

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale
de la cohésion sociale*

Sous-direction des affaires
financières et de la modernisation

Bureau gouvernance du secteur
social et médico-social

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soin

Bureau des établissements de santé
et médico-sociaux

Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

*Direction des établissements
et services médico-sociaux*

Circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA n° 2015-137 du 23 avril 2015 relative aux orientations de l'exercice 2015 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

NOR : AFSA1510116C

Validée par le CNP le 10 avril 2015. – Visa CNP 2015-61.

Date d'application: immédiate.

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

Résumé: la présente circulaire a pour objet de préciser les orientations pour l'exercice budgétaire 2015 dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées 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) – frais de transport, GALAAD – 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 (PPCPPH) – schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour handicaps rares – SELIA – système d'information – valeur de points plafond.

Références:

Articles R. 314-170 à R. 314-171-3, R. 314-173 et R. 314-184 du CASF dans leur rédaction issue du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du Code de l'action sociale et des familles;

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

Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015;

Article 10-III de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017;

Arrêté du 26 février 2009 modifié fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

Annexes:

Annexe 1. – Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS pour 2015.

Annexe 2. – Modalités de détermination des crédits de paiement 2015 pour installation de places.

Annexe 3. – Suivi des dépenses et recettes liées au fonctionnement des 30 unités d'enseignement en maternelle créées au titre du plan autisme.

Annexe 4. – Accord franco-wallon sur l'accueil des personnes handicapées Belgique.

Annexe 5. – Adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes.

Annexe 6. – Prise en charge des situations complexes: mise en œuvre du rapport « zero sans solution ».

Annexe 7. – Notice technique relative à l'emploi des crédits de médicalisation, au changement d'option tarifaire et validation des coupes PATHOS.

Annexe 8. – Emplois d'avenir.

Annexe 9. – Systèmes d'information de l'allocation de ressources.

Annexe 10. – Gestion des trésoreries d'enveloppe et crédits non reconductibles.

Annexe 11. – Recommandations tarifaires dans le champ PH et retour de l'enquête sur les amendements Creton 2014 sur l'exécution 2013.

Annexe 12. – Enquêtes 2015.

Annexe 13. – Autorisation d'engagement du plan autisme 2013/2017 et du schéma handicap rare.

Tableaux:

Tableau 1 et 1 bis – Détermination de la base initiale au 1^{er} janvier 2015 (PA et PH).

Tableau 2 et 2 bis – Calcul des dotations régionales limitatives 2015 (PA et PH).

Tableau 3 et 3 bis – Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2015 (PA et PH).

Tableau 4 – Maquette de l'enquête tarifaire 2015.

Tableau 5 – Suivi des recettes et dépenses liées au fonctionnement des 30 premières UE autisme en maternelle.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et la secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion et 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).

La présente circulaire définit le cadre de la campagne budgétaire 2015 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 2015.

La campagne budgétaire 2015 repose sur un taux de progression de l'OGD qui reste favorable, marquant ainsi la volonté des pouvoirs publics de continuer à accompagner le développement de ce secteur : l'OGD progresse ainsi de 2,5 % en 2015, porté à la fois par un apport de la CNSA de 110 M€ et par un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social qui progresse en 2015 de 2,2 % par rapport à 2014 (contre 2,1 % de progression de l'ONDAM général).

L'OGD 2015 est par ailleurs construit sur une base réduite de 142 M€, conformément à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, qui ne remet pas en cause les engagements du Gouvernement en matière de création de places.

L'exercice 2014 est marqué par une nouvelle amélioration du taux de consommation de l'OGD qui s'établit comptablement à 99,6 % sur le champ PA (en amélioration de 1,3 point par rapport à 2013) et 99,5 % sur le champ PH. Hors effet de provision, l'exécution de l'OGD se situe pratiquement à 100 %. Ces résultats sont le fruit notamment de votre engagement pour, tout à la fois, mobiliser pleinement les moyens alloués au développement et à l'amélioration de la qualité de l'offre de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, tout en garantissant le respect des dotations régionales limitatives. Il doit être salué et devra être poursuivi.

Comme les années antérieures, en application des dispositions de l'article 10-III de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation de finances publiques pour les années 2012 à 2017, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution s'élève à 85 M€ et porte intégralement sur l'OGD. Nous insistons sur le fait que ce gel ne remet pas en cause les engagements du Gouvernement en matière de création de places.

Dans le domaine du handicap, cette année est marquée par la poursuite du plan pluriannuel handicap, du plan autisme et du schéma national handicap rare, ainsi que par l'accompagnement des personnes en situation complexe. Du côté des personnes âgées, cette année est par ailleurs marquée par le déploiement du plan relatif aux maladies neuro-dégénératives et par la poursuite du financement du changement d'option tarifaire pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) selon des modalités spécifiques qui vous sont précisées dans la présente circulaire.

Nous appelons également votre attention sur le fait qu'aucune délégation complémentaire de crédit ne devra être attendue au-delà de la présente circulaire pour l'exercice 2015, hormis les crédits destinés au plan maladies neuro-dégénératives qui seront répartis en cours d'année 2015 au vu des critères de répartitions qui seront soumis à l'appréciation du conseil de la CNSA.

Enfin, nous vous rappelons que les sous-objectifs « personnes âgées » et « personnes handicapées » de l'ONDAM sont votés et suivis séparément. Ceci implique que la répartition de ces montants entre régions est opérée par champ et qu'aucune fongibilité entre enveloppes, notamment dans le cadre de la tarification, ne peut être réalisée.

1. Priorités d'action et évolutions réglementaires notables dans le champ des établissements et services médicaux sociaux

1.1. Un secteur « Personnes handicapées » mobilisé par la poursuite du plan pluriannuel handicap, du plan autisme et du schéma national handicap rare, ainsi que par l'accompagnement des personnes en situation complexe

1.1.1. La poursuite du plan pluriannuel handicap

Cette année encore, la mise en œuvre du plan pluriannuel handicap constitue une priorité. Si le plan ne fait plus l'objet d'autorisation d'engagements nouvelle en 2015, les crédits de paiement notifiés en 2015 doivent vous permettre d'accompagner les ouvertures effectives des places nouvelles autorisées prévues pour 2015 et, ainsi, de progresser dans la réalisation du programme.

Pour 2015, un montant de 86,7 M€ vous est notifié; il doit vous permettre – avec les crédits disponibles dont vous disposez déjà – de financer l'ouverture d'ESMS nouveaux conformément aux engagements que vous avez pris dans le cadre du programme pluriannuel des créations de places pour les personnes handicapées 2008-2016.

1.1.2. La poursuite du plan autisme

Les financements dédiés au plan pluriannuel handicap sont par ailleurs complétés par le financement des créations de places correspondant à la première tranche du plan autisme (20,9 M€).

Concernant les créations de places « adultes » (MAS, FAM, SAMSAH et accueil temporaire) prévues par cette première tranche, il convient, sur la base des plans d'actions régionaux, d'autoriser la création de places par extension non importante et de programmer le lancement des appels à projets afin de maintenir le rythme d'installation des places. L'instruction interministérielle du 13 février 2014 DGCS/SD3B/DGOS/R4/DGESCO/CNSA n° 2014/52 relative à la mise en œuvre des plans régionaux d'actions, des créations de places et des unités d'enseignement prévus par le 3^e plan autisme 2013-2017, vous propose à cette fin des repères méthodologiques permettant de construire les appels à projets et d'analyser les dossiers reçus pour sélectionner une offre de qualité.

Au-delà, la seconde autorisation d'engagements (AE) du plan autisme d'un montant de 78,9 M€ vient de vous être notifiée. Elle porte sur deux dimensions majeures du plan autisme: d'une part, l'offre de service concernant les enfants (unités d'enseignement en maternelle et SESSAD), d'autre part, l'adaptation de l'offre existante. Vous trouverez en annexe 13 le rappel de l'autorisation d'engagement relative au plan autisme (consolidant les deux tranches qui vous ont été notifiées) et en annexe 3 les modalités d'une enquête auprès des gestionnaires qui permettra d'identifier les ressources et dépenses engagées pour la première année de fonctionnement des unités d'enseignement en maternelle.

1.1.3. La poursuite du schéma national du handicap rare

Concernant le schéma national handicap rare, des crédits d'un montant de 22,6 M€ viennent de vous être notifiés en 2015 en autorisation d'engagement pour la création des places. Cette notification donnera lieu à abondement de votre dotation régionale limitative (DRL) au fur et à mesure des ouvertures des places sur la base des données saisies dans l'application SEPPIA.

2,6 M€ vous sont également notifiés pour la mise en place des équipes relais. Les crédits relatifs à la mise en place de ces équipes relais, vous sont attribués dès 2015 et complètent les crédits déjà délégués en juillet 2014.

1.1.4. L'accompagnement des personnes en situation complexe

Par ailleurs, le relevé de conclusions de la conférence nationale du handicap du 11 décembre dernier contient un axe dédié aux personnes sans solutions proposant une évolution profonde des pratiques professionnelles de tous les acteurs en charge du handicap pour un meilleur suivi des situations complexes. Ceci doit conduire à une meilleure coordination de ces acteurs, mais également à trouver des solutions pragmatiques, y compris temporaires, pour accueillir ces personnes. C'est pourquoi il vous est demandé en cas de surcoût éventuel généré par l'accueil des personnes concernées:

- de mobiliser, lorsque cela est nécessaire et dans toute la mesure du possible, vos marges de gestion pour permettre d'accueillir de façon transitoire, en attendant la mise en œuvre de solutions pérennes, les personnes qui, en raison de leur situation particulièrement complexe, nécessitent un accompagnement renforcé (mobilisation de ressources ponctuelles en appui des équipes, accueil de transition pour affiner le bilan des personnes concernées en termes de soins et d'accompagnement médico-social – cf. annexes 6 et 9);
- d'utiliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour garantir plus durablement l'accompagnement de ces situations complexes;
- de mobiliser les places existantes d'accueil temporaire ou séquentiel pour accueillir les personnes qui se trouvent sans solution ou confrontées à des risques de rupture de parcours voire, le cas échéant, de mobiliser les crédits consacrés à ces places dans les appels à projets pour la création de places en MAS et FAM afin d'en favoriser le développement.

Nous appelons tout particulièrement votre attention sur la programmation des places restant à autoriser au titre du plan pluriannuel pour personnes handicapées 2008-2012, et vous invitons à procéder dans les meilleurs délais au lancement des appels à projets ou à des extensions non importantes tenant compte de l'évolution des besoins dont témoigne l'analyse des situations complexes qui nous remontent. Vous envisagerez le cas échéant d'ajuster en continu la programmation de votre PRIAC pour que l'évolution de l'offre réponde ainsi au plus près aux besoins d'accompagnement et de soins des personnes orientées par les MDPH et confrontées à une absence durable de réponse ou à une rupture de parcours.

L'annexe 6 porte plus spécifiquement sur la prise en charge des personnes qui, en raison de leur situation particulièrement complexe, nécessitent un accompagnement renforcé.

*
* *

Nous vous rappelons par ailleurs l'importance du caractère innovant que doivent revêtir les appels à projet afin de permettre d'anticiper dès aujourd'hui les dispositifs d'accompagnement de demain, notamment sur des thèmes majeurs tels que l'accompagnement vers l'emploi des personnes en situation de handicap dès l'âge de 15 ans et l'accompagnement à la fin de vie entre le domicile et l'hôpital.

En outre, vous mobiliserez les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour améliorer les réponses aux besoins des personnes handicapées vieillissantes. A cet égard vous trouverez en annexe 5 les éléments utiles sur la problématique des personnes handicapées vieillissantes et notamment une synthèse de la recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM tout récemment publiée, ainsi que quelques exemples d'expériences conduites par certaines ARS.

Enfin, 4 M€ sont également consacrés à l'ajustement du financement de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements belges conventionnés. Ces crédits accompagneront l'application de l'accord franco-wallon du 21 décembre 2011 entré en vigueur le 1^{er} mars 2014 (cf. annexe 4).

1.2. *Un secteur « Personnes âgées » prioritairement engagé dans le lancement du plan maladies neuro-dégénératives, la poursuite de la médicalisation, le financement du passage des EHPAD au tarif global, la poursuite des travaux concernant les SSIAD et la promotion des SPASAD*

1.2.1. Le lancement du plan maladies neuro-dégénératives.

Outre les mesures nouvelles qui sont consacrées pour 21,2 M€ à la poursuite de la mise en œuvre du plan de solidarité grand âge, l'année 2015 est marquée par le lancement du nouveau plan maladies neuro-dégénératives (PMND). Les orientations et mesures de ce nouveau plan, qui s'inscrivent dans la stratégie nationale de santé et la stratégie nationale de recherche, prévoient 68 M€ de mesures nouvelles, se déclinant sur 5 ans: 28 M€ hors OGD pour la création de MAIA et 40 M€ de crédits OGD pour le financement de mesures nouvelles.

Ces crédits seront répartis en cours d'année 2015 au vu des critères de répartitions qui seront soumis à l'appréciation du conseil de la CNSA. Aucun crédit de paiement n'est donc à ce stade notifié dans la présente circulaire. Il est précisé que, pour 2015, ces crédits de paiement s'élèveront à 2,6 M€ de mesures nouvelles qui seront consacrées à la création de plateformes de répit, au développement des places en SSIAD à travers les nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA), ainsi qu'à l'expérimentation de temps de psychologues en SSIAD, notamment pour ceux disposant d'une ESA ou de places handicap. Par ailleurs, 3,44 M€ seront disponibles, issus du transfert de la sous enveloppe sanitaire de l'ONDAM vers la sous enveloppe médico-sociale, pour financer la poursuite du déploiement d'unités d'hébergement renforcé (UHR) en EHPAD.

1.2.2. La poursuite du renouvellement des conventions tripartites et médicalisation des EHPAD

Le renforcement de la médicalisation des EHPAD reste une priorité en 2015. 103,7 M€ de crédits vous sont ainsi notifiés pour l'année 2015 dont environ 11 M€ issus des ressources dégagées au niveau national par la non actualisation des dotations des EHPAD dont le tarif est déjà égal ou supérieur au plafond de ressource GMPS.

Vous veillerez à prendre en compte de façon prioritaire la situation des établissements qui présentent les niveaux de ressources les plus éloignés du plafond de ressources GMPS, afin de porter leurs moyens à un niveau proche de celui des établissements présentant des profils de population accueillie et des modes d'accompagnement comparables.

Au 31 décembre 2014, 91 % des EHPAD sont désormais tarifés au « GMPS » soit 7 points de plus qu'à fin 2013. Lors du renouvellement des conventions tripartites, vous porterez une attention particulière aux 9 % des EHPAD présentant une tarification fondée sur les anciennes modalités de tarification dites « dotations minimales de convergence » (DOMINIC). Pour ceux qui présenteraient un niveau de ressources supérieur au plafond de ressources GMPS, il convient de rappeler que le passage en tarification GMPS est une obligation réglementaire lors du renouvellement de la convention.

Le renforcement du niveau de financement des structures doit par ailleurs être motivé par la seule évolution des besoins en soins et en matière de prise en charge de la dépendance des résidents qui serait constatée dans le cadre de la réévaluation du GMPS conformément au décret du 8 janvier 2013 (*cf.* circulaire du 6 décembre 2013). Par ailleurs, au vu de ces besoins objectivés, il vous appartient de veiller à ce que le processus de médicalisation en 2015 se traduise par une tarification des engagements financiers dès 2015.

Enfin, il vous est demandé de veiller à l'articulation du calendrier « validation des coupes PATHOS – renouvellement des conventions – tarification » ; sur ce point votre attention est appelée sur l'actualisation de l'outil GALAAD dont la nouvelle version est désormais déployée depuis le 13 janvier (*cf.* annexe 7).

1.2.3. Le financement du changement d'option tarifaire pour les EHPAD

Le décret n° 2014-652 du 20 juin 2014 relatif aux tarifs global et partiel applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est venu préciser les conditions de changement d'option tarifaire en modifiant l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles. Cette modification vise à une meilleure régulation du changement d'option tarifaire, afin de maîtriser ses conséquences tant sur la dépense d'assurance maladie que sur la qualité et l'efficacité du système de santé. Si l'initiative du changement d'option tarifaire relève toujours de l'établissement, la demande de changement est soumise à l'accord du directeur général de l'ARS, cet accord étant conditionné d'une part, à la disponibilité des crédits dans la dotation régionale limitative et d'autre part, au respect des objectifs régionaux fixés dans le projet régional de santé.

Une enveloppe de 10 M€ est prévue en 2015 pour accompagner, de manière encadrée et limitative, ce changement d'option tarifaire des établissements dont le projet répond aux conditions mentionnées ci-dessus. Cette enveloppe est destinée prioritairement aux EHPAD en tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur (PUI) compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficacité des soins.

Il vous appartiendra donc de gérer la priorisation des demandes de passage au tarif global. Dans le cadre de cette appréciation, vous porterez une attention particulière à la situation des établissements qui se seraient vu refuser un changement d'option tarifaire en 2012 ou 2013 faute de crédits dédiés.

Chaque ARS se voit ainsi déléguer une dotation dédiée, d'un montant minimum de 200 000 €. Ce montant minimum 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.

La CNSA procèdera à un bilan au second semestre afin de vérifier l'engagement effectif des crédits, ceci afin de procéder – si besoin – au redéploiement éventuel requis pour un engagement plein et entier des crédits en 2015. Les modalités de répartition et de suivi des crédits vous sont précisées en annexe 7.

1.2.4. La poursuite des travaux concernant la tarification des SSIAD

La synthèse des résultats de la deuxième enquête activité menée auprès des SSIAD fin 2012 a été présentée aux représentants des fédérations en septembre 2014 et transmise aux ARS.

Une analyse complémentaire de ces résultats a été confiée aux ARS d'Alsace et de Haute-Normandie afin de vérifier notamment, au niveau de ces deux régions, si les SSIAD dont les résultats issus de la simulation sont les plus favorables sont ceux qui prennent en charge les patients les plus lourds.

Parallèlement des travaux sont en cours avec l'ATIH afin de mener une expertise sur le modèle tarifaire proposé.

Dans l'attente de ces travaux complémentaires sur l'évolution du modèle tarifaire des SSIAD, ces résultats transmis pour information ne doivent pas fonder la tarification 2015 de ces services. Ils pourront toutefois être utilisés pour nourrir l'analyse, les comparaisons, et, le cas échéant, les questionnements dans le cadre du dialogue de gestion de l'exercice.

1.2.5. La préparation de l'expérimentation SPASAD dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit, dans son article 34, une expérimentation afin d'inciter les gestionnaires à créer des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou à faire évoluer les SPASAD existants dans un mode d'organisation, y compris des prestations d'aide et de soins, plus intégré.

Ces SPASAD intégrés donneront lieu à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui déterminera notamment les modalités de la coordination et d'intégration entre les activités de soins et d'accompagnement à domicile, et le cas échéant les actions de prévention, ainsi que les financements dédiés. Ceux-ci seront apportés :

- pour les activités de soins, par la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'ARS ;
- pour les activités d'aide et d'accompagnement, par des tarifs horaires, une dotation globale ou un forfait global déterminé par le président du conseil général ;
- et pour les activités de prévention, par les financements mobilisés dans le cadre de la conférence des financeurs créé par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement ou par d'autres financements déjà existants.

Un cahier des charges de l'expérimentation est en cours d'élaboration dans le cadre d'une concertation avec les représentants du secteur et l'Assemblée des départements de France. Il sera publié par arrêté pour une mise en application au 1^{er} janvier 2016.

Dans l'attente de la promulgation de la loi et de la mise en œuvre des conférences de financeurs, les ARS sont d'ores et déjà encouragées à favoriser l'expérimentation de cette organisation intégrée sur leurs crédits non reconductibles. Si le financement d'actions spécifiques et ciblées est bien entendu possible, vous veillerez à faciliter la mise en place de ces services en finançant des actions plus structurelles, notamment les dépenses d'ingénierie requise par la mise en place d'un projet de fonctionnement commun aux SSIAD et aux SAAD.

2. Éléments d'évolution de l'objectif global des dépenses à décliner dans les exercices budgétaires régionaux

Dans le respect des priorités rappelées en première partie, il vous est demandé, comme en 2014, de faciliter par vos pratiques tarifaires le suivi infra-annuel par la CNSA de la gestion des crédits qui vous sont délégués, en vue de s'assurer du respect des DRL.

2.1. Modalités de détermination des dotations régionales limitatives

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

En 2015, les prévisions économiques font état d'un moindre impact de l'évolution du SMIC et de l'inflation par rapport à ce qui avait été anticipé en construction. Pour cette raison, une partie du gel prévu par la loi de programmation de 2012 précitée porte sur les mesures de reconduction qui ont été ajustées à ce nouveau contexte :

- d'une part, le taux d'évolution de la masse salariale avait été surévalué de 0,08 point ; il est porté à + 0,75 % ;
- d'autre part, compte tenu d'une prévision d'inflation nulle pour 2015, le taux d'évolution des prix est ramené à 0.

En conséquence, le taux d'évolution dévolu à l'actualisation des moyens s'établit à + 0,6 % (cf. annexe 1).

Dans le cadre des dialogues que vous mènerez avec chaque établissement, l'application de ces taux doit être modulée en fonction de la situation propre à chaque ESMS.

Vous veillerez à ce que le taux d'évolution de la masse salariale finance, pour les ESMS publics, l'effet GVT et les mesures de revalorisation catégorielles des agents de catégorie C et des professions paramédicales dans le secteur public.

Concernant le secteur privé, ce taux d'évolution vient s'ajouter aux effets des mesures d'exonération de cotisations sociales du pacte de responsabilité. Ces exonérations génèrent une économie représentant environ 0,67 % de la masse salariale des établissements et services privés.

