

## SOLIDARITÉS

### ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*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 soins

Bureau des établissements de santé  
et médico-sociaux

Caisse nationale de solidarité  
pour l'autonomie

*Direction des établissements  
et services médico-sociaux*

**Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées**

NOR : AFSA1610566C

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 1<sup>er</sup> avril 2016. – Visa CNP 2016-57.

*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 2016 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 – SEPIIA – HAPI – loi de financement de la 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 – système d'information – valeur de points plafond.

*Références* :

Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L.314-3 et L.314-3-1 ;  
Article 10-III de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 ;

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016;  
Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement;  
Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie;  
Décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes;  
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;  
Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement;  
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;  
Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique et à la procédure d'orientation et de prise en charge des personnes accueillies dans des ESMS situés sur le territoire wallon;  
Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap.

*Annexes:*

- Annexe 1. – Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS.
- Annexe 2. – Modalités de détermination des crédits de places nouvelles pour 2016.
- Annexe 3. – Notice technique relative à l'emploi des crédits de médicalisation et à la validation des coupes PATHOS.
- Annexe 4. – Les systèmes d'information de l'allocation de ressources. – Bonnes pratiques d'utilisation de l'outil HAPI.
- Annexe 5. – La gestion des trésoreries d'enveloppe et crédits non reconductibles.
- Annexe 6. – Poursuivre le développement des emplois d'avenir et développer l'accueil de volontaires au service civique au sein des établissements et services qui accueillent des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Annexe 7. – Résultats du questionnaire qualitatif et budgétaire 2015 relatif aux premiers mois de fonctionnement des 30 UEM créées en 2014-2015 et questionnaire qualitatif relatif au fonctionnement 2015 en année pleine.
- Annexe 8. – Une réponse accompagnée pour tous.
- Annexe 9. – Plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique.
- Annexe 10. – Enquêtes 2016.
- Annexe 11. – Réforme de la tarification des ESMS PH.
- Annexe 12. – Réforme de la tarification des EHPAD.
- Annexe 13. – Stratégie pour la rénovation du secteur de la réadaptation professionnelle.

*Tableaux:*

- Tableaux 1 et 1 bis. – Détermination de la base initiale au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (PA et PH).
- Tableaux 2 et 2 bis. – Calcul des dotations régionales limitatives 2016 (PA et PH).
- Tableaux 3 et 3 bis. – Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2016 (PA et PH).
- Tableau 4. – Identification des recettes et dépenses liées au fonctionnement de l'UEM au 31 décembre 2015.

*La ministre des affaires sociales et de la santé, la secrétaire d'État chargée 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 2016 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 2016.

La campagne budgétaire 2016 repose sur un taux de progression de l'OGD de 2.14 %, qui intègre en construction une évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 1,9 % (au sein d'un ONDAM global qui progresse à hauteur de 1,75%) et un apport sur réserves de 160 M€. Ces taux de progression s'entendent par rapport à une base 2015 qui, par rapport au montant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, a été réduite de 85 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

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 111 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, l'année 2016 est marquée par la poursuite du plan pluriannuel handicap et du plan autisme, du schéma handicaps rares ainsi que par la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique, et de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ». Par ailleurs, la stratégie d'évolution du secteur de la réadaptation professionnelle est au cœur des priorités 2016 compte tenu de la priorité que constitue l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées venant ainsi compléter les premières orientations données en ce sens notamment dans le cadre de la circulaire relative aux ESAT en 2015.

Les articles 74 et 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 introduisent des évolutions majeures pour le secteur dont il vous appartient d'anticiper la mise en œuvre dès cette année. Vous trouverez, ainsi, en annexe 11 des éléments d'information relatifs à l'intégration des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) dans l'OGD à partir de 2017, ainsi qu'à la généralisation en 6 ans des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur PH.

Dans le secteur personnes âgées, l'année 2016 sera marquée par la mise en œuvre de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, avec notamment la publication de ses textes d'application. Certaines mesures prendront effet dès 2016. Il s'agit notamment de la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie dont vous avez la vice-présidence, de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie et du droit au répit des proches aidants, de la refondation de l'aide à domicile et des expérimentations des SPASAD intégrés. La réforme de la tarification des EHPAD prévue par l'article 58 de la loi ASV prendra effet quant à elle à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 avec une montée en charge progressive sur sept ans. Dans cette perspective, la campagne budgétaire 2016 constitue une année charnière au niveau de l'allocation des crédits de médicalisation qu'il conviendra de gérer judicieusement. La loi ASV intègre également dans son rapport annexé la mise en place ou la poursuite de différents plans nationaux tel que le plan maladies neuro-dégénératives qui bénéficie de crédits nouveaux.

Nous appelons également votre attention sur le fait qu'aucune délégation complémentaire de crédits ne devra être attendue au-delà de la présente circulaire pour l'exercice 2016, à l'exception des crédits du fonds d'amorçage du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique qui seront délégués en deux vagues.

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. Secteur « Personnes handicapées »

#### 1.1.1. Plan handicap, 2<sup>e</sup> tranche du plan autisme

Pour 2016, les mesures nouvelles s'élèvent à 75,2 M€, et sont consacrées à la mise en œuvre du programme pluriannuel des créations de places pour les personnes handicapées (PPCPPH) 2008-2016 et à la deuxième tranche du 3<sup>e</sup> plan autisme 2013-2017.

Concernant plus particulièrement le plan autisme, nous vous invitons à renforcer la dynamique d'installation de places en procédant notamment par voie d'extension non importante à chaque fois que cela est adapté ou au lancement des appels à projets (AAP) qui permettront le développement de l'offre en respectant le calendrier du Plan. Il est essentiel d'améliorer le taux d'installation effective des places programmées. Des actions sont en outre à poursuivre dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 :

- La poursuite de la création d'unités d'enseignement en maternelle : 110 unités sont programmées sur l'année scolaire 2016-2017. Le cahier des charges initialement rédigé pour créer les premières UEM a été modifié et complété de sorte à intégrer les retours d'expérience issus des deux premières rentrées (septembre 2014 et 2015). Il sera prochainement publié par instruction. Par ailleurs, vous trouverez en annexe de la présente circulaire une synthèse des éléments que vous nous avez transmis sur la création des 30 premières UEM, ainsi qu'un rappel des modalités de l'enquête (annexe 7 et tableau 4) à mener en 2016 auprès des gestionnaires, comme annoncé en 2015, pour une seconde remontée d'information concernant l'année 2015 en son entier (soit la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2015), avec une transmission attendue au 15 juin 2016.
- L'évolution de la qualité de l'offre est également une action centrale du troisième plan autisme. Vous vous appuyerez sur l'outil de diagnostic contenu dans l'instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme, pour identifier les établissements et services auxquels vous attribuerez les crédits dits de renforcement de l'offre.
- Vous attacherez une attention toute particulière à ce que les ESMS, notamment ceux qui se verront attribuer des crédits de renforcement, respectent les orientations du Plan Autisme et les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM. Il vous est demandé par ailleurs d'accorder une attention toute particulière aux établissements accueillant des adultes autistes (MAS, FAM) qui, sur la base de l'outil de diagnostic prévu par l'instruction du 18 décembre 2015, auraient besoin d'être soutenus dans leur processus d'amélioration de la qualité de l'accompagnement lorsque les équipes médico-sociales font face à la gestion de troubles sévères du comportement.
- Pour faire évoluer l'offre rapidement les extensions non importantes sont recommandées.
- Les crédits dédiés à l'amélioration de la qualité des CAMSP sont inégalement utilisés. Lorsqu'aucune dépense concernant les CAMSP n'est programmée à court terme, il est recommandé de redéployer les crédits sur d'autres formules d'intervention précoce ; SESSAD, ou pôles de prestations externalisées.

#### 1.1.2. Le renforcement des solutions d'accompagnement pour les personnes se trouvant dans une situation complexe de handicap

##### 1.1.2.1. Mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous »

Dans le cadre du déploiement progressif de la feuille de route « Une réponse accompagnée pour tous » (mesure prioritaire de la CNH), qui vise à mettre en œuvre les préconisations du rapport « zéro sans solution », un cahier des charges relatif à des « pôles de compétences et de prestations externalisées » est diffusé à l'appui de l'instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap. Les principes de ce nouveau dispositif sont exposés dans l'annexe 1 de cette instruction. Le fonds d'amorçage de 15 millions d'euros, destiné à mettre un terme aux départs non souhaités de personnes handicapées françaises vers la Belgique, pourra être mobilisé pour partie, en vue du financement de ce type de dispositif.

Par ailleurs, dans la continuité des priorités identifiées pour 2015, vous êtes invités à poursuivre les actions d'ores et déjà engagées en cas de surcoût éventuel généré par l'accueil des personnes dans une situation complexe de handicap, à savoir :

- 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);

- utiliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour garantir plus durablement l'accompagnement de ces situations complexes (cf. paragraphe 1.1.3);
- 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

#### 1.1.2.2. La mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique: fonds d'amorçage de 15 M€

Afin de mettre un terme aux départs non souhaités de personnes handicapées françaises vers la Belgique, un fonds d'amorçage de 15 M€ a été prévu pour financer trois types de solutions de proximité sur le territoire national:

- des interventions directes de professionnels spécialisés au domicile, dont les modalités non exhaustives vous seront précisées ultérieurement par circulaire;
- des renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux en proximité du domicile des personnes accompagnées ou de leur famille;
- des créations de places adaptées dans des établissements et services médico-sociaux.

L'instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique décrit le processus permettant de limiter les départs non souhaités par les usagers et les familles vers les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) wallons, ainsi que les conditions d'utilisation du fonds d'amorçage.

Ces crédits sont délégués aux régions en deux tranches sur 2016, en fonction du déploiement de la démarche décrite par l'instruction du 22 janvier 2016. L'annexe 9 précise la répartition retenue pour la première tranche de 10 M€. La mission de suivi confiée à l'IGAS permettra de définir la répartition entre régions de la seconde tranche, à partir de l'analyse des indicateurs de suivi présentés à l'annexe 9.

#### 1.1.3. Préparation à la généralisation des CPOM PH

L'article L. 313-12-2 issu de la LFSS 2016 prévoit l'obligation de signature d'un CPOM à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour une partie des établissements et services pour personnes handicapées de compétence tarifaire propre des ARS ou conjointe avec les conseils départementaux (2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF), soit l'ensemble des IME, les ITEP, les SESSAD, les CMPP, les ESAT, les CRP, les CPO, les SSIAD PH, les MAS, les FAM et les SAMSAH. Sont également visés les services pour personnes âgées prévus au 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF, de la compétence exclusive des ARS ou conjointe avec les conseils départementaux, soit les SSIAD PA et les SPASAD. Les UEROS, les centres de ressources et les CAMSP sont exclus du périmètre d'application de cette mesure, cependant les organismes gestionnaires ont la possibilité de signer des CPOM dans le cadre général mis en place par l'article L. 313-11 du CASF ou d'intégrer ces ESMS au périmètre d'un CPOM pluri-établissements, sous réserve pour les CAMSP, de l'accord du Président du conseil départemental concerné. Les établissements sous compétence tarifaire exclusive des conseils départementaux sont exclus du périmètre d'application de cette mesure, cependant il leur est loisible de signer des CPOM dans le cadre général mis en place par l'article L. 313-11 du CASF.

Les directeurs généraux d'ARS devront publier par arrêté (le cas échéant avec les Présidents des conseils départementaux concernés) la liste régionale des établissements et services devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ainsi que la date prévisionnelle de signature sur six années à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Cette programmation sera remise à jour tous les ans. La LFSS prévoit également que le CPOM définisse des objectifs en matière d'activité et de qualité de la prise en charge. Pour ces ESMS, la conclusion de ce CPOM entraînera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 un passage en dotation globale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, et la substitution d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) aux documents budgétaires antérieurs.

Ces mesures nécessitent des dispositions réglementaires dont la publication est prévue en septembre 2016. La préparation de ces dispositions réglementaires dont certaines sont communes avec la réforme tarifaire des EHPAD en cours, se fera dans le cadre de groupes de travail associant notamment des ARS. A la suite de la publication de ces dispositions, une instruction dédiée vous

sera communiquée. Dans l'attente de cette instruction, il vous est demandé de travailler dès 2016 à l'élaboration d'un état des lieux de la contractualisation dans le champ PH sur votre territoire, de manière à dégager les priorités qui guideront votre programmation dans la signature des CPOM.

Dans le cadre des CPOM, il vous est demandé de porter une attention particulière au financement des correspondants de parcours prévus à l'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (en cas de Plan d'accompagnement global, le correspondant de parcours est une interface entre la personne et la MDPH), et aux actions d'éducation à la sexualité. Par ailleurs, il vous est également demandé de porter toute l'attention nécessaire à la qualité des réponses proposées aux personnes en situation de polyhandicap au sein des ESMS. Vous mobiliserez donc tous les leviers à votre disposition dans le cadre des CPOM pour améliorer, chaque fois que nécessaire, les conditions d'accueil et d'accompagnement de ces personnes.

Enfin, la signature des CPOM avec des gestionnaires d'établissements et services accueillant les personnes avec des troubles du spectre de l'autisme est strictement subordonnée au respect d'engagements de lutte contre la maltraitance, et donc à l'absence totale de pratique du « packing » au sein des établissements et services médico-sociaux couverts par le CPOM. Le comité des droits de l'enfant de l'ONU rappelle en effet, dans ses observations finales à la suite de la cinquième audition de la France en février 2016 (observation 40), sa « préoccupation concernant la technique du « packing » (consistant à l'enveloppement d'un enfant avec des linges humides et froids) qui constitue une maltraitance (...) ». Aussi, cette pratique doit être considérée comme une mise en danger de la santé, de la sécurité et du bien-être moral et physique des personnes accompagnées par ces établissements et doit donc faire l'objet des mesures appropriées et prévues dans le code de l'action sociale et des familles (articles L. 331-5 et suivants).

#### 1.1.4. La mise en œuvre du plan d'actions rénovant le secteur de la réadaptation professionnelle

Dans la continuité de la feuille de route du CIH de mars 2013 prévoyant de « renforcer l'offre de formation spécialisée pour les personnes en situation de handicap », le Président de la République lors de la Conférence nationale du handicap de décembre 2014 a fait de la formation des personnes handicapées une priorité pour faciliter leur insertion professionnelle. Dès janvier 2015, la DGCS a engagé des travaux en co-pilotage avec la DGEFP visant à élaborer une stratégie d'évolution de la réadaptation professionnelle pour les personnes handicapées. Ces travaux ont été entrepris dans le contexte particulier de la décentralisation aux régions de la compétence en matière de formation professionnelle des personnes handicapées et de rémunération des stagiaires en établissement médico-social. L'annexe 13 présente le contenu du plan d'actions pour la rénovation du secteur de la réadaptation professionnelle qui prévoit en particulier :

- d'améliorer l'articulation des compétences des ARS en matière de programmation de l'offre de réadaptation professionnelle d'une part, et des compétences des conseils régionaux en matière de rémunération des stagiaires : vous êtes en particulier, invités à contractualiser avec le conseil régional et les fédérations gestionnaires de la formation professionnelle (incluant le secteur de la réadaptation professionnelle et les organismes de formation de droit commun) afin d'élaborer un diagnostic territorial partagé et de définir une stratégie coordonnée au niveau régional ;
- de développer des partenariats avec les organismes de formation de droit commun, ainsi qu'avec les ESMS (ITEP, SESSAD, IMPRO, ESAT) : à cet égard, la conclusion de CPOM multipartites doit permettre de contractualiser sur la mise en œuvre de ces priorités.

### 1.2. Secteur « Personnes âgées »

#### 1.2.1. Poursuite du plan maladies neuro-dégénératives

Pour 2016, les mesures nouvelles consacrées à la poursuite de la mise en œuvre du plan solidarité grand âge, et du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) s'élèvent à 17,2 M€ (dont 6,1 M€ au titre du PMND pour 2015).

Concernant le PMND, votre droit de tirage national est augmenté cette année d'une nouvelle autorisation d'engagement, pour un total national de 8,11 M€, venant s'ajouter à l'AE (6,1 M€) notifiée en 2015 (total de 14,16 M€). Les crédits de paiement qui vous sont délégués tiennent compte de la trésorerie disponible et des besoins d'installation exprimés *via* l'outil SEPPIA au 31/12/2015.

Ces crédits seront complétés par un montant de 14 M€ hors OGD alloués au financement de 50 nouveaux dispositifs MAIA dans le cadre de la circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016 (en cours de publication), qui seront déployés en 2016 afin d'achever la couverture territoriale.

Par ailleurs, conformément à l'engagement pris dans la mesure 25 du plan, qui vise à lever les freins financiers à la prise en charge des personnes en établissement, les EHPAD sont autorisés à facturer aux caisses d'assurance maladie, sur l'objectif « soins de ville », les apomorphines (APOKINON®) ainsi que les lévodopa et carbidopa (DUODOPA®), leurs génériques et les prestations associées à ces produits exclusivement. Les caisses d'assurance-maladie seront informées de l'ouverture de cette dérogation par la CNAMTS. Vous veillerez donc à transmettre cette information aux établissements et à leurs gestionnaires et à vous assurer que la dotation soins des EHPAD n'est plus mobilisée afin de couvrir le coût de ces traitements.

### 1.2.2. Médicalisation des EHPAD et préparation du passage au forfait

En 2016, une enveloppe de 100 M€ de crédits vous est notifiée pour accompagner la médicalisation des EHPAD. A cette dotation, s'ajoutent vos éventuels reliquats de crédits gagés dans vos bases, estimés à près de 34,8 M€ au niveau national, qu'il vous appartient de solder en 2016.

Aux termes de l'article 58 de la loi portant adaptation de la société au vieillissement, une tarification forfaitaire se substituera à partir de 2023 au mode d'allocation de ressources actuel. Ainsi, les EHPAD percevront un forfait global de soins intégrant une composante calculée de manière automatique sur le fondement du niveau de perte d'autonomie et de besoins en soins requis des résidents (GMPS) ainsi que des financements complémentaires. Une phase de montée en charge allant de 2017 à 2022 permettra d'amener progressivement et automatiquement l'ensemble des structures vers la cible de financement, calculée sur la base du GMPS. Dans la perspective du déploiement de la loi, la campagne budgétaire 2016 constitue donc une année charnière au niveau de l'allocation des crédits de médicalisation aux EHPAD, qui obéira à partir de 2017 aux modalités d'allocation prévues par la loi.

En conséquence, vous veillerez, dans un premier temps, à solder avant le 31 décembre 2016 le maximum de vos engagements antérieurs pris dans le cadre de la médicalisation des EHPAD, y compris produisant des effets au-delà de 2016. Pour ce faire, vous utiliserez l'ensemble des crédits de médicalisation disponibles au titre de 2016 et des années antérieures.

S'il vous est loisible de signer des conventions tripartites en 2016 avant l'entrée en vigueur de l'article 58 de la loi ASV, il conviendra :

- d'une part de ne prendre aucun nouvel engagement financier portant sur la période postérieure au 31 décembre 2016 ;
- d'autre part de porter une attention particulière aux 405 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.

Dans la limite des enveloppes disponibles, vous ne manquerez pas de prendre en compte 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.

Afin de disposer de l'ensemble des données nécessaires au calcul des forfaits 2017, nous vous rappelons que les données suivantes relatives aux établissements concernés doivent être renseignées dans le logiciel HAPI : PMP, GMP, capacités, option tarifaire. Il vous revient de veiller à un renseignement exhaustif et actualisé de ces informations. Les données seront extraites le 1<sup>er</sup> juillet 2016 par la CNSA.

### 1.2.3. La poursuite du 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 2016 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 antérieurement un changement d'option tarifaire, 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.

Les modalités de répartition et de suivi des crédits vous sont précisées en annexe 3.

#### 1.2.4. Développement des SPASAD dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 49 de la loi ASV

Un arrêté pris en application de l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, fixant le cahier des charges que devront respecter les candidats à l'expérimentation de SPASAD « intégrés » a été publié au journal officiel le 30 décembre 2015. Cette expérimentation vise à promouvoir une meilleure coordination des personnels de l'aide et du soin au bénéfice d'une prise en charge globale et de qualité des besoins des personnes accompagnées. Elle permettra aux SPASAD de jouer un rôle important dans le maintien à domicile des personnes fragiles, notamment grâce à leur rôle de repérage et de prévention de la perte d'autonomie. Dans cette optique, les actions de prévention proposées par les SPASAD « intégrés » seront inscrites dans un CPOM signé par les services, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS et éligibles aux financements de la conférence des financeurs.

De même, afin de soutenir le développement des SPASAD, des crédits de la section IV de la CNSA à hauteur de 11,5 M€ vous ont été alloués pour accompagner le développement des SPASAD et, notamment, faciliter le rapprochement des structures SSIAD et SAAD dans le cadre de cette expérimentation<sup>1</sup>.

