modulation de la dotation globale en fonction d'objectifs d'activité. Ces dispositions s'appliquent également aux CPOM « multi-activités » du IV ter de l'article L. 313-12, en application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Le décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats a précisé ces dispositions, en créant un article R. 314-43-2 dans le CASF. Afin de faciliter la mise en œuvre de ces dispositions, la CNSA a publié en janvier 2019 un guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; Ce guide est disponible à l'adresse suivante : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/mesure-de-lactivite-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-un-guide-methodologique>.

4. Tarification et facturation des prises en charges des publics relevant de l'article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles

L'intégration de la part des financements pris en charge par les conseils départementaux dans la dotation globalisée

Conformément au décret 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les articles R. 314-105 et 115 du CASF, nous vous rappelons que, lorsque l'établissement ou le service relève du 2° du I de l'article L. 312-1 du CASF et qu'il accueille régulièrement des jeunes adultes handicapés bénéficiant des dispositions de l'article L. 242-4, « lorsque l'établissement ou le service relève du 2° du I de l'article L. 312-1 et qu'il accueille régulièrement des jeunes adultes handicapés bénéficiant des dispositions de l'article L. 242-4, la dotation globalisée intègre la part des financements pris en charge par les conseils départementaux ».

La part de la dotation globale à la charge de l'assurance maladie est modulée en fonction des produits à la charge des conseils départementaux sur l'exercice précédent (XVI de l'article R. 314-105).

Ainsi, que l'ESSMS soit en environnement EPRD ou encore en environnement BP :

Le gestionnaire doit transmettre l'annexe « activité Creton » à jour pour le 31 janvier N.

Cette annexe établie au titre de l'année N doit obligatoirement mentionner le montant de la facturation adressée au(x) CD pour l'Année N-1.

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

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

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

1. Pour les personnes relevant de l'amendement Creton orientés ESMS de compétence exclusive ARS : le PJ n'est évidemment pas facturable aux CD.
2. Pour les personnes relevant de l'amendement Creton orientés ESMS de compétence exclusive CD : PJ facturable en intégralité aux CD.
3. Pour les personnes relevant de l'amendement Creton orientés ESMS de compétence conjointe (FAM, SAMSAH), le PJ facturable aux CD doit être diminué du forfait journalier afférent aux soins prévu par le R. 314-141 CASF (arrêté à 7.66 fois le montant horaire du SMIC horaire par l'arrêté du 4 juin 2007). Le SMIC horaire 2018 (N-1) étant de 9,88 €, le PJ facturable est donc diminué de 75.68€. »

Le tableau ci-dessous récapitule, en fonction de l'orientation du jeune adulte maintenu en IME au titre de l'amendement Creton, le financeur redevable ainsi que les participations de l'utilisateur attendues.

Modes de prise en charge en structures relevant du 2° du I de l'article L.312-1 du CASF	Orientation donnée par la CDAPH	Participation / Facturation	
		Usager	Conseil départemental
Internat	MAS	Montant du FJ	-
	FAM	Contribution aux frais d'hébergement et d'entretien prévue par le RDAS	PJ de l'établissement pour mineurs diminué du forfait journalier plafond afférent aux soins de l'article R.314-140 du CASF fixé pour l'exercice précédent (arrêté du 4 juin 2007)
	Foyer de vie/ d'hébergement	Contribution aux frais d'hébergement et d'entretien prévue par le RDAS	PJ de l'établissement pour mineurs
	ESAT	Participation aux frais de repas	

Illustration du mode de mise en œuvre de la tarification « amendement creton »

Cas d'un IME présentant une activité d'internat (tous les repas sont pris par les résidents hébergés) dont l'activité se décompose comme suit :

- 5 500 journées pour les -20 ans ;
- 200 journées pour les +20 ans orientés en ESAT et double orientation ESAT/Foyer d'Hébergement (FH) ;

- 100 journées pour les +20 ans orientés en MAS ;
- 200 journées pour les +20 ans orientés en foyers de vie ;
- 100 journées pour les +20 ans orientés en foyers d'accueil médicalisés (FAM).

Soit un total de 6 100 journées en internat.

DETERMINATION DE LA TARIFICATION	DETAIL		DETERMINATION DU PJ MOYEN	
Dépenses brutes de la classe 6	(1)	(2)	1 698 105 €	
Recettes du groupe II	4000	24 000	4 000 €	24 000 €
- Dont forfait journalier pour les +20 ans orientés en MAS à inscrire au compte 70821 (100j)	100 * 20 = 2 000			
- Dont autres participations des usagers au titre du L.242-4 du CASF à inscrire au compte 70822	0	20 000		
- Dont participations aux frais de repas pour les jeunes adultes orientés en ESAT et ESAT/FH à inscrire au compte 70823	200 * 3,31 = 662			
Recettes du groupe III			12 078 €	
Résultat (excédent)			10 000 €	
Dépenses à couvrir avec le PJ			1 672 027 €	1 652 027 €
Nombre de journées facturables pour l'ensemble des usagers			6 100	
PJ applicable aux CPAM et aux CD			274,10 €	270,82 €

L'établissement encaissera les montants suivants:	PJ appliqués		Recettes encaissés	
	(1)	(2)	(1)	(2)
PJ à facturer à l'AM pour les -20 ans et +20 ans orientés en ESAT/MAS/ESAT-FH (5800j)	274,10 €	270,82 €	1 589 796 €	1 570 780 €
PJ à facturer au CD pour les +20 ans orientés en Foyers de vie (200j)	274,10 €	270,82 €	54 821 €	54 165 €
PJ à facturer à l'AM pour les +20 ans orientés en FAM (100j)	75,68		7 568 €	7 568 €
PJ à facturer aux CD pour les +20 ans orientés en FAM (100j)	198,42 €	195,14 €	19 842 €	19 514 €
Produits de la tarification			1 672 027 €	1 652 027 €
Recettes du groupe II			4 000 €	24 000 €
- Dont forfait journalier pour les +20 ans orientés en MAS à inscrire au compte 70821 (100j)			2 000 €	2 000 €
- Dont autres participations des usagers au titre du L.242-4 du CASF à inscrire au compte 70822			0 €	20 000 €
- Dont participations aux frais de repas pour les jeunes adultes orientés en ESAT et ESAT/FH à inscrire au compte 70823			662 €	662 €
Recettes du groupe III			12 078 €	
Résultat (excédent)			10 000 €	

Total des recettes		1 698 105 €	1 698 105 €
--------------------	--	-------------	-------------

- 1 - Sans autres participation des usagers
- 2 - Avec participations des usagers

ANNEXE 9

AFFECTATION DES RESULTATS ET TRAITEMENT DES DEPENSES NEUTRALISEES OU REJETEES

1. Dispositions relatives à l'affectation des résultats

Les dispositions applicables en matière d'affectation des résultats diffèrent selon l'environnement budgétaire : budget prévisionnel ou état des prévisions de recettes et de dépenses.

1.1. Dans un environnement budget prévisionnel (article R. 314-51 et R. 314-43)

En application de l'article R. 314-1 du CASF, ces dispositions sont applicables à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, à l'exception :

- Des foyers de jeunes travailleurs et des établissements ou services qui sont gérés en régie directe par une administration de l'Etat ;
- Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et des petites unités de vie, dès l'exercice 2017, indépendamment de la signature d'un CPOM ;
- Des établissements et services pour lesquels, soit un CPOM « multi-activités » mentionné au IV ter de l'article L.313-12, soit un CPOM mentionné à l'article L.313-12-2¹, a été signé².