Ainsi, pour le secteur privé associatif, comme annoncé en conférence salariale du 2 février dernier, les partenaires sociaux pourront donc négocier des accords de travail dans la limite d'un taux d'évolution de 1,4 % de la masse salariale pour l'année 2015 correspondant à l'effet du pacte de responsabilité (+ 0,67 %) et du taux d'actualisation de la masse salariale (+ 0,75 %),

À titre d'information, pour le secteur privé commercial, les ESMS devraient également connaître un taux d'évolution de 1,4 % de leur masse salariale tenant compte de l'effet du pacte de responsabilité. Comme prévu à l'article L.73-1 *bis* de la convention collective unique du 18 avril 2002 et de son annexe du 10 décembre 2002, ces ESMS appliquent notamment une majoration d'ancienneté de 1 % du salaire de base, chaque année et ce jusqu'à 35 ans d'ancienneté.

Pour rappel, le taux d'actualisation de la masse salariale fixé à + 0,75 % est un taux moyen qu'il vous est loisible de moduler en fonction de la situation financière de chaque établissement et des potentialités de recrutements nouveaux permises par l'allègement des cotisations sociales du pacte de responsabilité.

Vous trouverez en annexe 1 (et tableaux afférents) les éléments décomposant la structure des crédits d'actualisation et l'actualisation des valeurs de points plafond applicables aux EHPAD.

Les EHPAD soumis à convergence tarifaire n'étant pas bénéficiaires de l'actualisation de leurs dotations, les moyens consacrés à l'actualisation dans les dotations régionales sont ajustés en conséquence : les crédits dégagés par cette non actualisation viennent majorer l'enveloppe de médicalisation (*cf. Supra*).

Il vous est rappelé également que les mises à disposition syndicale, comme les gratifications de stage sur le secteur « personnes handicapées », relèvent d'un financement en crédits non reconductibles nationaux – notifiés pour cet usage par la CNSA – et ne relèvent donc pas de l'emploi des crédits d'actualisation (*cf. éléments de précision en annexe 1*). Le nouveau contexte d'obligation de gratification des stages étendu à tous les employeurs pour les stages réalisés par des étudiants en formation initiale d'une durée supérieure à deux mois, nécessite une mobilisation de l'ensemble des structures susceptibles de constituer des terrains de stages.

Vous trouverez également en annexe 8 un point d'information sur le dispositif des emplois d'avenir créé par la loi du 26 octobre 2012, ainsi que sur la mise en œuvre de la loi n° 2012-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui a modifié le code du travail dans ses dispositions sur le temps partiel.

2.1.2. La convergence tarifaire

La convergence tarifaire est le pendant de l'effort financier réalisé pour le renforcement de la médicalisation des EHPAD. En conséquence, il vous appartient de poursuivre cette démarche de convergence dans le respect de l'application de l'arrêté du 26 février 2009 modifié.

Pour les régions qui rempliraient le niveau de convergence attendu, dans le respect du cadre fixé par arrêté ou par voie conventionnelle, toute économie supplémentaire liée à la convergence devra être redéployée au bénéfice exclusif du renforcement de la médicalisation selon les priorités établies *supra*.

Dans la mesure où le dispositif de convergence tel que prévu par l'arrêté du 26 février 2009 précité prendra fin en 2016, votre attention est appelée sur les contrats de convergence signés depuis 2009. Ces contrats, qui visaient à repousser les échéances annuelles sur la fin de la période de convergence prévue par l'arrêté, doivent désormais produire les résultats attendus. Dès lors, en 2016, aucun tarif à la place afférent aux soins des EHPAD ne devra être supérieur au tarif plafond correspondant à l'option tarifaire applicable à l'établissement.

L'annexe 1 (et tableaux y afférents) consacrée à la construction des DRL précise les modalités de répartition des effets de la convergence entre celles-ci. Comme les années précédentes, vous veillerez à assurer la traçabilité de la mise en œuvre de ce dispositif.

2.2. Améliorer la gestion prévisionnelle, l'emploi et le suivi des enveloppes déléguées

2.2.1. Les systèmes d'information et le pilotage de l'allocation de ressources et de la programmation

À l'instar des précédents exercices, il reste indispensable de disposer tout au long de 2015 d'une information fiable et mise à jour en temps réel sur le déroulé de l'exercice budgétaire et sur la consommation des DRL notifiées, que ce soit en volume ou en structure de dépense tarifée. Par conséquent, comme lors des deux derniers exercices, il est impératif de réaliser *ab initio* l'intégralité de la campagne tarifaire sur HAPI. Son avancement fera l'objet d'un point particulier dès septembre afin de permettre à la CNSA d'affiner la prévision d'exécution et s'assurer du respect des DRL, ainsi,

plus globalement, que celui de l'OGD, en lien avec le comité de pilotage de l'ONDAM. L'utilisation en continu de l'outil HAPI pour la tarification constitue donc une exigence incontournable pour le suivi budgétaire national en cours d'année. Pour soutenir cet objectif, l'application HAPI continue d'évoluer en 2015. Ces évolutions portent sur la génération des décisions tarifaires et la restitution de synthèses pour le pilotage régional des DRL.

Outre le suivi de la campagne tarifaire, l'évolution des systèmes d'information doit permettre de mieux vous outiller pour programmer l'offre sur votre territoire. C'est l'enjeu de la mise en place de SEPPIA, application qui prend la place de SELIA et e-PRIAC en 2015, et qui vous permettra de piloter l'ensemble de votre programmation jusqu'à l'installation effective des places.

Comme pour HAPI, nous insistons sur l'importance centrale de la fiabilité et de la mise à jour des données dans SEPPIA afin de donner au niveau national la visibilité nécessaire sur la mise en œuvre des plans nationaux. En 2015, le pilotage national de la programmation passera également par un suivi rapproché, assuré par la CNSA, des appels à projets lancés en régions.

L'annexe 9 vous rappelle l'architecture globale des systèmes d'information de l'allocation de ressources.

Vous trouverez également en annexe 12 un point d'information et de calendrier relatif à l'ensemble des enquêtes lancées en 2014.

2.2.2. Orientations pour l'emploi des crédits non reconductibles

L'année 2014 a été marquée par une augmentation du montant des CNR délégués en raison de décalages de créations de places. Dans ce contexte, vous veillerez à assurer strictement la traçabilité de ces crédits dans l'application HAPI. Il vous est rappelé que les CNR sont utilisés uniquement pour le financement de mesures ponctuelles comme l'accompagnement de situations complexes, les actions de soutien de l'investissement ou de renforcement des qualifications des personnels. Les modalités d'utilisation des CNR vous sont rappelées en annexe 10.

2.3. *Harmoniser les pratiques tarifaires pour rationaliser les versements aux ESMS*

Les pratiques de tarification restent encore aujourd'hui marquées par une hétérogénéité certaine soit entre ARS, soit entre délégations territoriales au sein d'une même agence. L'harmonisation de ces pratiques de tarification constitue un enjeu essentiel en particulier sur le secteur PH dont la tarification à prix de journée génère de manière régulière des situations de sur exécution de l'OGD.

Dans cette perspective, votre attention est donc à nouveau appelée sur la nécessité de calibrer au plus juste et de manière prudente l'activité prévisionnelle des établissements à prix de journée, notamment en retenant une activité prévisionnelle conforme au dispositif mentionné à l'article R. 314-113 du CASF, soit la moyenne de l'activité réelle des trois derniers exercices.

La capacité de réponse budgétaire à l'accueil de cas complexes – qu'il s'agisse d'accueil temporaire ou de prise en charge séquentielle – nécessite toutefois l'utilisation de modes d'allocations de ressource plus souples, et plus adaptées à ces modes d'accueil. En ce sens, le recours au CPOM peut s'avérer adapté. Il ne doit toutefois pas générer de baisse d'activité des ESMS.

Vous veillerez, par ailleurs dans le cadre de vos dialogues de gestion avec les établissements, à prendre en compte les besoins spécifiques de prise en charge des transports des établissements accueillant des enfants et proposant des modalités d'accueil séquentielles. Les conclusions des travaux actuellement menés par l'ANAP proposeront aux gestionnaires des éléments d'aide à la décision pour le choix des modes de transports et leur organisation en vue de trouver le meilleur équilibre entre la qualité du transport, mesurée notamment au travers du temps de trajet et son coût.

En outre, il est rappelé l'intérêt d'encourager les ESMS assurant une prestation d'accueil temporaire à opter pour un versement en prix de journée globalisé: au-delà du meilleur suivi des dépenses d'assurance maladie qu'il induit, ce vecteur tarifaire constitue en effet un mode de financement adapté à des modalités d'accueil plus séquentielles. Il représente également un avantage de trésorerie pour les ESMS dont les versements par 12^e sont plus réguliers. Ce dispositif est rappelé en annexe 11.

De manière plus générale, la démarche de contractualisation avec les ESMS au travers de l'outil CPOM offre une opportunité réelle de diversifier et adapter les modalités d'accueil.

Cette annexe 11 vous rappelle également les modalités à retenir dans la prise en compte et la tarification des établissements accueillant des amendements Creton: ce rappel fait suite à l'enquête conduite l'an passé sur ce sujet qui a notamment permis de relever une certaine hétérogénéité de pratiques.

Enfin, votre attention est appelée sur le fait que vos décisions tarifaires sont le seul lien possible entre les données de tarification et les données de versement enregistrées par l'assurance maladie. Les travaux conduits l'an passé sur ce sujet, dans le cadre de la circulaire 2014, ont montré que les recoupements s'avèrent parfois difficiles en raison d'une structure de données différente entre ARS et CPAM. Afin de faciliter les croisements, il vous est donc rappelé la nécessité d'employer les décisions tarifaires issues d'HAPI, qui sont validées par l'ensemble des acteurs centraux (notamment DGCS et CNAMTS – cf. annexe 11).

*La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,*
MARISOL TOURAINE

*La secrétaire d'État chargée de la famille,
des personnes âgées et de l'autonomie,
auprès de la ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes,*
LAURENCE ROSSIGNOL

*La secrétaire d'État chargée des personnes
handicapées et de la lutte contre l'exclusion,
auprès de la ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes,*
SÉGOLÈNE NEUVILLE

*La directrice de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie,*
G. GUEYDAN

ANNEXE 1

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES DES ARS

La présente annexe précise les modalités de fixation des dotations régionales limitatives (DRL). Leur montant est établi à partir du niveau reconductible constaté au 31 décembre 2014 réajusté pour tenir compte des opérations de transfert d'enveloppes intervenues fin 2014.

Ce montant ajusté est augmenté des mesures nouvelles retenues pour 2015. Ces DRL doivent ainsi vous permettre de réévaluer les dotations des ESMS en fonctionnement et d'accompagner l'installation de nouvelles structures en 2015.

1. L'établissement de la base régionale d'actualisation

Cette étape précise le périmètre initial des dépenses à reconduire en 2015. Plusieurs opérations sont ainsi prises en compte dans le calcul du niveau initial de vos dotations régionales :

- la réfaction des crédits non reconductibles nationaux notifiés en 2014;
- la prise en compte des opérations de fongibilité.

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 2014 sont neutralisées en début de campagne et retirées de la base d'actualisation.

Les crédits retirés des bases se décomposent comme suit :

- les crédits nationaux pour la compensation des mises à disposition des permanents syndicaux (PA/PH);
- les crédits de gratification de stage (PH);
- les avances de trésorerie notifiées en 2014 (PH).

1.2. La prise en compte des opérations de fongibilité

Les dotations pour 2015 intègrent le solde des transferts entre les différents sous-objectifs de dépenses d'assurance maladie sollicités par les ARS, après arbitrage et prise en compte par les directions et opérateurs nationaux, gestionnaires des enveloppes d'assurance maladie. Sont prises en compte dans la présente circulaire : les opérations validées lors du second semestre 2014 ayant un impact budgétaire en totalité ou en partie sur l'exercice 2014 ; les effets année pleine sur 2015 de ces opérations ; les opérations validées postérieurement et ayant un impact à compter de 2015.

Conformément à la circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C n° 2012-82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux, les transferts d'enveloppe et opérations de fongibilité retenus correspondent à des changements de régime juridique à la suite desquels des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux viennent à relever d'un financement différent de celui sous lequel ils étaient placés antérieurement (ex : conversions d'activités).

Les montants transférés figurent sur les **tableaux 1 et 1 bis** annexés à la présente circulaire.

2. Les paramètres généraux d'actualisation 2015

2.1. Actualisation des dotations régionales limitatives (DRL)

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation annuelle destinée à permettre la prise en compte par les autorités de tarification de l'évolution du coût de certains facteurs, notamment salariaux, dans le cadre de l'approbation budgétaire.

Le taux d'actualisation des dotations régionales pour 2015 s'établit en moyenne à 0,6 % sur l'ensemble des deux champs. Il repose sur une progression salariale de 0,75 % en moyenne.

Compte tenu d'une prévision d'inflation nulle pour 2015, les dépenses hors salaires ne sont pas réactualisées cette année.

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

SECTEUR	MASSE SALARIALE	PROGRESSION SALARIALE	ACTUALISATION DE LA DRL
Personnes âgées (1)	89 %	0,67 %	0,67 %
Personnes handicapées	75 %	0,56 %	0,56 %

(1) Sur le champ PA, le taux d'actualisation correspond à un taux brut avant minoration de l'actualisation des EHPAD en convergence tarifaire.

Pour mémoire, la progression salariale précitée intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2014, les évolutions 2015, générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte d'un « GVT¹ solde » correspondant à une progression de masse salariale de 0,3 %. Les crédits correspondants sont précisés dans les tableaux 2 et 2 bis.

Il est rappelé en outre que l'application, en 2015, du pacte de responsabilité induit pour les établissements et services privés une baisse de la masse salariale de 0,67 %. Ces crédits peuvent être maintenus dans les dotations des établissements ou redéployés entre établissements afin de maximiser l'effet levier permis par le pacte de responsabilité. En tout état de cause, votre décision doit être guidée par le souci de redéployer ces économies afin de soutenir des recrutements nouveaux et améliorer les taux d'encadrement.

Sur le champ PA, les crédits d'actualisation disponibles dans les DRL tiennent compte de l'économie réalisée à la source au titre de la moindre dépense induite par la non reconduction des dotations des EHPAD encore convergents fin 2014 ainsi que celles des EHPAD dont les dotations historiques sont égales au plafond réévalué pour 2015. Comme l'an passé, l'économie ainsi dégagée, qui s'établit pour 2015 à environ 11 M€, est intégralement redéployée vers la médicalisation (cf. *infra*).

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 à la démocratisation sociale du 5 mars 2014 qui a profondément modifié les obligations des entreprises en matière de financement de formation professionnelle. Dans la branche des établissements et services sanitaire et sociaux à but non lucratifs des négociations sont en cours pour adapter les accords existants au nouveau cadre législatif et réglementaire. Cette négociation fait peser une incertitude sur la contribution obligatoire de ces établissements et services à l'effort de formation professionnelle des salariés. Néanmoins, l'esprit de cette réforme est 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, prix de séance), sur le juste calibrage de l'activité prévisionnelle qui doit être strictement conforme à la moyenne d'activité constatée au cours des trois derniers comptes administratifs (art. R. 314-113 du CASF et circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS n° 2011/120 du 22 mars 2011).

Concernant plus spécifiquement le secteur des EHPAD, les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont actualisées en 2015 du taux de reconduction précité, hors les valeurs de point tarif global toujours gelées. Elles sont par ailleurs majorées de 20 % pour les départements d'outre-mer.

OPTIONS TARIFAIRES	MÉTROPOLE	DOM
Tarif global avec PUI	13,10 €	15,72 €
Tarif global sans PUI	12,44 €	14,93 €
Tarif partiel avec PUI	10,50 €	12,60 €
Tarif partiel sans PUI	9,92 €	11,90 €

¹ Glissement Vieillesse Technicité (évolution des carrières des personnels, variation de la pyramide des âges des effectifs salariés et effet de noria...).

Il est rappelé que ces valeurs ne servent pas au calcul de la dotation mais à déterminer la situation des EHPAD par rapport à la détermination des objectifs de convergence tarifaire pour 2015. En effet, hors le cas des EHPAD en convergence (ou des EHPAD dont la dotation historique est égale aux tarifs plafonds), la tarification des EHPAD doit rester assise sur l'analyse des propositions budgétaires en vue d'une approbation explicite des dépenses de l'année à l'issue d'une procédure contradictoire.

Cette analyse des propositions budgétaires doit tendre, comme les années passées, vers un objectif d'amélioration du taux d'encadrement « soins » en EHPAD dans les limites permises par le niveau de la dotation régionale limitative. L'arbitrage sur l'allocation des crédits de reconduction aux EHPAD (sans considération de mesures générales ou catégorielles) ne peut en effet en aucun cas entraîner de dépassement des plafonds précités.

Il est enfin rappelé que votre allocation de ressource doit tendre vers une répartition équilibrée des crédits entre les ESMS, notamment lorsque ceux-ci présentent des situations comparables. À cet égard, l'indicateur GMPS fait plus que déterminer une « cible de financement » : rapporté à la dotation réelle, il constitue un indicateur de comparaison du niveau respectif de financement de vos EHPAD.

2.2. Mesures d'économie impactant les dotations régionales limitatives « Personnes âgées »

2.2.1. Cadre général

Sur le secteur PA, l'OGD prend en compte un objectif de 13 M€ d'économies, lié à l'application de la convergence tarifaire : cette économie est intégrée en mesure nouvelle « négative » dans vos dotations régionales limitatives. Ces 13 M€ s'établissent à un niveau inférieur à la stricte mise en œuvre de l'arrêté du 26 février 2009 susmentionné : récupération de 19,1 M€ représentant la moitié du dépassement résiduel constaté au 1^{er} janvier 2015 qui s'établit à 38,2 M€ au niveau national.

Les objectifs régionaux de convergence sont fonction du poids de chaque région dans le volume national de convergence tels que résultant des données remontées dans l'application HAPI. Après actualisation des tarifs plafonds 2015, ce sont donc 726 EHPAD (66 890 places HP) qui restent soumis à la convergence en 2015.

Dans l'hypothèse où une ARS récupérerait plus que l'objectif budgétaire pris en compte dans la construction de sa DRL, ce « gain » sera considéré comme disponible et aura vocation à être redéployé au profit de la seule politique de médicalisation (nouvelle signature de convention tripartite ; renforcement de structures au GMPS financées en deçà du plafond de référence).

À l'inverse, si la réfaction est inférieure à la cible notifiée, l'ARS sera contrainte de dégrader une autre ligne budgétaire pour compenser les effets de la non réalisation de l'objectif : si elle ne le faisait pas, l'équilibre de la DRL en fin d'exercice ne sera pas garanti.

2.2.2. Périmètre et modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire

L'arrêté du 26 février 2009, pris en application de l'article L.314-3-II du CASF et modifié par l'arrêté du 6 février 2012, a mis en place la convergence tarifaire et restreint son périmètre aux EHPAD tarifés au GMPS disposant d'un PMP validé et pour lesquels ce choix du référentiel PATHOS est validé par une convention tripartite (ou un avenant à ladite convention).

Depuis 2010, la convergence tarifaire est entrée dans un rythme de mise en œuvre automatique visant à ramener, à l'issue de la période 2010-2016, tous les tarifs en dépassement au niveau des valeurs plafonds. Pour 2014, aux termes de l'arrêté précité, la dotation des établissements soumis à la convergence doit ainsi être diminuée de la moitié du montant résiduel du dépassement constaté après prise en compte des valeurs de point applicables en 2015.

Votre attention est appelée sur le fait que l'achèvement l'an prochain du processus de convergence tarifaire rend moins adaptable le rythme de convergence fixé par l'arrêté de 2009. En effet, l'aménagement du rythme de récupération des crédits par voie contractuelle est rendu plus complexe par l'obligation d'achever la résorption du dépassement au plus tard le 31 décembre 2016. L'étalement de la charge résiduelle ne peut donc plus constituer qu'une solution de très court terme. Vous veillerez par ailleurs sur ce point à ce que les contrats de convergence signés depuis 2009 produisent bien les effets attendus sur les deux années à venir.

La possibilité pour un EHPAD, concerné par la convergence tarifaire, de développer une nouvelle offre de service et plus particulièrement la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée (PASA et/ou UHR) continue d'être ouverte. Dans le suivi de la campagne, vous veillerez dans ce cas à imputer sur les crédits PASA/UHR le montant des crédits maintenus à ce titre dans les bases des établissements et à comptabiliser parallèlement ce montant dans l'effort de convergence réalisé.

3. Le financement non reconductible des dispositifs spécifiques ou expérimentaux

Certains dispositifs bénéficient d'un financement spécifique qui n'est pas consolidé dans les dotations régionales limitatives mais qui fait l'objet d'une réévaluation annuelle par l'échelon national. Pour 2015, ces financements spécifiques concernent les mises à disposition des permanents syndicaux, les gratifications de stage et l'étude nationale de coûts 2015 en EHPAD.

3.1. Les crédits de mise à disposition des permanents syndicaux

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » font l'objet d'une identification au titre de chaque exercice par la DGCS. Ces crédits 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 2015 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 (cf. tableaux 2 et 2 bis). Cette dotation doit être mobilisée afin de compenser pour les ESMS concernés le coût du ou des personnels mis à disposition par un apport budgétaire complémentaire et non reconductible.

L'accord 2009-01 du 20 mai 2009 de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif relatif à la mise à disposition de salariés auprès d'une organisation syndicale de branche est actuellement en cours de renégociation. Dans ce cadre, la répartition du nombre de salariés par organisation syndicale représentative pourrait être modifiée en cours d'année. C'est pourquoi cette année, même si l'ensemble des crédits vous est délégués en début d'année, il vous est recommandé de n'allouer que 50 % des crédits aux établissements dans un premier temps. La DGCS vous indiquera, au plus tard au mois de septembre, s'il y a lieu d'attribuer la deuxième tranche aux mêmes établissements ou s'il est nécessaire de procéder à des ajustements.

3.2. 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. Ces crédits spécifiques d'un montant de 4,7 M€ figurent en tableaux 2 et 2 bis.