L'instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement publiée le 8 février 2016 vous a été transmise le 29 février 2016.

### 1.3. Sujets transversaux aux secteurs « Personnes handicapées » et « Personnes âgées »

#### 1.3.1. Le vieillissement des personnes en situation de handicap

Le vieillissement des personnes en situation de handicap constitue une préoccupation croissante. En effet, si les personnes handicapées voient leur espérance de vie augmenter comme l'ensemble de la population, les effets du processus de vieillissement (effets physiques, psycho-comportementaux et fonctionnels) peuvent se faire sentir plus précocement que pour la population générale. Afin de construire une stratégie nationale pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, l'instruction n° DGCS/SD3B/2016/41 du 5 février 2016 vous invite à recenser les organisations évaluées positivement ou les projets à fort potentiel mis en place dans vos territoires afin d'en tirer les enseignements nécessaires, en termes de leviers et de difficultés rencontrées. Dans la poursuite des actions engagées en 2015, vous mobiliserez les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour améliorer les réponses aux besoins des personnes handicapées vieillissantes. En particulier, la fixation des objectifs qualitatifs pourra s'appuyer sur les différents travaux conduits ces dernières années et qui ont permis de nourrir la réflexion, notamment le rapport réalisé en octobre 2013 dans le cadre du groupe de travail sur « L'avancée en âge des personnes handicapées – contribution à la réflexion » présidé par M. Patrick GOHET, puis plus récemment la publication, en mars 2015, de recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ».

#### 1.3.2. L'utilisation des crédits du FIR dans le secteur médico-social

Le décret n° 2015-1230 du 2 octobre 2015 a modifié les conditions d'attribution des crédits du fonds d'intervention régional (FIR). Ceux-ci peuvent plus largement bénéficier au secteur médico-social. Ainsi, peuvent notamment être financées des actions visant à améliorer la performance et la qualité de l'offre des ESMS. Vous vous reporterez à la circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016 (en cours de publication), en particulier son annexe 1 qui précise les orientations nationales pour l'utilisation de ces crédits.

<sup>1</sup> Cf. instruction relative à la répartition de la contribution de la CNSA aux ARS pour le financement du développement des SPASAD du 4 décembre 2015.



Nous vous rappelons que le FIR comprend des crédits relatifs à l'accompagnement du développement de la télémédecine, qui peuvent utilement être utilisés pour la rémunération des structures de prise en charge du patient (structures d'exercice coordonné et structures médico-sociales) dans le cadre des téléconsultations. Par ailleurs, conformément aux orientations de la Conférence nationale du handicap, nous recommandons de développer les consultations de personnes handicapées dans les hôpitaux. Le FIR peut également être mobilisé pour financer des pôles de prestations externalisés, et des « groupes d'entraide mutuelle ». Ces ressources peuvent être allouées en fonction d'indicateurs d'efficacité organisationnelle interne selon une grille qui est renseignée annuellement par la structure et transmise à l'agence régionale de santé dont elle dépend. Cette grille comprend des indicateurs techniques, des indicateurs d'activité et des indicateurs organisationnels. Par un système d'indexation, cette rémunération peut être mise en œuvre en année N+1 en fonction de l'activité déclarée pour l'année N par la structure de prise en charge du patient.

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

Dans le respect du cadre réglementaire et des priorités rappelées en première partie, il vous est demandé, comme en 2015, 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**

L'actualisation des moyens au sein des ESMS se traduit par un taux d'évolution de 0,66 % qui se décompose en 0,76 % s'agissant de la masse salariale et de 0,2 % s'agissant de l'effet prix sur les autres facteurs. En effet, les prévisions économiques faisant état en 2016 d'un moindre impact de l'inflation par rapport à ce qui avait été anticipé en construction, une partie du gel prévu par la loi de programmation de 2012 précitée porte sur le taux d'évolution des prix, ramené de 1 % à 0,2 %.

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

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. Vous veillerez à assurer la couverture du dégel de l'indice du point de la fonction publique au sein de vos dotations régionales limitatives.

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 0,24 % de la masse salariale des établissements et services privés.

Ainsi, pour le secteur privé associatif, comme annoncé en conférence salariale du 4 février dernier, les partenaires sociaux pourront donc négocier des accords de travail dans la limite d'un taux d'évolution de 1 % de la masse salariale pour l'année 2016 correspondant à l'effet du pacte de responsabilité (+0,24 %) et du taux d'actualisation de la masse salariale (+ 0,76 %).

À titre d'information, pour le secteur privé commercial, les ESMS devraient également connaître un taux d'évolution de 1 % 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 + 0,76 % est un taux moyen commun à l'ensemble des conventions collectives du secteur privé non lucratif 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. Vous trouverez également en annexe 6 un point d'information sur le dispositif des emplois d'avenir créé par la loi du 26 octobre 2012.

#### **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. La mise en œuvre de ces deux mécanismes en 2016 concourt à préparer la montée en charge vers le forfait qui sera amorcée dès 2017. Dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD au 1<sup>er</sup> janvier 2017, il vous est demandé de poursuivre

cette démarche de convergence en 2016, en lien avec l'arrêté du 26 février 2009 modifié. Cependant, pour les EHPAD nouvellement concernés par cette convergence, il vous revient d'apprécier l'opportunité de récupérer tout ou partie de la somme issue de la convergence en 2016, au regard de la situation financière des établissements concernés et donc de leur capacité à absorber l'effort attendu. L'écart entre la dotation de chaque EHPAD et le forfait cible (en ce qui concerne l'hébergement permanent) sera ensuite résorbé à partir de 2017 au rythme prévu par la loi (un septième en 2017, un sixième en 2018, etc.).

Nous vous rappelons que pour les régions qui atteindraient le niveau de convergence attendu, dans le respect du cadre fixé par arrêté ou par voie conventionnelle, toute économie supplémentaire liée à la convergence doit être redéployée au bénéfice du renforcement de la médicalisation selon les priorités établies supra.

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 et le taux de consommation des enveloppes déléguées

### 2.2.1. Les systèmes d'information de l'allocation de ressources

A l'instar des précédents exercices, il reste indispensable de disposer tout au long de 2016 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, il est impératif de réaliser *ab initio* l'intégralité de la campagne tarifaire sur HAPI. Son avancement fera l'objet d'un suivi particulier au cours de l'année 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 une exigence incontournable pour le suivi budgétaire national en cours d'année.

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 l'applicatif de SEPPIA qui vous permet 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 en continu des données dans SEPPIA afin de donner au niveau national la visibilité nécessaire sur la mise en œuvre des plans nationaux, et sur les prévisions d'installation de places prises en compte pour la construction de l'OGD et donc des DRL N+1. Le pilotage national de la programmation passe également par un suivi rapproché, assuré par la CNSA, des appels à projets lancés en régions.

L'annexe 4 vous rappelle l'architecture globale des systèmes d'information de l'allocation de ressources. Vous trouverez également en annexe 10 un point d'information et de calendrier relatif à l'ensemble des enquêtes lancées en 2016.

Enfin, nous vous rappelons que la CNSA n'attend plus de remontée de vos services au sein de l'application SAISEHPAD, celle-ci étant fermée.

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

Compte tenu du mode de budgétisation en autorisations d'engagement et crédits de paiement (AE/CP), la diminution des crédits non reconductibles (CNR) se confirme et devrait se poursuivre. Il est rappelé que les CNR sont utilisés uniquement pour le financement de mesures ponctuelles et que leur processus d'allocation doit s'appuyer sur un examen précis des demandes des établissements au regard de la stratégie régionale affichée dans le rapport d'orientation budgétaire. Les modalités d'utilisation des CNR vous sont rappelées en annexe 5. Vous veillerez à assurer strictement la traçabilité de ces crédits.

## 2.3. CNR nationaux : gratifications de stage, MAD et ENC EHPAD

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 2016 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 2bis). 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 reductible.

Un nouvel accord 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 a été signé le 23 avril 2015 et étendu en février 2016. Dans ce cadre, une nouvelle répartition du nombre de salariés par organisation syndicale représentative a été définie.

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.

Pour rappel, les dispositions issues des lois du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) et du 10 juillet 2014 ont étendu l'obligation de gratification des stages à tous les employeurs, y compris les établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux publics, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014, pour les stages réalisés par les étudiants en formation initiale d'une durée strictement supérieure à deux mois.

Dans ce cadre, et en lien avec les DRJSCS, vous rappellerez aux ESMS concernés l'importance de leur participation à la formation des professionnels du champ social, notamment *via* l'accueil de stagiaires, qui doit s'effectuer en partenariat étroit avec les établissements de formation. Il conviendra naturellement de s'assurer que les terrains de stage retenus concernant l'autisme respectent les recommandations de la HAS et de l'ANESM.

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.

Les crédits alloués aux EHPAD qui participent à l'étude Nationale de coûts sont destinés d'une part aux établissements ayant participé à l'ENC l'an passé, s'agissant de la seconde tranche de rémunération, au regard des dispositions inscrites dans la convention dédiée. D'autre part, les établissements qui participent à l'étude nationale cette année se voient attribués la première tranche de ce financement.

Les modalités de répartition de ces crédits sont détaillées dans l'annexe 1.

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

*La secrétaire d'État chargée des personnes  
âgées et de l'autonomie, auprès de la ministre  
des affaires sociales et de la santé,*  
PASCALE BOISTARD

*La secrétaire d'État chargée des personnes  
handicapées et de la lutte contre l'exclusion,  
auprès de la ministre des affaires sociales  
et de la santé*  
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 2015, ajusté pour tenir compte des opérations de transfert d'enveloppes intervenues fin 2015.

Ce montant ajusté est augmenté des mesures nouvelles retenues pour 2016. Ces DRL doivent ainsi vous permettre de réévaluer les dotations des ESMS en fonctionnement et d'accompagner l'installation de nouvelles structures en 2016.

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

Cette étape précise le périmètre initial des dépenses à reconduire en 2016. 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 2015 ;
- 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 2015 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 ponctuelles notifiées en 2015 (PH) ;
- la première tranche de crédits alloués au titre de la participation à l'ENC EHPAD 2015 (PA).

##### 1.2. La prise en compte des opérations de fongibilité

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 dotations pour 2016 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 2015 ayant un impact budgétaire en totalité ou en partie sur l'exercice 2015 ; les effets année pleine sur 2016 de ces opérations ; les opérations validées postérieurement et ayant un impact à compter de 2016.

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

#### 2. Les paramètres généraux d'actualisation 2016

##### 2.1. Actualisation des Dotations Régionales Limitatives (DRL)

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation 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 2016 s'établit en moyenne à 0,66% sur l'ensemble des deux champs. Il repose sur les paramètres suivants :

- une progression salariale moyenne de 0,76 % ;
- une progression des autres dépenses de 0,2 %, au regard de l'inflation prévue pour 2016.

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

SECTEUR	MASSE SALARIALE	PROGRESSION salariale	PROGRESSION des autres dépenses	ACTUALISATION de la DRL
Personnes âgées <sup>1</sup>	89 %	0,84 %	0,2 %	0,77 %
Personnes handicapées	75 %	0,66 %	0,2 %	0,55 %

Pour mémoire, le taux d'évolution salariale précité intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2015, les évolutions 2016, générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte de l'effet « GVT2 solde ». Les crédits correspondants sont précisés dans les tableaux 2 et 2bis.

Il est rappelé en outre que la poursuite du pacte de responsabilité induit pour les établissements et services privés une baisse de la masse salariale de 0,24%. 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 2015 ainsi que celles des EHPAD dont les dotations historiques sont égales au plafond réévalué pour 2016. Le montant ainsi dégagé, qui s'établit pour 2016 à environ 9,3 M€, est gelé en début de campagne.

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

Enfin, au-delà des stricts aspects budgétaires, votre attention est attirée pour les structures relevant d'un financement non globalisé (prix de journée, 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 no DGCS/5C/DSS/2011-120 du 22 mars 2011).

Concernant le secteur des EHPAD, les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont actualisées en 2016 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	10,58 €	12,70 €
Tarif partiel sans PUI	10,00 €	11,99 €

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 2016. 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, jusqu'à fin 2016 avant l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des EHPAD, sur l'analyse des propositions budgétaires en vue d'une approbation explicite des dépenses de l'année à l'issue d'une procédure contradictoire.

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

<sup>2</sup> Glissement Vieillesse Technicité (évolution des carrières des personnels, variation de la pyramide des âges des effectifs salariés et effet de noria...).

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 ressources doit tendre vers une répartition équilibrée des crédits entre les ESMS, notamment lorsque ceux-ci présentent des situations comparables. A 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 des EHPAD de votre région.

## 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 répartie entre les régions et intégrée en mesure nouvelle « négative » dans vos dotations régionales limitatives.

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 2016, ce sont donc 657 EHPAD (55 581 places HP) qui restent soumis à la convergence en 2016.

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 (notamment le renforcement de structures au GMPS financées en deçà du plafond de référence).

A 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, fin 2016, tous les tarifs en dépassement au niveau des valeurs plafonds. 2016 étant la dernière année de cette convergence, et en vue de la réforme entrant en vigueur dès 2017, il vous est demandé de prioriser vos actions en tenant compte de la situation des EHPAD dont l'écart avec le plafond est le plus significatif, au sein de votre région.

La campagne budgétaire 2016 constitue donc une année charnière au niveau de l'allocation des crédits de médicalisation aux EHPAD, qui obéira à partir de 2017 aux modalités d'allocation prévues par la loi. En conséquence, vous veillerez, dans un premier temps, à solder avant le 31 décembre 2016 le maximum de vos engagements antérieurs pris dans le cadre de la médicalisation des EHPAD, y compris ceux produisant des effets au-delà de 2016. Pour ce faire, vous utiliserez l'ensemble des crédits de médicalisation disponibles au titre de 2016 et des années antérieures.

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 les montants maintenus à ce titre dans les bases des établissements, et à les comptabiliser parallèlement 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 2016, ces dispositifs spécifiques sont les suivants :

### 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 2016 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.

Comme l'an passé, 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 reductible.

### 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 figurent en tableaux 2 et 2 bis.

Les nouvelles dispositions de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) ont toutefois étendu l'obligation de gratification des stages à tous les employeurs depuis la rentrée 2014, pour les stages réalisés par les étudiants en formation initiale d'une durée au moins égale à deux mois. Cette obligation, auparavant limitée aux employeurs privés et aux administrations de l'Etat, s'applique donc également à compter de la rentrée 2014, aux établissements sociaux et médico-sociaux publics.

Dans ce cadre, vous rappellerez 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 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, poursuivent l'étude nationale de coûts en 2016.

Cette étude permettra de connaître les dépenses des EHPAD en fonction des typologies de résidents (pathologies et degré d'autonomie des résidents), en vue d'estimer un coût moyen journalier par typologie de résident.

Pour la mise en œuvre de cette étude, 74 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 2016 et une seconde en 2017.

En 2016, cette compensation prendra la forme d'un premier apport budgétaire non reductible d'un montant de 15 585 € par EHPAD. Son versement sera conditionné à la signature d'une convention engageant l'EHPAD, l'ATIH et l'ARS. Un financement complémentaire sera alloué en 2017 aux établissements concernés, sur la base des modalités fixées par ladite convention.

Par ailleurs, pour les EHPAD ayant participé à l'ENC 2015, la seconde tranche de rémunération est allouée, en tenant compte des conditions fixées par la convention ayant été signée entre chaque structure concernée, l'ARS et l'ATIH.

Au global, l'enveloppe nationale couvrant la seconde tranche 2015 et la première tranche de financements 2016 s'élève à 1,7 M€, et est répartie aux 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.

#### 3.4. *Lancement de la première enquête nationale de coûts sur le champ des structures accueillant des personnes handicapées*

Cette année sera lancée la première enquête nationale de coûts en vue d'estimer les coûts des activités des structures qui accueillent des personnes handicapées. Cette enquête sera réalisée avec le soutien de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), à l'instar du déploiement réalisé sur le secteur des EHPAD.

Un accompagnement financier de 1 500 € sera alloué aux 120 établissements et services médico-sociaux qui participeront à cette première enquête. La liste des participants n'étant pas constituée, cet accompagnement ne pourra vous être versé qu'en 2017. Si certaines structures semblent avoir des difficultés pour avancer cette somme, vous avez la possibilité de la leur verser par avance, dès 2016. La compensation vous sera allouée en 2017.



## ANNEXE 2

### MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PLACES NOUVELLES POUR 2016

La régulation de la politique de développement de l'offre s'est rationalisée 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 crédits 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 2016.

#### 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 des nouvelles structures et places qui entreront en fonctionnement en N+1 reste la règle. Ces prévisions d'installation sont fondamentales et constituent la base de la construction, au début du deuxième semestre N, de l'ONDAM et de l'OGD de l'année N+1. Ces prévisions sont actualisées en décembre N 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 vous fiabilisiez au plus près cette prévision, projet par projet.

C'est pourquoi vous devrez veiller, tout au long de l'année, à inscrire et mettre à jour ces informations dans l'outil SEPPIA, seule source d'informations retenue pour analyser vos prévisions d'installations en n+1, dans le cadre la construction de la campagne tarifaire.

#### 2. Modalités de calcul des crédits de paiement en 2016

##### 2.1. L'absence d'extensions en année pleine 2016 des crédits de paiement 2015

Les crédits de paiement délégués en 2015 ont été attribués sur la base de 12 mois de fonctionnement, tenant compte ainsi du montant maximal de CP disponibles au niveau national.

##### 2.2. Les modalités de notification des crédits de paiement

Comme l'an passé, 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 enveloppes anticipées et au débasage temporaire. En d'autres termes, ils sont notifiés en fonction des prévisions d'installation et de la trésorerie disponible dans les enveloppes régionales.

Cette année, cette méthode a été appliquée à l'ensemble des prévisions d'installations sur les deux champs, y compris celles relatives aux plans nationaux (Autisme et PMND).

Les seules mesures relatives aux plans nationaux qui ont été déléguées en année pleine sont celles qui ne donnent pas lieu à création de place, soit :

- les psychologues et les SSIAD/SPASAD expérimentaux dans le cadre du PMND (3,1 millions d'euros) ;
- le renforcement des ESMS dans le cadre du plan autisme (12,8 millions d'euros) et Unités d'Enseignement en Maternelle (UEM) (9,3 millions d'euros) ;
- le schéma Handicaps rares (0,4 million d'euros).

### 2.3. La méthodologie de détermination des crédits de paiement pour 2016

La méthodologie de calcul des crédits de paiement 2016, déclinée dans les tableaux 3 et 3bis, prend en compte le droit de tirage sur EA/AE/DT et réserve nationale (RN), les prévisions d'installation et la trésorerie disponible dans les DRL.

Les tableaux de calcul des CP 2016 se basent ainsi sur les étapes suivantes :

1<sup>re</sup> 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 2015.

2<sup>e</sup> étape : Détermination de la trésorerie des ARS

La trésorerie prise en compte pour l'allocation de CP correspond aux crédits disponibles en base à l'issue de la campagne budgétaire 2015 dédiés au financement des installations futures. Cette donnée, recensée dans l'enquête tarifaire, correspond à la somme des rubriques « Solde des crédits de paiement issus du droit de tirage » et « Solde des crédits des plans nationaux spécifiques ». Les crédits afférents aux EAP 2016 des CP 2015 attribués au titre des UEM, notifiés automatiquement par la CNSA, viennent compléter cette trésorerie, le cas échéant.

3<sup>e</sup> étape : Détermination du besoin des ARS au regard des prévisions d'installations 2016

Le recensement du besoin financier attaché aux installations de places pour 2016 passe exclusivement par l'outil SEPPIA. La détermination du besoin des ARS repose sur l'exploitation des prévisions d'installation en date du 4 mars 2016, quel que soit l'enveloppe utilisée pour autoriser le projet (AE, EA, DT et RN). La date prévisionnelle d'installation des différents projets 2016, renseignée dans SEPPIA, a été prise en compte dans l'estimation du besoin des ARS, afin de mieux calibrer le volume de crédits de paiement nécessaire.

4<sup>e</sup> étape : Détermination des crédits de paiement 2016

Le niveau des crédits de paiement 2016 est déterminé à l'issue des 3 étapes précédentes. Deux cas de figure se présentent alors :

- soit la trésorerie d'enveloppe de la région est supérieure aux prévisions d'installation de places 2016. Dans ce cas, aucun crédit de paiement supplémentaire n'est notifié à l'ARS et un prélèvement légèrement inférieur à 30 % est effectué sur l'écart constaté entre la trésorerie d'enveloppe et les prévisions d'installation. Ce prélèvement est pris en compte dans le calcul de la DRL 2016 et est réintégré dans le droit de tirage de l'ARS ;
- soit la trésorerie d'enveloppe de la région ne permet pas de couvrir les installations 2016. Dans ce cas, la CNSA notifie à l'ARS les crédits de paiement nécessaires aux installations 2016 dans la limite du droit de tirage encore disponible et des enveloppes nationales disponibles. Les crédits de paiement notifiés en 2016 viennent alors réduire le solde du droit de tirage.