Les établissements et services soumis à ces dispositions établissent un compte administratif. L'affectation des résultats est réalisée par l'autorité de tarification dans les conditions précisées à l'article R. 314-51. Par dérogation à cet article, un CPOM signé au titre de l'article L. 313-11 peut prévoir une libre affectation des résultats par le gestionnaire sous réserve d'une pluriannualité budgétaire. Tout ou partie d'un résultat peut être repris dans le cadre de la tarification de l'exercice N+1 ou N+2. L'affectation des résultats s'effectue dans les conditions suivantes :

Un excédent d'exploitation peut être affecté :

- À la réduction des charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel il est constaté, ou de l'exercice qui suit ;
- Au financement de mesures d'investissement ;

¹ Conformément à l'article 8 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 : « *Un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens signé au titre de l'article L. 313-11 du même code pour un ou plusieurs établissements ou services mentionnés à l'article L. 313-12-2 peut être transposé en contrat relevant de ce dernier article sous réserve de la signature d'un avenant, qui ne peut proroger la durée du contrat initial de plus de cinq années.* ». Cette possibilité ne porte que sur des CPOM relevant de la compétence exclusive ou conjointe des ARS.

² Pour ces établissements et services, ces dispositions s'appliquent jusqu'à l'exercice qui précède l'entrée en vigueur du CPOM. L'EPRD et l'ERRD sont mis en place à compter de l'exercice qui suit la signature du CPOM, c'est-à-dire le premier exercice couvert par le contrat.

- Au financement de mesures d'exploitation n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivants celui auquel le résultat est affecté ;
- À un compte de réserve de compensation ;
- À un compte de réserve de trésorerie dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R. 314-48 ;
- A un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

Un déficit est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation, le surplus étant ajouté aux charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel le déficit est constaté, ou de l'exercice qui suit. En cas de circonstances exceptionnelles, la reprise du déficit peut être étalée sur trois exercices.

Dans le cas des établissements publics sociaux ou médico-sociaux autonomes gérant en budget annexe des dotations non affectées (DNA) ou des services industriels et commerciaux (SIC), l'établissement affecte ces résultats conformément à l'article R. 314-74 du CASF, soit :

- Un résultat excédentaire peut être affecté, soit à un compte de réserve de compensation, soit au financement d'opérations d'investissement, soit au financement de mesures d'exploitation du budget général.
- Un résultat déficitaire ne peut pas être repris sur l'un des budgets correspondant aux activités sociales ou médico-sociales.

Lorsque cette activité fait apparaître un déficit durant trois exercices consécutifs, le directeur précise dans son rapport d'activité les mesures de redressement nécessaires à la poursuite de l'activité, ainsi que leurs délais de mise en œuvre.

Dans le cas d'activités sociales ou médico-sociales gérées par un établissement public de santé, l'établissement affecte les résultats conformément à l'article R. 6145-51 du code de la santé publique. L'autorité de tarification conserve la possibilité d'incorporer un report à nouveau excédentaire ou déficitaire dans le cadre du tarif déterminé pour l'année N+1 ou N+2, conformément aux articles R. 314-106 (dotations) et R. 314-113 (prix de journée) du CASF.

Dans le cas des budgets de production et de commercialisation des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), quel que soit le statut du gestionnaire, l'autorité de tarification n'intervient pas dans l'affectation du résultat. Cependant, elle conserve un pouvoir de contrôle en application de l'article R. 243-8 du même code notamment.

1.2. Dans un environnement EPRD :

Ces dispositions s'appliquent aux EHPAD et aux PUV dès l'exercice 2017, sans considération de signature ou non d'un CPOM. Elles s'appliquent aux autres établissements et services mentionnés au IV ter de l'article L. 313-12 (dans le cadre de CPOM « multi-activités ») et à l'article L. 313-12-2, uniquement à partir de l'exercice qui suit la signature du CPOM, c'est-à-dire le 1^{er} exercice couvert par ce contrat. Il est ici important de souligner que dans le cas de CPOM autres que ceux-là, l'environnement « Budget prévisionnel » continue à s'appliquer.

Dans un environnement « EPRD », les principes relatifs à l'affectation des résultats sont prévus aux articles L. 313-12 (IV ter) et L. 313-12-2, et précisés aux articles R. 314-232 à R. 314-237.

Néanmoins, certaines dispositions transitoires sont prévues pour les EHPAD et les PUV dans l'attente de la signature du CPOM.

1.2.1. Rappel des dispositions législatives et réglementaires dans un environnement « EPRD » :

Le principe posé par la loi est une libre affectation des résultats réalisée par le gestionnaire ou l'établissement public, dans le respect des dispositions contenues dans le CPOM. L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a supprimé la possibilité de reprendre des résultats dans le cadre des CPOM de l'article L.313-12-2.

En outre, la suppression par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 dans le IV ter de l'article L. 313-12 du CASF de la phrase : « Il [le contrat] fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs ». est sans conséquence sur les dispositions antérieures, ces dispositions relevant du domaine réglementaire.

L'article R. 314-234 précise les différentes affectations possibles des résultats :

L'excédent d'exploitation est affecté :

- En priorité, à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
- A un compte de report à nouveau (y compris pour le financement sur l'exercice suivant de charges non reconductibles) ;
- Au financement de mesures d'investissement ;
- A un compte de réserve de compensation ;
- A un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R. 314-48 ;
- A un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

Seul l'apurement des déficits constitue une priorité d'affectation. Toute ou partie des autres possibilités d'affectation est priorisée dans le cadre du contrat.

Le déficit de chacun des comptes de résultat est :

- Couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
- Puis, le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation de ce même compte ;
- Pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce même compte.

Les résultats des différents comptes de résultat sont affectés aux comptes de résultat dont ils sont issus, sauf mention spécifique dans le contrat pour les organismes gestionnaires privés.

Pour les établissements commerciaux, non habilités ou minoritairement habilités à l'aide sociale, une affectation à l'investissement y compris en compensation des charges d'amortissement ou en réserve de trésorerie du résultat constitué sur les sections « soins » et « dépendance » reste impossible.

Dans un environnement EPRD, les dispositions mentionnées précédemment pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux gérant en budget annexe des DNA ou des SIC, ainsi que les dispositions relatives aux budgets de production et de commercialisation des ESAT, restent applicables. Il en est de même pour les activités sociales ou médico-sociales gérées par un établissement public de santé, à l'exclusion des reports à nouveau dans la détermination des tarifs.

De même, les résultats des comptes de résultat soumis à un équilibre strict restent affectés par l'autorité de tarification compétente. Pour ces comptes de résultat, les plus-values nettes de cession d'éléments d'actifs sont obligatoirement affectées à l'investissement³ pour le montant total de ces plus-values.

Des dispositions transitoires sont prévues dans l'attente de la signature du CPOM mentionné au IV ter de l'article L. 313-12⁴.

1.2.2. Dans l'attente de la signature du CPOM mentionné à l'article L. 313-12 (IV ter) :

S'agissant de l'affectation des résultats des EHPAD et des PUV dans l'attente de la signature du CPOM, ce contrôle s'effectue dans le cadre des mesures transitoires fixées par l'article 5 du 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 code de l'action sociale et des familles* (NOR : AFSA1619027D). Cet article précise : « II. – Dans l'attente de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du même code : (...) 3° Les autorités de tarification peuvent s'opposer à l'affectation des résultats décidée en application de l'article R. 314-234 et mettent en œuvre, le cas échéant, les dispositions de l'article R. 314-230 du même code, dans leur rédaction issue du présent décret. ». Les autorités de tarification peuvent donc réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Pour les ESSMS publics notamment, cela se traduit par la mise en œuvre des dispositions de l'article R. 314-230 du CASF où l'autorité de tarification demande l'adoption d'une décision modificative visant à diminuer les produits de la tarification. De façon plus spécifique pour les ESSMS publics, si la décision modificative n'est pas adoptée, l'autorité de tarification diminue, d'autorité, les tarifs de l'exercice suivant⁵.