Les nouvelles dispositions issues des lois du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) et du 10 juillet 2014 étendent l'obligation de gratification des stages à tous les employeurs, y compris les établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux publics, à compter du 1^{er} décembre 2014, pour les stages réalisés par les étudiants en formation initiale d'une durée strictement supérieure à deux mois. Une instruction spécifique sur ce sujet est adressée au réseau des ARS et des DRJSCS.

Dans ce cadre, les ARS en lien avec les DRJSCS rappelleront 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.

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.

3.3. L'étude nationale de coûts 2015 en EHPAD

Dans l'objectif d'approfondir et d'actualiser la connaissance des coûts supportés par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la DGCS et la CNSA, en partenariat avec l'ATIH, lancent en 2015 une étude nationale de coûts prolongeant les deux enquêtes de coûts déjà conduites.

Cette étude permettra de connaître les dépenses des EHPAD en fonction des typologies de résidents (pathologies et degré d'autonomie des résidents), c'est-à-dire en fonction des besoins des personnes accompagnées. L'étude fournira un coût moyen journalier par typologie de résident.

Pour la mise en œuvre de cette étude, 77 EHPAD volontaires ont été sélectionnés par l'ATIH en fonction de leur capacité à mettre en place le recueil de données. En contrepartie des moyens matériels et humains qu'ils mobiliseront, les EHPAD sélectionnés percevront une première compensation financière en 2015 et une seconde en 2016.

En 2015, cette compensation prendra la forme d'un apport budgétaire complémentaire et non reconductible d'un montant de 22 077 € par EHPAD. Son versement sera conditionné à la signature d'une convention engageant l'EHPAD et l'ARS. A cet effet, une enveloppe nationale d'un montant de 1,7 M€ a été répartie entre les 20 ARS concernées. La convention et la liste des EHPAD concernés vous seront adressées lors d'un envoi *ad hoc*. Ces crédits spécifiques figurent en **tableau 2**.

ANNEXE 2

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PLACES NOUVELLES POUR 2015

La régulation de la politique de développement de l'offre s'est organisée autour d'un dispositif de mise en œuvre distinguant autorisation d'engagement et crédits de paiements. Ce dispositif a été mis en place afin :

- de ne pas mettre à la charge de l'ONDAM des demandes de crédits de paiement excédant la capacité des opérateurs à installer effectivement les places sur l'année considérée ;
- de limiter la sous consommation qui résultait de l'existence d'un volume de crédit de paiement supérieur aux volumes de tarification des ARS.

La présente annexe vient rappeler, dans ce contexte, les modalités de détermination des enveloppes de crédits de paiement prises en compte dans la détermination des DRL pour 2015.

1. Autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP)

Depuis 2011, le passage de l'OGD à une gestion en AE-CP implique de nouvelles formes de régulation. Cette gestion en AE-CP consiste à la fois en une logique de gestion des prévisions d'autorisation (régulation par le cycle planification-programmation-autorisation) et des prévisions d'installations des places et des services.

Ainsi, le mécanisme des autorisations d'engagement (AE) consiste pour l'échelon central à notifier de manière exclusivement anticipée les enveloppes qui constituent le cadre financier et juridique destiné à encadrer l'autorisation des établissements et services.

Corollaire de ce passage en AE-CP, les notifications des dotations régionales limitatives en année *N* sont constituées des seuls crédits de paiement correspondant aux installations effectivement prévues pour cette même année. L'objectif est un suivi au plus près de la dépense.

Par conséquent, la nécessité d'effectuer le recensement en *N-1* des nouvelles structures qui entreront en fonctionnement en *N* reste la règle. Ces prévisions d'installation sont fondamentales et constituent la base de la construction, au début du deuxième semestre *N-1*, de l'ONDAM et de l'OGD de l'année *N*. Ces prévisions sont actualisées en décembre *N-1* afin de confirmer les prévisions d'installations à prendre en compte pour fixer le niveau définitif des CP de l'année. Il est donc essentiel que les ARS fiabilisent au plus près cette prévision.

2. Modalités de calcul des crédits de paiement en 2015

2.1. Les extensions en année pleine 2015 des crédits de paiement 2014

Les crédits de paiement rattachés aux enveloppes anticipées 2011 et 2012 (EA), ainsi qu'à la restitution du débasage temporaire (DT) ont été notifiés sur sept mois en 2014. Les cinq mois d'extension en année pleine (EAP) sont automatiquement intégrés dans les dotations régionales limitatives en 2015 et viennent alimenter la trésorerie dédiée aux installations de places (*cf. infra*).

2.2. L'évolution des modalités de notification des crédits de paiement

Contrairement aux exercices budgétaires précédents, les crédits de paiement rattachés aux autorisations d'engagement (AE) ne font plus l'objet d'une notification automatique dans les DRL. Ces crédits sont gérés de la même façon que les crédits rattachés aux EA et au DT. En d'autres termes, ils sont notifiés en fonction des prévisions d'installation et de la trésorerie disponible dans les enveloppes.

Par exception, les crédits de paiement rattachés au 3^e plan autisme sont automatiquement inclus dans les DRL (*cf. infra*).

2.3. La méthodologie de détermination des crédits de paiement pour 2015

La méthodologie de calcul des crédits de paiement 2015, déclinée dans les tableaux 3 et 3 *bis*, prend en compte le droit de tirage sur EA/AE/DT et RN, les prévisions d'installation et la trésorerie disponible dans les DRL.

Les tableaux de calcul des CP 2015 se basent ainsi sur les étapes suivantes :

1^{re} étape: détermination du droit de tirage des ARS

Le droit de tirage global par ARS est établi sans distinction de mode d'allocation des mesures nouvelles (AE, EA, DT et RN). Il est constitué par différence entre le montant total de ces mesures nouvelles notifiées et le total des crédits de paiement versés jusqu'en 2014 (incluant toutefois également l'EAP 2015 des CP 2014; *cf. supra*).

2^e étape: détermination de la trésorerie des ARS

La trésorerie correspond aux crédits disponibles en base à l'issue de la campagne budgétaire 2014 dédiés au financement des installations futures. Cette donnée, recensée dans la maquette tarifaire, correspond à la rubrique «Crédits gagés pour installations de places». Les crédits afférents aux EAP 2015 des CP 2014, notifiés automatiquement par la CNSA, viennent compléter cette trésorerie.

3^e étape: détermination du besoin des ARS au regard des prévisions d'installation 2015

Le recensement du besoin financier attaché aux installations de places pour 2015 passe exclusivement par l'outil SEPPIA (anciennement SELIA). La détermination du besoin des ARS repose sur l'exploitation des prévisions d'installation en date du 5 janvier 2015, quelle que soit l'enveloppe utilisée pour autoriser le projet (AE, EA, DT et RN).

4^e étape: détermination des crédits de paiement 2015

Le niveau des crédits de paiement 2015 est déterminé à l'issue des 3 étapes précédentes. Deux cas de figure se présentent alors:

- soit la trésorerie d'enveloppe de la région permet de couvrir les installations 2015. Dans ce cas, aucun crédit de paiement n'est notifié à l'ARS. Le droit de tirage de l'ARS reste inchangé;
- soit la trésorerie d'enveloppe de la région ne permet pas de couvrir les installations 2015. Dans ce cas, la CNSA notifie à l'ARS les crédits de paiement nécessaires aux installations 2015 dans la limite du droit de tirage encore disponible et des enveloppes nationales disponibles. Les crédits de paiement notifiés en 2015 viennent alors réduire le solde du droit de tirage.

3. Les crédits relatifs au Plan Autisme

Les CP 2015 rattachés à la première tranche d'AE autisme notifiée en décembre 2013 et ceux rattachés à la seconde tranche d'AE qui vous a été notifiée le 20 février 2015 donneront lieu, cette année, à abondement de votre dotation régionale limitative (DRL) d'une manière automatique.

Les CP 2015 consacrés aux UE en maternelle couvrent les crédits relatifs à l'extension en année pleine 2015 des crédits 2014 notifiés sur 4 mois pour les 30 premières UE ouvertes à la rentrée 2014/2015 ainsi que les 4 mois de fonctionnement en 2015 des 30 prochaines UE dont l'ouverture est prévue à la rentrée 2015/2016. L'annexe 3 est plus spécifiquement dédiée au suivi des dépenses et recettes liées au fonctionnement de ces UE.

ANNEXE 3

SUIVI DES DÉPENSES ET RECETTES LIÉES AU FONCTIONNEMENT DES 30 UNITÉS D'ENSEIGNEMENT EN MATERNELLE CRÉÉES AU TITRE DU PLAN AUTISME 2013-2017 ET MISES EN PLACE POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2014-2015

L'instruction interministérielle DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/DGESCO/CNSA n° 2014/52 du 13 février 2014 relative à la mise en œuvre des plans régionaux d'action, des créations de places et des unités d'enseignement prévus par le 3^e plan autisme (2013-2017) a rappelé la nécessité de respecter les montants des crédits alloués dans le cadre du plan aux établissements ou services médico-sociaux ayant ouvert des unités d'enseignement pour enfants avec autisme ou autres TED en maternelle.

Les ressources et charges liées à l'extension de capacité qui a permis la création de ces unités figurent dans le compte administratif de l'établissement ou du service médico-social porteur de l'UE sans pouvoir être spécifiquement identifiées.

Par conséquent, et afin de disposer d'éléments contribuant à l'évaluation de ces unités, il vous est demandé de solliciter auprès des gestionnaires des trente premières unités d'enseignement créées au titre du 3^e plan autisme un retour sur leur exécution budgétaire 2015 par le biais des documents figurant ci-après :

- le tableur d'identification des recettes et dépenses liées au fonctionnement de l'UE qui comprend quatre onglets à compléter par l'établissement ou le service médico-social porteur de l'UE afin de rendre compte notamment des dépenses et des recettes liées au fonctionnement de l'unité (cf. tableau 5 de la présente circulaire) ;
- un rapport d'activité synthétique, explicitant, le cas échéant, les données inscrites dans le tableur et répondant aux questions précisées par la présente annexe.

Deux phases de remontées d'informations sont prévues pour les documents figurant ci-après correspondant toutes les deux à l'année 2015 :

- la première porte sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2015. Elle doit permettre d'avoir une remontée d'informations sur les premiers mois de fonctionnement des UE afin de pouvoir tirer des enseignements sur le lancement de cette action du plan autisme. La transmission de cette première phase est attendue au 15 juillet 2015 ;
- la seconde porte sur l'année 2015 en son entier (soit la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015) et s'appuie sur le contenu des comptes administratifs. Une transmission au 30 avril 2016 est attendue sur cette période en sus de la procédure de remise des comptes administratifs 2015.

Ces deux remontées d'information seront transmises à vos services par les ESMS porteurs des unités d'enseignement et vous devrez effectuer un envoi à l'adresse :

DGCS-HANDICAP@social.gouv.fr aux dates indiquées ci-dessus.

Cette remontée est exceptionnelle. La production de ces documents n'est sollicitée que pour les 30 premières unités. Elle ne donnera pas lieu à la constatation d'un résultat distinct de celui de la structure ayant bénéficié de l'extension de capacité permettant la création de l'UE.

Trame du rapport d'activité synthétique d'une unité d'enseignement en maternelle

Ce rapport d'activité synthétique répond à deux objectifs :

- apporter des réponses aux questions spécifiques figurant ci-dessous et liées à l'activité de l'UE ;
- expliciter, le cas échéant, les points abordés dans le tableau de remontée d'exécution budgétaire au 30 juin et au 31 décembre.

En complément des éléments figurant dans le tableur de remontées qu'il permettra de préciser, le rapport d'activité synthétique devra répondre aux questions suivantes :

1. Quel est l'année de naissance des enfants accueillis au 30 juin 2015 puis au 31 décembre 2015 (sous forme de tableau).
2. Les élèves scolarisés dans l'UE déjeunent ils dans les mêmes lieux et aux mêmes horaires que les autres élèves de l'école ?
3. Dans l'équipe intervenant auprès des élèves de l'UE, préciser le nombre de professionnels en formation (stagiaires) au 30 juin 2015 puis au 31 décembre 2015 :
 - en plus de l'équipe permanente ;
 - au sein de celle-ci.

4. Existe-t-il des professionnels intervenant auprès des élèves de l'UE et ne figurant pas dans le tableur? Si oui, précisez le type de professionnel et l'intervention réalisée ainsi que le nombre d'enfants concernés (groupe classe ou interventions individuelles).
5. Quelle est la spécialité de l'enseignant de l'UE?
6. Un complément de rémunération est-il versé à l'enseignant sur le budget de la structure médico-sociale? Si oui, préciser son montant et l'objet de ce complément.
7. Combien d'heures mensuelles sont consacrées à la supervision? Quelle est la fréquence de ces temps de supervision? Quel est le profil du superviseur?
8. Parmi les modalités d'intervention listées ci-dessous, sur quels temps interviennent ou seraient en capacité d'intervenir selon l'évolution des besoins des enfants, les professionnels de l'UE (enseignant et équipe médico-sociale ensemble, ou équipe médico-sociale uniquement) . Répondre oui/non, plusieurs choix possibles). Expliciter ces choix :

MODALITÉS D'INTERVENTION	EFFECTUÉS	PRÉVUS DANS LE PROJET
Intervention auprès des élèves le mercredi ou le samedi (selon la pratique de la commune d'implantation de l'école)		
Sur les activités liées aux nouveaux rythmes scolaires (temps d'activités péri-éducatifs)		
Guidance parentale à domicile		
Sur les temps périscolaires (avant, après la classe, mercredi) en période scolaire		
Sur les temps périscolaires en période de congés scolaires		

ANNEXE 4

L'ACCORD FRANCO-WALLON SUR L'ACCUEIL DE PERSONNES HANDICAPÉES EN BELGIQUE¹

Présentation et contexte de l'accord

L'accueil des personnes handicapées françaises en Belgique est un phénomène ancien, qui s'explique par :

- des besoins non satisfaits localement ;
- une proximité géographique et linguistique ;
- le choix de méthodes ou d'un projet d'accompagnement différent (pour ce qui concerne notamment la prise en charge des personnes avec autisme).

Cet accueil n'est pas exclusivement transfrontalier, puisqu'environ 68 % des personnes accueillies sont originaires du Nord - Pas-de-Calais et près de la moitié des départements ont recours aux établissements belges.

Dans le rapport qui lui a été confié en 2008 sur l'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique, Mme Gallez (députée du Nord) a identifié différentes difficultés, notamment :

- la mauvaise connaissance du nombre de personnes handicapées accueillies en Belgique ;
- la complexité de prise en charge financière des personnes handicapées accueillies en établissement belge ;
- l'effectivité du contrôle des établissements belges, en particulier s'agissant des établissements « sous autorisation de prise en charge », pour lesquels les normes sont minimales (a contrario, les services agréés et contrôlés par l'AWIPH sont soumis à une réglementation proche des règles françaises).

L'accord cadre signé le 21 décembre 2011, entré en vigueur le 1^{er} mars 2014, tente d'apporter une réponse à ces constats. Ses enjeux sont de :

- renforcer la coopération entre les autorités wallonnes et françaises sur l'accueil des personnes handicapées françaises en Belgique ;
- disposer d'éléments de recensement des publics français et de leurs établissements d'hébergement de manière à mieux évaluer les besoins ;
- garantir aux personnes handicapées françaises accueillies en Belgique un accompagnement de qualité ;
- améliorer la prise en charge des personnes handicapées françaises accueillies en Belgique, par l'assurance maladie et les conseils généraux.

Il concerne des effectifs connus encore approximativement à travers les données de l'assurance maladie et des conseils généraux :

- sur un financement total ou partiel par l'assurance maladie :
 - secteur enfant conventionné : 1569 (« amendements Creton » inclus – 250) ;
 - secteur adulte non conventionné (MAS et FAM) : 1 754 au 30 septembre 2014, environ 1 900 au 31 décembre ;
- sur un financement relevant uniquement des conseils généraux (foyer de vie, foyer d'hébergement...) : 3 500 personnes d'environ 50 départements.

Les outils prévus par l'accord

Le relevé d'informations (art. 3)

L'accord cadre vise à disposer d'éléments de recensement des publics français et de leurs établissements d'hébergement de manière à mieux évaluer les besoins. L'article 3 organise un recueil d'information concernant les personnes accueillies (identité, données sur l'accueil en Belgique : date d'entrée, de sortie, autorité(s) responsable(s) de l'orientation en établissement, financement : département, sécurité sociale ; régime et branche concernée lorsque la sécurité sociale intervient).

L'ARS du Nord - Pas-de-Calais est désignée par l'accord pour centraliser les données du relevé d'informations. La communication, la conservation, le traitement et la diffusion des données du relevé d'informations sont soumis au respect de la réglementation européenne et de la législation locale de protection des données.

¹ L'accord cadre, l'arrangement administratif annexé et la convention relative aux inspections ont été diffusés à l'ensemble des ARS par message du 29 décembre 2014.

La convention sur le contrôle des établissements d'accueil (art. 4)

L'organisation du contrôle des établissements correspond au souhait d'une meilleure qualité de l'accompagnement. L'accord cadre prévoit un dispositif d'inspections communes organisé en vertu d'une convention entre l'ARS Nord Pas-de-Calais et l'AWIPH. La portée du contrôle fixée par l'accord cadre est large: modalités d'accueil et d'hébergement, de prise en charge médico-socio-éducative; promotion de la bienveillance; actualisation des connaissances des professionnels; transmission des données contenues dans le relevé d'informations prévu à l'article 3 de l'accord-cadre.

L'ARS Nord - Pas-de-Calais est identifiée par l'accord cadre comme pilote, pour la partie française, des inspections communes. La convention prévoit qu'elle peut conclure des conventions avec les autres ARS et les conseils généraux en vue de les associer aux inspections conjointes ou de leur confier entièrement.

L'AWIPH est compétente pour donner les suites nécessaires aux dysfonctionnements, et tient informée l'ARS NPC de ces suites, sans préjudice des décisions de déconventionnement susceptibles d'intervenir par ailleurs.

Le modèle de convention type avec les établissements d'accueil (art. 6)

L'accord-cadre prévoit la possibilité de conclure des conventions avec les établissements d'accueil subordonnant les conditions de prise en charge par l'assurance maladie au respect de critères de qualité pour l'accompagnement des personnes handicapées. Une convention type a été élaborée en concertation entre l'ARS Nord - Pas-de-Calais, l'AWIPH et la CPAM de Roubaix Tourcoing, désignée comme caisse pivot vis-à-vis de l'ensemble des organismes de sécurité sociale pour la mise en œuvre de l'accord-cadre.

Les signataires des conventions conclues avec les établissements sont, pour la France, l'ARS NPC, la CPAM Roubaix Tourcoing et les conseils généraux, le cas échéant, et pour la région wallonne, l'AWIPH.

Les conventions actuelles doivent être mises en conformité avec la convention type d'ici septembre 2015: actuellement, 25 établissements (dont 3 sont des établissements autorisés) sont conventionnés pour une capacité théorique de 1 800 environ avec 1 569 places occupées effectivement par des jeunes handicapés.

Depuis la LFSS pour 2011, l'objectif global de dépenses géré par la CNSA a été étendu à ces établissements. Chaque année les crédits nécessaires (70 M€ dans l'OGD 2015) sont alloués par arrêté interministériel. Le DGARS du Nord - Pas-de-Calais arrête la tarification des établissements conventionnés, qui prend la forme d'un prix de journée globalisé qui couvre les différentes prestations que requièrent les personnes handicapées; le montant global versé finance toutes les places autorisées et installées.

La commission mixte (art. 9) et le comité de suivi français (hors accord)

L'accord prévoit la mise en place d'une commission mixte paritaire chargée de suivre l'application des dispositions prévues et de proposer les éventuelles modifications nécessaires. Cette commission est composée des représentants des signataires de l'accord-cadre.

Pour compléter au niveau national le dispositif de suivi prévu par l'accord et afin d'associer un plus grand nombre d'acteurs intéressés par la question, la création d'un comité national de suivi de la coopération franco-wallonne relative à l'accueil des personnes handicapées en Belgique a été décidée. L'objet de ce comité, composé de représentants de l'État, des ARS les plus concernées, des associations de personnes handicapées et organismes proposés par le CNCPH, des conseils généraux proposés par l'Assemblée des départements de France est de recueillir les constats, questions et propositions de l'ensemble des acteurs intéressés par l'accueil des personnes handicapées en Belgique, favoriser des échanges autour de ces constats et la diffusion aux acteurs intéressés des bilans réguliers.

Le dispositif améliore les conditions d'accueil en Belgique mais ne vise pas à encourager la poursuite d'un flux vers ce pays.

À cet effet, des travaux sont entrepris, en lien avec les organismes d'assurance maladie, les agences régionales de santé et les départements, qui financent en partie l'accueil de personnes handicapées adultes. Ils ont pour but, sur la base d'un recueil de données sur les orientations et prises en charge en Belgique, à partir des MDPH et du centre national de soins à l'étranger, d'examiner les conditions permettant d'organiser un accueil sur le territoire, en créant au besoin des places supplémentaires, à partir notamment des financements mobilisés pour des solutions en Belgique.

ANNEXE 5

L'ADAPTATION DE L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES
VIEILLISSANTES – RECOMMANDATION DE L'ANESM

Cette recommandation¹ s'adresse aux professionnels des établissements et services qui interviennent auprès des personnes handicapées vieillissantes, quel que soit le lieu de vie de ces personnes :

- établissements et services relevant du 5° et du 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF qui sont confrontés au vieillissement de la population accueillie (ESAT, foyer de vie, FAM, MAS, SAVS, SAMSAH, etc.) ou qui accueillent exclusivement des personnes handicapées âgées (du type MAPHA, MARPHA, MARPAHVIE, etc.);
- établissements et services relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF (EHPAD, EHPA, SSIAD, SAAD, SPASAD);
- établissements et services relevant du 8° du I de l'article L. 312-1 du CASF (en particulier les CHRS de longue durée) qui peuvent également être confrontés au vieillissement de personnes handicapées qui vient complexifier leur situation précaire.