### 3. Les crédits relatifs au Plan Autisme et au Plan Maladies Neurodégénératives

Les CP 2016 qui donnent lieu à création de place sont notifiés selon les mêmes modalités que celles énoncées ci-dessus. Ils dépendent donc :

- des prévisions d'installations programmées en SEPPIA pour 2016, au regard de la date effectivement indiquée ;
- des crédits disponibles au sein de la trésorerie des ARS et gagés pour les installations de place.

Seuls les crédits qui ne donnent pas lieu à création de place sont alloués en intégralité. Il s'agit :

- des psychologues et les SSIAD/SPASAD expérimentaux dans le cadre du PMND (3,1 millions d'euros) ;
- du renforcement des ESMS dans le cadre du plan autisme (12,8 millions d'euros) et Unités d'Enseignement en Maternelle (UEM) (9,3 millions d'euros) ;
- du schéma Handicaps rares (0,4 million d'euros).

## ANNEXE 3

### 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 2016 ainsi que les modalités d'emploi de ces crédits au profit de la politique de médicalisation des EHPAD.

L'année 2016 représentant la dernière année de mise en œuvre des modalités actuelles d'allocation de ressources aux EHPAD, vous veillerez :

- dans un premier temps, à solder avant le 31 décembre 2016 le maximum de vos engagements antérieurs pris dans le cadre de la médicalisation des EHPAD, y compris produisant des effets au-delà de 2016. Pour ce faire, vous utiliserez, en utilisant l'ensemble des crédits de médicalisation disponibles au titre de 2016 et des années antérieures, de votre enveloppe de médicalisation au titre de 2016 et de vos éventuels crédits gagés à ce titre dans vos bases, estimés à près de 34,6 M€ au niveau national ;
- dans le cadre de la signature de conventions tripartites en 2016, à ne prendre aucun nouvel engagement portant sur la période postérieure au 31 décembre 2016.

#### 1. Les crédits notifiés pour 2016 : volume financier et répartition

Le volume dédié en 2016 au renforcement de la médicalisation des EHPAD s'élève à 100 M€.

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

Les crédits de médicalisation sont, comme les années précédentes, 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 de la campagne 2015 tirées de l'application HAPI au 1<sup>er</sup> février 2016.

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 194, sur la base des données de la campagne 2015 tirées de l'application HAPI au 1<sup>er</sup> février 2016 ;
- 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 du 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<sup>1</sup>.

Comme l'an passé, la délégation des enveloppes de médicalisation tient compte de la capacité des ARS à consommer effectivement les crédits sur l'année. Une pondération a été appliquée pour tenir compte des crédits de médicalisation encore disponibles dans les dotations régionales limitatives.

Pour ne pas pénaliser les ARS dont le montant disponible en base relève des effets financiers 2016 produits par les conventions signées en 2015, 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 2015.

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 figure au tableau 2 joint à la présente circulaire.

<sup>1</sup> 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.

## 2. Les orientations pour la médicalisation en 2016

En premier lieu, compte tenu de la réforme tarifaire entrant en vigueur en 2017, il convient de ne prendre aucun nouvel engagement portant sur la période postérieure au 31 décembre 2016.

### 2.1. Le renouvellement des conventions échues

Comme les années précédentes, votre attention est attirée sur la nécessité de prioriser votre action sur le renouvellement des conventions tripartites les plus anciennes, en priorité celles relevant toujours d'un financement DOMINIC. Ces conventions ne représentent plus aujourd'hui que 6% des conventions tripartites (contre 9% l'an passé). Il importe de maintenir votre attention sur ces dernières conventions. 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.

### 2.2. L'harmonisation du niveau de financement des soins en région au profit des établissements les plus éloignés du plafond

La mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 vous conduira à consacrer une part de vos crédits de médicalisation à l'harmonisation des dotations soins des EHPAD dans le cadre des renouvellements de coupes AGGIR-PATHOS effectués conjointement avec les conseils départementaux (CD).

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 constitue en effet un indicateur de nature à illustrer les écarts de dotation entre établissements à GMPS donné.

Ainsi, il vous est recommandé d'utiliser les crédits encore disponibles pour renforcer les moyens des structures tarifées au GMPS dont le niveau de ressources, à la faveur de l'actualisation de leur GMPS, 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.

Votre attention est enfin attirée sur le fait 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.

## 3. Déclinaison opérationnelle de la politique de médicalisation

### 3.1. 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*, implique de 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.

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 sa dotation soins.

Parallèlement, il vous est rappelé que la préparation de la campagne 2017 commence dès 2016. En effet, dans le cadre de la construction de l'OGD, la CNSA s'appuiera sur les données saisies dans HAPI au 30 juin 2016 pour déterminer les dotations cibles des EHPAD en 2017, résultant du mode de calcul prévu par la loi. C'est pourquoi il est essentiel de tenir compte de cette échéance dans votre calendrier de validation des coupes PATHOS 2016 et d'actualiser le plus régulièrement possible et au plus tard pour le 30 juin les données saisies dans HAPI (GMP, PMP, capacité, option tarifaire, dotation soins N-1 hors CNR).

### 3.2. 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'exer-

cice 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 départemental (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.

### 3.3. *L'analyse critique des coupes avant validation*

Le bilan des coupes PATHOS fait apparaître une augmentation du PMP qui passe de 189 en 2014 à 194 en 2015. Au regard de cette évolution, il vous est demandé d'avoir une attention toute particulière dans la validation des PMP en cas de réception de coupes PATHOS atypiques ou caractérisées par un PMP nettement supérieur à cette valeur. De même, 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. Réouverture encadrée du tarif global

### 4.1. *Un encadrement financier strict de la réouverture du tarif global*

La réouverture du tarif global se poursuit en 2016 par la mobilisation d'une enveloppe de 10M€ 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 à la suite de 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 (Étude nationale de coûts (ENC) conduite par la DGCS, la CNSA et l'ATIH), il importe de poursuivre cette réouverture de manière progressive. L'enveloppe de 10 M€ dédiée à cette réouverture doit donc être strictement respectée. Vous veillerez à faire droit aux demandes de passage au tarif global dans la stricte limite de cette dotation et 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 modification de l'article R. 314-167 du CASF conditionne à la disponibilité des crédits le souhait des EHPAD de changer d'option tarifaire.

### 4.2. *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 à la réouverture du tarif global pour 2016 est établie par rapport à la part que représente chaque région dans le total des EHPAD en tarif partiel avec PUI.

Un plancher de 200 000 € est garanti à chaque ARS concernée par la répartition de ces 10 M€. Ce plancher résulte 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 2016.

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 2012-2015 sous réserve que ces établissements correspondent aux deux priorités identifiées par l'IGAS et déjà reprises dans les circulaires précédentes, 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 ressources 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 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 2016. Il est donc nécessaire que chaque ARS mette à jour ces données dès signature d'un nouvel avenant ou d'une convention.

ANNEXE 4

LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE L'ALLOCATION DE RESSOURCES

Cette annexe présente l'organisation du système d'information (SI) métier utilisé par la CNSA ainsi que les échéances communes entre ARS et CNSA pour 2016. Outre les éléments déjà connus, elle comporte des précisions et mises à jour quant aux modalités d'extraction des données par la CNSA et à leur utilisation à des fins de décision, qui méritent une lecture attentive.

1. Suivi des plans Gouvernementaux et des programmations régionales.

<b>SEPPIA</b>	
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>Des usages au service du suivi et de l'évaluation de l'effectivité des politiques publiques, ainsi que de la prospective :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi de la réalisation des plans/programmes nationaux et du rythme et du niveau de consommation des enveloppes de créations de places;</li> <li>- Suivi de l'exécution effective des programmations régionales, dont la part réalisée par appels à projets;</li> <li>- Analyse des prévisions d'autorisation et d'installation à 5 ans.</li> </ul> <p>Des usages au service de la détermination des besoins de crédits de paiement au niveau global et du calibrage des dotations régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Détermination, en N - 1, du niveau des crédits de paiement (CP) nécessaires pour couvrir les installations prévues en N;</li> <li>- Notification en N des crédits de paiement (CP) correspondant aux installations prévues en N.</li> </ul> <p>Formalisation des données de programmation ayant vocation à être publiées dans le PRIAC.</p>
Modalités de saisie	<p>Les données doivent être saisies et actualisées en flux, <u>tout au long de l'année</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dès qu'une autorisation est prévue;</li> <li>- dès qu'une autorisation est réalisée;</li> <li>- dès qu'une installation est prévue et dès que sa date prévisionnelle évolue;</li> <li>- dès qu'une installation est réalisée;</li> <li>- dès qu'un projet est modifié.</li> </ul>

Exploitations/extractions	<p>Extraction du 20 mai 2016 pour le suivi des programmations et pour la préparation de l'ONDAM N + 1</p> <p>Extraction du 31 décembre N – 1 pour le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux (bilan présenté au Conseil de la CNSA) et la notification des CP de l'année N.</p> <p>Nota bene : Dans un objectif de lisibilité partagée du processus et de fiabilisation continue des données, ces extractions feront l'objet d'un envoi à chaque agence pour validation formelle de la part du directeur général de l'ARS.</p>
Points de vigilance	<p>Le suivi fin des projets en lien avec les gestionnaires et la mise à jour au fil de l'eau de SEPPIA sont indispensables pour garantir la fiabilité des données extraites dans le cadre du processus d'allocation de ressources (préparation de l'ONDAM, préparation de la campagne tarifaire) et donc la justesse des bases sur lesquelles s'appuient les travaux de détermination des enveloppes.</p> <p>La CNSA pouvant être amenée à réaliser des extractions complémentaires tout au long de l'année, la mise à jour de l'outil est bien nécessaire en continu, indépendamment des principales dates d'extraction citées ci-dessus.</p>
Personnes référentes	<p>CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle programmation de l'offre et mission maîtrise d'ouvrage des projets systèmes d'information</p> <p>Aurélie BRUGEROLLE et Patrice DIJOUX</p>

## 2. Suivi des éléments budgétaires

### 2.1. Éléments de la tarification

<b>HAPI (Harmonisation et Partage d'Information)</b>	
Objectifs	<p>Système d'information partagé destiné à tarifier les ESMS et à suivre le déroulé des campagnes budgétaires, HAPI vise à outiller le processus d'allocation de ressources aux ESMS et à permettre un dialogue budgétaire et de gestion pertinent entre les ARS et le niveau national.</p> <p>Il permet en effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– d'harmoniser les pratiques et d'automatiser la production des documents de tarification ;</li> <li>– d'optimiser la gestion des dotations régionales et d'en faciliter le pilotage régional et national ;</li> <li>– d'assurer le partage et la traçabilité de l'information.</li> </ul>



Exploitations	<p>Des extractions sont faites régulièrement au niveau de la CNSA pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le suivi de l'avancée de la campagne ;</li> <li>- le suivi de la consommation des dotations régionales limitatives ;</li> <li>- la préparation des dialogues de gestion CNSA-ARS ;</li> <li>- le calibrage des enveloppes N + 1 (en complément de l'enquête tarifaire et des données SEPPIA) ;</li> <li>- l'extraction des données relatives aux EHPAD (dotation reconductible, GMP, PMP) en vue des travaux de simulation nécessaires au calibrage de l'enveloppe 2017 ;</li> <li>- le bilan de la médicalisation ;</li> <li>- le bilan de la convergence tarifaire ;</li> <li>- la réalisation d'analyses ponctuelles.</li> </ul>
Points de vigilance	<p>Les GMP et PMP des EHPAD doivent être mis à jour en continu dès actualisation de GALAAD, et devront impérativement l'avoir été avant le 30 juin 2016, car l'extraction réalisée le 1<sup>er</sup> juillet 2016 sera utilisée pour déterminer la dotation de chaque ARS au titre du forfait global de soins lié à l'hébergement permanent.</p> <p>En amont de cette extraction, des fichiers récapitulant les GMP et PMP de chaque EHPAD tel que saisis dans GALAAD et dans HAPI vous seront envoyés, afin d'attirer votre attention sur les éventuels écarts et de vous permettre de les corriger.</p>
Personnes référentes	<p>CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire Francoise MERMET, Pauline BLANC et Patrice DIJOUX</p>

## 2.2. Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs

<b>ImportCA</b>	
Présentation	<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 médico-sociaux déposeront leur compte administratif sur l'application ImportCA.</p> <p>Sont concernés les établissements et services médico-sociaux recevant un financement de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'assurance maladie et du conseil départemental : 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 sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 ;</li> <li>- permettre le calcul d'indicateurs de comparaisons servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris...);</li> <li>- constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.</li> </ul>
Modalités de chargement	<p>Ouverture de la plateforme aux établissements et services médico-sociaux du 20 mars (au plus tard) à fin septembre 2016 pour les CA 2015.</p>
Exploitations extractions	<p>Analyse nationale des données en N + 1 pour diffusion d'un rapport.</p>

Personne référente	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire. Delphine FAUCHET
--------------------	--

### 3. Collecte et validation des coupes Pathos et Aggir

GALAAD	
Objectifs	Recenser les évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des EHPAD et des ESLD; Permettre le partage sécurisé des données de validation AGGIR avec les conseils départementaux; Permettre aux médecins des ARS, chargés du contrôle et de la validation des coupes PATHOS, de déterminer le niveau de GMPS permettant de procéder à la tarification (saisie des GMP et PMP nécessaire dans HAPI); Permettre de décrire les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de résidents.
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 CD).
Personnes référentes	Pour la CNSA (direction des établissements et services médico-sociaux), le docteur Yannick EON, pilote de la gouvernance opérationnelle du référentiel PATHOS.

### 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'Etat 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.

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

La CNSA a également développé un outil de traitement journalier du FINESS : FIPPA. Celui-ci permettra d'alimenter le portail national d'information pour les personnes âgées ([pourlespersonnesagees.gouv.fr](http://pourlespersonnesagees.gouv.fr)) en données fiables et à jour. La maintenance de l'annuaire du site internet s'en trouvera facilitée : suivi automatisé des créations, des fermetures, et plus largement des modifications.

! Il vous est demandé de veiller à la mise à jour, par vos services, de FINESS afin de garantir la complétude et l'exactitude des informations qui y figurent.

#### 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 CNAMTS<sup>1</sup> permet à la CNSA de suivre les éléments de conjoncture au niveau national, mais également d'opérer des rapprochements entre les dotations régionales et

<sup>1</sup> 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.

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. La création des ARS doit ainsi être l'occasion de mettre en place 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.

Un fichier mensuel est transmis à cette fin par la CNAMTS à chaque ARS avec les données de versement par établissements.

Votre attention est donc 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 pivots puissent faire une lecture commune du périmètre des établissements concernés par la dotation globalisée commune conformément aux recommandations de la Cour des comptes.

#### Calendrier 2016 du système d'information métier de la CNSA

<b>2016</b>		
<b>SEPIIA</b>	Alimentation au fil de l'eau par les ARS Extractions à tout moment en cours d'année par la CNSA, et au moins aux dates indiquées ci-contre	Dates d'extraction fixes: Extraction au 20 mai 2016 pour le calibrage de l'ONDAM 2017 Extraction au 31 décembre 2016 pour le reporting annuel (suivi des plans et des appels de CP 2017)
<b>HAPI</b>	Alimentation au fil de l'eau par les ARS Extractions à tout moment en cours d'année par la CNSA	Extractions « fixes » pour exploitation dans le cadre des dialogues de gestion ainsi qu'en fin de campagne budgétaire Extraction du 1 <sup>er</sup> juillet 2016 pour les GMP et PMP des EHPAD pris en compte pour déterminer la dotation de chaque ARS au titre du forfait global de soins lié à l'hébergement permanent.
<b>ImportCA</b>	Mi mars à septembre 2016 : période d'ouverture de l'application aux ESMS pour chargement des fichiers CA 2015	Extraction pour exploitation au 30 septembre 2016

## ANNEXE 5

### LA GESTION DES DISPONIBILITÉS TEMPORAIRES ET DES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES (CNR)

#### 1. Les crédits disponibles mobilisables en crédits non reconductibles

Les CNR proviennent d'une disponibilité temporaire de crédits au sein de la dotation régionale limitative (DRL).

Les ARS peuvent ainsi dégager de manière temporaire des marges de gestion au sein de leur DRL issues notamment:

- De décalages dans l'installation effective de places nouvelles en établissement ou service ou dans la réalisation de mesures issues des plans nationaux;
- De retards dans la signature des conventions tripartites (ou étalement du versement des mesures nouvelles);
- D'un solde excédentaire 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);
- D'évènements imprévus tels les fermetures provisoires ou définitives non planifiées d'un établissement ou service.

En dehors des reprises d'excédent, ces crédits correspondent à des dépenses pérennes à couvrir sur les exercices suivants. Pour l'exercice en cours, ils se trouvent libres d'affectation mais ne peuvent financer des dépenses pérennes auxquelles ils n'étaient pas initialement destinés.

#### 2. La réduction progressive des disponibilités budgétaires renforce l'importance d'un processus structuré et sélectif d'allocation de crédits non reconductibles aux établissements et services

La généralisation des CPOM qui peuvent s'accompagner d'une moindre reprise des résultats, la délégation de crédits de paiement qui tient compte désormais des disponibilités des ARS, ainsi que les efforts de fiabilisation des prévisions d'installation de places pris en compte pour calibrer les délégations de CP vont dans le sens d'une réduction progressive de ce niveau de disponibilité budgétaire.

Vous êtes donc invités à renforcer:

- la lisibilité de votre politique d'allocation de CNR et de ses axes prioritaires qui devront être établis à la suite d'une objectivation la plus grande possible des besoins potentiels des ESMS;
- la formalisation du processus d'instruction des demandes de CNR, qui doivent être précisées dans le rapport d'orientation budgétaire<sup>1</sup> de l'ARS.

Dans cet objectif, la CNSA cherchera en 2016 à faciliter la diffusion de bonnes pratiques repérées en la matière.

Le bon usage des crédits temporairement disponibles doit respecter le cadre posé par la réglementation, rappelé dans la présente annexe.

Comme les années passées, il vous est demandé en 2016 d'assurer une traçabilité précise de l'utilisation de ces crédits (HAPI).

#### 3. Les modalités d'emploi des crédits disponibles pour les établissements et services pour personnes handicapées et pour personnes âgées « hors EHPAD »

Le caractère 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.

##### 3.1. Le périmètre d'octroi des CNR

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

<sup>1</sup> 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.

Au-delà du seul périmètre médico-social, il est rappelé qu'une disponibilité 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: ainsi, par exemple, le versement de subvention d'équilibre d'un budget annexe hospitalier à son budget principal est en toute hypothèse exclu.

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

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

Les CNR ont constitué en 2015, comme lors des exercices précédents, un levier d'accompagnement des projets d'investissements des ESMS. Votre attention est attirée sur l'importance d'objectiver le besoin d'investissement des ESMS, de documenter l'emploi des CNR alloués à cette fin et d'en opérer un contrôle précis.

Les conditions d'utilisation des CNR à l'appui d'opérations d'investissement doivent être rappelées dans un souci d'harmonisation des pratiques tant des ESMS que des ARS (les conditions spécifiques d'attribution de CNR pour couvrir des dépenses d'investissement des EHPAD sont décrites infra).

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 renouvellement des immobilisations; ces provisions correspondent à un préfinancement de l'amortissement et permettent de minorer le recours à l'emprunt.

Dans un contexte de généralisation progressive des CPOM, prévoyant notamment une affectation des résultats par le gestionnaire et une responsabilisation de ce dernier, il est rappelé que ces provisions peuvent être constituées par affectation de résultat excédentaire. Vous veillerez à encourager, dans le cadre des CPOM, les pratiques de bonne gestion consistant à anticiper les besoins d'investissement et leur financement.

### 3.3. Les autres possibilités d'emploi des CNR

Au-delà de l'investissement, le périmètre d'emploi des CNR doit en tout état de cause être axé sur un objectif d'amélioration qualitative de la prestation rendue par les établissements et services.

Vous exercerez une vigilance particulière en ce qui concerne l'emploi de CNR aux fins de couverture:

- de dépenses de personnel liées à des besoins de remplacement: les CNR alloués à ce titre doivent être conditionnés par l'établissement d'un diagnostic approfondi des facteurs d'absentéisme et de la formalisation d'un plan d'action de lutte contre ce phénomène;
- de dépenses de formation généralement liées au remplacement de professionnels partis en formation: vous rechercherez dans ce domaine la meilleure complémentarité possible avec les sources de financement « de droit commun » de la formation professionnelle dans une recherche de subsidiarité et, à terme, de substitution. La CNSA allouant des subventions aux OPCA du secteur, il est tout à fait légitime que vous cherchiez à engager avec leurs directions régionales une collaboration plus poussée;
- de réponse aux situations complexes de personnes handicapées: si les CNR permettent de faciliter l'admission de personnes en situation complexe dans un établissement en permettant l'intervention complémentaire d'autres professionnels et/ou en renforçant son personnel, il convient d'être attentif à ce que le traitement de ces situations s'inscrive dans le cadre partenarial des commissions « situations critiques » ou de la gouvernance liée au projet « réponse accompagnée pour tous » sur les territoires dits pionniers;
- d'expérimentations: il convient, lorsque les CNR servent à financer des dispositifs expérimentaux, d'en prévoir l'évaluation. Vous êtes invités à transmettre le fruit de ces évaluations à la CNSA, afin qu'elle puisse en capitaliser les enseignements. Vous serez vigilants à anticiper le financement futur des dispositifs expérimentaux lancés à l'aide de CNR, si ceux-ci ont vocation à être ensuite pérennisés.