³ Pour les comptes de résultat qui ne sont pas soumis à un équilibre strict, cette affectation n'est pas obligatoire, mais elle reste conseillée compte tenu des risques de désinvestissement.

⁴ Des mesures transitoires sont prévues à l'article 5 du 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 code de l'action sociale et des familles*. Pour les CPOM relevant de l'article L. 313-12-2, des mesures transitoires équivalentes seraient sans objet.

⁵Article 5, II 3° du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 précité commenté dans l'instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22 et à la mise à jour du plan comptable M22 au 1er janvier 2018.

En complément, deux dispositions doivent être mentionnées :

- le maintien d'une distinction entre un résultat « soins + dépendance » et un résultat « hébergement »,
- l'absence de possibilité d'affectation croisée des résultats entre établissements et services relevant d'un même organisme gestionnaire.

Pour des EHPAD dont le tarif « hébergement » est administré par le conseil départemental, il convient de distinguer un résultat « soins + dépendance » d'une part, et un résultat « hébergement », d'autre part. Cette distinction est motivée par le maintien d'une procédure budgétaire contradictoire pour cette dernière section. En application des mesures transitoires prévues pour ces établissements, l'affectation du résultat de cette section tarifaire s'effectue par l'autorité de tarification (conseil départemental ou métropole) dans les conditions prévues pour les comptes de résultat mentionnés au 2° du II de l'article R. 314-222⁶.

Cette distinction s'applique également aux EHPAD relevant des articles L. 342-1 à L. 342-6.

Par ailleurs, dans l'attente d'une éventuelle dérogation dans le cadre du CPOM pour les gestionnaires privés, les résultats des différents comptes de résultat sont affectés aux comptes de résultat dont ils sont issus.

Pour les EHPAD dont le tarif hébergement est administré par le Conseil Départemental (c'est-à-dire fixé dans le cadre d'une procédure budgétaire, et non dans le cadre d'une convention), les dispositions transitoires précisées au a) du 1 du I de l'article 5 du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 s'appliquent. Pour ces établissements, dans l'attente de la signature du CPOM, les articles R. 314-162 et R. 314-163 dans leur rédaction antérieure au décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 restent en vigueur. L'établissement doit en conséquence fournir l'annexe 3-4 du code de l'action sociale et des familles comme précédemment, mais uniquement pour la section hébergement. Il produit également un ERRD comprenant les trois sections tarifaires au sein d'un même compte de résultat. Mais le résultat de la section hébergement est affecté par le Conseil départemental. Il peut notamment s'agir d'un report à nouveau en diminution du tarif hébergement (en cas de reprise d'un excédent) ou en augmentation du tarif (en cas de reprise d'un déficit).

Pour les EHPAD relevant de l'article L. 342-1 (y compris ceux relevant de l'article L. 342-3-1), le tarif hébergement n'est pas administré. Seul un ERRD simplifié est à fournir. Une annexe 3-4 est sans objet.

A noter que la différenciation opérée n'est pas fondée sur le fait d'accueillir réellement plus ou moins de 50% de bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement, mais sur les modalités de fixation du tarif hébergement :

- Soit ce tarif est fixé dans le cadre d'une procédure budgétaire entre le conseil départemental et le gestionnaire, ce tarif est dit « administré » ;
- Soit ce tarif n'est pas fixé dans le cadre d'une procédure budgétaire, parce que l'EHPAD n'est pas habilité à l'aide sociale départementale à l'hébergement ou parce

⁶ C'est-à-dire les établissements pour lesquels l'autorité de tarification reste compétente pour affecter les résultats, en application du 4° de l'article R. 314-234.

que le tarif pris en charge par le conseil départemental est défini dans le cadre d'une convention d'aide sociale (voir notamment article L. 342-3-1).

1.2.3. Après la signature du CPOM mentionné à l'article L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2

La suppression par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 dans le IV ter de l'article L. 313-12 du CASF de la phrase : « *Il [le contrat] fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs* ». est sans conséquence sur les dispositions antérieures, ces dispositions relevant du domaine réglementaire.

Les dispositions générales mentionnées précédemment s'appliquent. Il convient en outre d'apporter les précisions suivantes.

1.2.3.1. Dans le cadre d'un CPOM « EHPAD » (dont EHPAD commerciaux)

Lorsque le tarif « hébergement » d'un EHPAD est administré par le conseil départemental, la distinction entre un résultat « soins + dépendance » et un résultat « hébergement » n'a plus lieu d'être : conformément au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF, le CPOM « *fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services et prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire.* ».

En revanche, lorsque l'EHPAD relève des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF, y compris ceux mentionnés à l'article L. 342-3-1, le résultat unique "dépendance-soins" est distinct du résultat hébergement qui n'est pas administré.

Enfin, pour les gestionnaires privés seulement, par dérogation au 3° de l'article R. 314-234, le contrat peut prévoir une affectation croisée des résultats entre établissements et services pour lesquels une pluri-annualité budgétaire a été fixée dans ce contrat (établissements et services mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222).

Dans le cas d'un tarif hébergement administré, nous recommandons que le CPOM traite de l'affectation du résultat de la section hébergement pour les exercices précédant l'entrée en vigueur du CPOM. Ainsi, la production de l'annexe 3-4 (prévue par les dispositions transitoires du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 en l'absence de CPOM) la première année de l'entrée en vigueur du CPOM ne sera pas nécessaire.

1.2.3.2. Dans le cadre d'un CPOM mentionné à l'article L. 313-12-2

Comme dans le cas des ESSMS hors EHPAD et PUV inclus dans le périmètre d'un CPOM « multi-activités » mentionné ci-dessus, l'environnement « EPRD » et les règles d'affectation des résultats qui y sont attachées s'appliquent dès le premier exercice couvert par le contrat.

L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a modifié la rédaction de l'article L. 313-12-2. Cet article prévoit dorénavant que : « *Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat.* ». L'affectation des résultats est effectuée par le gestionnaire mais reste encadrée par les dispositions contenues dans le CPOM. En revanche, une autorité de tarification ne peut plus reprendre tout ou partie d'un excédent comptable en diminution du tarif N+1 ou N+2. Il convient donc d'appliquer cette mesure aux CPOM déjà signés. La modification de l'article R. 314-43 par le décret n° 2018-519 du 27

juin 2018 *relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats* ne fait que tirer les conséquences des modifications apportées par la loi.

L'autorité de tarification conserve son pouvoir de contrôle sur les affectations de résultats réalisées par les gestionnaires. Notamment, elles peuvent modifier une notification budgétaire lorsque l'affectation du résultat n'est pas conforme aux objectifs du contrat et que, dans le cas d'un ESSMS public, celui-ci n'a pas adopté de décision modificative pour rectifier l'affectation du résultat erronée⁷.

2. Traitement des dépenses rejetées ou neutralisées

2.1. Les principes : La mise en œuvre des nouvelles dispositions de l'article R. 314-52 (environnement BP) et R. 314-236 (environnement EPRD)

2.1.1. Un principe commun : l'absence de modification du résultat comptable à compter de l'exercice 2017

A compter de l'exercice 2017, une autorité de tarification qui rejette des dépenses ne modifie plus le résultat comptable de l'établissement ou du service concerné. Il en est de même en cas d'ajout de recettes.

Ces modifications n'ont en effet plus d'impact comptable mais seulement un impact budgétaire.