Chaque équipe de professionnel va l'utiliser en fonction de ses missions, de son projet, de ses moyens financiers, humains et techniques, mais aussi des partenariats formalisés ou envisagés.

Est considérée comme une personne handicapée vieillissante « toute personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement ».

Ce vieillissement peut se traduire par une diminution des capacités fonctionnelles, une aggravation des déficiences sensorielles, l'apparition de handicaps ajoutés, la survenue de maladies dégénératives, l'augmentation d'épisodes aigus, etc. Il peut également marquer l'entrée dans un âge de la vie qui s'avèrera être, pour la personne, la source d'un nouvel épanouissement.

Le seuil de 40/50 ans est souvent retenu dans la littérature sur le vieillissement des personnes handicapées, dans la mesure où c'est à partir de cet âge que l'on peut observer pour beaucoup d'entre elles les effets du vieillissement pouvant conduire à la perte d'acquis parfois difficilement obtenus. Néanmoins, il arrive également que des personnes au handicap complexe et/ou souffrant dès le plus jeune âge de maladies neurodégénératives soient confrontées à un vieillissement plus précoce encore, que les professionnels sont amenés à devoir anticiper, prévenir et accompagner.

Cette recommandation a pour objectif d'apporter des pistes pour l'action, destinées à permettre aux professionnels d'évaluer et de faire évoluer leurs pratiques d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, en adaptant les interventions, anticipant et diversifiant les réponses, pour permettre à ces personnes de bénéficier d'un accompagnement de qualité. Elle se décline en cinq parties :

- l'anticipation des risques liés au vieillissement des personnes handicapées ;
- le repérage des signes et des effets du vieillissement ;
- les réponses graduées aux besoins des personnes ;
- la prise en compte des personnes handicapées vieillissantes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- des études de situations pour l'appropriation de la recommandation.

La recommandation rappelle l'importance du projet d'établissement ou de service, qui doivent être régulièrement actualisés. Les plus de 40 ans représentent 47 % des personnes handicapées en ESAT et 62 % en FAM². Le suivi de l'âge des personnes accueillies, avec par exemple le taux de résidents de plus de 50 ans pris comme indicateur, permet de s'interroger sur la pertinence du projet en cours lorsque le taux augmente. Le travail sur le projet d'établissement ou de service est l'occasion d'actualiser cette connaissance des publics accompagnés, et de proposer une adaptation des réponses aux besoins des personnes.

Pour chaque résidant vieillissant, une prise en compte des évolutions nécessaires dans son projet de vie, voire l'actualisation de son projet individualisé est réalisée, en y associant toujours la personne concernée.

¹ La recommandation a été validée par les instances de l'ANESM (Comité d'orientation stratégique de décembre 2014) et a été publiée en mars 2015. Elle est consultable sur le site interne de l'ANESM via le lien suivant : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Adaptation_Personnes_handicapees_vieillissantes-Interactif.pdf.

² Source : enquête Etablissements et services de la Drees, 2010.

La recommandation identifie les axes à explorer pour apporter les réponses utiles. Il s'agira par exemple d'adapter l'accompagnement à la santé lorsqu'un problème de santé a été identifié, ou bien le cadre et le rythme de vie avec l'apparition des premiers signes de vieillissement, de faciliter les transitions en déterminant les modalités de collaboration avec les établissements et services qui proposent un accompagnement complémentaire à celui de la structure.

Dans le cadre de leurs actions de planification, en concertation notamment avec les conseils généraux, les ARS pourront repérer les possibilités d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes sur le territoire, ainsi que les besoins d'adaptation des réponses proposées tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Les réalisations et actualisations des schémas sont un moment clef de ce dispositif. Les ARS s'appuieront notamment sur les rapports d'évaluation qui leur sont remontés, dans lesquels les nécessaires besoins d'adaptation des structures sont identifiés, comme les orientations des personnes vieillissantes vers d'autres dispositifs, ainsi que les éventuels problèmes rencontrés.

La recommandation de l'ANESM est illustrée par des exemples, tournés essentiellement vers l'adaptation des réponses individuelles.

Ainsi, un ESAT a formalisé des procédures spécifiques pour les travailleurs handicapés vieillissants – dès 40 ans et tous les 5 ans ou selon les changements observés – afin de garantir une régularité des échanges avec ces travailleurs concernant leur fin de carrière et leurs souhaits pour l'avenir. Cette procédure prévoit que soient réalisés : un bilan de carrière, une vérification de l'adaptation du poste de travail, des séances de sensibilisation sur le vieillissement et ses effets sur la santé, une information sur les droits à la retraite et une évaluation sur les montants des pensions, un entretien sur les projets de la personne quand elle sera à la retraite. D'autres ont créé un groupe de réflexion sur le passage à la retraite des travailleurs handicapés ou des groupes de parole avec les travailleurs handicapés vieillissants, visant à anticiper et accompagner les passages à la retraite, tout en veillant à ce que la recherche d'un découpage des tâches ne conduise pas à une segmentation trop forte de l'activité.

Dans un foyer de vie, les cadres et les référents de l'évaluation interne ont identifié un besoin de soutien extérieur pour les aider à accompagner la santé des résidents vieillissants. Dans un FAM, l'anticipation des risques a poussé le personnel à proposer aux résidents des conseils de nutrition et de pratique d'activité physique et sportive dans un autre, de suivre un programme nutrition et d'activité physique adaptée, ou la mise en place d'un suivi mensuel du poids des résidents vieillissants.

Anticiper les besoins d'aménagement du lieu de vie a conduit un FAM pour personnes vieillissantes avec des handicaps mentaux et psychiques, à organiser les espaces avec un couloir circulaire et un repérage des chambres de chacun.

Un EHPAD a formalisé un partenariat avec un centre médico-psychologique afin de soutenir les professionnels et adapter l'intervention auprès des résidents concernés. Dans un autre, des demi-journées d'intégration au « groupe personnes handicapées vieillissantes » sont organisées en amont de l'admission de nouveaux résidents.

Enfin, l'annexe 1 de cette recommandation propose aux professionnels un questionnaire visant à l'appropriation de la recommandation.

Cette recommandation permet de donner un cadre d'action national au développement de modalités d'accompagnement adaptées à la situation des personnes handicapées vieillissantes. Des travaux de moyen terme sont en outre prévus afin de pouvoir améliorer la réponse budgétaire à la spécificité des organisations institutionnelles pour ces publics.

ANNEXE 6

LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES : MISE EN ŒUVRE DU RAPPORT « ZÉRO SANS SOLUTION »

Au cours de l'année 2013, plusieurs affaires ont donné lieu à des décisions de justice prises en défaveur de l'administration et qui ont mis en lumière des difficultés de prise en charge de certaines situations de handicap particulièrement critiques, du fait notamment des interventions spécifiques, concertées et coordonnées qu'elles nécessitent.

Dans le souci d'apporter une réponse rapide à ces personnes, une circulaire conjointe de la DGCS et la CNSA, datée du 22 novembre 2013, a mis en place une procédure d'urgence pour le repérage et la prise en charge des situations critiques. Cette circulaire prévoit la constitution d'une commission au niveau des MDPH, la désignation d'un référent régional par les ARS qui vient en appui de la commission si nécessaire et la coordination de ce dispositif au niveau national par une cellule d'appui placée au sein de la CNSA.

Cette première organisation constitue un dispositif transitoire dans l'attente de la mise en œuvre d'une réforme plus structurelle portant sur les processus administratifs d'orientation par la CDAPH et sur l'offre sanitaire et médico-sociale.

Pour en déterminer les grandes orientations, une mission a été confiée fin 2013 à Denis Piveteau, avec l'assistance technique de la DGCS et de la CNSA. Un groupe de travail national scindé en deux sous-groupes (« pertinence et effectivité des orientations prononcées par les CDAPH » et « disponibilité et cohérence des réponses sanitaires et médico-sociales ») a permis d'identifier un certain nombre d'obstacles à la prise en charge de ces cas complexes : le manque d'anticipation des situations de crise, la crainte des familles de perdre une place en établissement conjuguée à la crainte des professionnels de devoir accueillir une personne lourdement handicapée sans y avoir été formée, le manque de modularité des solutions d'accueil dans les champs sanitaire et médico-social, les difficultés de coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Ce travail a donné lieu à au rapport « Zéro sans solutions » rendu en juin dernier.

Afin de mettre en œuvre les préconisations de ce rapport, et en particulier les pistes d'action qu'il contient en matière d'orientation et d'accompagnement des personnes en situation de handicap, le pilotage d'un groupe projet pour « une réponse accompagnée pour tous » a été confié à Marie-Sophie Desaulle, placée auprès du cabinet de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

Ce projet comporte plusieurs objectifs qui conduiront à une réforme de grande ampleur des organisations territoriales, des coordinations et des procédures et qui induiront un changement des pratiques et des cultures professionnelles.

Le projet est organisé autour de 4 axes, pilotés par l'administration et la CNSA en lien avec les ARS, les MDPH et les associations représentatives du secteur :

1. La mise en place d'un dispositif d'orientation permanent proposé par les MDPH prenant en compte une orientation cible et des étapes successives de réponses adaptées au plus près du domicile de la personne avec son accord (plan d'accompagnement global) si l'orientation cible ne peut être mobilisée dans l'immédiat ;
2. Le déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous qui aura pour but d'améliorer la coordination et la planification des réponses par les différents financeurs ainsi que les outils de programmation à leur disposition (CPOM, SI...);
3. La création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs qui cherchera à renforcer la place des familles et des usagers dans les lieux d'élaboration des décisions, et à reconnaître toutes leurs compétences dans la conduite des politiques d'accompagnement et de formation ;
4. L'accompagnement du changement des pratiques qui s'attachera à simplifier les pratiques administratives, à améliorer la formation des professionnels et à poursuivre et amplifier la recherche.

Les chantiers du groupe projet sont menés en étroite collaboration avec les instances de concertation existantes et notamment les CRSA, les commissions des coordinations des politiques publiques médico-sociales, le CNP, le conseil de la CNSA et le CNCPPH.

Le déploiement des orientations retenues se réalisera par vague en s'appuyant sur le volontariat et en capitalisant les bonnes pratiques émergentes après chaque étape.

ANNEXE 7

NOTICE TECHNIQUE RELATIVE À L'EMPLOI DES CRÉDITS DE MÉDICALISATION ET DE VALIDATION DES COUPES PATHOS

La présente annexe précise les critères de répartition des crédits de médicalisation pour 2015, ainsi que les modalités d'emploi de ces crédits au profit de la politique de médicalisation des EHPAD. Pour 2015, une nouvelle enveloppe de 10 M€ est par ailleurs notifiée afin de poursuivre le financement du changement d'option tarifaire pour les EHPAD selon des conditions spécifiques.

1. Les crédits notifiés pour 2015: volume financier et répartition

Le volume dédié en 2015 au renforcement de la médicalisation des EHPAD s'élève à 103,7 M€ tenant compte, comme l'an passé, de la réorientation vers la médicalisation de l'économie résultant de la non actualisation des dotations des EHPAD relevant de la convergence tarifaire pour 2015.

Cette enveloppe est distincte de l'enveloppe spécifique afférente à la réouverture maîtrisée du tarif global (*cf. infra*). Elles ne doivent en aucun cas être « fongibilisées » : les crédits de médicalisation précités doivent donc venir renforcer les dotations des EHPAD à option tarifaire constante.

Les crédits de médicalisation sont, comme l'an passé, répartis en fonction du besoin de financement des EHPAD apprécié au regard de leur GMPS. Le besoin global de financement a été calibré sur la base des données tirées de l'application HAPI au 31 décembre 2014.

Pour mémoire, ce besoin pris en compte pour répartir les crédits de médicalisation repose sur deux paramètres :

- d'une part, pour les EHPAD relevant des anciennes dotations minimales de convergence (DOMINIC), la détermination du volume budgétaire nécessaire pour les faire bénéficier de la tarification au GMPS, au travers d'un PMP moyen de 189 constaté au 1^{er} janvier 2015 dans les coupes validées entre 2010 et 2013 (données extraites de GALAAD) ;
- d'autre part, pour les EHPAD relevant de la tarification GMPS, la détermination au vu des PMP validés du volume budgétaire requis pour renforcer leur niveau moyen de financement.

Ainsi, le financement mis à disposition des ARS tient compte de leur retard de conventionnement des EHPAD tarifés à la DOMINIC et de l'éloignement constaté entre tarification des EHPAD et plafond de référence. Ces critères de répartition, validés par le conseil de la CNSA, doivent ainsi permettre de soutenir à la fois l'objectif de renouvellement des conventions tripartites et la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013.

Afin de déléguer des enveloppes de médicalisation en tenant compte de la capacité des ARS à consommer effectivement les crédits sur l'année, une pondération a été appliquée consistant à tenir compte des crédits de médicalisation encore disponibles dans les dotations régionales limitatives.

Pour ne pas pénaliser les ARS dont le disponible en base relève des effets financiers 2015 produits par les conventions signées en 2014, un retraitement des crédits disponibles de médicalisation a été opéré avant l'application de la pondération précitée. Cette opération consistait à minorer le disponible en base, des extensions en année pleine de médicalisation (EAP N + 1 MED) recensées dans l'application HAPI, ainsi que des crédits dédiés au tarif global non consommés en 2014.

Les crédits ainsi répartis sont notifiés en année pleine pour permettre le renforcement des moyens en soins des EHPAD à la faveur de la poursuite du processus de médicalisation de deuxième génération (passage au GMPS ou PATHOS).

L'ensemble de ces crédits figurent au tableau 2 joint à la présente instruction.

2. Les orientations pour la médicalisation en 2015

Il vous est demandé de procéder à la répartition des crédits de médicalisation afin d'harmoniser le niveau de financement des soins sur votre territoire.

En premier lieu, la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013, relatif notamment à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, vous conduira à consacrer une fraction de vos crédits de médicalisation à l'harmonisation des dotations des moyens en soins des EHPAD dans le cadre des renouvellements du GMPS effectué conjointement avec les conseils généraux (CG).

A la faveur du renouvellement des coupes, il vous appartient de rechercher une allocation de ressource homogène entre établissements, sur la base de l'objectivation du besoin de soins induite par le niveau de GMPS validé. Vous pourrez à cet égard vous reporter utilement à l'annexe 3-5 du

CASF: le calcul d'une « valeur de point GMPS » régionale, calculée sur la base des coupes validées, constitue en effet un indicateur de nature à illustrer les écarts de dotation entre établissements à GMPS donné sous réserve que cette valeur de point soit publiée annuellement par l'ARS.

D'autre part, il vous est demandé d'utiliser les crédits encore disponibles pour renforcer les moyens des structures tarifées au GMPS dont le niveau de ressources, déterminé par la dernière actualisation GMPS validée, est à la fois inférieur à leur plafond de référence dans le respect des dispositions du décret du 8 janvier 2013 et inférieur au niveau moyen de financement de la région.

Il vous est rappelé que le décret de 2013 précité ne met en aucun cas en place un « droit ouvert » aux crédits de médicalisation: le dispositif tarifaire en vigueur reste en effet inchangé. Ainsi, la tarification au GMPS reste un plafond indépassable et n'ouvre pas droit pour l'EHPAD à un niveau de dotation automatique opposable à l'ARS.

Par ailleurs, votre attention est appelée sur la nécessité de prioriser le renouvellement des conventions tripartites échues les plus anciennes, en particulier celles relevant toujours d'un financement DOMINIC: ces conventions ne représentent plus aujourd'hui que 9 % des conventions tripartites contre 16 % l'an passé. A la faveur du renouvellement de convention, l'éventuel passage au tarif global demeure strictement soumis au respect des modalités précisées en partie 4 *infra*. Il convient de rappeler que le passage en tarification GMPS est une obligation réglementaire lors du renouvellement de la convention.

3. Déclinaison opérationnelle de la politique de médicalisation

a) Rechercher une programmation pragmatique des coupes PATHOS

C'est le respect du caractère limitatif de votre DRL qui déterminera le cadre financier de votre politique d'allocation de ressources.

Dans ce cadre, la mise en œuvre du décret du 8 janvier 2013, lu au travers des orientations précisées supra, oblige à concevoir un programme de travail pragmatique entre le service chargé de l'allocation de ressources et les médecins en charge de la validation des coupes.

Ce programme doit reposer sur une priorisation de votre action sur les conventions les plus anciennes ou celles dont la dotation actuelle vous paraît la plus faible au regard de la dotation moyenne calculée sur la base d'un PMP moyen régional.

Au-delà de la problématique du renouvellement, il importe d'intégrer, dans la programmation des coupes, la mise en œuvre des dispositions afférentes à l'actualisation du niveau de GMPS (avec validation conjointe du GMP par l'ARS et le conseil général) une fois au cours de la convention.

L'ordre de priorité pour l'allocation de moyens nouveaux, sous réserve du GMPS et du niveau de financement constaté, apparaît donc le suivant:

Priorité n° 1: établissements en attente de renouvellement de conventions échues, prioritaires en 2014 mais non retenus faute de moyens suffisants;

Priorité n° 2: établissements nouvellement créés;

Priorité n° 3: établissements dont la convention vient à échéance en 2015.

Il est rappelé qu'une nouvelle coupe, en début comme en cours de convention, peut se concrétiser par une augmentation du GMPS sans que celle-ci soit suivie d'effet financier. Le GMPS d'un EHPAD, dans l'état actuel de la réglementation tarifaire, sert à définir le plafond de ressources potentiel d'un EHPAD (et partant le niveau de mesures nouvelles auquel il peut émarger) mais ne détermine pas automatiquement sa dotation soins.

b) Rechercher un emploi ciblé des crédits de médicalisation

La traduction budgétaire des coupes PATHOS doit comme les années antérieures viser un objectif d'amélioration du cadre de fonctionnement des EHPAD. Vous devrez tout particulièrement tenir compte de la nécessité de budgéter un temps minimum de présence du médecin coordonnateur conformément aux dispositions décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD. La présence de ce professionnel est en effet incontournable tant pour l'organisation du projet de soin que pour le dialogue médical avec l'ARS sur la validation du GMPS.

Concernant le financement éventuel de postes d'aide-soignant/aide médico-psychologique (AS-AMP), il vous est rappelé que le partage financier des charges de personnel, entre le conseil général (30 %) et l'ARS (70 %), doit être atteint au terme de la convention tripartite conformément aux articles R. 314-164 et R. 314-179 du CASF. Il est toutefois hautement souhaitable que le renforcement des moyens des établissements ne s'oriente pas exclusivement vers des postes d'AS/AMP, dès lors que la coupe PATHOS fait apparaître des besoins en soins devant être dispensés

par d'autres professionnels de santé. L'interprétation des bilans PATHOS sera sur ce point utilement complétée par l'expertise du médecin valideur de la coupe, grâce à son expérience de l'établissement et de la lecture des coupes.

c) L'analyse critique des coupes avant validation

Le bilan des coupes pathos fait apparaître sur la période 2010-2013, correspondant à la durée de validité d'un PMP défini par le décret du 8 janvier 2013, un PMP moyen de 189.

Au regard de ce niveau, il vous est demandé une attention toute particulière dans la validation des PMP en cas de réception de coupes PATHOS atypiques ou caractérisées par un PMP particulièrement élevé: Au-delà du niveau en point des PMP, il importe que la validation donne lieu à une analyse collégiale, préalable à la validation sur site, entre les médecins valideurs de l'ARS et le médecin référent pour la région afin de repérer toute anomalie potentielle au regard de la coupe déposée par l'établissement.

4. Le financement du changement d'option tarifaire pour les EHPAD

a) Un encadrement financier du passage au tarif global

Le financement encadré du passage au tarif global se poursuit en 2015 par la mobilisation d'une nouvelle enveloppe de 10 M€ au niveau national.

Le tarif global se traduit par la prise en charge par l'EHPAD sur sa dotation « soins » de postes de dépenses s'imputant sur l'enveloppe de soins de ville lorsque l'EHPAD est en tarif partiel (rémunérations des médecins généralistes, auxiliaires médicaux et dépenses liées aux actes de laboratoire et de radiologie).

Cette option tarifaire a été relancée en 2014 suite à deux rapports de l'IGAS qui ont souligné l'intérêt du tarif global en termes de qualité et d'organisation efficiente des soins. L'IGAS a ainsi souligné la nécessité de rouvrir le tarif global, de manière encadrée, pour des situations où le choix d'organisation sous-tendu par cette option est plus efficient.

Au regard du coût de cette option tarifaire, et dans l'attente des travaux qui permettront de statuer sur le « bon niveau de financement » du tarif global (ENC 2015 conduite par la DGCS, la CNSA et l'ATIH), le financement du changement d'option tarifaire est poursuivi de manière progressive et encadrée. L'enveloppe de 10 M€ dédiée à ce changement d'option doit donc être strictement respectée. Vous veillerez à faire droit aux demandes de passage au tarif global dans la limite de cette dotation et, dans l'attente des résultats de l'ENC, à ne pas dépasser -pour le financement de ces nouveaux EHPAD au tarif global- un niveau de financement de 90 % de la valeur de point plafond (définie par arrêté à paraître).

Il est sur ce point rappelé que la récente modification de l'article R.314-167 du CASF conditionne à la disponibilité des crédits le souhait des EHPAD de changer d'option tarifaire.

b) Répartition des crédits et doctrine d'emploi

Conformément aux critères retenus par le conseil de la CNSA et dans le prolongement de ceux retenus pour l'an passé, la répartition des crédits dédiés au changement d'option tarifaire pour 2015 est établie par rapport à la proportion régionale du nombre d'EHPAD en tarif partiel avec PUI.

A la différence de l'an passé, l'entièreté des crédits a été déléguée aux ARS sans en conserver une partie au niveau national, ceci afin de favoriser leur consommation dès 2015. En outre, un plancher de 200 000 € est garanti à chaque ARS concernée par la répartition de ces 10M €. Ce plancher est calculé sur la base du coût moyen observé en 2014, sur un échantillon de 231 EHPAD, d'une opération de passage d'un tarif partiel avec PUI à un tarif global financé à hauteur de 90 %.