Les CNR peuvent financer des aides ponctuelles ou des aides au démarrage (« frais de premier établissement ») en vue de la contractualisation ou de la constitution d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) concernant le cas échéant des actions de mutualisation, des actions innovantes ou expérimentales.

#### 4. Les financements en CNR des EHPAD : un cadre d'action plus limité

##### 4.1. Un périmètre juridiquement plus encadré

Dans le secteur médico-social, l'octroi de crédits non reconductibles aux EHPAD, qui bénéficient d'un financement mixte (assurance maladie ; conseil départemental) doit faire l'objet d'un examen attentif. 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 rappelées infra (cf. 3.2).

Vous veillerez ainsi à bien préciser, dans vos rapports d'orientation budgétaire, le fait que les dépenses de personnel non pérennes en EHPAD pouvant être prises en charge par les CNR soient exclusivement celles qui relèvent de la section soins.

##### 4.2. Un financement de l'investissement par les CNR encadré par le CASF

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 ; par conséquent ils ne sont pas donnés avant l'emprunt, en substitution de celui-ci. Il convient de noter que l'évolution de la réglementation en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 mettra fin à cette possibilité.

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 départemental ;
- le taux d'endettement de l'établissement est inférieur à 50 % ;
- l'ensemble des capacités de financement des investissements de l'EHPAD bénéficiaire a été mobilisé ; 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 le formalisme suivant<sup>2</sup> dans l'octroi de ces crédits conformément à l'instruction précitée du 18 avril 2007 : signa-

<sup>2</sup> 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.

ture d'une convention avec l'organisme gestionnaire 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 départemental doit être associé à cette démarche et recevoir une copie de la convention. De la même façon, la CPAM devrait en être destinataire.

ANNEXE 6

POUR SUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DES EMPLOIS D'AVENIR ET DÉVELOPPER L'ACCUEIL DE  
VOLONTAIRES AU SERVICE CIVIQUE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES QUI  
ACCUEILLENENT DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION D'HANDICAP

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 ans<sup>1</sup> 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 68 000 jeunes en emplois d'avenir fin 2015, 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, s'est particulièrement distingué. Pour 2016, nous souhaitons vous sensibiliser sur les efforts à poursuivre, 35 000 nouveaux contrats EAV sont attendus au premier semestre 2016. Par ailleurs il est essentiel de préparer la sortie des jeunes en emploi d'avenir en 2016, 11 000 vont sortir de leur EA au 1<sup>er</sup> semestre 2016 sur le secteur non marchand et 18 400 sur le 2<sup>e</sup> semestre. 32 % des sorties EA non marchands concernent des associations.

Dans ce cadre, nous rappelons que le nouveau dispositif « aide à l'embauche PME », nouvelle aide à l'embauche pour les petites et moyennes entreprises (PME), est ouvert aux associations. À partir du 18 janvier et jusqu'au 31 décembre 2016, les embauches réalisées par les entreprises de moins de 250 salariés bénéficient d'une prime trimestrielle de 500 € durant les 2 premières années du contrat, soit 4 000 € au total. Le bénéfice de l'aide financière est réservé à l'embauche d'un salarié en : CDI ; CDD de 6 mois et plus ; transformation d'un CDD en CDI ; contrat de professionnalisation d'une durée supérieure ou égale à 6 mois (cf. décret n° 2016-40 du 25 janvier 2016 instituant une aide à l'embauche dans les petites et moyennes entreprises, <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/actualites/A10338>).

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 accède 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, ACTALIANS, UNIFORMATION et AGEFOS-PME) et le CNFPT. Ces conventions initiées en 2013 sont reconduites en 2016. 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 2016, 6,5 M€ sont réservés au titre de ces actions. Le financement national ne vous interdit pas d'apporter un soutien complémentaire à la formation des jeunes en emploi d'avenir pour répondre à des besoins supplémentaires identifiés au niveau régional.

Par ailleurs, et dans le cadre de l'engagement présidentiel visant à permettre aux jeunes de renforcer leur engagement citoyen et de valoriser leurs compétences, au bénéfice des populations vulnérables, le ministère des affaires sociales et de la santé s'est fortement engagé dans le développement du service civique. Les objectifs pluriannuels qui ont été fixés sont : 2 000 nouvelles missions dès 2015 en plus des 10 000 missions déjà ouvertes sur le périmètre grâce à la mobilisation du secteur associatif, 17 000 nouvelles missions en 2016 et 25 000 en 2017.

<sup>1</sup> Jusqu'à 30 ans pour les jeunes reconnus travailleurs handicapés.



Nous rappelons que les volontaires peuvent jouer un rôle essentiel dans les établissements et services médico-sociaux (établissements d'accueil de personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie, établissements accueillant des adultes et enfants handicapés). Plusieurs structures ont déjà accueilli des volontaires et ont témoigné des bénéfices de la mobilisation de ce dispositif pour les résidents, les bénévoles et les structures gestionnaires. Les missions participent notamment à renforcer le lien social au sein de l'établissement, à développer les liens entre les résidents, et à maintenir des liens familiaux par l'accès aux outils multimédia.

Dans ce cadre une instruction a été adressée aux ARS fin décembre 2015 afin de diffuser l'information sur cette opportunité offerte notamment aux établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ([http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/01/cir\\_40434.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/01/cir_40434.pdf)).

Cette instruction invite les structures à étudier leurs possibilités d'accueil de volontaires en mettant à leur disposition un guide qui leur précise les champs d'intervention envisageables sur le secteur sanitaire et médico-social.

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

## ANNEXE 7

### RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE QUALITATIF ET BUDGÉTAIRE 2015 RELATIF AUX PREMIERS MOIS DE FONCTIONNEMENT DES 30 UEM CRÉÉES EN 2014/2015 ET QUESTIONNAIRE QUALITATIF RELATIF AU FONCTIONNEMENT 2015 EN ANNÉE PLEINE

#### RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE QUALITATIF ET BUDGÉTAIRE 2015 RELATIF AUX PREMIERS MOIS DE FONCTIONNEMENT DES 30 UEM CRÉÉES EN 2014/2015 :

##### 1. Contexte

La circulaire budgétaire du 23 avril 2015 a prévu une remontée d'informations relative au fonctionnement de janvier à juin 2015 des 30 premières unités d'enseignement externalisées en maternelle pour enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (UEM) afin de pouvoir tirer des enseignements des premiers mois de fonctionnement de ces UEM.

Ont ainsi été analysés :

- des données budgétaires liées au fonctionnement de 26 UEM, dont 14 rattachées à un IME et 12 à un SESSAD ;
- 20 rapports d'activité synthétique répondant à une série de 8 questions « qualitatives ».

Afin d'approfondir ces premières données, une seconde remontée d'information vous est demandée pour l'année 2015 en année pleine (soit la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2015), notamment pour ce qui concerne les données budgétaires ou les éléments qualitatifs qui mériteraient d'être précisés, avec une transmission attendue au plus tard le 15 juin 2016 à l'adresse suivante : DGCS-HANDICAP@social.gouv.fr. Pour ce faire, vous voudrez bien remplir le tableau 5 et les éléments qualitatifs demandés dans la partie « remontées 2015 » en fin de document.

##### 2. Analyse synthétique des premières données

Sur 6 mois de fonctionnement, le budget de référence s'élève à 140 000 € par UEM. Pour la majorité des UEM (17 sur 20 remontées exploitables) le budget consommé est inférieur à 130 000 €. Cette donnée concernant la consommation des budgets alloués aux UEM sera à confirmer par la seconde remontée qui portera sur la totalité de l'année 2015.

Comme attendu, ce sont bien les charges de personnel qui constituent la majorité des dépenses de fonctionnement des UEM. Cependant, sont observés des écarts à la marge concernant des rémunérations complémentaires accordées à du personnel enseignant par des ESMS, qui amènent à rappeler que les ESMS n'ont pas vocation à financer du temps d'enseignant en UEM, les postes enseignants étant mis à disposition par l'Education nationale comme précisé dans le cahier des charges des UEM.

Les demandes des communes concernant la participation aux frais de fonctionnement de l'école sont limitées et dans la majorité des cas, les tarifs de cantine appliqués aux élèves de l'UEM sont les mêmes que ceux de la commune. Ces éléments traduisent la qualité du partenariat au niveau local et la bonne mise en œuvre des recommandations du cahier des charges.

Les dépenses de transport, très hétérogènes, sont difficilement exploitables sans éléments concernant les organisations mises en place et l'éloignement géographique élèves/école pour chaque UEM.

Les rapports d'activité synthétiques ont quant à eux montré que deux types de pratiques nouvelles liées à l'accompagnement d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme, à savoir la guidance parentale à domicile et la supervision des pratiques, restent encore à améliorer. En effet, la guidance familiale n'apparaît pas comme étant proposée à domicile de façon systématique, et les durées mensuelles de supervision varient de 1 à 10 (de 2 à 21 heures), témoignant d'une grande diversité des pratiques.

### 3. Analyse détaillée des données budgétaires et des rapports d'activité synthétique

#### *Observations générales concernant les données budgétaires transmises :*

Sur les 26 UEM pour lesquelles un retour a été transmis, on relève que 6 ont communiqué des données budgétaires en année pleine, ne répondant pas entièrement à la demande d'un « retour sur l'exécution budgétaire » sur la période du « 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2015 » (annexe 3 de la circulaire budgétaire 2015).

Le plan autisme prévoit un budget de 280 000 € par an et par UEM pour la scolarisation de 7 enfants (crédits de l'assurance maladie) ainsi que la création des postes d'enseignants spécialisés correspondant (crédits du ministère de l'Éducation nationale). La remontée portant sur 6 mois de fonctionnement, le budget de référence s'élève à 140 000 €.

Si l'on neutralise les établissements ayant communiqué des données en année pleine, les charges de fonctionnement ont varié de 97 896€ à 159 961€ pour la période de 6 mois, et ont été :

- inférieures à 120 000 € pour 7 UEM ;
- comprises entre 120 000 et 130 000€ pour 10 UEM ;
- supérieures à 140 000€ pour 3 UEM.

Au moins 3 ARS ont délégué des crédits non reconductibles pour appuyer le démarrage des UEM.

17 UEM (sur les 20 pour lesquelles les données sont exploitables) ont consommé un budget inférieur à 130 000 €. Cette donnée concernant la consommation des budgets alloués aux UEM sera à confirmer par l'étude de la remontée concernant la première année pleine de fonctionnement (2015).

#### *Concernant les enfants scolarisés*

128 enfants ont été scolarisés dans les 20 UEM ayant produit un rapport d'activité synthétique, soit une moyenne de 6,4 enfants par classe, un écart de 2 à 7 enfants et un taux de remplissage global de 91 % à la date du retour de ce rapport. A cette date, 5 UEM sur 20 (soit un quart) n'ont pas un taux de remplissage de 100 %, ce qui est compatible avec une période de montée en charge.

Les années de naissance des enfants s'étalent de 2008 à 2012, avec un pic de 55 % d'enfants nés en 2010, pour une rentrée en 2014. Il convient de souligner que cette fourchette d'âges d'entrée dans le dispositif n'est pas totalement en adéquation avec les recommandations du cahier des charges des UEM. Cette situation peut sans doute être expliquée par le démarrage de ces unités.

#### *Concernant l'inscription de l'UEM dans l'école*

##### *Les locaux*

6 ESMS ont indiqué louer les locaux de l'UEM à la commune. Cependant, seuls 3 affichent des montants de loyers, qui varient de 1 500€ à 5 000 € pour cette période de 6 mois. 19 UEM bénéficient de locaux mis à disposition (absence de réponse pour une UEM).

21 ESMS ont réalisé des dépenses d'investissement et/ou d'ameublement et/ou d'achat de matériel pédagogique liées au fonctionnement de l'UEM. Seules 5 communes ont sollicité la participation de l'établissement au paiement des fluides et de l'entretien.

##### *La restauration*

Les enfants de 25 UEM déjeunent à la cantine (tout ou partie du groupe classe). Pour la 26<sup>e</sup>, l'école ne propose aucune cantine.

Pour 11 UEM sur 20, les lieux et horaires de déjeuner sont les mêmes que pour l'ensemble des autres élèves; pour 5, les déjeuners ont lieu dans les mêmes lieux mais en horaires décalés; pour 2, les déjeuners ont lieu aux mêmes horaires mais dans des locaux séparés; et pour 2, les déjeuners ont lieu au sein de l'UEM.

Il est à noter, cependant, que les conditions des repas peuvent être aménagées au cas par cas pour certains enfants, en fonction de leurs troubles alimentaires et de leur projet personnalisé d'intervention.

Le coût des repas est identique à celui des élèves de la commune pour les enfants de 10 UEM sur les 12 ayant répondu à la question.

Les demandes des communes concernant la participation aux frais de fonctionnement de l'école sont limitées, ce qui s'inscrit dans la démarche partenariale proposée dans le cahier des charges des UEM.

### *Concernant le personnel*

Le taux d'encadrement minimal de 0.7 ETP par élève préconisé dans le cahier des charges (en tenant compte de l'enseignant spécialisé) est respecté dans 24 UEM.

La majorité des enseignants – 16 sur les 18 questionnaires pour lesquels l'item est renseigné – a une qualification correspondant au certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (CAPA-SH). Parmi ceux-ci, une majorité – 12 sur 16 – a une option D (enseignement « troubles importants des fonctions cognitives »), un enseignant a une option E (enseignant chargé des aides spécialisées) et pour 2 enseignants l'option n'est pas précisée.

Si l'on exclut l'enseignant spécialisé, les ETP varient de 2,50 à 7,50, les deux tiers des UEM employant de 4 à 6 ETP. Si l'on considère plus spécifiquement les ETP socio-éducatifs, ceux-ci varient de 1,90 à 6,30 ETP, plus de la moitié des UEM employant de 3 à 5 ETP socio-éducatifs.

Si l'on recoupe les informations communiquées dans la remontée budgétaire et dans la remontée qualitative, quatre ESMS précisent verser un complément de rémunération à l'enseignant intervenant au sein de l'UEM, sans que l'objet en soit spécifié.

5 UEM indiquent la participation d'AESH (accompagnants des élèves en situation de handicap) ou d'AVS-co (auxiliaires de vie scolaire collectifs) dans le fonctionnement de l'UEM dont 2 qui les incluent dans leurs ETP, ce qui n'est pas en conformité avec la réglementation en cours. En effet, ces personnels sont dédiés à l'accompagnement d'élèves en milieu ordinaire de scolarisation et non pas en unités d'enseignement même si celles-ci se trouvent localisées dans une école pour favoriser les passerelles vers ce milieu ordinaire.

Plusieurs UEM évoquent l'intervention d'autres professionnels que ceux de l'équipe UEM auprès des enfants. Cependant, toutes ne semblent pas faire clairement la distinction entre une intervention complémentaire sur le temps scolaire et une intervention en dehors de ce temps exercée par un intervenant de l'ESMS dont fait partie l'UEM.

Par ailleurs, 6 UEM sur 20 accueillent 1 ou plusieurs stagiaires.

Les charges de personnel constituent la majorité des dépenses de fonctionnement des UEM. Aussi, 60 % à 95 % des dépenses engagées pour le fonctionnement des UEM ont été consacrées aux dépenses de personnel, 22 UEM ayant affecté de 75 % à 90 % de leurs dépenses au groupe 2. Les écarts à la marge observés concernant la rémunération du personnel enseignant par des ESMS et la mobilisation d'AESH dans les UEM ne sont pas conformes au cahier des charges des UEM.

### *Concernant l'activité de l'équipe*

16 UEM assurent un temps d'intervention le mercredi ou le samedi.

8 UEM sur 20 consacrent du temps d'intervention aux temps périscolaires. 3 UEM l'ayant programmé dans leur projet initial ne l'ont pas mis en œuvre.

5 UEM assurent un temps d'intervention consacré aux activités liées aux nouveaux rythmes scolaires. 4 UEM l'ayant programmé dans leur projet initial ne l'ont pas mis en œuvre.

15 UEM consacrent du temps d'intervention lors des congés scolaires. 1 UEM l'ayant programmé dans son projet initial ne l'a pas mis en œuvre.

### *Concernant la guidance parentale à domicile*

L'ensemble des UEM disent consacrer du temps d'intervention à la guidance familiale à domicile.

Cependant, selon les commentaires, il n'apparaît pas que cette guidance soit proposée à domicile par toutes les UEM. Il est possible qu'il y ait une confusion entre « guidance parentale » et « guidance parentale à domicile ».

### *Concernant la supervision*

2 UEM sur les 19 ayant répondu à cet item, n'ont pas mis en place de supervision.

Pour les 17 autres, cette supervision est assurée par 1 psychologue.

Toutefois, le temps de supervision mensuel varie de 2 à 21 heures, soit un écart de 1 à 10. Une telle disparité amène à interroger les pratiques sous-jacentes.

### *Concernant les transports*

20 ESMS déclarent prendre en charge les transports des enfants et 19 affichent des coûts liés à cette activité, que ce soit par le biais d'ETP de chauffeur (3 UEM), de frais imputés au transport d'usagers (14 UEM) ou les deux dépenses combinées (2 UEM).

Les dépenses imputées sur la ligne transport des usagers vont de 2 107 € à 17 820 € (pour les ESMS qui ne déclarent pas d'ETP chauffeur), soit :

- 9 UEM affichant des montants inférieurs à 9 000 €;
- 5 UEM des montants supérieurs à 15 000 €.

Plusieurs ESMS affichent également des dépenses de « locations mobilières » qui peuvent correspondre à des locations de véhicules.

Ces dépenses très hétérogènes sont difficilement exploitables. Dans le cadre de la seconde remontée d'information, des précisions concernant les organisations mises en place et l'éloignement géographique des élèves par rapport à l'école seraient appréciées.

*Remontées demandées au 15 juin 2016: trame du rapport d'activité synthétique d'une unité d'enseignement en maternelle.*

Le rapport d'activité synthétique constitue la partie qualitative du questionnaire sur le fonctionnement en année pleine des 30 premières UEM ouvertes en 2014, la partie budgétaire figurant dans le tableau 4 de cette même circulaire.

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'UEM;
- expliciter, le cas échéant, les points abordés dans le tableau de remontée d'exécution budgétaire au 31 décembre.

En complément des éléments budgétaires demandés dans le tableau 4 de cette même circulaire, le rapport d'activité synthétique devra répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est l'année de naissance des enfants accueillis 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. Si le transport des enfants est assuré par l'ESMS, préciser quelle organisation est mise en place et les distances entre le domicile de l'enfant et l'école.
4. Dans l'équipe intervenant auprès des élèves de l'UE, préciser le nombre de professionnels en formation (stagiaires) au 31 décembre 2015 :
  - en plus de l'équipe permanente;
  - au sein de celle-ci.
5. Existe-t-il des professionnels intervenant auprès des élèves de l'UE et ne figurant pas dans le tableau 4 ? Si oui, précisez le type de professionnel et l'intervention réalisée ainsi que le nombre d'enfants concernés (groupe classe ou interventions individuelles).
6. Quelle est la spécialité de l'enseignant de l'UE ?
7. 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.
8. Combien d'heures mensuelles sont consacrées à la supervision ? Quelle est la fréquence de ces temps de supervision ? Quel est le profil du superviseur ?
9. 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 réponses « oui » 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 8

### UNE RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS

Lors de la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014, le Président de la République a décidé la mise en œuvre du rapport « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », remis par Denis Piveteau et désormais décliné sous la responsabilité de Marie-Sophie Desaulle. Ce rapport préconise une évolution majeure à la fois en matière d'orientation, d'évolution de l'offre d'accompagnement, de renforcement de la représentation des usagers et des pratiques des professionnels (et ce, quel que soit leur secteur d'intervention).

La démarche vise à ce que chaque personne dispose d'une solution concrète établie avec son accord. À cet effet, l'ensemble des services devront adopter une démarche professionnelle visant à l'élaboration de solutions. Pour cela, une évolution systémique des pratiques de tous les acteurs s'impose (maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), agences régionales de santé (ARS), rectorats, conseils départementaux, gestionnaires d'établissements). La coordination entre eux doit être plus étroite, l'information mieux partagée, les décisions d'orientation mieux suivies et régulièrement réévaluées, et dans les situations complexes, diverses solutions doivent pouvoir être tentées.