Dans un environnement « budget prévisionnel », la rédaction de l'article R. 314-52 a été modifiée. Cet article précise maintenant que : *« L'autorité de tarification peut, avant de procéder à l'affectation d'un résultat, 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. »*

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. »

Cette rédaction a été reprise dans l'article R. 314-236, applicable dans un environnement « EPRD ».

Il convient cependant de noter que pour les EPHAD publics, autonomes ou en budget annexe d'un CCAS, d'un CIAS ou d'une collectivité territoriale, mentionnés à l'article L. 342-3-1 du CASF, même s'ils relèvent d'un EPRD « complet », le conseil départemental n'est pas fondé à rejeter des charges imputées sur la section « hébergement », puisque le tarif ou les tarifs de cette section ne sont pas administrés.

2.1.2. Conséquence sur le traitement de ces rejets ou des neutralisations.

Conséquences budgétaires :

⁷ Article R. 314-230 commenté dans l'instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 précitée.

Elles sont identiques quel que soit l'environnement budgétaire et le statut du gestionnaire. Le montant des dépenses rejetées ou neutralisées ou le montant des recettes ajoutées vient en déduction des produits de la tarification, notifiés par l'autorité compétente au titre de l'année durant laquelle cette modification est réalisée (N+1) ou de l'exercice qui suit (N+2).

Conséquences comptables :

Dans la comptabilité de l'établissement ou du service, le résultat de l'exercice (excédentaire ou déficitaire), au titre duquel ces rejets ou ajouts sont effectués par l'autorité de tarification, n'est plus modifié.

2.2. Affectation des dépenses rejetées ou neutralisées

Cette affectation va dépendre, d'une part du statut de l'organisme gestionnaire et, d'autre part, de l'environnement budgétaire.

2.2.1. *Dans le cas des ESSMS publics*

Le traitement des comptes 114 et 1161 et 1163 est précisé par instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22 et à la mise à jour du plan comptable M22 au 1er janvier 2018.

Dans un environnement « BP » :

Les comptes 1161 et 1163 sont maintenus et sont mouvementés dans les conditions actuelles précisées par l'instruction codificatrice M. 22.

Les dépenses rejetées sont imputées au compte 119 « report à nouveau – solde débiteur ».

Dans un environnement « EPRD » :

Les comptes 114, 1161 et 1163, ne doivent plus être débités à compter des résultats de l'exercice 2017 (résultats affectés sur l'exercice 2018). Les modalités de fiabilisation, puis d'apurement des comptes existants seront précisées ultérieurement.

Pour les provisions relatives aux comptes épargne-temps, il importe que ces établissements mettent avant tout en œuvre les dispositions précisées par l'article R. 314-228. En cours d'exécution budgétaire, les économies réalisables sur des charges de personnel doivent être utilisées en priorité à ces provisionnements.

2.2.2. *Dans le cas des ESSMS privés :*

Le rejet de charges continue à relever de la gestion non contrôlée de l'organisme gestionnaire.

Par ailleurs, l'avis n° 2007-05 du 4 mai 2007⁸ du Conseil national de la comptabilité « *relatif aux règles comptables applicables aux établissements et services privés sociaux et médico-*

⁸ Ce document est notamment disponible en annexe de l'instruction DGAS/SD 5B n°2007-319 du 17 août 2007 *relative au plan comptable et à certains mécanismes comptables applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux privés relevant de l'article R. 314-1 du code de l'action sociale et des familles et aux organismes gestionnaires relevant de l'article R. 314-81 du même code* (NOR : MTSA0730925C).

sociaux relevant de l'article R. 314-1 du code de l'action sociale et des familles appliquant l'instruction budgétaire et comptable M22, ainsi qu'aux associations et fondations gestionnaires des établissements sociaux et médico-sociaux privés qui appliquent les règlements n° 99-01 et n° 99-03 du CRC » continue à produire ses effets, notamment pour ce qui concerne les provisions pour congés à payer.

Dans un environnement « BP » :

Il n'y a aucun changement notoire. Notamment, les comptes 1161 (Amortissements comptables excédentaires différés) et 1163 (Autres droits acquis par les salariés non provisionnés en application du 3° de l'article R. 314-45 du CASF) restent mouvementés dans les conditions définies dans l'instruction codificatrice M. 22.

Dans un environnement « EPRD » :

Pour les comptes de résultat non soumis à un équilibre strict, les provisions relatives aux comptes épargne-temps et aux indemnités de départ à la retraite n'ont plus lieu d'être neutralisées pour le montant qui excède celui des économies réalisées sur les charges du groupe II (dépenses de personnel). Comme dans le cas des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics, le gestionnaire doit s'attacher en cours d'exécution budgétaire au provisionnement adéquat de ces charges.

La neutralisation des amortissements comptables excédentaires différés perd également de son intérêt.

Ces comptes pourront d'ailleurs être apurés à la clôture d'un exercice, avec l'accord des autorités de tarification compétentes, par reprise sur le compte de report à nouveau débiteur notamment. Ce compte de report à nouveau peut ensuite être soldé dans les conditions prévues à l'article R. 314-234 précité.

Pour les comptes de résultat soumis à un équilibre strict, les règles applicables sont celles rappelées dans un environnement « BP ».

ANNEXE 10

CREDITS 2019 EMPLOI ACCOMPAGNE (P157)

ARS	Crédits Emploi Accompagné
Auvergne/Rhône-Alpes	633 485
Bourgogne/Franche-Comté	255 569
Bretagne	288 791
Centre-Val-de-Loire	227 094
Corse	145 261
Grand Est	459 050
Hauts de France	556 729
Ile-de-France	1 369 078
Normandie	302 670
Nouvelle Aquitaine	536 403
Occitanie	520 897
Pays-de-la-Loire	289 754
Provence-Alpes-Côte d'Azur	402 412
France métropole	5 987 193
Guadeloupe + Martinique	290 151
Guyane	145 261
La Réunion + Mayotte *	290 151
Outre Mer	725 563
France Entière	6 712 756

Montant crédit accompagné = CREDITS DRICE P157 après réserve de 3%	6 712 756
--	------------------

Tableau 1 - Détermination de la base initiale au 01/01/2019 sur le champ "Personnes Agées"