Il vous est demandé de veiller à une consommation intégrale de ces crédits en 2015.

Le caractère additionnel de ces crédits par rapport aux crédits de médicalisation doit être rappelé:

- un EHPAD en tarif partiel a vocation à mobiliser, le cas échéant, les crédits de médicalisation de droit commun pour augmenter son niveau de financement vers le « plafond » et à ne mobiliser l'enveloppe précitée que pour le seul financement complémentaire correspondant au passage au tarif global;
- inversement, les crédits de médicalisation de droit commun ne peuvent être mobilisés pour financer le passage au tarif global, celui-ci doit être financé strictement et exclusivement sur l'enveloppe spécifique qui vous est allouée à cet effet.

Vous veillerez dans vos arbitrages à tenir compte des demandes de passage au tarif global qu'auraient pu formuler les établissements lors de la période 2012-2013 sous réserve que ces établissements correspondent aux deux priorités identifiées par l'IGAS et déjà reprises dans la circulaire 2014, soit :

- les établissements actuellement en tarif partiel avec PUI; cette préconisation résulte du constat des avantages économiques et qualitatifs apportés par la combinaison du tarif global et de la PUI;
- les établissements en tarif partiel engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation des charges avec d'autres établissements en tarif global (projets parfois entravés par la discordance des options tarifaires des établissements concernés).

Le suivi de cette allocation de ressource passera par l'application HAPI dont l'alimentation permettra une traçabilité par établissement des dotations allouées. Ainsi, dans l'alimentation de HAPI, vous renseignerez de manière distincte les crédits de médicalisation de droit commun alloués de ceux relatifs au financement du passage au tarif global pour les établissements concernés.

Il est en effet très important de permettre une visibilité au niveau national sur l'engagement de ces crédits qui fera l'objet d'un suivi précis tout au long de l'année 2015. Il est donc nécessaire que chaque ARS mette à jour ces données dès signature d'un nouvel avenant ou d'une convention.

ANNEXE 8

EMPLOIS D'AVENIR

Le dispositif des emplois d'avenir, créé par la loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012 portant création des emplois d'avenir, a pour objectif de permettre à des jeunes de 16 à 25 ans¹ pas ou peu qualifiés de réussir une première expérience professionnelle et de leur ouvrir l'accès à une qualification professionnelle. Le dispositif vise en priorité les quartiers zones urbaines sensibles, les zones de revitalisation rurale et les départements et collectivités d'outre-mer.

L'embauche d'un salarié dans le cadre d'un emploi d'avenir ouvre droit à une aide financière attribuée au vu des engagements pris par l'employeur notamment en matière de formation du titulaire de l'emploi d'avenir. L'aide consiste en un remboursement des salaires versés par l'employeur à hauteur de 75 % du SMIC pour le secteur non marchand, et de 35 % du SMIC pour le secteur marchand.

Le secteur sanitaire, social et médico-social s'est mobilisé autour de ce dispositif en recrutant 40 000 jeunes en emplois d'avenir fin 2014 ce qui représente plus d'un quart de la totalité des contrats signés dans le secteur non marchand. Le secteur médico-social, qui a de forts besoins de recrutement sur des niveaux de qualifications éligibles aux emplois d'avenir, se distingue particulièrement puisque l'on décompte près de 11 500 recrutements dans les services et établissements d'hébergement pour personnes âgées et 13 400 recrutements dans les ESMS pour personnes handicapées.

Notre ambition est que l'ensemble des jeunes en emplois d'avenir aient accès à une formation et qu'une grande partie d'entre eux accèdent à une qualification qui leur permette de poursuivre leur carrière professionnelle dans ce secteur d'activité. En effet, un accent particulier est mis sur la mise en œuvre effective des deux piliers du parcours du jeune en emploi d'avenir : l'accompagnement et la formation.

Afin d'encourager et de soutenir l'effort de formation des employeurs, la CNSA a conclu des conventions avec les organismes paritaires collecteurs agréés (ANFH, UNIFAF, OPCA-PL devenu ACTALIANS, Uniformation et Agefos-PME) et le CNFPT. Ces conventions initiées en 2013 sont reconduites en 2015. Elles cofinancent des parcours de formation pour l'obtention de tout ou partie d'une certification pendant le contrat, des actions de professionnalisation ou de remise à niveau au bénéfice des salariés en emplois d'avenir et la formation des tuteurs des jeunes en emplois d'avenir.

En 2015, 7,35 M€ ont été réservés au titre de ces actions.

Ce financement national ne vous interdit pas d'apporter un soutien complémentaire à la formation des jeunes en emplois d'avenir pour répondre à des besoins supplémentaires identifiés au niveau régional.

¹ Jusqu'à 30 ans pour les jeunes reconnus travailleurs handicapés.

ANNEXE 9

LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE L'ALLOCATION DE RESSOURCES

La présente annexe présente, comme chaque année, l'organisation du Système d'Information (SI) métier utilisé par la CNSA ainsi que les échéances communes entre ARS et CNSA pour 2015.

L'année 2015 marque la prise en compte des cibles d'évolutions des SI mis en lumière dans le cadre du chantier d'urbanisation du système d'information de la direction des établissements et services médico-sociaux de la CNSA. Lancée en 2012, et conduite en lien avec des ARS, cette démarche d'urbanisation a permis de définir une cible et une trajectoire. L'objectif de la démarche est de rationaliser le système d'information du secteur en fonction des besoins des différents acteurs (ESMS, ARS, CNSA, ...). Ont été notamment identifiés le besoin de référentiels communs, d'applications interopérables, la collecte à la source des informations, la saisie unique des données et l'amélioration du pilotage du SI.

Les évolutions qui s'inscrivent dans cette démarche d'urbanisation visent par conséquent à créer un SI plus intégré, moins chronophage et plus apte à accompagner la prise de décision régionale ou nationale. Les principales étapes de l'urbanisation en 2015 sont le déploiement de l'application SEPPIA, issue de la fusion de Sélia et e-Priac, et de la nouvelle application de dépôt des comptes administratifs.

1. Suivi des plans Gouvernementaux et des programmations régionales

SEPPIA	
Objectifs et usages	<p>Objectif général: Publication et suivi de la programmation physique et financière pluriannuelle de création et de transformation de places dans la région, sur 5 ans, de sa phase prévisionnelle à son exécution effective.</p> <p>Usages: Publication du PRIAC Analyse des prévisions d'autorisation et d'installation à 5 ans et la lisibilité sur l'activité liée à la procédure d'appel à projet Aide à la programmation régionale Suivi de l'exécution des programmations régionales Suivi de l'exécution des plans / programmes nationaux et Suivi du rythme et du niveau de consommation des enveloppes de créations de places Détermination, en <i>N-1</i>, du niveau des crédits de paiement (CP) nécessaires pour couvrir les installations prévues en <i>N</i> Notification en <i>N</i> des crédits de paiement (CP) correspondant aux installations prévues en <i>N</i></p>
Modalités de saisie	<p>En flux, tout au long de l'année:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dès qu'une autorisation est prévue – dès qu'une autorisation est réalisée – dès qu'une installation est prévue – dès qu'une installation est réalisée – dès qu'un projet est modifié
Exploitations extractions	<p>Extraction du 30 mai <i>N</i> pour le suivi des programmations Extraction du 31 mai <i>N</i> pour la préparation de l'ONDAM <i>N+1</i> Extraction du 31 décembre <i>N-1</i> pour le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux et la notification des CP de l'année <i>N</i>.</p>
Points de vigilance	<p>Le respect strict du calendrier est indispensable:</p> <ul style="list-style-type: none"> – à la publication du PRIAC – à la préparation de la campagne budgétaire (notification des CP) – à la préparation de l'ONDAM
Personnes référentes	<p>CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux, Pôle programmation de l'offre et Mission maîtrise d'ouvrage des projets systèmes d'information Aurélie BRUGEROLLE et Patrice DIJOUX</p>

2. Suivi des éléments budgétaires

2.1. Éléments de la tarification

Enquête tarifaire	
<p>Cette enquête vise à identifier, de manière globale et synthétique, l'état et la structure des crédits disponibles dans les DRL en fin de campagne. Elle identifie également les prévisions de mise en œuvre pour l'exercice suivant qui sont prises en compte par la CNSA dans la répartition des moyens de l'exercice. Elle complète l'application Hapi par une visée prospective : préciser en cours d'année la prévision de tarification à échéance du 31 décembre 2015 et quantifier les prévisions d'emplois nouveaux en 2016.</p>	
Modalités de saisie	Deux fois dans l'année
Exploitations	<p>Remontées de l'enquête :</p> <ul style="list-style-type: none"> 30 juin <i>N</i> avec les prévisions de tarification au 31 décembre <i>N</i>; 31 octobre <i>N</i> avec une actualisation de vos prévisions au 31 décembre <i>N</i> (prise en compte pour les dialogues de gestion); 31 janvier <i>N</i> + 1 avec la réalisation de la tarification 2015 pour la finalisation de la campagne 2016.
Points de vigilance	<p>Le respect strict du calendrier est indispensable :</p> <ul style="list-style-type: none"> – au travail d'estimation de la consommation de l'OGD en cours d'année, – à la préparation des dialogues de gestion de fin d'année, – à la préparation de la campagne budgétaire 2016.
Personnes référentes	<p>CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux : Pôle allocation budgétaire; en fonction des référents régionaux (polebudgetaire@cnsa.fr)</p>

HAPI (HARmonisation et Partage d'Information)	
Objectifs	<p>Système d'information partagé destiné à tarifier les ESMS et à suivre le déroulé des campagnes budgétaires, ESMS par ESMS, pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – tendre vers une allocation de ressources plus efficiente – permettre un dialogue budgétaire et de gestion pertinent entre les ARS et le niveau national <p>En :</p> <ul style="list-style-type: none"> – harmonisant les pratiques et en automatisant la production des documents de tarification – optimisant la gestion des dotations régionales et en facilitant le pilotage régional et national – en assurant le partage et la traçabilité de l'information
Exploitations	<p>Des extractions sont faites régulièrement au niveau de la CNSA pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – le suivi de l'avancée de la campagne – le suivi de la consommation des dotations limitatives régionales – les dialogues de gestion – le calibrage des enveloppes <i>N</i> + 1 en complément de l'enquête tarifaire – le bilan de la médicalisation – le bilan de la convergence tarifaire – toutes enquêtes ponctuelles.
Personnes référentes	<p>CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-Sociaux, Pôle allocation budgétaire Francoise MERMET et Patrice DIJOUX</p>

2.2. Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs

ImportCA	
Présentation	<p>Cette nouvelle application remplace l'application REBECA.</p> <p>En application de l'arrêté du 5 septembre 2013 relatif à la transmission des propositions budgétaires et des comptes administratifs, les établissements et services sociaux et médico-sociaux déposeront leur compte administratif l'application ImportCA.</p> <p>Sont concernés les établissements et services médico-sociaux relevant de l'arrêté du 5 septembre 2013, recevant un financement de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'assurance maladie et du conseil général: établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap (exemple: ITEP, MAS, IME, SESSAD, ...) ou accueillant des personnes âgées (exemple: EHPAD, AJ, SSIAD, ...).</p>
Objectifs	<p>Les objectifs restent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - Permettre le calcul d'indicateurs de comparaisons servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris/présenté ...); - Constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles; - Assurer en cible l'interopérabilité avec d'autres systèmes d'information nationaux (notamment, tableau de bord de la performance en cours de déploiement).
Modalités de chargement	Ouverture de la plateforme aux établissements et services médico-sociaux du 20 mars (au plus tard) à fin septembre 2015 pour les CA 2014.
Exploitations extractions	<p>Analyse nationale des données en N + 1.</p> <p>Pour mémoire, l'exploitation des données 2012 a donné lieu à un rapport de synthèse qui vous a été transmis par la CNSA en février 2014.</p>
Personne référente	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-Sociaux, Pôle allocation budgétaire Delphine FAUCHET

3. Les systèmes spécifiques aux EHPAD

3.1. Suivi des conventionnements

SAISEHPAD	
Objectifs	<p>S'assurer de l'application des principes de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes en termes de conventionnement tripartite.</p> <p>Appréhender les stratégies de négociation des services (programmation pluriannuelle des crédits, niveau des moyens accordés, ...) et la structure d'emploi des conventions tripartites (recrutement soins et autres sections tarifaires).</p> <p>Chiffrer les besoins financiers afférents au renouvellement des conventions tripartites des EHPAD.</p>
Modalités de saisie	En flux dès la signature d'une convention tripartite ou d'un avenant
Exploitations extractions	<p>En N + 1 pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la production de synthèses nationales - le suivi du processus de conventionnement de seconde génération (PATHOS) <p>Pour rappel, l'exploitation de SAISEHPAD a permis de réaliser un état du conventionnement tripartite qui a nourri le bilan de la médicalisation présenté par la CNSA à son Conseil en octobre 2013 (bilan transmis aux ARS fin 2013).</p>
Points de vigilance	<p>Seuls les conventions et avenants dont l'état est « recevable financièrement » ou « valide et signé » seront pris en compte dans les exploitations statistiques et financières.</p> <p>Limiter autant que possible le nombre de fiches avec un état « invalide ».</p> <p>Nécessité de disposer de données fiables, exhaustives et de qualité sur le conventionnement (dates, crédits engagés, ...).</p>
Personne référente	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux, Pôle allocation budgétaire Hammadi ABHIZAT - Najib EL AMRAOUI - Saisehpad2@cnsa.fr

3.2. Collecte et validation des coupes Pathos et Aggir

GALAAD	
Objectifs	Recenser les évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des EHPAD et des USLD. Permettre le partage sécurisé des données de validation AGGIR avec les conseils généraux. Permettre aux médecins des ARS, chargés du contrôle et de la validation des coupes pathos, de déterminer le niveau de GMPS pour procéder à la tarification. Permettre de décrire les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de patients.
Modalités de saisie	En flux par les médecins coordonnateurs
Points de vigilance	Le nouveau Galaad est en service depuis le 13 janvier 2015. Il 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 coordonnateurs ou valideurs (ARS et CG).
Personnes référentes	Pour la CNSA (Direction des Etablissements et Services Médico-Sociaux), le docteur Yannick EON, pilote de la gouvernance opérationnelle du référentiel PATHOS. yannick.eon@cnsa.fr

4. Les autres sources d'information

4.1. Le suivi de l'offre de service: la nécessité de la mise à jour permanente de FINESS

Le répertoire FINESS constitue pour l'ensemble des administrations de l'État comme pour la CNSA un instrument indispensable pour le suivi de l'offre de service.

Il doit traduire au niveau régional l'état réel des réalisations affichées dans votre programmation. Il doit notamment enregistrer les fermetures d'établissements et de services. La saisie des informations en continu permet à la CNSA d'assurer un contrôle de cohérence entre les différentes sources d'information et notamment les remontées semestrielles.

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.

Par ailleurs, la CNSA et la DGCS participent aux travaux en cours au niveau national sur les nomenclatures, en particulier concernant le projet de répertoire opérationnel des ressources (ROR) sur le champ médico-social.

! Il vous est demandé de veiller à la mise à jour, par vos services, de FINESS afin d'avoir la complétude et à l'exactitude des informations qui doivent y figurer. Il s'agit d'une priorité majeure en particulier dans le cadre de la mise en place du Portail « Personnes âgées » en mai 2015. Celui-ci reposera en effet sur les données issues de FINESS.

4.2. Le suivi de la conjoncture: le suivi des dépenses liées aux versements aux ESMS

L'accès aux données concernant les versements réalisés par les caisses locales d'assurance maladie et transmises par la CNAMTS² permet à la CNSA de suivre les éléments de conjoncture au niveau national, mais également d'opérer des rapprochements entre les dotations régionales et le niveau des versements sur les secteurs PA et PH. Ce rapprochement doit également s'opérer au niveau local, par établissement, dans le cadre des relations de travail avec les caisses d'assurance maladie. Nous vous incitons fortement à poursuivre, ou à mettre en place si elles n'existent pas, des procédures de travail régulières avec les CPAM en vue de structurer ce pan de la régulation médico-sociale. Ces procédures devront tout particulièrement porter sur le suivi du nombre de journées, suivi indispensable à la régulation de l'activité en particulier sur le secteur à prix de journée.

Un fichier mensuel est transmis à cette fin par la CNAMTS à chaque ARS avec les données de versement par établissements. Les analyses réalisées par certaines ARS dans le cadre de l'enquête CNSA de 2014 ont mis au jour certaines difficultés dans le rapprochement des données. Ces difficultés font l'objet d'échanges en cours avec la CNAMTS.

Votre attention est en particulier attirée sur l'importance de faire correspondre la liste des ESMS concernés par des versements d'assurance maladie entre caisses liquidatrices et ARS: il importe notamment dans le cas de versements en CPOM qu'ARS et caisses pivot puissent faire une lecture commune du périmètre des établissements concernés par la dotation globalisée commune conformément aux recommandations de la cour des comptes.

² Ces données sont tous régimes pour les versements en dotation globale et régime général puis extrapolées tous régimes pour les paiements des prix de journée

Calendrier 2015 du système d'information métier de la CNSA

2015		
SEPIIA	Actualisation pour 30 avril 2015	Extraction au 30 avril pour l'analyse des programmations régionales à 5 ans (PRIAC 2015-2019) Extraction au 31 mai 2015 pour le calibrage de l'ONDAM 2016 Extraction au 31 décembre 2015 pour le reporting annuel (suivi des plans et des appels de CP 2016)
SAISEHPAD	Alimentation au fil de l'eau et extractions à tout moment en cours d'année	Extraction au 31 décembre 2015 pour le bilan de la médicalisation
Enquête tarifaire	3 Remontées : 30 juin 2015, 30 octobre 2015 et 29 janvier 2016	
HAPI	Alimentation au fil de l'eau et extractions à tout moment en cours d'année	Extractions « fixes » pour exploitation dans le cadre des dialogues de gestion ainsi qu'en fin de campagne budgétaire
ImportCA	Mi mars à septembre 2015 : période d'ouverture de l'application aux ESMS pour chargement des fichiers CA 2014	Extraction pour exploitation au 30 septembre 2015

ANNEXE 10

LA GESTION DES TRÉSORERIES D'ENVELOPPE
ET CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES

L'allocation de crédits non reconductibles (CNR) reste un élément important de l'allocation de ressource des ARS en 2014. En dehors du cas particuliers des crédits non reconductibles à caractère national (*cf.* annexe 1), les CNR ne constituent pas une sous dotation identifiée au sein de la dotation régionale limitative : ils correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire. Le bon usage de cette trésorerie d'enveloppe doit respecter le cadre posé par la réglementation. Ce cadre, rappelé dans la présente annexe, peut s'avérer plus ou moins contraignant en fonction du type d'ESMS considéré.

En outre, sans préjudice des éléments de rappel ci-après, il est préconisé d'organiser localement l'allocation de ressources non reconductibles dans le cadre d'une stratégie régionale structurée. Ainsi, l'arbitrage régional sur les axes d'accompagnement retenus par l'ARS doit faire suite à une quantification des besoins potentiels de l'ensemble des ESMS.

Ce n'est qu'à l'issue de cette démarche que doit être défini le périmètre des ESMS éligibles.

Les priorités d'emploi des CNR doivent être précisées dans le rapport d'orientation budgétaire¹ de l'ARS. Comme les années passées, il vous est demandé en 2015 d'assurer une traçabilité précise de l'utilisation de ces crédits.

À titre d'information, nous vous indiquons qu'une mission IGAS portera sur l'analyse de l'origine et de l'utilisation des CNR qui représentent chaque année plus de 500 M€ de crédits. La mission a pour objectif de remettre à la ministre ses conclusions d'ici l'été.

1. La trésorerie d'enveloppe mobilisable en crédits non reconductibles

Les CNR proviennent d'un disponible temporaire de trésorerie au sein de l'enveloppe régionale.

Les ARS peuvent ainsi dégager de manière temporaire des marges de gestion au sein de leur DRL; on peut ainsi citer les facteurs explicatifs suivants :

- décalage dans l'installation effective de places nouvelles en établissement ou service ou dans la réalisation de mesures issues des plans nationaux tel que le plan national Alzheimer;
- sous-consommation de crédits de médicalisation liée à des retards dans la signature des conventions tripartites (ou étalement du versement des mesures nouvelles);
- solde excédentaires des reprises de résultats dans le cadre de l'examen des comptes administratifs N-1 ou N-2 (reprise d'excédents supérieure à la reprise de déficits);
- évènements imprévus tels les fermetures provisoires ou définitives non planifiées d'un établissement ou service.

Bien que la marge ainsi dégagée ait vocation à rester dans la base de la DRL pour un usage précis (car, en dehors des reprises d'excédent, elle correspond à des dépenses pérennes à couvrir sur l'exercice suivant), ces crédits sont, pour l'exercice en cours, libres d'affectation. S'ils ne peuvent financer des dépenses pérennes auxquelles ils n'étaient pas initialement destinés, ils sont en revanche disponibles pour un emploi en N non reconductible sur l'exercice N + 1.

Le mode de budgétisation des crédits mesures nouvelles (créations de places et médicalisation) en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP) doit mécaniquement diminuer ces trésoreries d'enveloppes

2. Les modalités d'emploi des trésoreries d'enveloppe « hors EHPAD »

Le caractère strictement temporaire de ces marges impose la plus grande rigueur dans l'allocation des crédits non reconductibles : l'utilisation des CNR aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrite.

Au-delà, le caractère non reconductible de ces crédits n'autorise, en aucun cas, le recours à des pratiques dont la conformité réglementaire, budgétaire et comptable, n'est pas strictement établie.