Le projet se décline en 4 grands axes de travail conduits en parallèle, en cohérence et en convergence. À ce stade, 24 départements sont entrés dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et le déploiement de cette approche systémique doit se faire progressivement jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018, date à laquelle l'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé devra être mis en œuvre sur l'ensemble du territoire.

#### 1. La mise en place du dispositif d'orientation permanent

Le dispositif permanent d'orientation a pour but d'accompagner le parcours des personnes en situation de handicap à travers de nouvelles modalités de travail au sein des MDPH, en collaboration étroite avec d'autres acteurs du territoire, parmi lesquels les ARS et les conseils départementaux ont un rôle majeur à jouer. Ainsi, l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé pose les conditions permettant de définir collectivement les moyens de proposer en permanence des solutions d'accompagnement adaptées aux personnes handicapées et à leurs familles dans le but notamment d'éviter les ruptures de parcours. En particulier, il organise la possibilité pour les MDPH et les personnes concernées de co-construire avec les établissements et services, ainsi que les financeurs (ARS et conseils départementaux) un plan d'accompagnement global (PAG) qui consiste en une combinaison de réponses permettant d'accompagner une personne qui n'aurait pas trouvé de place en établissement ou service, ou qui considérerait sa réponse comme inadéquate.

En particulier, il convient de souligner la place particulière que doivent occuper les établissements ou services dans la mise en œuvre du dispositif permanent d'orientation, en ce qu'ils :

- participent au groupe opérationnel de synthèse sur convocation du directeur de la MDPH ;
- s'engagent, le cas échéant, à accompagner la personne et sont identifiés nominativement dans le plan d'accompagnement global ;
- doivent motiver, le cas échéant, les refus d'admission, qui sont ensuite transmis notamment à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Il vous appartient donc, à l'occasion de la conclusion des CPOM avec les ESMS accueillant des personnes handicapées, d'apporter une attention particulière au respect de ces obligations et à l'accueil des personnes handicapées dans une situation complexe et à l'engagement de ces derniers à mieux s'adapter aux diverses situations. En particulier, j'appelle votre attention sur le fait que la politique d'admission constitue une thématique essentielle dans le cadre du dialogue de gestion que vous menez avec les ESMS intervenant dans le champ du handicap.

Par ailleurs, l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit, qu'en tant que de besoin, la MDPH peut solliciter l'ARS pour la mise en œuvre d'un PAG. Dans ce cadre, vous êtes invités à poursuivre les actions d'ores et déjà engagées en cas de surcoût éventuel généré par l'accueil des personnes dans une situation complexe de handicap, à savoir :

- 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);

- utiliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour garantir plus durablement l'accompagnement de ces situations complexes (*cf.* paragraphe 1.1.4);
- 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.

Enfin, afin de faciliter l'élaboration du plan d'accompagnement global et sa mise en œuvre, l'article 89 prévoit également que l'autorité ayant délivré l'autorisation à un ESMS peut autoriser son titulaire à y déroger.

## 2. Le déploiement d'une réponse territorialisée

La mise en œuvre d'une politique de santé territorialisée orientée vers une stratégie de mise en place des parcours de vie doit permettre de répondre de manière plus adaptée et personnalisée aux besoins des personnes particulièrement lorsque les situations sont complexes, d'offrir de véritables parcours et d'éviter les ruptures de prise en charge et d'accompagnement.

Pour cela, les ARS sont invitées à travailler dans le cadre d'un partenariat fort notamment avec les conseils départementaux et les rectorats, à la complémentarité et la mise en cohérence de leurs stratégies.

Pour décliner leur politique au plus près de la réponse aux besoins des personnes, il importe de faire évoluer l'offre sanitaire et médico-sociale pour passer d'une logique de places à une logique de réponse globale apportée à la personne. Ainsi, dans le cadre de la contractualisation entre les ARS et les établissements et services sanitaires et médico-sociaux (*cf.* annexe 11), plusieurs thématiques apparaissent essentielles :

- La politique d'admission des ESMS (*cf.* paragraphe 1);
- La prise en compte des projets individuels des usagers accueillis au-delà du projet d'établissement;
- La formation des professionnels intervenant au sein des établissements;
- Les partenariats avec les autres acteurs (éducation nationale, établissements de santé, etc.).

Afin de faire évoluer l'offre médico-sociale pour répondre de façon souple et individualisée aux besoins évolutifs des personnes et de leur famille, l'instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap vise à développer des pôles de compétences et de prestations externalisées. Ceux-ci viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, dans une visée inclusive permettant à la personne d'être accompagnée selon ses besoins et ses compétences sur son lieu de vie. Ils s'adressent à l'ensemble des situations de handicap qui, compte tenu de besoins spécifiques des personnes ou de leur complexité, nécessitent d'adjoindre aux réponses médico-sociales existantes, les compétences expertes d'intervenants exerçant au sein de ces pôles, à titre salarié ou libéral. Dans ce cadre, les pôles permettent également d'assurer aux personnes handicapées, l'accès à des prestations de professionnels dont les qualifications sont reconnues et leurs pratiques conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur.

L'offre de pôles de compétences et de prestations externalisées a d'autant plus d'impact qu'elle s'inscrit dans une palette d'interventions multiples et diversifiées existantes dans les territoires et permet notamment :

- de délivrer des prestations directes auprès des usagers, faisant intervenir des professionnels dans un cadre salarié ou libéral, dès lors que leurs qualifications professionnelles sont reconnues et leurs pratiques conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur;
- de délivrer des prestations auprès des familles et des aidants, telles que la guidance parentale;
- la formalisation d'un projet individuel d'accompagnement fondé sur l'évaluation fonctionnelle, avec la désignation d'un référent;
- la coordination des interventions effectuées dans le cadre de ces pôles dans le cadre de la continuité du parcours des personnes concernées.

Par ailleurs, afin de favoriser ces évolutions, il importe de renforcer l'animation territoriale, la coordination des réponses.

Il s'agit également de faciliter, dans le respect des droits et des choix des personnes, les échanges et le partage d'informations entre les professionnels. Il est ainsi utile de rappeler les dispositions de l'article 96 de la loi santé, modifiant l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, qui organise ce partage d'information et dont un prochain décret d'application viendra préciser la mise en œuvre. Ainsi, dès lors qu'au moins un professionnel de santé participe à cette prise en charge, les professionnels sont considérés comme constituant une équipe de soins. Ils peuvent alors partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi social ou médico-social. Ces informations sont réputées être confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. En revanche, le partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable. Enfin, la personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant.

Pour mettre en œuvre le changement et de nouvelles organisations sur les territoires, en lien avec les actions relatives à la mise en place d'un dispositif d'orientation permanent, les sites pionniers accompagnés participeront à l'élaboration d'outils, à la capitalisation et au partage de pratiques et expériences départementales dans une dynamique d'essaimage à l'échelle des régions.

### **3. La création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs**

Les personnes concernées par un handicap, leurs familles et les associations les représentants sont celles qui peuvent, le mieux, à côté des professionnels, être en appui pour faciliter une réponse la plus adaptée possible au projet de l'enfant ou de l'adulte. Pour que cette dynamique soit à l'œuvre, il importe de renforcer l'information et la consultation des associations représentant les personnes handicapées tant au plan local dans le cadre notamment des MDPH et des futurs Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (appelés à se substituer aux CDCPH dès la publication du décret d'application de l'article 81 de la loi ASV, prévue en mai prochain), que régional dans le cadre des instances de gouvernance existantes.

Il s'agit également de valoriser l'expertise d'usage en formant des personnes vivant avec un handicap afin qu'elles puissent être présentes dans les formations des professionnels. De plus, dans les établissements et les services médico-sociaux, l'objectif est de proposer un accompagnement par des pairs à côté et en complément de l'expertise des salariés dans une dynamique de médiation ou de coaching.

Enfin, auprès des maisons départementales des personnes handicapées, en cas de difficultés, une conciliation par des personnes ayant vécu des situations similaires pourra être sollicitée par des usagers ou par l'équipe.

### **4. L'accompagnement au changement des pratiques et la formation**

L'accompagnement au changement des pratiques vise à former et à outiller l'ensemble des acteurs amenés à intervenir dans l'évaluation des besoins et l'accompagnement de la personne tout au long de son projet de vie. Il s'agit donc d'accompagner au changement les professionnels des MDPH et les acteurs amenés à travailler en collaboration avec les MDPH, mais aussi les professionnels de l'accompagnement (travailleurs sociaux, professionnels de santé, de l'éducation nationale notamment) et enfin, les aidants. Différents leviers complémentaires doivent être mobilisés dans une approche systémique pour favoriser les conditions nécessaires à la réforme.

Ainsi, s'agissant des MDPH, il s'agit de créer un environnement favorable à la mise en œuvre du dispositif permanent d'orientation, à travers notamment la simplification des tâches administratives à faible valeur ajoutée pour les usagers leur permettant de se centrer sur les orientations les plus complexes ou encore la mise en place d'un système d'information offrant le recours à des répertoires opérationnels de ressources et la possibilité d'interagir efficacement avec l'offre de services et d'établissements du territoire. Enfin, la négociation des conventions pluriannuelles entre la CNSA et les départements, ainsi que les CPOM entre les membres du GIP seront utilisés comme outils de changement des pratiques des MDPH.

Par ailleurs, l'accompagnement au changement des pratiques des professionnels intervenant tout au long du parcours de vie de la personne handicapée, notamment dans les champs sanitaire, médico-social et éducatif, constitue un élément important de la réforme et s'appuie notamment sur la formation et les évolutions des organisations et des modes d'intervention. En outre, le développement de la recherche-action ainsi que l'élaboration et la diffusion des bonnes pratiques visent également à accompagner le changement des pratiques. De même, l'information et la formation des aidants sont également des leviers essentiels pour la mise en œuvre de la démarche.

Enfin, cet accompagnement au changement des pratiques doit permettre aux personnes handicapées de prendre toute leur part aux évolutions.



Le déploiement de cette dynamique d'élaboration de solutions doit se faire progressivement jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018, date à laquelle l'article 89 devra être mis en œuvre sur l'ensemble du territoire. À ce stade, 24 départements sont entrés dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et bénéficient d'un appui du prestataire sélectionné par la CNSA. L'expérience acquise dans ces territoires pionniers servira de base à une analyse et une capitalisation des pratiques pour le déploiement de la démarche dans les autres territoires.

ANNEXE 9

PLAN DE PRÉVENTION ET D'ARRÊT DES DÉPARTS NON SOUHAITÉS  
DE PERSONNES HANDICAPÉES VERS LA BELGIQUE

Afin de mettre un terme aux départs non souhaités de personnes handicapées françaises vers la Belgique, un fonds d'amorçage de 15 millions d'euros a été prévu pour financer notamment trois types de solutions de proximité sur le territoire national :

- des interventions directes de professionnels spécialisés au domicile, dont les modalités non exhaustives vous ont été précisées par l'instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap ;
- des renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux en proximité du domicile des personnes accompagnées ou de leur famille ;
- des créations de place adaptées dans des établissements et services médico-sociaux.

Ces crédits font l'objet d'une première délégation à hauteur de 10 M€ dans le cadre de la présente circulaire. Leur utilisation devra être retracée dans l'application HAPI à l'aide de la colonne prévue à cet effet.

L'instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique décrit le processus permettant de limiter les départs non souhaités par les usagers et les familles vers les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) wallons, ainsi que les conditions d'utilisation du fonds d'amorçage. La mise en œuvre de cette procédure conditionne le recours aux crédits du fonds d'amorçage de 15 M€. Ces crédits doivent être utilisés à titre principal, le recours aux CNR étant à envisager de façon subsidiaire pour ce type de situations.

Faisant suite au pré-cadrage réalisé dans le cadre de dialogues de gestion avec les ARS, la répartition retenue pour la première tranche (*cf.* tableau n° 1) tient compte des trois critères suivants :

- le nombre d'enfants et d'adultes, originaires de la région et présents dans les établissements ou services médico-sociaux wallons avant la mise en œuvre du plan ;
- le nombre de personnes handicapées en ESMS au titre de l'amendement Creton ;
- le taux d'équipement de la région en ESMS accueillant des personnes handicapées.

La répartition de la deuxième tranche des crédits du fonds d'amorçage (5 M€) sera effectuée en fonction des éléments de suivis recueillis dans le cadre de la mission d'appui menée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). A cette fin, celle-ci a réuni un groupe de travail réunissant la DGCS, la CNSA, la CNAMTS, l'ADMDPH et deux ARS afin d'élaborer une grille de suivi.

La grille, en annexe de la présente circulaire, comportera des éléments de suivi individuel anonymisés qui devront être renseignés par la MDPH. Celle-ci vise en particulier à retracer les informations relatives à la réponse apportée à la personne (notamment le contenu du plan d'accompagnement global), ou le cas échéant, les motivations des personnes confirmant leur choix de départ vers un ESMS wallon. Cette grille sera ensuite consolidée par l'ARS pour ce qui concerne le volet identifiant les moyens financiers mobilisés pour la mise en œuvre de la solution, après accord de la famille.

Vous êtes invités à consolider les grilles de suivi individuelles et à renvoyer ces informations (à DGCS-HANDICAP@social.gouv.fr, nathalie.montangon@cnsa.fr et roselyne.masson@cnsa.fr) aux dates suivantes :

- le 15 juin 2016 ;
- le 15 septembre 2016 ;
- le 31 décembre 2016.

Par ailleurs, pour les ARS qui ne l'auraient pas encore fait, vous voudrez bien communiquer comme demandé par l'instruction du 22 janvier 2016 les coordonnées du référent que vous aurez désigné aux adresses suivantes : DGCS-HANDICAP@social.gouv.fr, nathalie.montangon@cnsa.fr.

Tableau n° 1: répartition des crédits de la première tranche de 10 M€ du fonds d'amorçage

RÉGIONS	RÉPARTITION des crédits
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	900 000
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	500 000
Auvergne-Rhône-Alpes	600 000
Bourgogne-Franche-Comté	300 000
Bretagne	250 000
Centre-Val-de-Loire	350 000
Corse	100 000
Guadeloupe	0
Guyane	200 000
Ile-de-France	2 000 000
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	550 000
Martinique	0
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	3 000 000
Normandie	350 000
Océan Indien	200 000
Pays-de-la-Loire	250 000
Provence-Alpes-Côte d'Azur	450 000
<b>Total général</b>	<b>10 000 000</b>

GRILLE DE SUIVI INDIVIDUELLE

**1. Périmètre de remplissage de la grille**

La grille de suivi individuelle est remplie pour les situations suivantes:

- les situations pour lesquelles la solution élaborée évite effectivement le départ en Belgique;
- les situations pour lesquelles:
  - le départ n'a pas pu être évité alors que la famille a formulé le souhait de rester en France;
  - la famille et la personne a exprimé le souhait d'être accueillie dans un établissement belge.

Le format de grille à remplir varie selon ces différentes situations.

- les renouvellements d'orientation vers un ESMS belge, à la demande des usagers ou de leur représentant légal famille, ne sont pas concernés par le remplissage de cette grille;
- les demandes émanant de la famille ou de la personne pour un retour en France, dans le cadre d'un renouvellement d'orientation, sont concernées.

**2. Partie commune à toutes les situations (à remplir par la MDPH)**

N° de la fiche = identifiant anonymisé - permet de tracer les dossiers examinés plusieurs fois dans l'année - importance de normer les numéros pour le suivi.

Date de la saisine et origine de la saisine:

- saisine DRSM après demande de financement prise en charge ESMS en Belgique .
- auto-saisine MDPH pour éviter départ en Belgique.

**Description de la personne**

- Date de naissance
- Sexe: M/F
- Suivi ASE: non / oui
- Placé sous protection d'une association tutélaire: non/oui
- Déficience(s) principale(s):
  - Moteur
  - Sensoriel
  - Mental
  - Psychique
  - Autisme
  - handicap rare
  - polyhandicap
  - autres
- Existence de comportements problèmes: oui / non
- Orientation CDAPH:
  - SESSAD
  - IME
  - ITEP
  - IEM
  - ESMS pour déficients sensoriels
  - ESAT
  - FH
  - FV
  - FAM
  - MAS
  - SAVS
  - SAMSAH
  - SSIAD
  - Autres

**Modalités principales de prise en charge actuelle**

- Domicile avec accompagnement
- Domicile sans accompagnement

- Établissement médico-social
- Service médico-social
- Hôpital (précisez si secteur psychiatrique)
- Autres – précisez

**Facteurs expliquant qu'un projet en Belgique est envisagé - Plusieurs réponses possibles et rang de priorisation**

- absence de place équivalente en France
- délai prévisionnel d'admission ou de mise en œuvre du PAG trop long
- insatisfaction vis à vis des méthodes proposées (dont recherche d'une scolarité spécialisée)
- passerelle entre médico-social et secteur psychiatrique semblant plus accessible
- Belgique plus accessible géographiquement que les solutions françaises disponibles
- insatisfaction vis-à-vis des rythmes d'accueil (ouverture week end vacances etc.) proposés
- hébergement lié à la scolarisation spécialisée en Belgique
- autre (préciser)

**3. Partie à remplir si départ en Belgique à la demande des familles (partie à remplir par la MDPH)**

- pour insatisfaction vis-à-vis des méthodes proposées ;
- Belgique plus accessible géographiquement ;
- insatisfaction rythmes d'accueil
- Quel type d'établissement ?

**3 bis. Partie à remplir si proposition de solution alternative - pré-PAG ou PAG  
(partie à remplir par la MDPH)**

- **Date de la proposition de plan** (GOS – commission situations critiques)
- **Date de la réponse de la famille**
- **Description de la solution proposée à échéance immédiate - Plusieurs réponses et combinaisons possibles en précisant pour chacun des items, les délais de mise en œuvre et la durée de prise en charge**
- Admission temporaire en ESMS :
  - Dont admission correspondant orientation CDAPH
  - Dont admission avec renforcement des moyens de l'ESMS
  - Dont admission avec intervention d'un autre ESMS
  - Dont admission avec intervention d'un partenaire sanitaire
  - Dont admission avec intervention d'un autre partenaire (hors ESMS et sanitaire)
- Maintien à domicile
  - Dont maintien à domicile avec renforcement des moyens
  - Dont maintien à domicile avec intervention d'un ESMS
  - Dont maintien à domicile avec intervention d'un partenaire sanitaire
  - Dont maintien à domicile avec intervention d'un autre partenaire (hors ESMS et sanitaire)
- Prise en charge d'une structure sanitaire
  - Dont prise en charge articulée avec le secteur médico-social
- Autres - Précisez
- Intervention pôle prestation externalisée
- Création place temporaire

**Désignation d'un coordonnateur du parcours? oui / non**

- Si oui quelle institution d'appartenance
  - ESMS
  - Service de soins
  - ASE
  - Équipe relais handicap rare
  - ....

**Décision de la famille: accord/refus du PAG**

- Si refus, préciser le ou les motifs connus - À chaque fois, possibilité de commentaire.

- éloignement géographique inacceptable
- délai d'attente trop long avant une solution pérenne
- désaccord sur les modalités d'intervention proposées
- doutes sur la stabilité de la réponse proposée
- organisation trop contraignante pour les aidants et les proches
- demande d'une prise en charge spécifique disponible en Belgique

#### 4. Partie à remplir par l'ARS (à l'exception – moyens mobilisés)

Solution sans financement complémentaire (cocher)

Solution avec financement complémentaire (cocher)

- Fonds d'amorçage oui/non

Si oui, valorisation financière

- CNR oui/non

Si oui, valorisation financière

- Extension/création de place hors fonds d'amorçage oui/non

Si oui, valorisation financière

- FIR oui/non

Si oui, valorisation financière

- Dérogation oui/non

Si oui

- Dérogation ARS (accueil en surnombre dans un ESMS par exemple)

- Dérogation accordée par l'assurance maladie (accord sur une double prise en charge par exemple)

- Dérogation CD (accueil en surnombre, prolongation accueil temporaire, accueil d'urgence)

- Co-financement oui/non

- Financement ASE oui/non (point à renseigner par la MDPH)

- Autres – précisez

GRILLE DE SUIVI CONSOLIDÉE PAR L'ARS TRIMESTRIELLEMENT

**1. Partie commune à toutes les situations**

**Date de la saisine et origine de la saisine :**

- Nb de saisines DRSM après demande de financement prise en charge ESMS en Belgique
- Nb auto-saisines MDPH pour éviter départ en Belgique

**Description de la personne**

- Répartition par âge
- Sexe: M/F
- Suivi ASE: non / oui
- Déficience(s) principale(s):
  - Moteur
  - Sensoriel
  - Mental
  - Psychique
  - Autisme
  - handicap rare
  - polyhandicap
  - autres
- Existence de comportements problèmes
- Orientation CDAPH:
  - SESSAD
  - IME
  - ITEP
  - IEM
  - ESMS pour déficients sensoriels
  - ESAT
  - FH
  - FV
  - FAM
  - MAS
  - SAVS
  - SAMSAH
  - SSIAD
  - Autres

**Modalités principales de prise en charge actuelle**

- Domicile avec accompagnement
- Domicile sans accompagnement
- Etablissement médico-social
- Service médico-social
- Hôpital
- Autres – précisez

**Facteurs expliquant qu'un projet en Belgique est envisagé (avec priorisation)**

- absence de place équivalente en France
- délai prévisionnel d'admission ou de mise en œuvre du PAG trop long
- insatisfaction vis à vis des méthodes proposées (dont recherche d'une scolarité spécialisée)
- Belgique plus accessible géographiquement que les solutions françaises disponibles
- insatisfaction vis-à-vis des rythmes d'accueil (ouverture week end vacances etc.) proposés
- hébergement lié à la scolarisation spécialisée en Belgique
- autre (préciser)

## 2. Partie à remplir si départ en Belgique à la demande des familles

- pour insatisfaction vis-à-vis des méthodes proposées
  - Belgique plus accessible géographiquement
  - insatisfaction rythmes d'accueil
- Quel type d'établissement ?