PERSONNES ÂGÉES	DRL RECONDUCTIBLES					OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE		DRL DEBUT CAMPAGNE 2019
	DRL au 15/05/2018	Permanents syndicaux	Etude nationale de coût en EHPAD	Qualité de vie au travail	DRL au 31/12/2018	Opérations de fongibilité	CAVIMAC	DRL au 01/01/2019
Formules	1	2	3	4	5 = $\sum (1:4)$	6	7	8 = $\sum (5:7)$
Auvergne-Rhône-Alpes	1 310 112 769 €	-19 113 €	-111 897 €	-1 740 565 €	1 308 241 194 €	0 €	0 €	1 308 241 194 €
Bourgogne-Franche-Comté	565 593 318 €	0 €	-74 598 €	-723 459 €	564 795 261 €	2 396 666 €	0 €	567 191 927 €
Bretagne	664 809 964 €	0 €	-24 866 €	-875 868 €	663 909 230 €	0 €	347 783 €	664 257 013 €
Centre-Val de Loire	498 738 424 €	0 €	-24 866 €	-655 151 €	498 058 407 €	0 €	382 009 €	498 440 416 €
Corse	38 856 842 €	0 €	0 €	-44 170 €	38 812 672 €	0 €	0 €	38 812 672 €
Grand Est	848 637 977 €	0 €	-111 897 €	-1 110 982 €	847 415 098 €	0 €	0 €	847 415 098 €
Guadeloupe	33 294 654 €	0 €	0 €	-31 801 €	33 262 853 €	0 €	0 €	33 262 853 €
Guyane	8 193 366 €	0 €	0 €	-6 652 €	8 186 714 €	0 €	0 €	8 186 714 €
Hauts-De-France	844 287 214 €	0 €	-136 763 €	-1 038 518 €	843 111 933 €	0 €	0 €	843 111 933 €
Ile-de-France	1 193 467 148 €	-153 708 €	-99 464 €	-1 387 494 €	1 191 826 482 €	0 €	0 €	1 191 826 482 €
Martinique	39 229 335 €	0 €	0 €	-38 114 €	39 191 221 €	0 €	0 €	39 191 221 €
Normandie	580 024 012 €	0 €	0 €	-742 656 €	579 281 356 €	2 680 655 €	0 €	581 962 011 €
Nouvelle-Aquitaine	1 161 716 787 €	-21 333 €	-161 629 €	-1 494 545 €	1 160 039 280 €	744 637 €	0 €	1 160 783 917 €
Occitanie	1 014 338 655 €	-42 021 €	-74 598 €	-1 266 447 €	1 012 955 589 €	0 €	0 €	1 012 955 589 €
Océan Indien	37 481 842 €	0 €	-24 866 €	-39 913 €	37 417 063 €	0 €	0 €	37 417 063 €
Pays de la Loire	675 099 674 €	-28 016 €	-74 598 €	-889 250 €	674 107 810 €	0 €	0 €	674 107 810 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	764 105 673 €	0 €	-74 598 €	-914 415 €	763 116 660 €	0 €	0 €	763 116 660 €
TOTAL	10 277 987 654 €	-264 191 €	-994 640 €	-13 000 000 €	10 263 728 823 €	5 821 958 €	729 792 €	10 270 280 573 €

Tableau 2 - Calcul des Dotations Régionales Limitatives 2019 sur le champ "Personnes Agées"

PERSONNES ÂGÉES	DRL DÉBUT CAMPAGNE 2018	ACTUALISATION	INSTALLATIONS DE PLACES (cf. Tableau 3)	AUTRES MESURES NOUVELLES	MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME EHPAD				CNR NATIONAUX			DRL PA 2019
	DRL au 01/01/2019	Masse salariale Effet prix Plan économie	Total CP 2019	IDE de nuit	Résorption écarts au plafond	Financements complémentaires Prévention	Financements complémentaires Autres mesures	Tarif global	Permanents syndicaux	Qualité de vie au travail	Aide contractualisation PUV	
Formules	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	14 = Σ (1:13)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 308 241 194 €	9 950 108 €	0 €	1 276 951 €	19 085 982 €	3 994 545 €	2 343 466 €	2 410 092 €	22 680 €	1 198 364 €	791 286 €	1 349 314 668 €
Bourgogne-Franche-Comté	567 191 927 €	3 940 493 €	0 €	546 015 €	7 273 012 €	1 643 942 €	964 446 €	1 950 128 €	0 €	493 183 €	606 730 €	584 609 876 €
Bretagne	664 257 013 €	5 290 763 €	371 856 €	667 208 €	10 044 503 €	2 004 780 €	1 176 138 €	550 166 €	0 €	601 434 €	338 309 €	685 302 170 €
Centre-Val de Loire	498 440 416 €	3 868 757 €	0 €	485 299 €	7 133 850 €	1 488 359 €	873 170 €	346 783 €	39 023 €	446 508 €	200 076 €	513 322 241 €
Corse	38 812 672 €	199 878 €	0 €	31 609 €	-1 474 €	98 796 €	57 961 €	200 000 €	0 €	29 639 €	0 €	39 429 081 €
Grand Est	847 415 098 €	6 698 046 €	3 001 002 €	845 559 €	16 545 564 €	2 559 171 €	1 501 380 €	2 516 659 €	0 €	767 751 €	0 €	881 850 230 €
Guadeloupe	33 262 853 €	264 271 €	1 656 179 €	19 064 €	816 373 €	71 107 €	41 716 €	0 €	0 €	21 332 €	0 €	36 152 895 €
Guyane	8 186 714 €	42 250 €	0 €	3 439 €	-12 652 €	14 878 €	8 729 €	0 €	0 €	4 463 €	0 €	8 247 821 €
Hauts-De-France	843 111 933 €	6 700 133 €	4 843 280 €	772 843 €	12 140 731 €	2 372 914 €	1 392 110 €	1 278 934 €	0 €	711 874 €	405 992 €	873 730 744 €
Ile-de-France	1 191 826 482 €	8 756 513 €	1 021 263 €	1 061 238 €	12 873 757 €	3 199 002 €	1 876 748 €	1 762 928 €	190 325 €	959 701 €	29 293 €	1 223 557 250 €
Martinique	39 191 221 €	321 501 €	99 682 €	25 788 €	847 567 €	102 393 €	60 071 €	200 000 €	0 €	30 718 €	0 €	40 878 941 €
Normandie	581 962 011 €	4 498 694 €	338 389 €	556 194 €	7 723 735 €	1 703 378 €	999 315 €	703 441 €	0 €	511 013 €	134 188 €	599 130 358 €
Nouvelle-Aquitaine	1 160 783 917 €	9 034 474 €	0 €	1 160 184 €	20 829 972 €	3 444 709 €	2 020 896 €	1 910 705 €	77 741 €	1 033 413 €	338 445 €	1 200 634 456 €
Occitanie	1 012 955 589 €	8 095 303 €	0 €	982 633 €	18 094 897 €	2 925 815 €	1 716 478 €	2 811 493 €	43 280 €	877 744 €	246 584 €	1 048 749 816 €
Océan Indien	37 417 063 €	259 509 €	340 211 €	24 153 €	612 001 €	97 772 €	57 359 €	200 000 €	0 €	29 331 €	0 €	39 037 399 €
Pays de la Loire	674 107 810 €	5 257 128 €	0 €	773 116 €	12 387 388 €	2 053 836 €	1 204 917 €	1 011 382 €	22 306 €	616 151 €	0 €	697 434 034 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	763 116 660 €	6 303 146 €	0 €	768 707 €	14 070 953 €	2 224 603 €	1 305 100 €	2 347 289 €	0 €	667 381 €	0 €	790 803 839 €
TOTAL	10 270 280 573 €	79 480 967 €	11 671 862 €	10 000 000 €	160 466 159 €	30 000 000 €	17 600 000 €	20 200 000 €	395 355 €	9 000 000 €	3 090 903 €	10 612 185 819 €

Tableau 3 - Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2019 sur le champ "Personnes Agées"