¹ Le rapport d'orientation budgétaire est prévu aux articles R.314-22 et R.351-22 du CASF, qui prévoient que l'autorité de tarification définit ses orientations dans le cadre de la procédure d'autorisation budgétaire. Il s'agit d'un élément de motivation majeur en vue de la procédure budgétaire contradictoire

2.1. Le périmètre d'octroi des CNR

Il vous est en premier lieu rappelé que ces crédits doivent financer des dépenses qui relèvent juridiquement du périmètre tarifaire des établissements auxquels ils sont alloués.

Au-delà du seul périmètre médico-social, il est rappelé qu'une trésorerie d'enveloppe médico-sociale ne doit pouvoir bénéficier qu'aux seuls établissements et services médico-sociaux conformément aux dispositions de l'article L. 314-3-1 du CASF : le versement de subvention d'équilibre d'un budget annexe hospitalier à son budget principal est donc en toute hypothèse exclu.

Sur ces aspects, votre attention est enfin attirée sur la nécessité d'articuler la politique d'allocation en crédits non reconductible avec la mise en œuvre du fond d'intervention régionale (FIR) afin d'employer au mieux la palette des leviers financiers à disposition de l'ARS.

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

Les CNR dédiés à l'investissement ont constitué en 2014, comme lors des exercices précédents, un levier massif d'accompagnement des projets d'investissements des ESMS. Les conditions d'utilisation des CNR à l'appui d'opérations d'investissement doivent donc à nouveau être rappelées dans un souci d'harmonisation des pratiques tant des ESMS que des ARS (les conditions spécifiques d'accompagnement en CNR des dépenses d'investissement des EHPAD sont décrites *infra*; cf. point 3).

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.

À cette fin et sous réserve de l'opportunité et de l'équilibre du projet (et notamment de l'analyse de la situation financière et capacité d'autofinancement de l'établissement), il est possible d'utiliser les crédits non reconductibles afin de constituer des provisions règlementées pour le renouvellement des immobilisations; ces provisions correspondent à un préfinancement de l'amortissement et permettent de minorer le recours à l'emprunt.

Il est rappelé que ces provisions peuvent être constituées également par affectation de résultat excédentaire.

2.3. Les autres possibilités d'emploi des CNR

Au-delà des thématiques investissements, le périmètre d'emploi des CNR est large par essence et doit être axé sur un objectif d'amélioration qualitative de la prestation des ESMS aux usagers sans considération de secteur PA-PH.

Vous veillerez notamment, au travers de l'emploi de ces crédits à accompagner et à favoriser le développement des SPASAD conformément aux orientations définies dans la présente circulaire (cf. § 1.2.5 de la circulaire). Les dépenses éligibles doivent être analysées avec le souci de soutenir les frais engagés pour amorcer la structuration de ces services.

Les CNR peuvent également être utilisés pour financer le surcoût éventuel généré par l'accueil des personnes en situation particulièrement complexe, nécessitant un accompagnement renforcé, pour permettre de les accueillir de façon transitoire, en attendant la mise en œuvre de solutions pérennes, conformément aux orientations précisées dans la présente circulaire (cf. § 1.1.4).

Il en va de même concernant l'accompagnement de la mise en œuvre des nouvelles unités d'enseignement pour enfants avec autisme.

Les CNR ont plus largement vocation à 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.

Sans préjudice des orientations précitées, il a été constaté dans les dialogues de gestion 2014 les cas d'emplois les plus fréquents des CNR sur les dépenses suivantes (hors investissements) :

- rémunération des professionnels de santé libéraux participant à la commission de coordination gériatrique en EHPAD;
- dispositif de formation des formateurs autisme;
- gratification des stages étudiants au-delà de la seule dotation notifiée aux ARS à cette fin (lorsque les crédits délégués par le niveau régional dans vos DRL s'avèrent insuffisants);

- financement des contrats d’avenir;
- action de professionnalisation et de formation des personnels (comprenant le remplacement du personnel en formation).

3. Les financements en CNR des EHPAD : un cadre d’action limité par nature

3.1. Un périmètre juridiquement plus encadré

Dans le secteur médico-social, l’octroi de crédits non reconductibles aux EHPAD, qui bénéficie d’un financement mixte (Assurance Maladie; APA; aide sociale sous réserve des places habilitées par le conseil général) doit faire l’objet d’un examen attentif des demandes de crédits : le périmètre tarifaire précis de la section soins, ainsi que le principe d’étanchéité entre les trois sections tarifaires « soins-dépendance-hébergement », conduisent à devoir analyser les demandes de crédits à la lumière des dispositions réglementaires régissant le périmètre des dotations soins soit :

- les dépenses relevant des deux options tarifaires partielle ou globale;
- les dépenses de médicaments en cas d’existence de PUI;
- le forfait transport en cas de places en accueil de jour;
- les frais financiers dans les conditions rappelés *infra* (cf. 3.2).

3.2. Un accompagnement de l’investissement sous condition

Dans le cadre précité, le financement en CNR des dépenses d’investissement des EHPAD ne concerne que les dépenses d’amortissement relatives au matériel médical, conformément au III de l’article R. 314-162 du CASF qui définit le périmètre de la section soins. En effet, l’investissement immobilier en EHPAD relève du périmètre de la seule section tarifaire hébergement.

Toutefois, afin de limiter l’augmentation du reste à charge que les investissements induisent pour les résidents, la réglementation a ouvert le droit pour l’ARS de compenser, *via* les tarifs soins et de manière limitée dans le temps, tout ou partie des frais financiers liés aux emprunts.

Il est toutefois rappelé une règle incontournable : Les frais financiers pouvant être pris en charge doivent être consécutifs à un emprunt; ils ne sont par conséquent pas donnés avant l’emprunt, en substitution de celui-ci.

Compte tenu du caractère dérogatoire de ce dispositif, ses conditions d’utilisations sont précisément définies et ces conditions s’imposent à l’établissement comme à l’ARS. Le dispositif de mise en œuvre a notamment été décrit par instruction CNSA du 18 avril 2007.

L’article D.314-205 du CASF permet ainsi la prise en charge des frais financiers des EHPAD, sous réserve que soient strictement respectées certaines conditions, de forme et de fond (opportunité financière de l’investissement) qui se décomposent ainsi :

- le plan pluriannuel de financement doit être approuvé par le président du conseil général;
- le taux d’endettement de l’établissement est inférieur à 50 %;
- l’ensemble des capacités de financement des investissements de l’ESMS bénéficiaire ont été mobilisés; à cette fin :
 - l’établissement doit pratiquer une politique de dépôts et cautionnements, en application de l’article R. 314-149 du CASF;
 - les reprises sur les réserves de trésorerie ou de couverture du besoin en fonds de roulement ont été effectuées si les conditions prévues à l’article R. 314-48 du CASF sont réunies;
 - les liquidités permanentes de l’établissement ne dépassent pas un niveau égal ou supérieur à trente jours d’exploitation.

Ces conditions doivent vous permettre d’identifier les projets les plus prioritaires. Vous prioriserez ainsi les dossiers qui présentent un surcoût d’exploitation sur le tarif hébergement imputable aux frais financiers de 2 € minimum par jour et par place en moyenne sur les cinq premières années.

Par ailleurs, compte tenu des montants en jeu, il vous est demandé de respecter un certain formalisme¹ dans l’octroi de ces crédits conformément à l’instruction précitée du 18 avril 2007 : Ce dispositif doit obligatoirement donner lieu à une convention fixant la durée de la prise en charge à cinq ans. Cette convention est renouvelable une fois si le surcoût d’exploitation à compenser reste supérieur à 2 € par jour et par place à l’issue des cinq ans.

Bien évidemment, au titre de sa responsabilité sur le tarif hébergement, le conseil général doit être associé à cette démarche et recevoir une copie de la convention. De la même façon, la CPAM devrait en être destinataire.

¹ Instruction conjointe de la DGAS et de la CNSA du 18 avril 2007 relative aux règles d’attribution des crédits d’assurance maladie dans le cadre de la compensation des frais financiers induits par le recours à l’emprunt dans le cadre d’une opération d’investissement.

ANNEXE 11

RECOMMANDATIONS TARIFAIRES DANS LE CHAMP PH ET RETOUR DE L'ENQUÊTE
SUR LES AMENDEMENTS CRETON 2014 SUR L'EXÉCUTION 2013

La mise en place de l'application HAPI, accompagnée des « clubs métiers » installés à l'occasion du déploiement de l'application a permis de progresser vers l'homogénéisation des pratiques de tarification en ARS.

Pour autant, les travaux réalisés par la CNSA et les ARS en 2014 suite au dépassement de l'OGD PH 2013 témoignent de la persistance d'une hétérogénéité certaine de ces pratiques tarifaires entre ARS (voir entre délégations territoriales au sein d'une même agence). Dès lors, une réflexion a été conduite pour clarifier certains éléments de doctrine afin de progresser en 2015 dans l'uniformisation de ces pratiques.

Cette démarche est essentielle sur le secteur PH où la tarification à prix de journée génère régulièrement des situations de sur exécution de l'OGD tout en pouvant paradoxalement fragiliser le fonctionnement d'ESMS lorsque l'activité prévisionnelle est sous réalisée : c'est tout particulièrement le cas des ESMS PH assurant un accueil temporaire.

La présente annexe vient, dans ce contexte, apporter des précisions sur deux dispositifs tarifaires dans le champ « personnes handicapées » :

- les modalités de financement en prix de journée globalisé, notamment pour les établissements assurant une prestation d'accueil temporaire et tarifés en prix de journée ;
- les modalités de tarification des établissements accueillant des personnes en aménagement Creton.

Au-delà de ces aspects proprement techniques, votre attention est à nouveau rappelée sur la nécessité d'utiliser les arrêtés tarifaires issus de HAPI pour formaliser vos décisions de tarification. Ainsi, l'utilisation de ces documents types doit permettre de disposer d'une structure d'information uniforme entre ARS et CPAM sur les montants à verser aux ESMS. Cette consigne vise notamment à faciliter le rapprochement des données de tarification et de versement en fin d'exercice.

**1. Le financement des structures pour personnes handicapées
proposant une offre d'accueil temporaire**

Pour les ESMS PH assurant une prestation d'accueil temporaire, il ressort des dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF) une différence de mode de tarification applicable – prix de journée ou versement globalisé (DGF/Forfait) – en fonction de l'existence ou non d'un budget annexe pour l'activité d'accueil temporaire et du nombre de places de cet accueil.

Il résulte d'une lecture croisée des dispositions du CASF que l'ESMS peut, « à la demande ou avec l'accord de l'autorité de tarification », élaborer un budget annexe pour l'activité d'accueil temporaire qui peut alors disposer d'un mode de tarification distinct (III de l'article R.314-10).

Ainsi :

- s'il n'y a pas de budget distinct pour l'accueil temporaire : le mode de tarification est le prix de journée, qui peut être modulé sur le fondement des articles R.314-119 ou R.314-147 ;
- s'il y a un budget annexe ou un budget propre à l'accueil temporaire et moins de 25 places, le financement s'effectue par forfait global annuel (II de l'art R314-194) ;
- s'il y a un budget annexe ou un budget propre à l'accueil temporaire et plus de 25 places et un tiers de la capacité, le financement s'effectue par dotation globale de financement (III de l'art. R314-194).

Dans ce contexte, en cas de budget annexe pour l'accueil temporaire, le cumul des textes favorise la coexistence de deux modalités de versement pour un même établissement, avec une décision tarifaire en prix de journée pour les activités de type internat / semi-internat / externat et une autre en DGF ou forfait global pour le financement de l'activité d'accueil temporaire. La mise en œuvre pratique de ce type de tarification peut susciter des difficultés de suivi de la tarification et des versements au niveau des caisses pivot et au niveau national (tant pour la CNAMTS que pour la CNSA). En effet, la coexistence pour une même structure de deux vecteurs distincts (dotation globale et prix de journée) est facteur de complexité dans le suivi de la dépense et donne lieu à des remarques régulières de la Cour des comptes dans le cadre de la certification des comptes de la CNAMTS.

Pour ces raisons, et à la faveur d'une simplification du mode de financement des établissements assurant une prestation d'accueil temporaire, il est proposé d'encourager l'évolution de la tarification des ESMS assurant – partiellement ou intégralement – une prestation d'accueil temporaire vers

le dispositif de prix de journée globalisé mentionné à l'article R314-115 et suivants du CASF. Cette nouvelle modalité de tarification doit donner lieu à une convention qui formalise l'accord de l'établissement et de la caisse pivot (cette dernière doit donc être associée à la signature de la convention). Elle devra ainsi prévoir le financement de l'ensemble de l'activité de l'ESMS *via* le dispositif du prix de journée globalisé. Un modèle de convention, se fondant notamment sur les modèles élaborés par certaines ARS, a été rédigé conjointement par la CNSA, la CNAMTS et la DGCS qui vous sera diffusé prochainement.

Les avantages de ce vecteur tarifaire sont multiples :

- mode de financement adapté à des modalités d'accueil plus séquentielles ;
- tâches de facturation allégées (tant pour les ESMS que pour les caisses pivot) ;
- simplification de la tarification ;
- meilleur suivi des dépenses d'assurance maladie induites.

Comme pour tous les ESMS assurant un accueil à la journée, l'activité retenue dans le cadre de la procédure budgétaire est égale à la moyenne d'activité constatée au cours des trois derniers comptes administratifs, sauf circonstances particulières explicitées par l'ESMS ou date d'ouverture inférieure à trois ans (article R. 314-113). Cette moyenne s'établira, très logiquement, à un niveau inférieur à celle constatée dans des ESMS assurant un accueil permanent. Mais elle n'a pas vocation à baisser substantiellement, au regard des constats passés, à la faveur du passage en prix de journée globalisé

Si ce mode de tarification présente des avantages, vous veillerez à ce qu'il ne s'accompagne pas d'une baisse d'activité, le financement globalisé étant moins incitatif que le prix de journée. Par ailleurs, votre attention est appelée sur le fait que la détermination de l'activité doit prendre en compte le projet spécifique de l'établissement.

2. Les enseignements de l'enquête réalisée sur les amendements Creton en 2014

L'enquête réalisée par la CNSA au cours de l'année 2014 concernant le traitement des amendements Creton par les ARS en lien avec la sur exécution constatée sur le secteur PH en 2013 a donné lieu à un retour de l'ensemble des agences. Ces travaux ont permis de relever une certaine hétérogénéité de pratiques.

2.1. Rappels du dispositif

L'article L. 242-4 du CASF permet le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissement ou en service d'éducation spéciale (IME, IEM etc...) dans l'attente d'une place disponible dans un établissement pour adultes. La CDAPH prononce alors le maintien dans l'établissement ou le service d'éducation spéciale dans lequel les jeunes étaient accueillis avant l'âge de 20 ans faute de disposer de places pour adulte.

Le dispositif prévoit que le financeur qui aurait dû être compétent – si le jeune avait pu occuper une place correspondant à son orientation – acquitte le tarif journalier. Dans un tel cas, un IME concerné par ce dispositif perçoit des recettes des conseils départementaux pour ces résidents au lieu d'être financé à 100 % par l'assurance maladie comme c'est sa vocation initiale.

2.2. Enseignements de l'enquête menée en juin 2014

L'enquête menée auprès des ARS par la CNSA au cours de l'année 2014 avait pour objectifs :

- de pouvoir reconstituer une dépense tarifaire PH complète, en consolidant l'ensemble des versements liés à la tarification des ARS sur le secteur handicap ;
- de mieux identifier les zones de tension de l'offre de places sur le territoire, permettant ainsi d'éclairer la programmation aux niveaux national et régional ;
- de mieux comprendre les facteurs du dépassement de l'OGD PH 2013 et donc les paramètres d'une exécution équilibrée.

Il ressort des éléments transmis par les 26 ARS que près de 1 000 structures (IME, IEM avec notamment des orientations MAS, ESAT et Foyer de vie) accueillent des jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, avec une quasi stabilité du nombre de jeunes adultes concernés : 6 300 environ en 2012 comme en 2013.

En 2013, a été versé un volume financier de 84 M€ par les conseils départementaux (qui s'ajoutent au 106,2 M€ payés par l'assurance maladie au titre de l'amendement Creton pour les personnes disposant d'une orientation vers un établissement financé par l'assurance maladie, contre respectivement 85,5 M€ et 113,4 M€ en 2012).

Ainsi, les produits de la tarification versés par les conseils départementaux mais tarifés par les ARS dans le cadre de leur DRL justifient l'écart existant actuellement entre les agrégats « dépense encadrée » (égale à la somme des DRL qui comprend donc la part versée par les Conseils départementaux au titre des amendements Creton) et l'OGD (correspondant à la ressource dont dispose la CNSA pour couvrir les tarifs, au strict versement des caisses pivot). Par conséquent, les recettes des établissements issues des amendements Creton et versées par les Conseil départementaux font parties des produits de la tarification (ce ne sont pas des recettes en atténuation) ils ne constituent ni un facteur de dépassement de l'OGD PH, ni une marge de manœuvre de la DRL.

2.3. La tarification des résidents en amendement Creton doit respecter les dispositions de droit commun

L'accueil de jeunes adultes en amendement Creton ne s'effectue pas au-delà de la capacité autorisée des ESMS assurant l'accueil effectif de ces jeunes.

Par conséquent, l'activité liée à l'Amendement Creton ne doit pas être neutralisée lors de l'étude du budget prévisionnel: les prix de journée des jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton ne sont pas des recettes atténuatives¹. Les recettes des Conseils départementaux ne constituent pas une recette atténuative de la tarification des ESMS mais bien un produit de la tarification comparable en tout point aux tarifs acquittés par l'Assurance Maladie.

2.4. Un impact en termes de facturation pour l'ESMS

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	Montant du FJ	-

RDAS : participation fixée par le Règlement Départemental d'Aide Sociale pour les ESMS relevant du département.
 FJ : forfait journalier de 18 € fixé par l'arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Comme l'an passé, une analyse des recettes liées à l'amendement Creton devra être effectuée lors de l'étude du compte administratif 2014 ou dans le cadre du dialogue de gestion avec l'établissement (cf. annexe 12).

¹ La participation des usagers constitue quant à elle une recette en atténuation relevant du groupe 2 des recettes d'exploitation de l'ESMS.

ANNEXE 12

ENQUÊTES 2015

Les enquêtes programmées pour l'exercice 2015 sont précisées dans la présente annexe. Leur calendrier de remontée doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

1. Calendrier des enquêtes 2015

2015	
Enquête AS-AMP en EHPAD	Remontées de l'enquête: 22 mai 2015
Enquête tarifaire	3 Remontées: 30 juin 2015, 30 octobre 2015 et 29 janvier 2016
Amendements Cretons	Remontées de l'enquête: 15 septembre 2015

2. Présentation des enquêtes 2015

Enquête tarifaire	
<p>Elle vise à identifier, de manière globale et synthétique, l'état et la structure des crédits disponibles dans les DRL en fin de campagne. Elle intègre également des éléments de prévisions pour la mise en œuvre des politiques médico-sociales sur l'exercice suivant. Elle complète ainsi SEPIIA et constitue un outil pris en compte par la CNSA pour la répartition des moyens de l'exercice 2016. Elle complète également l'application HAPI en permettant aux ARS de faire remonter en cours d'année leur prévision de tarification à échéance du 31 décembre 2015. Pour ces raisons, cette enquête est remontée 3 fois au titre de l'exercice 2015.</p>	
Exploitations	<p>Remontées de l'enquête:</p> <p>30 juin N pour les prévisions de tarification au 31 décembre N;</p> <p>31 octobre N avec une actualisation des prévisions de tarification au 31 décembre N; cette remontée sert également à la préparation des dialogues de gestion ARS-CNSA</p> <p>31 janvier N + 1 avec la réalisation de la tarification 2015 et la répartition des crédits gagés pour la finalisation du cadrage de la campagne 2016.</p>
Points de vigilance	<p>Le respect strict du calendrier est indispensable:</p> <ul style="list-style-type: none"> - au travail d'estimation de la consommation de l'OGD en cours d'année - à la préparation des dialogues de gestion de fin d'année - à la préparation de la campagne budgétaire 2016
Personnes référentes	<p>CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux: Pôle allocation budgétaire; en fonction des référents régionaux (polebudgetaire@cnsa.fr)</p>

Amendements Cretons	
<p>Cette enquête a pour objectif d'analyser l'impact financier de l'accueil au titre de l'amendement Creton. Les recettes des ESMS au titre de la prise en charge « amendement Creton » constituent en effet un paramètre de suivi de l'exécution de la dépense médico-sociale globale (assurance maladie + conseils généraux).</p>	
Exploitations	<p>Remontées de l'enquête: 15 septembre 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remontée synthétique des données afférentes aux amendements Creton pour l'exercice 2014 par département - Une meilleure connaissance des amendements Creton est également nécessaire pour mieux identifier les inadéquations sur le territoire et ainsi éclairer la programmation au niveau national et régional
Rappels méthodologiques	<p>Cf. annexe 11 de la présente circulaire: L'accueil en amendement Creton s'effectue dans le cadre de la capacité autorisée (en d'autres termes, cela ne constitue pas un facteur de suractivité « <i>ex ante</i> »)</p> <p>La recette réelle est constatée au CA (présentée dans le rapport du directeur de l'ESMS)</p> <p>Outre le remplissage du tableau, l'ARS devra préciser sa méthodologie de prise en compte de la recette amendement creton issue des conseils généraux dans le pilotage budgétaire de l'enveloppe MS.</p>
Personnes référentes	<p>CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux: Pôle allocation budgétaire (polebudgetaire@cnsa.fr)</p>

Enquête AS-AMP en EHPAD	
Dans le cadre du groupe inter-administrations relatif à la modernisation du pilotage et à la simplification de la gestion des EHPAD, il est attendu un éclairage de la part des ARS sur les modalités de financement des AS-AMP en EHPAD, notamment par rapport à la clé de répartition 70-30 %.	
Exploitations	<p>Remontées de l'enquête: 22 mai 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> – Il est demandé aux ARS de comptabiliser le nombre d'AS-AMP ; leur répartition « soin-dépendance » (intégrer un suivi en ETP et en euros ; source CA 2013) – Pour les EHPAD relevant du suivi des indicateurs GDR (<i>cf. supra</i>), seule la masse salariale dépendance sera à préciser
Personnes référentes	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux: Pôle allocation budgétaire (polebudgetaire@cnsa.fr)

ANNEXE 13

AUTORISATION D'ENGAGEMENT DU PLAN AUTISME 2013-2017
ET DU SCHÉMA HANDICAP RARE

La présente annexe récapitule les montants d'autorisation d'engagement qui vous délégués au titre du 3^e plan autisme 2013-2017 et au titre du schéma national handicap rare 2009-2013

1. Les crédits relatifs au 3^e plan autisme

Les crédits rattachés au 3^e plan autisme vous ont été notifiés en deux temps :

- une première notification le 12 décembre 2013 correspondant à la 1^{re} tranche de l'AE autisme ;
- une seconde notification dans la présente circulaire, qui a fait l'objet d'une pré-information par la CNSA le 20 février 2015, correspondant au solde de l'AE autisme.