### 2 bis. Partie à remplir si proposition de solution alternative - pré-PAG ou PAG

#### Délai entre la date de saisine MDPH et la date de proposition du PAG à la famille

#### Description de la solution proposée à échéance immédiate (délais moyens de mise en œuvre et la durée moyenne de prise en charge)

- Admission temporaire en ESMS :
  - Dont admission correspondant orientation CDAPH
  - Dont admission avec renforcement des moyens de l'ESMS
  - Dont admission avec intervention d'un autre ESMS
  - Dont admission avec intervention d'un partenaire sanitaire
  - Dont admission avec intervention d'un autre partenaire (hors ESMS et sanitaire)
- Maintien à domicile
  - Dont maintien à domicile avec renforcement des moyens
  - Dont maintien à domicile avec intervention d'un ESMS
  - Dont maintien à domicile avec intervention d'un partenaire sanitaire
  - Dont maintien à domicile avec intervention d'un autre partenaire (hors ESMS et sanitaire)
- Prise en charge d'une structure sanitaire
  - Dont prise en charge articulée avec le secteur médico-social
- Autres - Précisez
- Intervention pôle prestation externalisée
- Création place temporaire

#### Désignation d'un coordonnateur du parcours ?

- Si oui quelle institution d'appartenance
  - ESMS
  - Service de soins
  - ASE
  - Équipe relais handicap rare
  - ....

#### Décision de la famille: accord/ refus du PAG

- Si refus, préciser le ou les motifs connus - À chaque fois, possibilité de commentaire.
  - éloignement géographique inacceptable
  - délai d'attente trop long avant une solution pérenne
  - désaccord sur les modalités d'intervention proposées
  - doutes sur la stabilité de la réponse proposée
  - organisation trop contraignante pour les aidants et les proches
  - demande d'une prise en charge spécifique disponible en Belgique

### 3. Partie à remplir par l'ARS (à l'exception –moyens mobilisés

Solution sans financement complémentaire

Solution avec financement complémentaire

- Fonds d'amorçage oui/non

Si oui, valorisation financière

- CNR oui/non

Si oui, valorisation financière

- Extension/création de place hors fonds d'amorçage oui/non

Si oui, valorisation financière

- FIR oui/non



Si oui, valorisation financière

– Dérogation oui/non

Si oui

– Dérogation ARS (accueil en surnombre dans un ESMS par exemple)

– Dérogation accordée par l'assurance maladie (accord sur une double prise en charge par exemple)

– Dérogation CD

– Co-financement oui/non

– Financement ASE oui/non (point à renseigner par la MDPH)

– Autres – précisez

–

–

## ANNEXE 10

### ENQUÊTES 2016

Les enquêtes programmées pour l'exercice 2016 sont précisées dans la présente annexe : pour deux d'entre elles, il s'agit d'enquêtes récurrentes (annuelles). Leur calendrier de remontée et la qualité des données qu'elles contiennent doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

#### 1. Calendrier des enquêtes 2016

<b>Enquête tarifaire</b>	3 Remontées : 30 juin 2016, 29 octobre 2016 et 27 janvier 2017
<b>Amendements Creton</b>	Remontée de l'enquête : 15 septembre 2016
<b>Financement des CAMSP</b>	Remontée de l'enquête : 30 mai 2016

#### 2. Présentation des enquêtes 2016

<b>Enquête tarifaire</b>	
<p>Elle vise à identifier, de manière 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 les informations extraites de l'outil SEPPIA. Cette enquête est structurante dans le cadre de la construction de la campagne de l'année suivante. Elle complète et consolide les données renseignées dans l'application HAPI en permettant aux ARS de faire remonter en cours d'année leur prévision de tarification à échéance du 31 décembre 2016.</p> <p>Pour ces raisons, cette enquête est remontée 3 fois au titre de l'exercice 2016. Vous veillerez à garantir sa fiabilité.</p>	
Exploitations	Remontées de l'enquête : <ul style="list-style-type: none"><li>– 30 juin N : prévisions de tarification au 31 décembre N ;</li><li>– 29 octobre N : actualisation des prévisions de tarification au 31 décembre N ; ces éléments seront exploités dans le cadre de la préparation des dialogues de gestion ARS-CNSA ;</li><li>– 27 janvier N + 1 : Réalisation de la tarification 2016 et répartition des crédits gagés pour définir le cadrage de la campagne 2017.</li></ul>
Points de vigilance	Le respect strict du calendrier est indispensable : <ul style="list-style-type: none"><li>– au travail d'estimation de la consommation de l'OGD en cours d'année ;</li><li>– à la préparation des dialogues de gestion de fin d'année ;</li><li>– à la construction de l'ONDAM puis de la campagne budgétaire 2017.</li></ul>
Personnes référentes	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux : Pôle allocation budgétaire ; en fonction des référents régionaux (polebudgetaire@cnsa.fr).

#### **Amendement Creton**

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 départementaux).

Exploitations	<p>Remontées de l'enquête: 15 septembre 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- remontée synthétique des données afférentes aux amendements Creton pour l'exercice 2015 par département;</li> <li>- 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.</li> </ul>
Rappels méthodologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cf. annexe 12 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 « ex ante »);</li> <li>- La recette réelle est constatée au CA (présentée dans le rapport du directeur de l'ESMS);</li> <li>- Outre le remplissage du tableau, <u>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.</u></li> </ul>
Personnes référentes	<p>CNSA, Direction Établissements et Services Médico-sociaux: Pôle allocation budgétaire (polebudgetaire@cnsa.fr)</p>

### Financement des CAMSP

Cette enquête, ponctuelle, vise à objectiver les difficultés rencontrées par les ARS pour le financement de CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce), notamment du fait de leur cofinancement assurance maladie/conseils départementaux. Elle contribuera également à identifier les solutions trouvées localement aux situations de blocage éventuellement rencontrées.

Exploitations	<p>Remontée de l'enquête: 30 mai 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse qualitative de la nature des difficultés rencontrées;</li> <li>- analyse quantitative de la fréquence de ces difficultés et du nombre de projets de création ou d'extension de CAMSP ralentis ou bloqués du fait de difficultés liées au cofinancement.</li> </ul>
Personnes référentes	<p>CNSA, direction établissements et services médico-sociaux: Pôle allocation budgétaire (polebudgetaire@cnsa.fr)</p>

## ANNEXE 11

### RÉFORME DE LA TARIFICATION DES ESMS PH

Deux articles de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 impactent fortement le régime juridique budgétaire et comptable applicable à différentes catégories d'établissements ou services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes handicapées.

Ces mesures nécessitent des dispositions réglementaires d'application, en cours de préparation. Il est cependant souhaitable que les ARS anticipent leur mise en œuvre, notamment en formant leurs personnels au nouveau format budgétaire (EPRD).

L'article 74 prévoit, d'une part, l'intégration des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) dans l'objectif global de dépenses défini à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) à partir de 2017, et d'autre part les dispositions applicables aux bénéficiaires de mises en situation en ESAT lors d'accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation.

L'article 75 comporte les dispositions suivantes :

Il consacre l'obligation de signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF, ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental<sup>1</sup>.

Le déploiement de cette mesure est prévu sur 6 ans à compter de l'année 2016. À cet effet, la programmation de la signature des CPOM sur ce laps de temps est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant conjointement avec les présidents des conseils départementaux concernés. Cet arrêté fixe la liste des établissements et services pour lesquels un CPOM doit être signé, ainsi que la date prévisionnelle de cette signature. Cette programmation est mise à jour chaque année. Le directeur général de l'ARS peut établir sa programmation au niveau régional selon des critères prenant notamment en compte, pour les premières années, le volontariat des organismes gestionnaires et leur maturité pour mettre en œuvre une pluri-annualité budgétaire (actuellement définie aux articles R. 314-39 et suivants du code de l'action sociale et des familles), ainsi que la date d'échéance des CPOM en cours couvrant ces différentes catégories d'établissements ou de services.

Comme le prévoit le 2° alinéa de l'article L. 313-12-2 modifié par l'article 75 de la LFSS pour 2016, la conclusion de ce CPOM entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État et la substitution d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) aux documents budgétaires de droit commun.

Il est à noter que les CPOM en cours d'exécution pourront, sous réserve de l'accord de l'ensemble des signataires du contrat et que ce contrat s'applique à au moins l'une des catégories d'ESMS précédemment énumérées, faire l'objet d'un avenant afin de soumettre ce contrat aux nouvelles dispositions de l'article L. 313-12-2. Le contrat modifié devra ainsi obligatoirement définir des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge et prévoir une pluri-annualité budgétaire. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, les établissements ayant signé un CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 présenteront leur budget sous la forme d'un EPRD. Cet avenant prendra effet l'année qui suit la date de sa signature. Il ne peut cependant proroger la durée du contrat en cours, limitée à 5 ans.

Indépendamment, à partir de 2017, que les ESMS soient financés en prix de journée ou en dotation globale, la décision tarifaire fixe dans le cadre de l'année en cours le(s) tarif(s) de reconduction provisoire(s) applicable(s) au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit, dans des conditions prévues par décret.

Enfin, l'article 75 de la LFSS pour 2016 crée un nouvel article L. 164-22-2 au code de la sécurité sociale. Le délai de prescription des créances au titre des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie des établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF est ramené à un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse, ou à trois mois à compter du premier jour du mois suivant celui où la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a été notifiée à l'établissement, si cela conduit à appliquer une échéance plus tardive. Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en

<sup>1</sup> Soit les catégories d'ESMS suivantes : les IME, les ITEP, les SESSAD, les CMPP, les CRP, les CPO, les SSIAD, les MAS, les ESAT, les FAM, les SAMSAH.

recouvrement des prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. Il conviendra que vous attiriez l'attention des ESMS de votre région sur ce changement qui nécessite une adaptation de leurs pratiques de facturation.

## ANNEXE 12

### RÉFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

L'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement réforme en profondeur la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Cet article rénove la démarche de contractualisation à travers la substitution d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite. Il prévoit que le gestionnaire d'un EHPAD doit conclure un CPOM avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS concernés ; lorsqu'un organisme gère plusieurs EHPAD situés dans le même département, un CPOM est conclu pour l'ensemble de ces établissements. Sous réserve de l'accord des autorités compétentes, ce CPOM peut aussi inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région.

De plus, le CPOM prévu à l'article 58 peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant du président du conseil départemental ou du directeur général de l'ARS, lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. La possibilité de signer des CPOM pluri-établissements ou services encourage la logique de mutualisation sur des fonctions telles que la restauration, blanchisserie, nettoyage, informatique et le partage de professionnels tels que les infirmiers, les fonctions support (siège social, direction générale, services gérés en commun). Ces CPOM pluri-établissements favorisent également la logique de parcours des publics accompagnés en fluidifiant les prises en charge entre les différentes catégories de structures et modalités de prise en charge : EHPAD, accueil de jour, hébergement temporaire, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

La loi prévoit des dispositions transitoires afin d'étaler la montée en charge du dispositif sur une période de 5 ans de 2017 à 2021. Le directeur général de l'ARS et le président de conseil départemental doivent arrêter une programmation conjointe au plus tard le 31 décembre 2016. Cette programmation devra être mise à jour annuellement. En 2016, il convient de procéder selon les modalités habituelles à la prorogation ou au renouvellement des conventions tripartites échues.

Un dispositif de sanction est introduit par la loi, en cas de refus de l'organisme gestionnaire de contractualiser, dont les modalités d'application doivent être définies par décret. La sanction prévue est une minoration du forfait soins dans la limite de 10 %.

À l'instar de la CTP dont le contenu répondait à un cahier des charges, le CPOM rénové par l'article 58 devra respecter un cahier des charges comprenant un modèle de contrat qui sera établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale.

Le CPOM devra définir des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Il fixera les obligations respectives des cocontractants et les modalités de suivi sous forme d'indicateurs.

En outre, l'article 58 réforme la tarification des EHPAD en introduisant un pilotage par les ressources avec le passage à un financement forfaitaire des soins reposant sur l'équation tarifaire GMPS. Le forfait global de soins est calculé à partir d'une équation tarifaire pour l'hébergement permanent sur la base d'un GMPS validé au 30 juin N - 1. Il comprend également des financements complémentaires relatifs notamment à certaines modalités d'accueil et il prend en compte l'activité de l'établissement. Concernant les EHPAD nouvellement créés, ce forfait est calculé sur la base du GMP moyen départemental et du PMP moyen national, le GMPS est validé au plus tard dans les deux ans suivant l'ouverture.

Concernant le financement de la dépendance, la loi prévoit un forfait global prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État.

Enfin, l'article 58 de la loi portant adaptation de la société au vieillissement comporte des dispositions transitoires. Concernant l'hébergement permanent, il est prévu une convergence vers le forfait soins, issu de l'équation tarifaire, sur une période de 7 ans (2017-2023). Les financements complémentaires sont reconduits et actualisés annuellement en fonction d'un taux déterminé par arrêté dans l'attente de la signature du CPOM.

Dès 2017, les EHPAD seront exonérées de la procédure budgétaire contradictoire sur le forfait soins et devront utiliser un nouveau cadre de présentation budgétaire : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Les établissements autorisés à dispenser des soins longue durée ne sont pas concernés par cette réforme.

Ces mesures nécessitent des dispositions réglementaires d'application, en cours de préparation et dont la publication est prévue en septembre 2016. Des représentants des ARS participent aux groupes de travail.

## ANNEXE 13

### STRATÉGIE POUR LA RÉNOVATION DU SECTEUR DE LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

Lors de la Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014, le Président de la République a fait de la formation des personnes handicapées une priorité permettant de faciliter leur insertion professionnelle. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a en conséquence engagé des travaux en co-pilotage avec la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) et en concertation étroite avec les fédérations et organisations représentatives concernées (FAGERH, FEHAP, UNIOPSS, UGECAM, L'ADAPT et ONAC-VG) visant à élaborer une stratégie de rénovation de la réadaptation professionnelle pour les personnes handicapées.

Ces travaux qui se poursuivent en 2016 et associent la CNSA et plusieurs représentants d'ARS (Aquitaine, Bretagne, Île-de-France, Limousin et Auvergne) ont été entrepris dans le contexte particulier de la loi du 5 mars 2014 qui a transféré, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, aux régions la formation professionnelle des personnes handicapées et le financement de la rémunération des stagiaires en établissement de réadaptation professionnelle.

La stratégie pour la rénovation du secteur de la réadaptation professionnelle comporte plusieurs volets :

- mieux articuler les compétences des ARS en matière de programmation de l'offre de réadaptation professionnelle, avec celles des conseils régionaux en matière de programmation de la formation professionnelle des personnes handicapées et de rémunération des stagiaires;
- développer les partenariats des établissements de réadaptation professionnelle pour diversifier l'offre de réadaptation professionnelle et les modalités de mise en œuvre des prestations;
- renforcer la place de la réadaptation professionnelle dans la gouvernance de la formation professionnelle;
- améliorer l'évaluation et l'orientation des travailleurs handicapés vers la réadaptation professionnelle.

#### **1. Mieux articuler les compétences des ARS en matière de programmation de l'offre de réadaptation professionnelle, avec celles des conseils régionaux en matière de programmation de la formation professionnelle des personnes handicapées et de rémunération des stagiaires**

Plusieurs lois récentes ont modifié ou mis en place des outils qui relèvent de la compétence des ARS ou des régions et qui ont un impact sur le secteur de la réadaptation professionnelle. La coordination des autorités compétentes, conseil régional et ARS, constitue un enjeu essentiel pour garantir la cohérence des différents « agréments » et outils de contractualisation et de planification.

S'agissant des ARS, les centres de réadaptation professionnelle ainsi que les écoles de reconversion professionnelle font partie intégrante de l'offre médico-sociale. À cet égard, il convient de souligner qu'en vertu de l'article 75 de la loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui prévoit (art L. 313-12-2 CASF), les établissements de réadaptation professionnelle « font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [...] qui définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge ». En outre, l'article 158 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit (articles L. 1434-2 et L. 1434-3 du CASF) qu'un « schéma régional de santé, établi pour cinq ans [...] fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre » des CRP/ERP « sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux ».

S'agissant des régions, la loi du 5 mars 2014 sur la formation professionnelle, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015 prévoit (article L. 5211-2 du code du travail) que la région est chargée, dans le cadre du service public régional de la formation professionnelle auquel participent les CRP/ERP (article L. 5211-3 du même code) de définir et de mettre en œuvre, en concertation notamment avec l'État, le service public de l'emploi (SPE) et les associations représentatives des personnes handicapées, un « programme régional d'accès à la formation et à la qualification professionnelle des personnes handicapées ». Ce programme recense et quantifie les besoins de développement de compétences en s'appuyant « sur le diagnostic intégré dans le plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés » (PRITH).

La région est par ailleurs seule compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 pour financer la rémunération des stagiaires en CRP/ERP et délivrer à cet effet pour chaque établissement un agrément de rémunération permettant aux travailleurs handicapés accueillis d'être rémunérés pendant toute la durée de leur stage (articles L. 6341-3 et L. 6341-4 du même code).



Les ARS sont donc invitées à conclure avec le conseil régional une convention comportant un volet sur la réadaptation professionnelle, afin d'élaborer un diagnostic partagé à la fois quantitatif et qualitatif des besoins du territoire et de définir une stratégie coordonnée permettant notamment de garantir la cohérence entre l'autorisation délivrée à la structure (qui fixe le nombre de places d'accueil autorisées) et l'agrément rémunération de la région (qui fixe un effectif de stagiaires et un volume d'heures de formation donnant lieu à rémunération).

Cette convention entre l'ARS et le Conseil régional devra prendre appui sur le schéma régional de santé et les CPOM conclus par l'ARS avec les organisations gestionnaires d'établissements de son ressort territorial ainsi que sur le « programme régional d'accès à la formation et à la qualification professionnelle des personnes handicapées » établi à partir du diagnostic intégré dans le PRITH.

Ce conventionnement doit permettre notamment de concilier au mieux les besoins des personnes handicapées avec ceux des acteurs économiques de la région. Néanmoins, cela n'exclut pas, dans le cadre de partenariats entre plusieurs régions, de prévoir la possibilité pour les CRP/ERP de former des travailleurs handicapés à des métiers qui ne sont pas en tension dans la région d'implantation des établissements, mais qui offrent pour les personnes handicapées concernées des débouchés professionnels dans d'autres régions administratives, voire en dehors du territoire métropolitain (en Outre-mer pour les personnes originaires des Antilles-Guyane et Réunion qui n'ont qu'un CRP en Guadeloupe) ou national (dans des pays frontaliers).

## **2. Développer les partenariats des établissements de réadaptation professionnelle pour diversifier l'offre de réadaptation professionnelle et les modalités de mise œuvre des prestations**

Le développement de partenariats des établissements de réadaptation professionnelle constitue un levier important permettant de diversifier l'offre de réadaptation professionnelle et les modalités de mise œuvre des prestations et ainsi pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et des acteurs économiques.

Trois niveaux de partenariats sont à développer :

- avec les organismes de formation ordinaires ;
- avec les autres établissements et services médico-sociaux et le secteur sanitaire ;
- avec les MDPH et les organismes spécialisés dans l'insertion des personnes handicapées.

### *2.1. Le développement des partenariats avec les organismes de formation de droit commun*

La loi du 5 mars 2014 sur la formation professionnelle, qui vise à renforcer l'efficacité des différents dispositifs de formation, précise à cet effet que le « programme régional d'accès à la formation et à la qualification professionnelle des personnes handicapées » défini et mis en œuvre par la région, en concertation avec l'État, le service public de l'emploi et les associations représentatives des personnes handicapées, doit faciliter « la coordination entre les organismes de formation ordinaires et les organismes spécialement conçus pour la compensation des conséquences du handicap ou la réparation du préjudice ».