PERSONNES ÂGÉES	AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT (AE)				HISTORIQUE DES CRÉDITS DE PAIEMENT (CP) VERSÉS AUX ARS				DROIT DE TIRAGE 2019	TRÉSORERIE 2019	PRÉVISIONS DE FINANCEMENT DE PLACES NOUVELLES 2019				CRÉDITS DE PAIEMENT (CP) 2019			DROIT DE TIRAGE 2020
	Sous-total AE historiques	PMND AE-CP 2018	Régularisations AE 2019	Total AE	Sous-total CP historiques	CP 2018	PMND AE-CP 2018	Total CP versés	Solde droit tirage au 01/01/2019	Installations sur droit de tirage	EAP 2019 CP 2018 (droit tirage)	Prévisions installations proratisées 2019	Régularisation prévisions installations	Total prévisions 2019	CP 2019	Gel sur CP disponibles 2019	Total CP 2019	Solde droit tirage au 01/01/2020
Sources Formules	$7 = \sum (1:6)$ 7	Notif.2018 TAB.2 8	Courriers notifs 9	$10 = \sum (7:9)$ 10	$19 = \sum (11:18)$ 19	Notif.2018 TAB.2 20	Notif.2018 TAB.2 21	$22 = \sum (19:21)$ 22	$23 = 10 + 22$ 23	ET2018 24	ET2018 25	SEPPIA 26	Courriers notifs 27	$28 = \sum (25:27)$ 28	Formule 29	0% 30	$31 = \sum (29:30)$ 31	$32 = 23 - 31 + 30$ 32
Auvergne-Rhône-Alpes	41 074 377 €	1 648 759 €	0 €	42 723 136 €	-25 967 232 €	-5 536 163 €	-1 648 759 €	-33 152 154 €	9 570 982 €	3 581 323 €	1 143 306 €	1 197 643 €	0 €	2 340 949 €	0 €	0 €	0 €	9 570 982 €
Bourgogne-Franche-Comté	21 892 978 €	639 863 €	0 €	22 532 841 €	-19 687 905 €	-1 477 182 €	-639 863 €	-21 804 950 €	727 891 €	3 356 345 €	211 492 €	1 922 194 €	0 €	2 133 686 €	0 €	0 €	0 €	727 891 €
Bretagne	16 006 608 €	688 280 €	0 €	16 694 888 €	-12 862 179 €	-1 725 802 €	-688 280 €	-15 276 261 €	1 418 627 €	1 806 172 €	719 007 €	1 459 021 €	0 €	2 178 028 €	371 856 €	0 €	371 856 €	1 046 771 €
Centre-Val de Loire	24 774 344 €	534 474 €	0 €	25 308 818 €	-21 749 693 €	-1 173 520 €	-534 474 €	-23 457 687 €	1 851 131 €	2 072 022 €	1 294 092 €	742 501 €	0 €	2 036 593 €	0 €	0 €	0 €	1 851 131 €
Corse	5 272 746 €	264 500 €	0 €	5 537 246 €	-5 256 842 €	0 €	-264 500 €	-5 521 342 €	15 904 €	1 838 087 €	0 €	1 095 189 €	0 €	1 095 189 €	0 €	0 €	0 €	15 904 €
Grand Est	47 395 168 €	1 150 385 €	0 €	48 545 553 €	-35 017 238 €	0 €	-1 150 385 €	-36 167 623 €	12 377 930 €	1 201 253 €	933 134 €	3 269 121 €	0 €	4 202 255 €	3 001 002 €	0 €	3 001 002 €	9 376 928 €
Guadeloupe	7 124 035 €	264 500 €	0 €	7 388 535 €	-3 552 611 €	-229 508 €	-264 500 €	-4 046 619 €	3 341 916 €	695 128 €	0 €	2 351 307 €	0 €	2 351 307 €	1 656 179 €	0 €	1 656 179 €	1 685 737 €
Guyane	2 323 611 €	264 500 €	0 €	2 588 111 €	-1 786 650 €	0 €	-264 500 €	-2 051 150 €	536 961 €	920 278 €	-63 657 €	0 €	127 313 €	63 657 €	0 €	0 €	0 €	536 961 €
Hauts-De-France	56 834 668 €	1 213 858 €	2 826 000 €	60 874 526 €	-43 373 188 €	-3 281 034 €	-1 213 858 €	-47 868 080 €	13 006 446 €	5 657 277 €	1 208 939 €	8 349 618 €	942 000 €	10 500 557 €	4 843 280 €	0 €	4 843 280 €	8 163 166 €
Ile-de-France	72 669 128 €	2 196 236 €	0 €	74 865 364 €	-34 355 078 €	-8 527 940 €	-2 196 236 €	-45 079 254 €	29 786 110 €	6 533 070 €	1 860 663 €	5 693 670 €	0 €	7 554 333 €	1 021 263 €	0 €	1 021 263 €	28 764 847 €
Martinique	12 583 843 €	264 500 €	0 €	12 848 343 €	-5 742 534 €	-1 800 856 €	-264 500 €	-7 807 890 €	5 040 453 €	1 437 800 €	820 612 €	716 870 €	0 €	1 537 482 €	99 682 €	0 €	99 682 €	4 940 771 €
Normandie	30 346 930 €	680 068 €	0 €	31 026 998 €	-29 355 623 €	-102 540 €	-680 068 €	-30 138 231 €	888 767 €	1 026 235 €	657 119 €	707 505 €	0 €	1 364 624 €	338 389 €	0 €	338 389 €	550 378 €
Nouvelle-Aquitaine	58 705 434 €	1 391 103 €	0 €	60 096 537 €	-42 287 555 €	-3 307 873 €	-1 391 103 €	-46 986 531 €	13 110 006 €	7 205 734 €	996 412 €	6 185 601 €	0 €	7 182 013 €	0 €	0 €	0 €	13 110 006 €
Occitanie	42 504 527 €	1 385 971 €	0 €	43 890 498 €	-32 626 648 €	-5 268 865 €	-1 385 971 €	-39 281 484 €	4 609 014 €	6 662 083 €	910 724 €	4 163 402 €	0 €	5 074 126 €	0 €	0 €	0 €	4 609 014 €
Océan Indien	1 813 303 €	264 500 €	0 €	2 077 803 €	308 967 €	-256 758 €	-264 500 €	-212 291 €	1 865 512 €	540 182 €	880 393 €	0 €	0 €	880 393 €	340 211 €	0 €	340 211 €	1 525 301 €
Pays de la Loire	22 883 528 €	710 693 €	0 €	23 594 221 €	-21 806 467 €	0 €	-710 693 €	-22 517 160 €	1 077 061 €	1 239 520 €	120 440 €	753 543 €	0 €	873 983 €	0 €	0 €	0 €	1 077 061 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25 532 774 €	1 437 810 €	0 €	26 970 584 €	-23 655 172 €	0 €	-1 437 810 €	-25 092 982 €	1 877 602 €	3 743 989 €	47 861 €	2 461 454 €	0 €	2 509 315 €	0 €	0 €	0 €	1 877 602 €
TOTAL	489 738 002 €	15 000 000 €	2 826 000 €	507 564 002 €	-358 773 648 €	-32 688 041 €	-15 000 000 €	-406 461 689 €	101 102 313 €	49 516 495 €	11 740 538 €	41 068 639 €	1 069 313 €	53 878 490 €	11 671 862 €	0 €	11 671 862 €	89 430 451 €

DRL : dotation régionale limitative
AE : autorisation d'engagement
EA : enveloppe anticipée
CP : crédits de paiement
EAP : extension année pleine
ET : enquête tarifaire

Tableau 1bis - Détermination de la base initiale au 01/01/2019 sur le champ "Personnes Handicapées"