Le tableau joint récapitule le montant global de votre autorisation d'engagement notifiée en décembre 2013 et février 2015 ainsi que la décomposition de celle-ci.

En 2015, les crédits de paiement prévus dans le plan autisme vous sont automatiquement délégués indépendamment de votre prévision d'installation. À partir de 2016, les crédits de paiement rattachés à cette autorisation d'engagement donneront lieu à abondement de vos dotations régionales limitatives au fur et à mesure des ouvertures de places telles que vous les saisissez dans l'application SEPPIA. Seuls les crédits relatifs à la création des unités d'enseignement en maternelle vous seront notifiés de manière automatique selon l'échéancier prévu au plan.

2. Les crédits relatifs au schéma national handicap rare

L'annexe 4 de la circulaire DGCS/SD3A/CNSA relative à la mise en œuvre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale du 22 novembre 2013 précisait la répartition indicative des autorisations d'engagement par interrégions pour la mise en œuvre des équipes relais et le développement de l'offre médico-sociale.

Après concertation au niveau de chacune des interrégions, vous avez transmis à la CNSA les éléments de programmation concernant l'utilisation prospective des crédits au niveau de chaque région.

Le tableau joint en annexe vous indique les crédits qui vous sont notifiés en autorisation d'engagement pour la création des places et les crédits dédiés à la mise en place des équipes relais.

Les crédits relatifs à la mise en place des équipes relais vous sont attribués en 2015. Cette répartition tient compte des crédits qui vous ont d'ores et déjà été notifiés en juillet 2014.

S'agissant des crédits pour la création de places dédiées, ils vous seront alloués au fur et à mesure des ouvertures des places sur la base des données saisies dans l'application SEPPIA.

Il vous appartient d'inscrire dans SEPPIA votre programmation régionale (autisme et handicap rare) pour le 30 avril 2015, date limite de la publication de votre PRIAC.

TABLEAUX



Tableau 1 - Détermination de la base initiale au 01/01/2015 sur le champ "Personnes Agées"

PERSONNES ÂGÉES	DRL au 31/12/2014	Permanents syndicaux	Opérations non pérennes de régularisation	DRL retraitée au 31/12/2014	Opérations de fongibilité	Base au 01/01/2015
Formules	1	2	3	4 = Σ (1:3)	5	6 = Σ (4:5)
Alsace	251 389 405 €	0 €	-212 611 €	251 176 794 €	0 €	251 176 794 €
Aquitaine	535 814 745 €	-19 839 €	0 €	535 794 906 €	433 020 €	536 227 926 €
Auvergne	295 250 982 €	0 €	0 €	295 250 982 €	0 €	295 250 982 €
Basse-Normandie	267 571 386 €	0 €	0 €	267 571 386 €	0 €	267 571 386 €
Bourgogne	347 621 903 €	0 €	0 €	347 621 903 €	0 €	347 621 903 €
Bretagne	612 317 133 €	0 €	0 €	612 317 133 €	0 €	612 317 133 €
Centre	462 304 424 €	0 €	0 €	462 304 424 €	-61 295 €	462 243 129 €
Champagne-Ardenne	198 122 434 €	0 €	0 €	198 122 434 €	0 €	198 122 434 €
Corse	35 718 882 €	0 €	0 €	35 718 882 €	0 €	35 718 882 €
Franche-Comté	179 080 181 €	0 €	0 €	179 080 181 €	0 €	179 080 181 €
Guadeloupe	30 963 057 €	0 €	0 €	30 963 057 €	0 €	30 963 057 €
Guyane	9 290 754 €	0 €	0 €	9 290 754 €	-207 638 €	9 083 116 €
Haute-Normandie	264 837 396 €	0 €	0 €	264 837 396 €	0 €	264 837 396 €
Ile-de-France	1 103 788 236 €	-85 895 €	0 €	1 103 702 341 €	0 €	1 103 702 341 €
Languedoc-Roussillon	419 497 055 €	0 €	0 €	419 497 055 €	0 €	419 497 055 €
Limousin	163 054 303 €	0 €	0 €	163 054 303 €	0 €	163 054 303 €
Lorraine	327 585 185 €	0 €	0 €	327 585 185 €	1 859 629 €	329 444 814 €
Martinique	32 736 656 €	0 €	0 €	32 736 656 €	0 €	32 736 656 €
Midi-Pyrénées	512 931 106 €	-67 722 €	0 €	512 863 384 €	0 €	512 863 384 €
Nord Pas-de-Calais	500 136 071 €	0 €	0 €	500 136 071 €	0 €	500 136 071 €
Océan Indien	35 763 859 €	0 €	0 €	35 763 859 €	0 €	35 763 859 €
Pays de la Loire	629 136 709 €	0 €	212 611 €	629 349 320 €	0 €	629 349 320 €
Picardie	269 720 257 €	0 €	0 €	269 720 257 €	0 €	269 720 257 €
Poitou-Charentes	344 597 166 €	0 €	0 €	344 597 166 €	0 €	344 597 166 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	707 010 167 €	0 €	0 €	707 010 167 €	0 €	707 010 167 €
Rhône-Alpes	903 837 241 €	-20 132 €	0 €	903 817 109 €	0 €	903 817 109 €
Total	9 440 076 693 €	-193 588 €	0 €	9 439 883 105 €	2 023 716 €	9 441 906 821 €



Tableau 1bis - Détermination de la base initiale au 01/01/2015 sur le champ "Personnes Handicapées"

PERSONNES HANDICAPÉES Formules	DRL au 31/12/2014 1	CNR Gratification stagiaires 2014 2	CNR permanents syndicaux 2014 3	Opérations non pérennes de régularisation 2014 4	Opérations pérennes de régularisation 2014 5	DRL retraitée au 31/12/2014 6 = Σ (1:5)	Opérations de fongibilité 7	Base initiale au 01/01/2015 8 = Σ (6:7)
Alsace	247 876 950 €	-139 139 €	-53 117 €	0 €	0 €	247 684 694 €	0 €	247 684 694 €
Aquitaine	470 730 908 €	-221 212 €	-15 425 €	0 €	0 €	470 494 271 €	834 210 €	471 328 481 €
Auvergne	190 138 402 €	-103 389 €	0 €	0 €	0 €	190 035 013 €	0 €	190 035 013 €
Basse-Normandie	262 403 347 €	-80 731 €	-54 284 €	0 €	0 €	262 268 332 €	0 €	262 268 332 €
Bourgogne	211 267 397 €	-86 773 €	0 €	0 €	0 €	211 180 624 €	996 000 €	212 176 624 €
Bretagne	418 270 366 €	-227 758 €	-61 359 €	0 €	0 €	417 981 249 €	0 €	417 981 249 €
Centre	380 497 451 €	-178 245 €	0 €	0 €	0 €	380 319 206 €	221 165 €	380 540 371 €
Champagne-Ardenne	219 948 618 €	-72 003 €	0 €	0 €	0 €	219 876 615 €	0 €	219 876 615 €
Corse	37 951 868 €	-4 866 €	0 €	0 €	0 €	37 947 002 €	0 €	37 947 002 €
Franche-Comté	195 258 037 €	-66 632 €	0 €	0 €	0 €	195 191 405 €	0 €	195 191 405 €
Guadeloupe	70 446 928 €	-21 483 €	0 €	0 €	0 €	70 425 445 €	0 €	70 425 445 €
Guyane	33 742 146 €	-24 169 €	0 €	0 €	0 €	33 717 977 €	207 638 €	33 925 615 €
Haute-Normandie	258 531 293 €	-111 781 €	-65 853 €	0 €	0 €	258 353 659 €	327 519 €	258 681 178 €
Ile-de-France	1 541 657 914 €	-1 132 243 €	-160 180 €	0 €	0 €	1 540 365 491 €	0 €	1 540 365 491 €
Languedoc-Roussillon	406 902 852 €	-142 999 €	-30 304 €	0 €	0 €	406 729 549 €	0 €	406 729 549 €
Limousin	145 813 476 €	-59 751 €	0 €	0 €	0 €	145 753 725 €	0 €	145 753 725 €
Lorraine	372 111 455 €	-176 735 €	-33 760 €	0 €	0 €	371 900 960 €	6 740 371 €	378 641 331 €
Martinique	62 264 406 €	-25 008 €	0 €	0 €	0 €	62 239 398 €	0 €	62 239 398 €
Midi-Pyrénées	532 401 371 €	-192 344 €	-146 056 €	0 €	0 €	532 062 971 €	1 946 000 €	534 008 971 €
Nord Pas-de-Calais	629 286 596 €	-441 417 €	-386 263 €	0 €	0 €	628 458 916 €	0 €	628 458 916 €
Océan Indien	137 304 684 €	-76 199 €	0 €	-1 324 282 €	0 €	135 904 203 €	0 €	135 904 203 €
Pays de la Loire	495 153 823 €	-209 799 €	-55 926 €	0 €	0 €	494 888 098 €	3 850 333 €	498 738 431 €
Picardie	300 741 058 €	-99 025 €	0 €	0 €	0 €	300 642 033 €	0 €	300 642 033 €
Poitou-Charentes	236 578 216 €	-69 821 €	-106 428 €	0 €	0 €	236 401 967 €	0 €	236 401 967 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	625 971 804 €	-313 691 €	0 €	0 €	0 €	625 658 113 €	1 139 943 €	626 798 056 €
Rhône-Alpes	783 365 751 €	-422 787 €	-204 985 €	0 €	0 €	782 737 979 €	0 €	782 737 979 €
Total	9 266 617 117 €	-4 700 000 €	-1 373 940 €	-1 324 282 €	0 €	9 259 218 895 €	16 263 179 €	9 275 482 074 €

Actualisé le 10/04/2015

 Direction des Etablissements et Services Médico-Sociaux
Pôle Allocation Budgétaire

Campagne budgétaire 2015



Tableau 2 - Calcul des Dotations Régionales Limitatives 2015 sur le champ "Personnes Agées"

PERSONNES ÂGÉES <i>Formules</i>	DRL 2014 RETRAITÉE	ACTUALISATION	INSTALLATIONS DE PLACES <i>(cf. Tableau 3 pour les modalités de calcul)</i>			MÉDICAMENTS		CNR NATIONAUX			AUTRES OPÉRATIONS	MESURES D'ÉCONOMIE	DRL AU 10/04/2015
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 = 1 + (11)	
	Base initiale au 01/01/2015	Reconduction 0,67% (hors EHPAD GMPs en convergence)	EAP 2015 sur Crédits de Paiement 2014	Crédits de Paiement 2015	CP-MED 2015	CP-MED T anti global 2015	Permanents syndicaux	Étude nationale de coût en EHPAD	Régularisation non reconductible	Régularisation reconductible	Réfaction convergence en EHPAD		
Alsace	251.176.794 €	1.391.966 €	1.505.677 €	0 €	4.487.273 €	447.440 €	0 €	110.385 €	0 €	0 €	-1.032.071 €	258.087.464 €	
Aquitaine	536.227.926 €	3.419.207 €	1.703.816 €	1.74.693 €	7.465.091 €	1.235.249 €	20.319 €	66.231 €	0 €	0 €	-128.366 €	550.173.966 €	
Auvergne	295.250.982 €	1.488.953 €	2.146.931 €	0 €	2.282.454 €	200.000 €	0 €	88.308 €	0 €	0 €	-311.879 €	301.145.749 €	
Basse-Normandie	267.571.386 €	1.687.723 €	0 €	1.458.552 €	5.552.884 €	236.900 €	0 €	22.077 €	0 €	100.000 €	-324.399 €	276.305.123 €	
Bourgogne	347.621.903 €	1.772.896 €	0 €	0 €	3.057.417 €	392.476 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-465.106 €	352.379.586 €	
Bretagne	612.317.133 €	3.321.853 €	0 €	1.619.269 €	6.898.896 €	319.625 €	0 €	66.231 €	0 €	0 €	-649.188 €	623.893.819 €	
Centre	462.243.129 €	2.668.217 €	0 €	0 €	4.717.866 €	273.178 €	0 €	22.077 €	0 €	0 €	-395.711 €	469.528.756 €	
Champagne-Ardenne	198.122.434 €	1.158.578 €	0 €	0 €	3.791.844 €	722.354 €	0 €	154.539 €	0 €	0 €	-307.936 €	203.641.813 €	
Corse	35.718.882 €	191.418 €	0 €	0 €	362.087 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-23.756 €	36.248.631 €	
Franche-Comté	179.080.181 €	892.898 €	0 €	845.194 €	0 €	200.000 €	0 €	44.154 €	0 €	-1.633.427 €	-50.022 €	179.378.978 €	
Guadeloupe	30.963.057 €	176.351 €	0 €	625.743 €	28.919 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-175.209 €	31.618.861 €	
Guyane	9.083.116 €	33.510 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-300.000 €	-122.104 €	8.694.522 €	
Haute-Normandie	264.837.396 €	1.289.442 €	1.025.625 €	0 €	1.647.701 €	200.000 €	0 €	0 €	0 €	500.000 €	-137.694 €	269.362.470 €	
Ile-de-France	1.103.702.341 €	5.676.758 €	0 €	0 €	6.569.677 €	617.094 €	85.895 €	132.462 €	0 €	0 €	-2.364.805 €	1.114.419.422 €	
Langue doc-Roussillon	419.697.055 €	2.297.918 €	0 €	0 €	5.232.538 €	200.000 €	0 €	88.308 €	0 €	0 €	-163.143 €	427.152.676 €	
Limousin	163.054.303 €	963.159 €	0 €	0 €	4.202.632 €	295.753 €	0 €	110.385 €	0 €	0 €	-118.798 €	168.507.834 €	
Lorraine	329.444.814 €	1.840.713 €	0 €	0 €	2.088.334 €	712.846 €	0 €	110.385 €	0 €	0 €	-1.075.728 €	333.117.364 €	
Martinique	32.736.656 €	154.223 €	418.402 €	64.972 €	143.458 €	0 €	0 €	22.077 €	0 €	0 €	-74.219 €	33.465.569 €	
Midi-Pyrénées	512.863.384 €	3.067.303 €	0 €	0 €	6.559.724 €	1.155.984 €	40.084 €	132.462 €	0 €	0 €	-827.933 €	522.991.008 €	
Nord Pas-de-Calais	500.136.071 €	2.782.574 €	2.580.430 €	0 €	5.025.886 €	212.751 €	0 €	110.385 €	0 €	0 €	-612.859 €	510.235.238 €	
Océan Indien	35.763.859 €	104.258 €	0 €	0 €	68.069 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-53.492 €	35.882.694 €	
Pays de la Loire	629.349.320 €	3.373.408 €	792.380 €	0 €	5.665.378 €	200.000 €	0 €	176.616 €	0 €	0 €	-1.318.162 €	638.238.940 €	
Picardie	269.720.257 €	1.690.868 €	0 €	0 €	3.883.797 €	621.384 €	0 €	44.154 €	0 €	-384.000 €	-218.115 €	275.358.345 €	
Poitou-Charentes	344.597.166 €	1.977.327 €	1.863.565 €	861.670 €	3.876.225 €	318.690 €	0 €	44.154 €	0 €	0 €	-139.506 €	363.389.291 €	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	707.010.167 €	4.147.328 €	0 €	0 €	8.917.186 €	1.076.123 €	0 €	66.231 €	0 €	0 €	-825.091 €	720.391.944 €	
Rhône-Alpes	903.817.109 €	4.875.138 €	0 €	3.531.388 €	11.155.108 €	362.153 €	20.132 €	88.308 €	0 €	80.000 €	-1.080.708 €	922.848.578 €	
Total	9.441.906.821 €	52.443.987 €	12.026.826 €	9.181.231 €	103.670.444 €	10.000.000 €	166.430 €	1.699.929 €	0 €	-1.637.427 €	-13.000.000 €	9.616.458.241 €	

Actualisé le 10/04/2015

Direction des Etablissements et Services Médico-Sociaux
Pôle Allocation Budgétaire

Campagne budgétaire 2015

Tableau 2bis - Calcul des Dotations Régionales Limitatives 2015 sur le champ "Personnes Handicapées"



PERSONNES HANDICAPÉES	DRL 2014 RETRAITÉE		ACTUALISATION		INSTALLATION DE PLACES (cf. Tableau 3 pour la modalité de calcul)				HANDICAP RARE			PLAN AUTISME					CNR NATIONAUX			AUTRES OPÉRATIONS		DRL AU 10/04/2015
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Formules	Base initiale au 01/01/2015	Reconduction 0,65%	EMR 2015 sur Crédits de Paiement de Paiement 2014	Crédits de Paiement 2015	Régularisation sur crédits ressources	Équipes relais	SESSAD 2015	CAMSP & CNPP	Renforcement ESMS	Unités d'enseignement	Gratifications des stagiaires	Permanents syndicaux	Régularisation non reconductible	Régularisation reconductible	15 = 3 (1+10)							
Alsace	247 684 694 €	1 393 226 €	0 €	4 224 651 €	0 €	0 €	89 343 €	177 070 €	177 145 €	280 000 €	140 640 €	53 276 €	0 €	0 €	254 160 045 €							
Aquitaine	471 328 481 €	2 651 223 €	0 €	440 190 €	0 €	140 000 €	92 178 €	120 785 €	182 767 €	373 334 €	305 471 €	15 386 €	0 €	0 €	475 649 815 €							
Auvergne	190 035 033 €	1 068 947 €	0 €	1 529 875 €	0 €	0 €	38 566 €	50 535 €	76 467 €	280 000 €	81 686 €	0 €	70 000 €	0 €	193 231 089 €							
Basse-Normandie	262 268 332 €	1 475 259 €	672 557 €	700 719 €	0 €	0 €	37 891 €	49 650 €	75 128 €	280 000 €	111 665 €	1 745 €	0 €	0 €	265 672 946 €							
Bourgogne	212 176 624 €	1 193 494 €	456 882 €	1 036 991 €	0 €	0 €	56 408 €	73 914 €	111 843 €	280 000 €	55 365 €	0 €	0 €	0 €	215 441 521 €							
Bretagne	417 981 249 €	2 351 145 €	1 657 064 €	2 806 792 €	0 €	75 000 €	153 294 €	200 868 €	303 945 €	280 000 €	204 777 €	61 587 €	0 €	0 €	426 075 721 €							
Centre	380 540 371 €	2 140 540 €	298 286 €	3 944 624 €	0 €	75 000 €	80 818 €	105 900 €	160 243 €	373 334 €	97 469 €	0 €	0 €	0 €	387 816 585 €							
Champagne-Ardenne	219 876 615 €	1 236 806 €	0 €	1 614 136 €	0 €	400 000 €	52 002 €	68 140 €	103 107 €	280 000 €	60 593 €	45 455 €	0 €	0 €	223 736 854 €							
Corse	37 947 002 €	215 452 €	0 €	0 €	0 €	0 €	32 801 €	42 718 €	64 640 €	280 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	38 580 413 €							
Franche-Comté	195 191 405 €	1 097 952 €	1 691 139 €	2 105 976 €	0 €	0 €	40 257 €	52 750 €	79 819 €	280 000 €	96 279 €	0 €	0 €	0 €	199 113 577 €							
Guadeloupe	70 425 445 €	396 143 €	0 €	0 €	0 €	0 €	31 485 €	41 256 €	62 427 €	186 667 €	17 824 €	0 €	0 €	0 €	71 161 247 €							
Guyane	33 925 615 €	1 90 832 €	48 621 €	3 382 353 €	0 €	0 €	71 953 €	94 283 €	142 666 €	186 667 €	20 339 €	0 €	0 €	0 €	38 450 923 €							
Haute-Normandie	258 681 178 €	1 455 082 €	396 321 €	7 346 135 €	0 €	400 000 €	99 742 €	130 697 €	197 765 €	280 000 €	86 519 €	0 €	0 €	0 €	269 073 439 €							
Île-de-France	1 540 365 491 €	8 664 556 €	0 €	10 452 069 €	-375 058 €	300 000 €	595 861 €	780 783 €	1 181 448 €	746 667 €	1 103 458 €	215 374 €	0 €	76 000 €	1 564 106 648 €							
Languedoc-Roussillon	406 729 549 €	2 287 854 €	630 499 €	3 574 705 €	0 €	150 000 €	94 986 €	124 465 €	188 335 €	373 334 €	69 110 €	61 004 €	0 €	0 €	414 283 841 €							
Limousin	145 753 725 €	819 865 €	5 215 55 €	803 084 €	0 €	60 000 €	17 035 €	22 322 €	33 776 €	280 000 €	50 282 €	0 €	0 €	0 €	147 892 644 €							
Lorraine	378 641 331 €	2 129 857 €	0 €	938 577 €	12 000 €	-100 000 €	69 428 €	90 374 €	137 658 €	280 000 €	189 253 €	36 913 €	0 €	350 000 €	382 775 991 €							
Martinique	62 239 388 €	350 097 €	0 €	0 €	0 €	0 €	13 759 €	18 029 €	27 281 €	186 667 €	5 990 €	0 €	0 €	0 €	62 841 221 €							
Midi-Pyrénées	534 008 971 €	3 003 800 €	1 133 477 €	1 534 702 €	0 €	200 000 €	95 200 €	124 744 €	188 758 €	373 334 €	164 144 €	72 065 €	0 €	0 €	540 899 195 €							
Nord Pas-de-Calais	628 458 916 €	3 535 081 €	1 119 131 154 €	0 €	88 990 €	0 €	130 895 €	171 519 €	259 536 €	280 000 €	512 944 €	403 411 €	0 €	0 €	645 754 447 €							
Océan Indien	135 904 203 €	764 461 €	0 €	6 813 520 €	0 €	200 000 €	130 905 €	250 152 €	378 520 €	186 667 €	64 124 €	0 €	0 €	0 €	144 852 552 €							
Pays de la Loire	498 738 431 €	2 805 404 €	0 €	3 638 042 €	0 €	75 000 €	128 556 €	168 191 €	254 499 €	373 334 €	102 386 €	56 003 €	0 €	0 €	506 939 646 €							
Picardie	300 642 033 €	1 691 111 €	0 €	0 €	0 €	0 €	84 764 €	111 070 €	168 067 €	280 000 €	212 989 €	0 €	50 000 €	0 €	303 240 034 €							
Poitou-Charentes	236 401 967 €	1 329 761 €	773 902 €	2 285 460 €	82 740 €	75 000 €	136 478 €	178 833 €	270 603 €	280 000 €	136 168 €	68 188 €	0 €	0 €	242 019 100 €							
Provence-Alpes-Côte d'Azur	626 798 056 €	3 525 739 €	0 €	3 823 675 €	0 €	150 000 €	189 329 €	248 087 €	375 394 €	560 000 €	431 175 €	0 €	0 €	0 €	636 101 455 €							
Rhône-Alpes	782 737 979 €	4 402 901 €	0 €	4 982 132 €	0 €	400 000 €	276 465 €	362 264 €	548 163 €	560 000 €	379 350 €	183 296 €	0 €	0 €	794 832 550 €							
Total	9 275 482 074 €	52 174 588 €	18 590 051 €	68 078 408 €	-191 328 €	2 600 000 €	2 900 000 €	3 799 899 €	5 750 000 €	8 400 005 €	4 700 000 €	1 279 703 €	120 000 €	426 000 €	9 444 103 500 00 €							