Les ARS sont donc invitées, dans le cadre de la négociation des CPOM conclus avec des organisations gestionnaires de CRP/ERP, à inciter ces établissements à développer des relations partenariales avec des organismes de formation de droit commun (notamment centres AFPA, GRETA), voire des centres de formation d'apprentis (CFA) ou bien encore des entreprises.

Ces partenariats peuvent consister notamment dans la mise en place d'équipes mobiles (CRP hors les murs), qui dans le cadre d'une convention réalisent des prestations hors de leur établissement, notamment en intervenant dans plusieurs lieux différents auprès d'organismes de formation de droit commun afin d'assurer le ou les accompagnements nécessaires des personnes handicapées en amont et en aval de la formation suivie au sein de ces organismes. Plus largement, ce partenariat permet aux équipes de mettre à disposition de ces organismes leur expertise en matière de prise en charge de personnes handicapées, quel que soit le handicap ou la déficience.

Il peut s'agir également d'actions d'accompagnement professionnel de jeunes de 16 à 25 ans avec des prestations d'évaluation, d'orientation, de formation préparatoire et qualifiante assurées soit en établissement de réadaptation professionnelle ou en appui à des organismes de formation, des centres de formation d'apprentis ou des missions locales.

### *2.2. Le développement des partenariats avec les autres établissements et services médico-sociaux et le secteur sanitaire*

Des organisations gestionnaires de CRP ont expérimenté depuis plusieurs années des actions visant à impliquer ces établissements dans des prestations d'évaluation, d'orientation et d'appui à des projets professionnels de travailleurs handicapés en ESAT ou de jeunes adultes en « IME/IMPRO », consistant à terme à occuper un emploi en milieu ordinaire de travail, le cas échéant à

l'issue d'un complément de formation, voire d'une formation qualifiante ou diplômante. Il en est de même des partenariats avec des structures qui accueillent ou accompagnent de jeunes adultes, telles les ITEP et les SESSAD.

De telles initiatives peuvent être encouragées par les ARS notamment dans le cadre de la conclusion des CPOM. En effet, les savoir-faire des CRP peuvent largement contribuer, conformément aux objectifs fixés par les pouvoirs publics, à faciliter les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire de travail. Il convient toutefois d'insister sur la nécessité qu'une telle démarche se concentre sur les personnes handicapées qui ont un projet professionnel d'insertion en milieu ordinaire.

En outre, il convient d'être vigilant à ce que de telles initiatives, pour ce qui concerne notamment les travailleurs handicapés en ESAT, ne se substituent aux dispositions du CASF qui prévoit un financement des actions de formation dont ils bénéficient en contrepartie d'une contribution à un OPCA compensée par l'État.

S'agissant des partenariats avec le secteur sanitaire, il importe également de faciliter l'accompagnement par des établissements de réadaptation professionnelle de personnes faisant l'objet d'une prise en charge sanitaire, notamment en psychiatrie ou en rééducation fonctionnelle, pour éviter des ruptures de parcours, avec notamment la possibilité de proposer des prestations en amont d'une décision MDPH, par exemple d'une RQTH.

### *2.3. Le développement des partenariats avec les MDPH et les organismes spécialisés dans l'insertion des personnes handicapées*

La stratégie de rénovation vise à remobiliser le secteur de la réadaptation professionnelle sur ses missions de coopération territoriale, en particulier avec les MDPH et le réseau Cap Emploi, telles qu'elles sont d'ores et déjà prévues par le CASF et le code du travail. Ces partenariats doivent contribuer à améliorer l'orientation professionnelle en MDPH.

Ainsi, la participation de professionnels des CRP/ERP aux équipes pluridisciplinaires des MDPH prévue à l'article R 146-27 du CASF doit être encouragée et devenir plus systématique. A ce jour, seulement quelques CRP/ERP participent à l'équipe pluridisciplinaire d'une MDPH et de grandes disparités sont observées au sein d'une même région où sont implantés ces établissements.

De même, la contractualisation des CPO avec les MDPH et les CAP emploi de proximité afin de coordonner les interventions auprès des personnes handicapées, prévue à l'article R. 5213-8 du code du travail (qui reprend l'ancien article L 323-11 issu de l'article 26-3 de la loi de 2005) doit faire l'objet d'une attention particulière. Elle conditionne en effet la coordination des acteurs dans leurs interventions auprès des personnes handicapées.

Le nécessaire renforcement des missions territoriales des CRP/ERP en particulier doit passer également par des conventions avec les MDPH pour développer l'information des professionnels des MDPH et du public, les échanges entre les professionnels des MDPH et ceux des CRP/ERP, ainsi que la mise à disposition par les CRP/ERP de données de pilotage (données individuelles avec un bilan pour chaque stagiaire, tableaux de bord avec des indicateurs de suivi d'activités et des publics accueillis, etc).

Les travaux conduits depuis 2015 en vue d'élaborer une stratégie d'évolution du secteur de la réadaptation professionnelle ont d'ores et déjà permis, avec l'appui de plusieurs ARS et des fédérations et organisations représentatives, d'identifier dans les territoires plusieurs bonnes pratiques partenariales (en particulier en Basse-Normandie, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Limousin, Pays de Loire, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne).

Les ARS sont invitées à diffuser ces bonnes pratiques partenariales auprès de l'ensemble des établissements de leur ressort territorial pour en faciliter l'appropriation et la mise œuvre par un plus grand nombre d'établissements du secteur.

Plus largement, et pour diversifier l'offre de réadaptation professionnelle et les modalités de mise œuvre des prestations, il importe que les ARS, dans le cadre du CPOM qui « définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge » sensibilisent les organisations gestionnaires de CRP/ERP sur la possibilité qui leur est donnée, dans le cadre d'une mise en œuvre opérationnelle au sein du secteur du décret du 9 janvier 2006 sur la formation des personnes handicapées, d'accueillir ces personnes handicapées à temps complet ou à temps partiel, sous forme continue ou séquentielle, en présentiel ou à distance, selon les besoins du public accueilli.

Or, il apparaît nécessaire d'accroître la flexibilité des dispositifs de réadaptation professionnelle (temps partiel, accueil en discontinu, etc) pour mieux répondre aux attentes et besoins de personnes ayant certains handicaps (par exemple : certains troubles psychiques, incapacité à maintenir une station assise prolongée sur une même journée).

### **3. Renforcer la place de la réadaptation professionnelle dans la gouvernance de la formation professionnelle, notamment au plan régional**

La place de la réadaptation professionnelle dans le cadre des instances de gouvernance de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles instituées par la loi du 5 mars 2014, apparaît essentielle au sein du comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles (CREFOP), au niveau de la représentation de l'État et de celle du secteur et de ses usagers.

Pour mémoire, l'article R.6123-3-3 du code du travail permet au préfet de région de désigner l'ARS en qualité de représentant de l'État au sein de cette instance.

En tout état de cause, les ARS sont invitées à prendre connaissance des projets présentés au CREFOP et des avis qu'il émet, dès lors qu'ils sont susceptibles d'avoir un impact sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées.

TABLEAU 1 – DÉTERMINATION DE LA BASE INITIALE AU 01/01/2016 SUR LE CHAMP « PERSONNES ÂGÉES »



PERSONNES ÂGÉES Formules	DRL au 10/04/2015	Permanents syndicaux	Etude nationale de coût en EHPAD	DRL au 31/12/2015	Opérations de fongibilité	DRL au 01/01/2016
	1	2	3	4=1+2+3	5	6=4+5
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	794 846 641 €	0 €	-375 309 €	794 471 332 €	247 500 €	794 718 832 €
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	1 072 070 691 €	-20 319 €	-220 770 €	1 071 829 602 €	0 €	1 071 829 602 €
Auvergne-Rhône-Alpes	1 223 994 327 €	-20 132 €	-176 616 €	1 223 797 579 €	0 €	1 223 797 579 €
Bourgogne-Franche-Comté	531 758 564 €	0 €	-44 154 €	531 714 410 €	0 €	531 714 410 €
Bretagne	623 893 819 €	0 €	-66 231 €	623 827 588 €	0 €	623 827 588 €
Centre-Val-de-Loire	469 528 756 €	0 €	-22 077 €	469 506 679 €	0 €	469 506 679 €
Corse	36 248 631 €	0 €	0 €	36 248 631 €	0 €	36 248 631 €
Guadeloupe	31 618 861 €	0 €	0 €	31 618 861 €	0 €	31 618 861 €
Guyane	8 694 522 €	0 €	0 €	8 694 522 €	0 €	8 694 522 €
Ile-de-France	1 114 419 422 €	-85 895 €	-132 462 €	1 114 201 065 €	0 €	1 114 201 065 €
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	950 143 684 €	-40 084 €	-220 770 €	949 882 830 €	0 €	949 882 830 €
Martinique	33 465 569 €	0 €	-22 077 €	33 443 492 €	0 €	33 443 492 €
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	785 593 583 €	0 €	-154 539 €	785 439 044 €	0 €	785 439 044 €
Normandie	545 667 593 €	0 €	-22 077 €	545 645 516 €	0 €	545 645 516 €
Océan Indien	35 882 694 €	0 €	0 €	35 882 694 €	0 €	35 882 694 €
Pays-de-la-Loire	638 238 940 €	0 €	-176 616 €	638 062 324 €	0 €	638 062 324 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	720 391 944 €	0 €	-66 231 €	720 325 713 €	0 €	720 325 713 €
<b>Total</b>	<b>9 616 458 241 €</b>	<b>-166 430 €</b>	<b>-1 699 929 €</b>	<b>9 614 591 882 €</b>	<b>247 500 €</b>	<b>9 614 839 382 €</b>

TABLEAU 1 BIS – DÉTERMINATION DE LA BASE INITIALE AU 01/01/2016 SUR LE CHAMP « PERSONNES HANDICAPÉES »



PERSONNES HANDICAPÉES Formules	DRL 2015 1	CNR Gratification stagiaires 2	CNR permanents syndicaux 3	Régularisation non reconductible 4	DRL retraitée 2015 5 = Σ (1:4)	Opérations de fongibilité 6	DRL 2016 7 = Σ (5:6)
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	860 672 890 €	-390 486 €	-135 644 €	0 €	860 146 760 €	3 958 368 €	864 105 128 €
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	865 561 559 €	-491 921 €	-83 574 €	0 €	864 986 064 €	397 074 €	865 383 138 €
Auvergne-Rhône-Alpes	988 063 639 €	-461 036 €	-183 296 €	-70 000 €	987 349 307 €	0 €	987 349 307 €
Bourgogne-Franche-Comté	414 555 098 €	-151 644 €	0 €	0 €	414 403 454 €	0 €	414 403 454 €
Bretagne	426 075 721 €	-204 777 €	-61 587 €	0 €	425 809 357 €	0 €	425 809 357 €
Centre-Val-de-Loire	387 816 585 €	-97 469 €	0 €	0 €	387 719 116 €	0 €	387 719 116 €
Corse	38 580 413 €	0 €	0 €	0 €	38 580 413 €	0 €	38 580 413 €
Guadeloupe	71 161 247 €	-17 824 €	0 €	0 €	71 143 423 €	0 €	71 143 423 €
Guyane	38 450 923 €	-20 339 €	0 €	0 €	38 430 584 €	0 €	38 430 584 €
Ile-de-France	1 564 106 649 €	-1 103 458 €	-215 374 €	0 €	1 562 787 817 €	0 €	1 562 787 817 €
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	955 183 036 €	-233 254 €	-133 069 €	0 €	954 816 713 €	1 144 516 €	955 961 229 €
Martinique	62 841 221 €	-5 990 €	0 €	0 €	62 835 231 €	0 €	62 835 231 €
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	948 994 481 €	-725 933 €	-403 411 €	-50 000 €	947 815 137 €	0 €	947 815 137 €
Normandie	534 746 385 €	-198 184 €	-1 745 €	0 €	534 546 456 €	420 000 €	534 966 456 €
Océan Indien	144 852 552 €	-64 124 €	0 €	0 €	144 788 428 €	0 €	144 788 428 €
Pays-de-la-Loire	506 339 646 €	-102 386 €	-56 003 €	0 €	506 181 257 €	440 000 €	506 621 257 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	636 101 455 €	-431 175 €	0 €	0 €	635 670 280 €	0 €	635 670 280 €
<b>Total</b>	<b>9 444 103 500 €</b>	<b>-4 700 000 €</b>	<b>-1 273 703 €</b>	<b>-120 000 €</b>	<b>9 438 009 797 €</b>	<b>6 359 958 €</b>	<b>9 444 369 755 €</b>

TABLEAU 2 – CALCUL DES DOTATIONS LIMITATIVES 2016 SUR LE CHAMP « PERSONNES ÂGÉES »



PERSONNES ÂGÉES <small>Formules</small>	DRL 2015 RETRAITÉE		ACTUALISATION		INSTALLATIONS DE PLACES <small>(cf. Tableau 3 pour les modalités de calcul)</small>		PMIND <small>(hors CP pour installation de places)</small>		MÉDICALISATION			CNR NATIONAL			MESURES D'ÉCONOMIE		DRL AU 01/04/2016 <small>22-2(111)</small>
	DRL au 01/04/2016	taux reconduction 0,77% <small>(hors EHPAD GMS en convergence)</small>	Crédits de Paiement 2016	Gai sur trésorerie de CP disponibles	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	794 718 832 €	5 264 014 €	0 €	-2 202 856 €	300 000 €	0 €	11 612 553 €	1 584 906 €	0 €	383 290 €	-2 477 588 €	809 183 651 €					
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	1 071 829 602 €	7 668 287 €	3 636 876 €	0 €	250 000 €	0 €	16 014 698 €	2 094 338 €	21 102 €	219 234 €	-873 448 €	1 100 860 689 €					
Auvergne-Rhône-Alpes	1 223 797 579 €	7 822 464 €	1 551 392 €	0 €	250 000 €	0 €	13 155 995 €	1 075 472 €	300 000 €	195 726 €	-1 242 616 €	1 246 927 671 €					
Bourgogne-Franche-Comté	531 714 410 €	3 119 176 €	5 684 444 €	0 €	150 000 €	0 €	2 990 298 €	566 038 €	0 €	31 431 €	-910 480 €	538 229 317 €					
Bretagne	623 827 588 €	4 152 199 €	405 176 €	0 €	100 000 €	0 €	5 054 850 €	200 000 €	0 €	39 093 €	-240 313 €	633 538 599 €					
Centre-Val-de-Loire	469 506 679 €	3 428 250 €	0 €	-129 181 €	100 000 €	0 €	4 486 951 €	200 000 €	0 €	39 093 €	-373 283 €	477 258 509 €					
Corse	36 208 631 €	187 015 €	100 620 €	0 €	50 000 €	0 €	49 530 €	0 €	0 €	0 €	-26 729 €	36 619 567 €					
Guadeloupe	31 618 861 €	183 009 €	0 €	-75 367 €	50 000 €	0 €	117 523 €	0 €	0 €	0 €	-556 100 €	31 337 926 €					
Guyane	8 694 522 €	34 713 €	0 €	-159 648 €	50 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-104 964 €	8 514 623 €					
Ile-de-France	1 114 201 065 €	7 348 837 €	0 €	-247 245 €	300 000 €	0 €	8 338 981 €	426 415 €	176 493 €	156 633 €	-1 241 683 €	1 129 709 496 €					
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	949 882 830 €	6 620 346 €	0 €	-437 876 €	200 000 €	0 €	7 914 701 €	1 358 491 €	40 647 €	180 402 €	-1 031 797 €	964 727 744 €					
Martinique	33 443 492 €	193 499 €	0 €	-71 680 €	50 000 €	0 €	275 412 €	200 000 €	0 €	23 508 €	-54 093 €	34 060 136 €					
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	785 439 044 €	5 422 916 €	2 983 081 €	0 €	300 000 €	0 €	9 354 768 €	566 038 €	0 €	180 141 €	-813 423 €	803 632 565 €					
Normandie	545 645 516 €	3 587 209 €	2 616 322 €	0 €	200 000 €	0 €	6 525 556 €	226 415 €	0 €	23 508 €	-1 135 168 €	557 689 398 €					
Océan Indien	35 882 694 €	182 787 €	0 €	-532 066 €	50 000 €	0 €	203 071 €	0 €	0 €	0 €	-16 520 €	35 769 966 €					
Pays-de-la-Loire	638 062 324 €	4 172 189 €	1 944 851 €	0 €	100 000 €	0 €	5 818 920 €	200 000 €	0 €	141 309 €	-1 496 177 €	648 943 416 €					
Provence-Alpes-Côte d'Azur	720 325 713 €	4 972 522 €	0 €	-873 176 €	150 000 €	0 €	8 086 193 €	1 301 887 €	0 €	86 109 €	-406 118 €	733 643 130 €					
<b>Total</b>	<b>9 614 839 302 €</b>	<b>64 369 482 €</b>	<b>13 806 762 €</b>	<b>-4 729 094 €</b>	<b>2 500 000 €</b>	<b>900 000 €</b>	<b>100 000 000 €</b>	<b>10 000 000 €</b>	<b>259 901 €</b>	<b>1 699 977 €</b>	<b>-13 000 000 €</b>	<b>9 790 646 300 €</b>					

TABLEAU 2 BIS – CALCUL DES DOTATIONS LIMITATIVES 2016 SUR LE CHAMP « PERSONNES HANDICAPÉES »



PERSONNES HANDICAPÉES <small>Formules</small>	DRL RETRAITÉE		ACTUALISATION		INSTALLATION DE PLACES <small>(cf. Tableau 3 pour les modalités de calcul)</small>		HANDICAP RARE <small>(hors CP pour installation de places)</small>		PLAN AUTISME <small>(hors CP pour installation de places)</small>		CNR NATIONAL			AUTRES OPÉRATIONS		DRL AU 01/04/2016
	DRL 2016	Reconduction 0,55%	Crédits de Paiement 2016	Gai sur trésorerie de CP disponibles	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	864 105 128 €	4 712 649 €	5 326 059 €	0 €	0 €	992 211 €	560 001 €	373 332 €	900 000 €	393 384 €	92 020 €	877 395 384 €				
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	865 383 138 €	4 719 619 €	4 624 859 €	0 €	100 000 €	1 086 650 €	746 668 €	466 665 €	500 000 €	501 921 €	105 170 €	878 234 690 €				
Auvergne-Rhône-Alpes	987 349 307 €	5 384 798 €	7 682 632 €	0 €	0 €	1 393 331 €	560 001 €	559 998 €	600 000 €	461 095 €	140 606 €	1 004 131 709 €				
Bourgogne-Franche-Comté	414 403 454 €	2 260 070 €	1 593 861 €	0 €	0 €	427 551 €	373 332 €	373 332 €	300 000 €	153 444 €	0 €	419 885 026 €				
Bretagne	425 809 357 €	2 322 276 €	2 401 838 €	0 €	100 000 €	677 994 €	186 667 €	186 666 €	250 000 €	209 777 €	146 056 €	432 290 631 €				
Centre-Val-de-Loire	387 719 116 €	2 114 539 €	2 428 409 €	0 €	100 000 €	357 447 €	373 334 €	279 999 €	350 000 €	77 286 €	0 €	393 800 130 €				
Corse	38 580 413 €	210 410 €	0 €	-10 829 €	0 €	144 189 €	186 667 €	0 €	100 000 €	0 €	0 €	39 210 850 €				
Guadeloupe	71 143 423 €	388 001 €	2 763 583 €	0 €	0 €	139 253 €	0 €	0 €	0 €	8 982 €	0 €	75 843 242 €				
Guyane	38 430 594 €	209 592 €	4 272 297 €	0 €	0 €	318 237 €	0 €	0 €	200 000 €	20 339 €	0 €	43 451 049 €				
Ile-de-France	1 562 787 817 €	8 523 119 €	0 €	-2 271 813 €	0 €	2 635 395 €	373 334 €	279 999 €	2 000 000 €	2 103 458 €	276 899 €	1 575 808 208 €				
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	955 961 229 €	5 213 613 €	4 421 817 €	0 €	0 €	841 162 €	746 668 €	653 331 €	550 000 €	233 254 €	113 323 €	968 734 397 €				
Martinique	62 835 231 €	342 690 €	0 €	-270 991 €	0 €	60 854 €	0 €	0 €	0 €	10 000 €	0 €	62 977 785 €				
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	947 815 137 €	5 169 186 €	1 436 184 €	0 €	0 €	953 831 €	373 334 €	93 333 €	3 000 000 €	725 933 €	253 605 €	959 820 543 €				
Normandie	534 966 456 €	2 917 596 €	3 628 676 €	0 €	0 €	608 728 €	373 334 €	93 333 €	350 000 €	203 184 €	0 €	543 141 307 €				
Océan Indien	144 788 428 €	1 089 646 €	0 €	-19 844 €	0 €	844 344 €	0 €	0 €	200 000 €	64 124 €	0 €	146 966 698 €				
Pays-de-la-Loire	506 621 257 €	2 763 007 €	4 745 947 €	0 €	100 000 €	567 698 €	373 334 €	186 666 €	250 000 €	100 603 €	76 449 €	515 784 961 €				
Provence-Alpes-Côte d'Azur	635 670 280 €	3 466 813 €	7 346 767 €	0 €	0 €	837 373 €	373 334 €	186 666 €	450 000 €	432 675 €	0 €	648 763 908 €				
<b>Total</b>	<b>9 444 369 955 €</b>	<b>51 807 626 €</b>	<b>52 672 929 €</b>	<b>-2 373 476 €</b>	<b>5 600 010 €</b>	<b>12 826 228 €</b>	<b>3 733 320 €</b>	<b>10 000 000 €</b>	<b>4 700 000 €</b>	<b>1 204 128 €</b>	<b>1 500 000 €</b>	<b>9 586 240 519 €</b>				