PERSONNES HANDICAPÉES	DRL RECONDUCTIBLES					OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE	DRL DÉBUT CAMPAGNE 2018
	DRL au 15/05/2018	Gratification des stages	Permanents syndicaux	Régularisation non reconductible	DRL au 31/12/2018	Opérations de fongibilité	DRL au 01/01/2019
	1	2	3	4	5 = Σ (1:4)	6	7 = Σ (5:6)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 224 608 596 €	-461 036 €	-154 899 €	0 €	1 223 992 661 €	0 €	1 223 992 661 €
Bourgogne-Franche-Comté	510 842 760 €	-153 444 €	0 €	0 €	510 689 316 €	3 925 737 €	514 615 053 €
Bretagne	531 567 197 €	-209 777 €	-95 331 €	0 €	531 262 089 €	0 €	531 262 089 €
Centre-Val de Loire	470 346 029 €	-77 286 €	-16 824 €	0 €	470 251 919 €	974 857 €	471 226 776 €
Corse	48 175 444 €	0 €	0 €	0 €	48 175 444 €	0 €	48 175 444 €
Grand Est	1 053 289 699 €	-393 984 €	-85 831 €	0 €	1 052 809 884 €	1 520 397 €	1 054 330 281 €
Guadeloupe	86 993 790 €	-8 982 €	0 €	0 €	86 984 808 €	0 €	86 984 808 €
Guyane	52 119 973 €	-20 339 €	0 €	0 €	52 099 634 €	0 €	52 099 634 €
Hauts-De-France	1 182 014 838 €	-725 933 €	-574 924 €	0 €	1 180 713 981 €	3 280 000 €	1 183 993 981 €
Ile-de-France	1 856 764 021 €	-1 103 458 €	-291 467 €	0 €	1 855 369 096 €	20 240 000 €	1 875 609 096 €
Martinique	73 209 014 €	-10 000 €	0 €	0 €	73 199 014 €	0 €	73 199 014 €
Normandie	649 976 382 €	-203 184 €	-12 236 €	0 €	649 760 962 €	-2 680 655 €	647 080 307 €
Nouvelle-Aquitaine	1 058 395 317 €	-501 921 €	-165 172 €	0 €	1 057 728 224 €	2 875 213 €	1 060 603 437 €
Occitanie	1 134 825 146 €	-233 254 €	-249 018 €	0 €	1 134 342 874 €	873 535 €	1 135 216 409 €
Océan Indien	173 900 451 €	-64 124 €	0 €	0 €	173 836 327 €	0 €	173 836 327 €
Pays de la Loire	611 722 166 €	-100 603 €	-89 021 €	0 €	611 532 542 €	1 539 982 €	613 072 524 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	770 372 049 €	-432 675 €	-66 635 €	-2 500 000 €	767 372 739 €	6 580 352 €	773 953 091 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	289 604 €	0 €	0 €	-100 000 €	189 604 €	0 €	189 604 €
TOTAL	11 489 412 476 €	-4 700 000 €	-1 801 358 €	-2 600 000 €	11 480 311 118 €	39 129 418 €	11 519 440 536 €

Tableau 2bis - Calcul des Dotations Régionales Limitatives 2019 sur le champ "Personnes Handicapées"

PERSONNES HANDICAPÉES	DRL DÉBUT CAMPAGNE 2018	ACTUALISATION	INSTALLATIONS DE PLACES (cf. Tableau 3bis)	AUTRES MESURES NOUVELLES	CNR NATIONAUX			AUTRES OPÉRATIONS		DRL PH 2019
	DRL au 01/01/2019	Masse salariale Effet prix Plan économie	Total CP 2019	Situations critiques	Gratification des stages	Permanents syndicaux	Qualité de vie au travail	Régularisation non reconductible	Régularisation reconductible	
Formules	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = $\sum$ (1:9)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 223 992 661 €	9 179 945 €	8 811 012 €	1 000 000 €	461 036 €	154 781 €	405 711 €	100 000 €	0 €	1 244 105 146 €
Bourgogne-Franche-Comté	514 615 053 €	3 859 613 €	3 337 544 €	550 000 €	153 444 €	0 €	184 732 €	3 500 000 €	0 €	526 200 386 €
Bretagne	531 262 089 €	3 984 466 €	3 945 363 €	350 000 €	209 777 €	112 012 €	190 244 €	0 €	0 €	540 053 951 €
Centre-Val de Loire	471 226 776 €	3 534 201 €	2 085 864 €	550 000 €	77 286 €	0 €	171 545 €	0 €	0 €	477 645 672 €
Corse	48 175 444 €	361 316 €	1 948 376 €	150 000 €	0 €	0 €	25 000 €	0 €	0 €	50 660 136 €
Grand Est	1 054 330 281 €	7 907 477 €	9 467 551 €	1 500 000 €	393 984 €	23 387 €	352 939 €	0 €	0 €	1 073 975 619 €
Guadeloupe	86 984 808 €	652 386 €	413 857 €	50 000 €	8 982 €	0 €	52 056 €	0 €	0 €	88 162 089 €
Guyane	52 099 634 €	390 747 €	66 389 €	100 000 €	20 339 €	0 €	25 000 €	0 €	0 €	52 702 109 €
Hauts-De-France	1 183 993 981 €	8 879 955 €	10 208 875 €	3 600 000 €	725 933 €	370 237 €	392 250 €	0 €	0 €	1 208 171 231 €
Ile-de-France	1 875 609 096 €	14 067 068 €	16 728 180 €	3 500 000 €	1 103 458 €	374 994 €	608 315 €	0 €	0 €	1 911 991 111 €
Martinique	73 199 014 €	548 993 €	119 296 €	50 000 €	10 000 €	0 €	47 768 €	0 €	0 €	73 975 071 €
Normandie	647 080 307 €	4 853 102 €	4 702 934 €	650 000 €	203 184 €	13 100 €	226 268 €	0 €	0 €	657 728 895 €
Nouvelle-Aquitaine	1 060 603 437 €	7 954 526 €	9 042 971 €	850 000 €	501 921 €	156 194 €	354 890 €	0 €	0 €	1 079 463 939 €
Occitanie	1 135 216 409 €	8 514 123 €	3 884 610 €	800 000 €	233 254 €	220 007 €	378 098 €	0 €	0 €	1 149 246 501 €
Océan Indien	173 836 327 €	1 303 772 €	3 784 915 €	100 000 €	64 124 €	0 €	79 071 €	0 €	300 000 €	179 468 209 €
Pays de la Loire	613 072 524 €	4 598 044 €	3 206 240 €	450 000 €	100 603 €	143 788 €	215 382 €	0 €	0 €	621 786 581 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	773 953 091 €	5 804 648 €	5 681 248 €	750 000 €	432 675 €	35 904 €	265 731 €	0 €	0 €	786 923 297 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	189 604 €	1 422 €	750 000 €	0 €	0 €	0 €	25 000 €	0 €	0 €	966 026 €
TOTAL	11 519 440 536 €	86 395 804 €	88 185 225 €	15 000 000 €	4 700 000 €	1 604 404 €	4 000 000 €	3 600 000 €	300 000 €	11 723 225 969 €

Tableau 3bis - Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2019 sur le champ "Personnes Handicapées"