Actualisé le 10/04/2015

Direction des Etablissements et Services Médico-Sociaux
Pôle Allocation Budgétaire

Campagne budgétaire 2015



Tableau 3 - Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2015 sur le champ "Personnes Âgées"

PERSONNES ÂGÉES	HISTORIQUE DROIT DE TIRAGE				HISTORIQUE CREDITS DE PAIEMENT							DÉTERMINATION TRÉSORÈRE 2015					DÉTERMINATION DES CP 2015		DROIT TIRAGE
	Enveloppes Anticipées (EA) & Dispositif Temporaire (DT)	Autorisations d'engagement (AE)	Réserves nationales (solde EA)	EA 2010 SSIAD/AJ/HT	CP sur EA & DT	CP sur AE	CP sur EA 2010 SSIAD/AJ/HT	CP 2014	EAP 2015 CP 2014 (5 mois)	Droit tirage 2015	EAP 2015 CP 2014 (5 mois)	Prévision EAP N+1 y compris Alheimer	Crédits gagés CP	Trésorerie	Prévisions d'installation 2015	Crédits de paiement 2015	Droit tirage au 01/01/2016		
Sources Fermées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = Σ (1-9)	11	12	13	14	15 = Σ (1-14)	16	17	18 = 10-17	
Alsace	8 023 209	588 916	0	1 642 906	-2 082 012	-588 916	-1 399 847	-2 107 947	-1 505 677	2 570 632	1 505 677	-343 923	343 923	2 825 771	4 331 448	3 110 348	0	2 570 632	
Aquitaine	20 062 054	2 472 013	399 200	3 535 152	-8 657 231	-2 472 013	-2 882 001	-2 385 342	-1 703 816	8 368 016	1 703 816	-2 212 420	2 205 554	3 414 691	5 111 641	5 362 560	174 493	8 195 523	
Auvergne	9 973 372	305 864	0	1 213 872	-2 201 307	-305 864	-849 285	-3 005 703	-2 146 931	1 984 088	2 146 931	-658 628	658 628	3 913 313	6 060 244	6 060 244	0	1 984 088	
Basse-Normandie	12 847 302	125 228	0	1 921 138	-11 290 469	-125 228	-1 380 600	0	0	931 272	0	-876 904	535 842	796 937	-341 062	340 860	0	638 826	
Bourgogne	5 323 441	352 218	0	2 306 510	-4 731 240	-352 218	-1 567 439	0	0	608 685	0	-45 659	45 659	735 145	682 745	3 011 232	1 619 269	931 272	
Bretagne	10 901 983	694 230	0	3 237 752	-5 501 200	-694 230	-2 569 850	0	0	957 498	0	-1 939 512	1 889 112	735 145	603 084	3 944 944	0	4 449 416	
Centre	15 523 637	1 978 104	374 000	3 149 960	-15 013 265	-1 978 104	-3 076 834	0	0	1 747 388	0	-1 338 406	1 338 406	4 256 074	4 256 074	5 295 518	0	957 498	
Champagne-Ardenne	10 963 580	603 017	0	1 498 274	-9 521 768	-603 017	-1 192 698	0	0	1 361 913	0	-168 000	168 000	891 651	0	0	0	1 361 913	
Corse	4 792 035	28 000	0	210 500	-3 459 997	-28 000	-180 625	0	0	3 735 826	0	-417 224	413 836	1 204 849	1 201 461	2 416 839	845 194	2 890 632	
France-Comté	8 930 160	679 693	0	2 228 312	-5 391 638	-679 693	-2 031 008	0	0	3 630 919	0	-1 710 363	1 710 373	3 368 367	3 368 377	4 268 187	625 743	3 005 176	
Guadeloupe	5 767 118	0	0	866 036	-2 569 217	0	-433 018	0	0	0	0	0	0	800 000	800 000	0	0	0	
Guyane	463 181	0	0	50 400	-1 545 527	0	-187 203	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Haute-Normandie	10 325 960	1 071 878	0	2 532 774	-6 469 722	-1 071 878	-2 481 353	-1 435 874	-1 025 625	1 446 161	1 025 625	-1 088 328	1 088 328	0	1 025 625	684 459	0	1 446 161	
Ile-de-France	51 954 961	2 723 876	0	13 831 482	-6 170 453	-2 723 876	-10 577 025	0	0	49 038 965	0	-5 755 765	7 909 882	20 304 188	22 458 105	16 977 291	0	49 038 965	
Languedoc-Roussillon	16 742 321	105 271	0	2 805 226	-10 177 120	-105 271	-2 162 334	0	0	7 208 093	0	-2 052 246	2 052 246	3 495 648	3 495 648	2 157 396	0	7 208 093	
Limousin	4 648 304	311 569	0	1 124 238	-2 777 731	-311 569	-1 087 737	0	0	1 907 074	0	-123 551	123 551	1 653 906	1 653 906	880 846	0	1 907 074	
Lorraine	16 517 909	625 353	0	3 827 600	-14 926 623	-625 353	-2 666 236	0	0	2 755 650	0	-843 817	843 817	14 548 084	14 548 084	5 373 599	0	2 755 650	
Martinique	4 596 400	19 132	0	477 430	-3 082 165	-19 132	-2 38 715	-585 762	-418 402	748 786	418 402	-671 094	671 094	850 411	1 268 813	1 362 241	64 972	688 814	
Midi-Pyrénées	13 190 893	1 710 486	0	4 705 046	-12 353 007	-1 710 486	-4 390 550	0	0	1 152 382	0	-1 382 407	1 382 407	7 331 590	7 331 592	1 319 872	0	1 152 382	
Nord-Pas-de-Calais	38 822 015	467 678	0	6 552 704	-22 737 157	-467 678	-5 669 208	-3 612 603	-2 580 430	10 775 322	2 580 430	-3 917 977	3 917 977	5 265 875	7 844 305	5 395 105	0	10 775 322	
Océan Indien	1 059 422	0	0	63 000	-191 959	0	-31 500	0	0	899 323	0	0	0	2 792 621	2 792 621	1 255 960	0	899 323	
Pays de la Loire	17 370 295	484 136	0	3 506 454	-13 577 792	-484 136	-3 121 807	-1 109 333	-792 380	2 271 437	792 380	-1 267 905	1 267 905	2 472 295	3 265 674	2 696 117	0	2 271 437	
Picardie	6 815 516	79 335	0	2 255 134	-231 940	-79 335	-2 121 092	0	0	6 715 618	0	-971 434	834 151	3 003 127	2 665 844	1 958 444	0	6 715 618	
Poitou-Charentes	14 689 322	1 182 030	0	3 840 386	-885 341	-1 182 030	-3 362 559	-2 594 992	-1 853 955	9 833 251	1 853 955	-1 882 512	1 224 866	0	1 196 019	2 435 089	861 670	8 971 581	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22 184 994	543 614	0	3 668 000	-21 184 742	-543 614	-2 799 992	0	0	1 868 260	0	-3 865 784	3 865 784	16 392 209	16 392 209	5 689 262	0	18 260 260	
Rhône-Alpes	19 812 323	1 118 360	0	5 734 420	-2 584 666	-1 118 360	-5 190 502	0	0	17 771 575	0	-3 836 432	3 832 403	1 607 208	1 623 179	6 701 197	3 531 338	14 240 237	
Total	351 301 715	38 270 000	773 200	76 784 705	-189 314 929	-18 270 000	-64 056 997	-36 837 556	-32 026 826	147 842 462	32 026 826	-39 163 751	40 137 105	107 953 044	120 953 224	89 550 295	9 181 231	138 661 231	

Actualisé le 10/04/2015

Direction des Etablissements et Services Médico-Sociaux
Pôle Allocation Budgétaire

Campagne budgétaire 2015



Tableau 3 - Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2015 sur le champ "Personnes Handicapées"

PERSONNES HANDICAPÉES	HISTORIQUE DROIT DE TIRAGE					HISTORIQUE CREDITS DE PAIEMENT								DÉTERMINATION DE LA TRÉSORERIE 2015					DÉTERMINATION DES CP 2015		DROIT TIRAGE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Enveloppes Anticipées (EA) & Dégrèvement Temporaire (DT)	Autorisations d'engagement (AE)	Reserve Anticipée 2011 et 2012 restant à déléguer	Handicap hors équipements (reus)	CP sur EA & DT	CP sur AE 2011 et 2012	CP 2014 (7 mois)	EAP 2015 CP 2014 (5 mois)	Handicap hors équipements (reus) 2013-2014	Droit tirage 2015	EAP 2015 CP 2014 (5 mois)	Prévision EAP 2015	Crédits gagés EAP N+1	Cédants gagés CP	Trésorerie	Prévisions d'installation	CP 2015	Droit tirage au 01/01/2016				
Notif/2014 TAB.3	Notif/AE	Notif/individuelles	Notif/AE HR	Notif/2014 TAB.3	Notif/2013-2014	Notif/2014 TAB.3	Notif/2014 TAB.3	Notif/2013-2014	10 = 3 (11-9)	Notif/2014 TAB.3	HAP/2014	ET/2014	ET/2014	15 = 3 (11+10)	SEP/A						
Alsace	15 003 836 €	8 426 815 €	0 €	624 333 €	-3 583 209 €	0 €	0 €	0 €	6 405 747 €	0 €	-4 504 714 €	1 456 346 €	0 €	-3 048 368 €	3 026 624 €	4 224 651 €	2 181 096 €				
Aquitaine	22 045 356 €	11 891 592 €	0 €	1 657 000 €	-5 056 485 €	0 €	0 €	0 €	10 719 252 €	0 €	-1 917 461 €	905 320 €	4 526 618 €	3 514 477 €	4 147 465 €	440 190 €	10 279 062 €				
Auvergne	4 256 147 €	4 331 431 €	907 190 €	465 574 €	-1 841 790 €	0 €	0 €	0 €	3 862 405 €	0 €	-599 820 €	413 153 €	77 360 €	-109 307 €	2 090 633 €	1 529 875 €	2 332 530 €				
Basse-Normandie	6 669 387 €	3 606 598 €	1 450 000 €	530 834 €	-5 049 794 €	-941 581 €	-672 557 €	0 €	4 059 307 €	672 557 €	-610 681 €	610 680 €	1 577 267 €	2 249 823 €	3 277 448 €	700 719 €	3 358 588 €				
Bourgogne	9 523 167 €	6 260 367 €	0 €	582 534 €	-7 761 073 €	-639 635 €	-456 882 €	0 €	4 816 494 €	456 882 €	-905 474 €	905 474 €	1 137 960 €	1 594 843 €	3 086 022 €	1 036 991 €	3 779 503 €				
Bretagne	15 949 643 €	13 184 344 €	570 000 €	1 544 935 €	-10 831 464 €	-2 319 890 €	-1 657 064 €	0 €	10 834 312 €	1 657 064 €	-2 175 160 €	1 988 493 €	4 966 976 €	6 497 378 €	10 473 503 €	2 806 792 €	8 027 520 €				
Centre	13 744 990 €	7 978 722 €	720 000 €	547 862 €	-3 392 673 €	-417 601 €	-298 286 €	0 €	6 807 401 €	298 286 €	-1 055 262 €	115 022 €	235 599 €	-406 355 €	5 265 962 €	3 944 624 €	2 862 777 €				
Champagne-Ardenne	7 271 379 €	5 973 695 €	0 €	448 894 €	-7 271 379 €	0 €	0 €	0 €	3 882 483 €	0 €	-964 549 €	777 882 €	1 457 802 €	1 271 135 €	3 592 242 €	1 614 136 €	2 268 347 €				
Corse	3 116 643 €	2 239 729 €	0 €	80 000 €	-2 208 650 €	0 €	0 €	0 €	2 275 355 €	0 €	-186 667 €	0 €	1 847 206 €	1 660 539 €	743 764 €	0 €	2 275 355 €				
Franche-Comté	6 435 347 €	3 175 483 €	0 €	1 281 710 €	-4 646 893 €	-2 36 794 €	-1 69 139 €	-885 000 €	3 604 451 €	1 69 139 €	-808 582 €	621 916 €	442 439 €	424 912 €	3 453 278 €	2 105 976 €	1 498 475 €				
Guadeloupe	4 537 110 €	2 700 000 €	0 €	0 €	-4 537 110 €	0 €	0 €	0 €	1 558 468 €	0 €	-884 877 €	884 877 €	4 746 890 €	4 746 890 €	0 €	0 €	1 558 468 €				
Guyane	9 469 977 €	6 500 000 €	0 €	0 €	-2 748 132 €	-610 700 €	-436 215 €	0 €	4 900 588 €	46 215 €	-2 139 802 €	3 705 345 €	427 917 €	-2 336 571 €	8 227 074 €	7 346 135 €	3 385 468 €				
Haute-Normandie	17 626 889 €	16 233 203 €	0 €	661 668 €	-16 091 318 €	-554 850 €	-396 321 €	0 €	10 731 603 €	396 321 €	-6 866 154 €	3 705 345 €	427 917 €	-2 336 571 €	8 227 074 €	7 346 135 €	3 385 468 €				
Ile-de-France	129 382 824 €	67 785 633 €	3 800 000 €	5 225 112 €	-114 508 749 €	-28 823 476 €	0 €	-790 000 €	62 071 344 €	0 €	-11 372 571 €	11 372 571 €	27 308 546 €	27 308 546 €	42 338 484 €	10 452 069 €	51 619 275 €				
Languedoc-Roussillon	16 997 399 €	9 316 809 €	0 €	1 140 358 €	-15 484 202 €	-3 961 648 €	-630 499 €	0 €	6 495 519 €	630 499 €	-2 073 871 €	2 055 322 €	583 698 €	1 195 648 €	6 336 027 €	3 574 705 €	2 920 814 €				
Limousin	2 762 075 €	1 548 320 €	686 500 €	305 921 €	-2 635 942 €	-73 578 €	-52 555 €	0 €	1 882 372 €	52 555 €	-79 129 €	79 129 €	325 211 €	377 766 €	1 532 590 €	803 084 €	1 079 288 €				
Lorraine	19 152 045 €	6 893 853 €	3 000 000 €	982 271 €	-19 152 045 €	-2 931 370 €	0 €	-190 000 €	7 754 753 €	0 €	-4 325 487 €	5 019 993 €	1 254 101 €	1 948 607 €	3 298 268 €	938 577 €	6 816 176 €				
Martinique	932 877 €	6 000 000 €	0 €	0 €	-1 466 852 €	-2 790 411 €	0 €	0 €	3 275 614 €	0 €	-638 787 €	452 174 €	2 779 273 €	2 592 660 €	638 841 €	0 €	3 275 614 €				
Midi-Pyrénées	13 158 435 €	7 585 696 €	277 720 €	781 987 €	-9 580 958 €	-1 586 867 €	-1 133 477 €	-781 087 €	5 494 997 €	1 133 477 €	-1 480 987 €	1 304 319 €	3 334 800 €	4 281 609 €	6 488 490 €	1 534 702 €	3 960 295 €				
Nord-Pas-de-Calais	45 643 799 €	19 659 021 €	586 187 €	1 453 996 €	-16 802 561 €	-8 359 313 €	-16 678 415 €	0 €	13 589 560 €	11 913 154 €	-9 454 244 €	9 389 834 €	3 353 094 €	15 201 838 €	15 201 838 €	0 €	13 589 560 €				
Océan Indien	10 332 341 €	11 500 000 €	1 000 000 €	449 585 €	-10 332 341 €	-4 862 080 €	0 €	0 €	8 087 595 €	0 €	-2 108 662 €	1 886 651 €	53 242 €	-1 688 769 €	6 744 752 €	6 913 520 €	1 173 985 €				
Pays de la Loire	18 504 868 €	11 307 804 €	812 000 €	1 208 023 €	-18 313 539 €	-4 870 224 €	0 €	-380 000 €	8 246 533 €	0 €	-4 072 798 €	4 026 965 €	990 794 €	944 961 €	6 176 418 €	3 638 042 €	4 628 491 €				
Picardie	13 336 453 €	7 193 755 €	0 €	4 490 000 €	-13 074 556 €	-3 058 893 €	0 €	0 €	8 886 759 €	0 €	-796 387 €	796 386 €	6 909 945 €	6 909 944 €	3 047 358 €	0 €	8 886 759 €				
Poitou-Charentes	14 505 048 €	7 938 699 €	0 €	1 263 203 €	-12 647 882 €	-3 313 681 €	-1 083 464 €	-128 000 €	5 760 221 €	773 902 €	-1 573 790 €	1 352 787 €	86 282 €	639 181 €	3 925 643 €	2 285 460 €	3 474 761 €				
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25 273 855 €	19 735 280 €	3 520 000 €	1 800 000 €	-25 273 855 €	-8 391 739 €	0 €	0 €	16 668 541 €	0 €	-8 006 144 €	8 126 400 €	6 934 941 €	7 055 197 €	12 553 591 €	3 823 675 €	12 839 866 €				
Rhône-Alpes	41 979 915 €	26 331 150 €	2 915 000 €	2 195 756 €	-41 979 915 €	-11 197 253 €	0 €	0 €	20 246 653 €	0 €	-2 348 224 €	1 877 004 €	5 791 272 €	5 320 052 €	12 484 292 €	4 982 132 €	15 264 521 €				
Total	487 611 805 €	295 500 000 €	20 244 597 €	29 691 584 €	-417 145 639 €	-125 600 000 €	-3 8 590 051 €	-3 154 987 €	242 933 236 €	18 590 051 €	-71 560 284 €	60 124 043 €	81 149 233 €	87 903 044 €	171 290 798 €	68 078 408 €	174 854 828 €				

Actualisé le 10/04/2015

Direction des Etablissements et Services Médico-Sociaux
Pôle Allocation Budgétaire

Campagne budgétaire 2015

Tableau 4

ENQUÊTE TARIFAIRE AU Date		Nom région
	Personnes Agées	Personnes Handicapées
1	Emploi prévisionnel de la DRL	
2	Taux d'exécution prévisionnel de la DRL	
3	Niveau de disponibilité budgétaire	
4	Affectation du niveau de disponibilité budgétaire	0 €
5	Crédits affectés aux EAP N+1	
6	Solde des crédits de paiement issus du droit de tirage (y compris Handicap Rare)	
7	Solde des crédits des plans nationaux spécifiques (Alzheimer-PNMD / Plan Autisme)	
8	Crédits mis en réserve (fermeture temporaire)	
9	Crédits affectés à la contractualisation (médicalisation - CPOM)	
10	Autres (actualisation réservée, fongibilité...)	
11	RELIQUAT (3-4)	0 €
12	Prévisions de consommation N+1	
13	Prévisions d'installation en N+1 des places issues du droit de tirage (y compris Handicap Rare)	
14	Prévisions d'installation en N+1 des plans nationaux spécifiques (Alzheimer-PNMD / Plan Autisme)	
15	Effets financiers des conventions tripartites à renouveler en N+1	
Commentaires		
	Personnes Agées	Personnes Handicapées

Actualisé le 03/03/2015

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DESMS_Pôle Budgétaire

Tableau 5

Identification des recettes et dépenses liées au fonctionnement de l'UE
au 30/06 et au 31/12/2015

IDENTIFICATION DE L'UNITÉ D'ENSEIGNEMENT ET DE LA STRUCTURE DE RATTACHEMENT	
Nom de l'organisme gestionnaire	
Catégorie de structure médico-sociale (SESSAD ou IME)	
Région	
N° de département	
Commune	
Nom de l'établissement scolaire	
Académie	
Date d'ouverture de l'unité d'enseignement (<i>cf.</i> arrêté d'extension)	
Nombre d'élèves scolarisés au 30/06/2015	
Nombre d'élèves scolarisés au 31/12/2015	