PERSONNES HANDICAPÉES	AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT (AE)						HISTORIQUE DES CRÉDITS DE PAIEMENT (CP) VERSÉS AUX ARS			DROIT DE TIRAGE 2019	TRÉSORERIE 2019	PRÉVISIONS DE FINANCEMENT DE PLACES NOUVELLES 2019					CRÉDITS DE PAIEMENT (CP) 2019				DROIT DE TIRAGE 2020
	Sous-total AE historiques	CNH AE 2019-2020	CNH AE post 2020	Autisme AE 2018-2022	Régularisations AE 2019	Total AE	Sous-total CP historiques	CP 2018	Total CP versés	Solde droit tirage au 01/01/2019	Installations sur droit de tirage	EAP 2019 CP 2018 (droit tirage)	Prévisions installations proratisées 2019	Régularisation prévisions installations	Total prévisions 2019	CP 2019	Gel sur CP disponibles 2019	Notification CP Autisme 2019	Total CP 2019	Solde droit tirage au 01/01/2020	
	<i>Sources</i> <i>Formules</i> $12 = \sum (1-11)$ 12	<i>Instruc. bud. 2019</i> 13	<i>Instruc. bud. 2019</i> 14	<i>Ins. autisme 2019</i> 15	<i>Courriers notif.</i> 16	$17 = \sum (12-16)$ 17	$29 = \sum (18-28)$ 29	<i>Notif 2018 TAB.2b</i> 30	$31 = \sum (29-30)$ 31	$32 = 17 + 31$ 32	<i>ET2018</i> 33	<i>ET2018</i> 34	<i>SEPPIA</i> 35	<i>Courriers notif.</i> 36	$37 = \sum (34-36)$ 37	<i>Formule</i> 38	<i>0%</i> 39	<i>Ins. autisme 2019</i> 40	$41 = \sum (38-40)$ 41	$42 = 32 - 41 + 39$ 42	
Auvergne-Rhône-Alpes	107 028 589 €	10 126 316 €	4 219 298 €	13 082 224 €	0 €	134 456 427 €	-91 063 893 €	-7 113 843 €	-98 177 736 €	36 278 691 €	2 504 571 €	4 738 213 €	3 579 414 €	0 €	8 317 627 €	5 813 056 €	0 €	2 997 956 €	8 811 012 €	27 467 679 €	
Bourgogne-Franche-Comté	35 758 856 €	3 376 855 €	1 407 023 €	5 996 571 €	0 €	46 539 305 €	-32 644 868 €	-810 812 €	-33 455 680 €	13 083 625 €	2 252 545 €	2 112 659 €	2 047 288 €	0 €	4 159 947 €	1 907 402 €	0 €	1 430 142 €	3 337 544 €	9 746 081 €	
Bretagne	41 592 396 €	4 243 171 €	1 767 988 €	4 164 444 €	0 €	51 767 999 €	-32 603 960 €	-4 130 997 €	-36 734 957 €	15 033 042 €	2 601 861 €	2 627 727 €	3 083 117 €	0 €	5 710 844 €	3 108 983 €	0 €	836 380 €	3 945 363 €	11 087 679 €	
Centre-Val de Loire	29 313 258 €	1 083 172 €	451 322 €	5 224 831 €	0 €	36 072 582 €	-27 163 622 €	-1 053 269 €	-28 216 891 €	7 855 691 €	997 053 €	877 975 €	937 396 €	0 €	1 815 371 €	818 318 €	0 €	1 267 546 €	2 085 864 €	5 769 827 €	
Corse	7 824 590 €	768 005 €	320 002 €	972 239 €	0 €	9 884 836 €	-3 624 116 €	-1 700 954 €	-5 325 070 €	4 559 766 €	1 145 869 €	0 €	2 941 492 €	0 €	2 941 492 €	1 795 623 €	0 €	152 753 €	1 948 376 €	2 611 390 €	
Grand Est	81 335 415 €	1 251 112 €	521 297 €	8 970 965 €	0 €	92 078 788 €	-68 794 996 €	-4 698 588 €	-73 493 584 €	18 585 204 €	4 681 041 €	2 433 786 €	9 691 419 €	0 €	12 125 205 €	7 444 164 €	0 €	2 023 387 €	9 467 551 €	9 117 653 €	
Guadeloupe	12 971 467 €	0 €	25 911 €	559 117 €	0 €	13 556 495 €	-9 498 137 €	0 €	-9 498 137 €	4 058 358 €	393 958 €	0 €	718 406 €	0 €	718 406 €	324 448 €	0 €	89 409 €	413 857 €	3 644 501 €	
Guyane	23 833 206 €	0 €	0 €	746 917 €	0 €	24 580 123 €	-19 177 417 €	-3 565 909 €	-22 743 326 €	1 836 797 €	3 820 918 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	66 389 €	66 389 €	1 770 408 €	
Hauts-De-France	107 277 175 €	5 247 587 €	2 186 495 €	7 134 482 €	0 €	121 845 739 €	-90 189 408 €	-5 842 564 €	-96 031 972 €	25 813 767 €	3 503 864 €	2 213 798 €	9 661 507 €	0 €	11 875 305 €	8 371 441 €	0 €	1 837 434 €	10 208 875 €	15 604 892 €	
Ile-de-France	245 155 032 €	13 296 470 €	5 540 196 €	16 347 500 €	0 €	280 339 199 €	-178 922 627 €	-6 995 459 €	-185 918 086 €	94 421 113 €	12 588 202 €	6 032 553 €	18 951 547 €	0 €	24 984 100 €	12 395 899 €	0 €	4 332 281 €	16 728 180 €	77 692 933 €	
Martinique	9 011 071 €	0 €	155 263 €	676 359 €	0 €	9 842 692 €	-4 328 419 €	-900 191 €	-5 228 610 €	4 614 082 €	944 994 €	0 €	453 747 €	0 €	453 747 €	0 €	0 €	119 296 €	119 296 €	4 494 786 €	
Normandie	56 014 425 €	2 265 090 €	943 787 €	5 119 017 €	0 €	64 342 319 €	-47 971 109 €	-4 918 228 €	-52 889 337 €	11 452 982 €	1 920 727 €	1 372 833 €	3 911 220 €	0 €	5 284 053 €	3 363 326 €	0 €	1 339 608 €	4 702 934 €	6 750 048 €	
Nouvelle-Aquitaine	82 219 645 €	5 703 270 €	2 376 363 €	10 561 049 €	0 €	100 860 326 €	-70 388 328 €	-3 493 203 €	-73 881 531 €	26 978 795 €	2 279 871 €	2 839 173 €	6 171 679 €	0 €	9 010 852 €	6 730 981 €	0 €	2 311 990 €	9 042 971 €	17 935 824 €	
Occitanie	67 374 227 €	4 138 803 €	1 724 501 €	13 217 706 €	0 €	86 455 237 €	-58 607 612 €	-1 384 790 €	-59 992 402 €	26 462 835 €	3 460 569 €	1 094 051 €	3 203 558 €	0 €	4 297 609 €	837 040 €	0 €	3 047 570 €	3 884 610 €	22 578 225 €	
Océan Indien	44 741 728 €	1 825 290 €	760 538 €	1 907 168 €	0 €	49 234 724 €	-29 443 160 €	-1 800 000 €	-31 243 160 €	17 991 564 €	1 870 818 €	670 000 €	4 778 605 €	0 €	5 448 605 €	3 577 787 €	0 €	207 128 €	3 784 915 €	14 206 649 €	
Pays de la Loire	40 295 046 €	1 739 885 €	724 952 €	5 437 346 €	0 €	48 197 229 €	-36 481 950 €	-186 123 €	-36 668 073 €	11 529 156 €	274 693 €	471 269 €	1 704 372 €	0 €	2 175 641 €	1 900 948 €	0 €	1 305 292 €	3 206 240 €	8 322 916 €	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	64 700 306 €	4 502 466 €	1 876 028 €	6 568 066 €	0 €	77 646 866 €	-56 759 675 €	0 €	-56 759 675 €	20 887 191 €	1 952 129 €	2 252 272 €	3 920 666 €	0 €	6 172 938 €	4 220 809 €	0 €	1 460 439 €	5 681 248 €	15 205 943 €	
Saint-Pierre-et-Miquelon	0 €	0 €	0 €	0 €	750 000 €	750 000 €	0 €	0 €	0 €	750 000 €	0 €	0 €	0 €	750 000 €	750 000 €	750 000 €	0 €	0 €	750 000 €	0 €	
TOTAL	1 056 446 434 €	59 567 491 €	25 000 962 €	106 686 000 €	750 000 €	1 248 450 887 €	-857 663 297 €	-48 594 930 €	-906 258 227 €	342 192 660 €	47 193 682 €	29 736 310 €	75 755 433 €	750 000 €	106 241 743 €	63 360 225 €	0 €	24 825 000 €	88 185 225 €	254 007 435 €	

DRL : dotation régionale limitative
AE : autorisation d'engagement
EA : enveloppe anticipée
CP : crédits de paiement
EAP : extension année pleine
ET : enquête tarifaire