TABLEAU 3 – SUIVI DU DROIT DE TIRAGE ET DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PAIEMENT  
POUR 2016 SUR LE CHAMP « PERSONNES ÂGÉES »



PERSONNES ÂGÉES Sources Formules	HISTORIQUE MESURES NOUVELLES JUSQU'EN 2015										HISTORIQUE CRÉDITS PAIEMENT JUSQU'EN 2015					DROIT TIRAGE
	Enveloppes Anticipées (EA) & Déboisement Temporaire (DT) Noif/2014 TAB.3 1	Autorisations d'engagement (AE) Noif/AE 2	Réserves nationales (solde EA) Noif/2014 TAB.3 3	EA 2010 SSIAD/AJ/HT Noif/2010 4	PMIND (hors SSIAD & Psychologues) 5	Régularisations 6	Total mesures nouvelles 7-Σ (14)	CP sur EA & DT Noif/2014 TAB.3 8	CP sur AE Noif/2012-2014 9	CP sur EA 2010 SSIAD/AJ/HT Noif/2010-2013 10	CP 2014 (7 mois) Noif/2014 TAB.3 11	CP 2015 Noif/2015 TAB.2 12	Total CP versés 13-Σ (812) 13	Droit tirage 2016 14-743 14		
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	35 504 698 €	1 817 286 €	0 €	6 968 780 €	3 104 404 €	0 €	47 395 168 €	-26 530 403 €	-1 817 286 €	-5 238 781 €	-2 107 947 €	-1 505 677 €	-37 220 094 €	10 175 074 €		
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	39 399 680 €	3 965 612 €	399 200 €	8 499 776 €	3 536 166 €	0 €	55 800 434 €	-12 320 303 €	-3 965 612 €	-7 332 297 €	-4 980 334 €	-4 593 544 €	-33 192 090 €	22 608 344 €		
Auvergne-Rhône-Alpes	28 785 695 €	1 424 224 €	0 €	6 948 292 €	3 736 166 €	0 €	40 894 377 €	-4 785 973 €	-1 424 224 €	-6 039 767 €	-3 005 703 €	-5 678 269 €	-20 933 936 €	19 960 441 €		
Bourgogne-Franche-Comté	14 253 601 €	1 031 912 €	0 €	4 534 822 €	2 072 643 €	0 €	21 892 377 €	-10 122 978 €	-1 031 912 €	-3 998 447 €	0 €	-845 194 €	-15 998 431 €	5 894 547 €		
Bretagne	10 901 983 €	694 230 €	0 €	3 237 752 €	1 172 643 €	0 €	16 006 608 €	-5 501 200 €	-694 230 €	-2 569 850 €	0 €	-1 619 269 €	-10 384 549 €	5 622 059 €		
Centre-Val-de-Loire	15 523 637 €	1 978 104 €	374 000 €	3 149 960 €	1 172 643 €	0 €	22 798 344 €	-15 013 765 €	-1 978 104 €	-3 076 834 €	0 €	0 €	-20 068 203 €	2 730 141 €		
Corse	4 792 035 €	28 000 €	0 €	210 500 €	690 881 €	0 €	5 721 416 €	-3 459 997 €	-28 000 €	-180 625 €	0 €	0 €	-3 668 622 €	2 052 794 €		
Guadeloupe	5 767 118 €	0 €	0 €	866 036 €	490 881 €	0 €	7 124 035 €	-2 569 217 €	0 €	-433 018 €	0 €	-625 743 €	-3 627 978 €	3 496 057 €		
Guyane	463 181 €	0 €	0 €	50 400 €	590 881 €	1 219 149 €	2 323 611 €	-1 545 527 €	0 €	-187 203 €	0 €	0 €	-1 732 730 €	590 881 €		
Ile-de-France	51 954 961 €	2 723 876 €	0 €	13 831 482 €	4 158 809 €	0 €	72 669 128 €	-6 170 453 €	-2 723 876 €	-10 577 025 €	0 €	0 €	-19 471 354 €	53 197 774 €		
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	29 933 214 €	1 815 756 €	0 €	7 510 272 €	3 245 285 €	0 €	42 504 528 €	-22 530 127 €	-1 815 756 €	-6 552 884 €	0 €	0 €	-30 898 767 €	11 605 760 €		
Martinique	4 596 400 €	19 132 €	0 €	477 430 €	490 881 €	0 €	5 583 843 €	-3 082 165 €	-19 132 €	-238 715 €	0 €	-483 374 €	-4 409 148 €	1 174 695 €		
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	45 637 532 €	547 013 €	0 €	8 807 838 €	2 445 285 €	-703 000 €	56 734 668 €	-22 969 097 €	-547 013 €	-7 792 300 €	-3 612 603 €	-2 580 430 €	-37 501 443 €	19 233 225 €		
Normandie	23 173 269 €	1 197 106 €	0 €	4 453 912 €	1 522 643 €	0 €	30 346 930 €	-17 760 191 €	-1 197 106 €	-3 861 953 €	-1 435 874 €	-2 484 177 €	-26 739 301 €	3 607 629 €		
Océan Indien	1 059 422 €	0 €	0 €	63 000 €	490 881 €	404 000 €	2 017 303 €	-191 599 €	0 €	-31 500 €	0 €	0 €	-223 099 €	1 794 204 €		
Pays-de-la-Loire	17 370 295 €	484 136 €	0 €	3 506 454 €	1 522 643 €	0 €	22 883 527 €	-13 577 792 €	-484 136 €	-3 125 807 €	-1 109 333 €	-792 380 €	-19 089 448 €	3 794 079 €		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22 184 994 €	543 614 €	0 €	3 668 000 €	2 736 166 €	-3 600 000 €	25 532 774 €	-21 184 742 €	-543 614 €	-2 799 992 €	0 €	0 €	-24 528 348 €	1 004 426 €		
<b>Total</b>	<b>351 301 715 €</b>	<b>18 270 000 €</b>	<b>773 200 €</b>	<b>76 784 706 €</b>	<b>33 779 910 €</b>	<b>-2 679 851 €</b>	<b>478 229 670 €</b>	<b>-189 314 929 €</b>	<b>-18 270 000 €</b>	<b>-64 056 997 €</b>	<b>-16 837 556 €</b>	<b>-21 208 057 €</b>	<b>-309 687 539 €</b>	<b>168 542 130 €</b>		

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

TABLEAU 3 BIS – SUIVI DU DROIT DE TIRAGE ET DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PAIEMENT  
POUR 2016 SUR LE CHAMP « PERSONNES HANDICAPÉES »



PERSONNES HANDICAPÉES	HISTORIQUE MESURES NOUVELLES JUSQU'EN 2015										HISTORIQUE CRÉDITS PAIEMENT JUSQU'EN 2015					DROIT TIRAGE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Enveloppes (EA) & Débi- taires (DT) Temporaire (DT) Notif. 2014 TAB.3	Autorisations d'engagement (AE) Notif. AE	Reserve nationale sur AE 2011 et 2012 restant à délivrer Notif. individuelles	Handicap rate hors équipes relais Notif. AE HR	Plan Autisme (hors UE & renforcement) Notif. AE Autisme	Plan Autisme (réserve nationale) Notif. AE Autisme	Total mesures nouvelles 7=5+16)	CP sur EA & DT 2012 Notif. 2014 TAB.3	CP sur AE 2011 et 2012 Notif. 2014 TAB.3	CP 2014 (7 mois) Notif. 2014 TAB.3	Handicap rate hors équipes relais 2013-2014 Notif. 2013-2014	CP 2015 Notif. 2015 TAB.2	CP Autisme 2014 (hors UE & renforcement) Notif. 2014 TAB.2	CP Autisme 2015 (hors UE & renforcement) Notif. 2015 TAB.2	Total CP versés 15=13+14	Droit tirage 2016 16=7+15	
Alice-Champagne-Ardenne-Lorraine	41 427 280 €	21 294 363 €	3 000 000 €	2 055 518 €	8 692 593 €	76 777 949 €	-40 489 472 €	-9 054 685 €	0 €	-190 000 €	-6 777 364 €	-138 092 €	-486 957 €	-57 136 570 €	19 641 379 €	
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	39 312 479 €	21 378 611 €	666 500 €	3 126 124 €	10 132 602 €	74 996 316 €	-35 101 835 €	-9 028 534 €	-1 157 042 €	-128 000 €	-4 355 191 €	-160 970 €	-567 631 €	-50 499 203 €	24 489 112 €	
Auvergne-Rhône-Alpes	46 236 062 €	30 664 580 €	3 822 190 €	2 661 330 €	12 992 283 €	96 376 446 €	-46 236 062 €	-13 039 043 €	0 €	0 €	-6 512 007 €	-206 399 €	-727 830 €	-66 721 341 €	29 655 105 €	
Bourgogne-Franche-Comté	15 958 514 €	9 435 850 €	0 €	1 834 262 €	3 986 563 €	31 215 189 €	-12 407 966 €	-4 012 266 €	-876 429 €	-885 000 €	-3 768 988 €	-63 332 €	-223 329 €	-22 237 310 €	8 977 879 €	
Bretagne	15 949 643 €	13 184 344 €	570 000 €	1 444 925 €	6 322 041 €	37 470 952 €	-10 831 464 €	-5 606 382 €	-2 319 890 €	0 €	-4 463 856 €	-100 434 €	-354 162 €	-23 675 988 €	13 794 964 €	
Centre-Val-de-Loire	13 744 990 €	7 978 722 €	720 000 €	447 862 €	3 333 056 €	26 399 630 €	-12 075 613 €	-3 392 673 €	-417 601 €	0 €	-4 242 910 €	-52 950 €	-186 718 €	-20 368 465 €	6 031 164 €	
Corse	3 116 643 €	2 239 729 €	0 €	80 000 €	1 344 504 €	6 780 876 €	-2 208 650 €	-952 367 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-75 319 €	-3 257 695 €	3 523 183 €	
Guadeloupe	4 537 110 €	2 700 000 €	0 €	0 €	1 298 484 €	8 638 594 €	-4 537 110 €	-1 141 532 €	0 €	0 €	0 €	-20 628 €	-72 741 €	-5 772 011 €	2 763 583 €	
Guyane	9 469 977 €	6 600 000 €	0 €	0 €	2 967 441 €	18 937 418 €	-7 274 342 €	-2 748 132 €	-610 700 €	0 €	-3 818 568 €	-47 142 €	-166 626 €	-14 665 120 €	4 272 297 €	
Ile-de-France	129 382 824 €	67 785 633 €	3 800 000 €	5 225 112 €	24 574 052 €	231 817 622 €	-114 508 749 €	-28 823 776 €	0 €	-790 000 €	-10 452 065 €	-390 392 €	-1 376 644 €	-156 341 300 €	75 476 828 €	
LangueDoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	30 155 834 €	16 902 506 €	277 720 €	1 922 395 €	7 843 535 €	60 501 166 €	-25 085 160 €	-7 187 201 €	-2 469 505 €	-781 987 €	-6 873 383 €	-124 605 €	-439 335 €	-42 941 296 €	17 559 870 €	
Martinique	932 877 €	6 600 000 €	0 €	0 €	597 441 €	8 100 318 €	-1 468 852 €	-2 790 411 €	0 €	0 €	-9 015 €	0 €	-31 788 €	-4 298 066 €	3 802 251 €	
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	58 980 252 €	26 852 776 €	586 187 €	5 943 996 €	8 894 113 €	101 487 324 €	-29 877 117 €	-11 418 206 €	-16 678 415 €	0 €	-11 913 154 €	-141 295 €	-498 249 €	-70 526 486 €	30 960 888 €	
Normandie	24 296 276 €	19 839 801 €	1 450 000 €	1 192 502 €	5 676 153 €	30 000 000 €	-21 141 112 €	-8 281 248 €	-1 496 431 €	0 €	-9 115 732 €	-90 173 €	-317 980 €	-40 442 676 €	12 312 056 €	
Océan Indien	10 332 341 €	11 500 000 €	545 000 €	449 585 €	7 873 185 €	31 155 111 €	-10 332 341 €	-4 862 080 €	0 €	0 €	-6 913 520 €	-125 076 €	-411 057 €	-22 674 074 €	8 481 037 €	
Pays-de-la-Loire	18 504 868 €	11 307 804 €	812 000 €	1 108 023 €	5 293 563 €	37 026 259 €	-18 315 939 €	-4 870 224 €	0 €	-380 000 €	-3 638 042 €	-84 095 €	-296 547 €	-27 584 847 €	9 441 412 €	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	25 273 855 €	19 735 280 €	3 520 000 €	1 800 000 €	7 808 182 €	59 337 317 €	-25 273 855 €	-8 391 739 €	0 €	0 €	-3 823 675 €	-124 043 €	-437 416 €	-38 050 728 €	21 286 588 €	
<b>Total</b>	<b>487 611 005 €</b>	<b>298 900 000 €</b>	<b>19 789 597 €</b>	<b>29 291 184 €</b>	<b>119 589 680 €</b>	<b>959 670 217 €</b>	<b>-417 143 639 €</b>	<b>-125 600 000 €</b>	<b>-26 026 073 €</b>	<b>-3 154 987 €</b>	<b>-86 668 459 €</b>	<b>-1 900 000 €</b>	<b>-6 699 599 €</b>	<b>-667 193 157 €</b>	<b>292 477 059 €</b>	

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



**TABLEAU 4 – IDENTIFICATION DES RECETTES ET DÉPENSES LIÉES  
AU FONCTIONNEMENT DE L'UE 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 (cf. arrêté d'extension)	
Nombre d'élèves scolarisés au 30/06/2015	
Nombre d'élèves scolarisés au 31/12/2015	

Caractéristiques de fonctionnement de l'UE susceptibles d'avoir un impact budgétaire	
<b>Locaux de l'UE</b>	
Le local est-il mis à disposition (D) ou loué par la commune (L) ? Participation de l'ESMS aux frais de fonctionnement des locaux (O/N). Et si oui, lesquels parmi la liste ci-dessous ?	<ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: right;">Fluides</li> <li style="text-align: right;">Entretien</li> <li style="text-align: right;">Investissement</li> <li style="text-align: right;">Ameublement</li> <li style="text-align: right;">Matériel pédagogique</li> </ul>
<b>Frais de restauration</b>	
Nombre d'élèves déjeunant dans les locaux scolaires Mode de couverture des frais En cas de prise en charge par la famille, quel tarif est appliqué aux élèves de l'UE ?	
Nombre de professionnels déjeunant dans les locaux scolaires Mode de couverture des frais de restauration des professionnels Si les frais de la cantine de l'école sont couverts par l'ESMS, le tarif appliqué aux professionnels de l'UE est-il celui pratiqué pour les professionnels de l'école ?	
<b>Transports</b>	
Le transport des enfants est financé : S'il est assuré par la structure, celui-ci est effectué : Nombre d'enfants concernés par le transport organisé par la structure	
<b>Formation</b>	
Une formation initiale a-t-elle été organisée préalablement à l'accueil des élèves dans l'UE sur les fonds de l'ESMS (Oui/Non) ? Si oui, pour quel public ?	<ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: right;">Les personnels éducatifs</li> <li style="text-align: right;">Les professionnels paramédicaux et médicaux</li> <li style="text-align: right;">L'enseignant de l'UE</li> <li style="text-align: right;">Les professionnels de l'école d'implantation</li> <li style="text-align: right;">Les familles d'élèves de l'UE</li> <li style="text-align: right;">Autre (préciser puis détailler dans le rapport le cas échéant)</li> </ul>
<b>Supervision</b>	
La supervision est assurée par	

Ressources humaines mobilisées pour le fonctionnement de l'UE (Personnels de l'ESMS et prestataires)	Equipe en place au 31/12/2015		Equipe prévue dans la convention constitutive de l'UE	
	En ETP	Nombre de personnes	En ETP	Nombre de personnes
<b>Professionnels</b>				
Direction/ Encadrement (préciser)				
Administration/Gestion/ services généraux Chauffeur /Taxi Autres (à préciser ci-dessous)				
<b>Socio-Educatif</b> Nombre de moniteurs-éducateurs (en ETP) Nombre d'éducateurs spécialisés (en ETP) Nombre d'éducateurs de jeunes enfants (en ETP) Nombre d'aides médico-psychologiques (en ETP) Psychologue Médecin Orthophoniste Psychomotricien Autres				
<b>Autres fonctions</b> Supervision Autres (à préciser ci-dessous)				
<b>TOTAL</b>				

### 5.1.1 CHARGES DE LA SECTION D'EXPLOITATION

<b>GROUPÉ I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE</b>		<b>Dépenses réalisées</b>
<b>ACHATS</b>		(5)
601	Achats stockés de matières premières et de fournitures	
602	Achats stockés - autres approvisionnements	
603	Variation des stocks	
606	Achats non stockés de matières et fournitures	
607	Achats de marchandises	
709	Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement	
713	Variation des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)	
<b>SERVICES EXTERIEURS</b>		
6111	Sous-traitance: prestations à caractère médical	
6112	Sous-traitance: prestations à caractère médico-social	
6118	Sous-traitance: autres prestations de service	
<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>		
6241	Transports de biens	
6242	Transports d'usagers	
6247	Transports collectifs du personnel	
6248	Transports divers	
625	Déplacements, missions et réceptions	
626	Frais postaux et frais de télécommunications	
6281	Prestations de blanchissage à l'extérieur	
6282	Prestations d'alimentation à l'extérieur	
6283	Prestations de nettoyage à l'extérieur	
6284	Prestations d'informatique à l'extérieur	
6287	Remboursement de frais	
6288	Autres prestations	
<b>TOTAL GROUPE I</b>		
<b>GROUPÉ II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL</b>		<b>Dépenses réalisées</b>
		(5)
621	Personnel extérieur à l'établissement	
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires	
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	
641	Rémunération du personnel non médical	
642	Rémunération du personnel médical	
643	Rémunération du personnel handicapé	
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance	
646	Personnes handicapées	
647	Autres charges sociales	
648	Autres charges de personnel	
<b>TOTAL GROUPE II</b>		
dont		
	Montant des provisionnements pour congés à payer	
<b>GROUPÉ III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE</b>		<b>Dépenses réalisées</b>
		(5)
612	Redevances de crédit bail	
6132	Locations immobilières	
6135	Locations mobilières	
614	Charges locatives et de co-propiété	
6152	Entretien et réparations sur biens immobiliers	
6155	Entretien et réparations sur biens mobiliers	
6156	Maintenance	
616	Primes d'assurances	
617	Etudes et recherches	
618	Divers	
623	Information, publications, relations publiques	
627	Services bancaires et assimilés	
635	Autres impôts taxes et versements assimilés (administration des impôts)	
637	Autres impôts taxes et versements assimilés (autres organismes)	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

**AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE**

651	Redevances pour concessions, brevets, licences, procédés, droits et valeurs similaires	
654	Pertes sur créances irrécouvrables	
655	Quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun	
657	Subventions	
658	Charges diverses de gestion courante	

**CHARGES FINANCIERES**

66	Charges financières	
----	---------------------	--

**CHARGES EXCEPTIONNELLES**

671	Charges exceptionnelles sur opérations de gestion	
673	Titres annulés (sur exercices antérieurs) (établissements publics)	
675	Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	
678	Autres charges exceptionnelles	

**GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE (SUITE)**

Dépenses réalisées

**DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, AUX DEPRECIATIONS, AUX PROVISIONS ET ENGAGEMENTS**

(5)

6811	Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	
6812	Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir	
6815	Dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation	
6816	Dotations aux provisions des immobilisations incorporelles et corporelles	
6817	Dotations aux dépréciations des actifs circulants	
686	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions : charges financières	
687	Dotations aux amortissements, dépréciations et aux provisions : charges exceptionnelles	
6871	dont dotations aux amortissements exceptionnels des immobilisations	
68725	dont dotations aux amortissements dérogatoires	
68741	dont dotations aux provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du BFR	
68742	dont dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	
687461	dont dotations aux provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif immobilisé (établissements privés)	
687462	dont dotations aux provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif circulant (établissements privés)	
68748	dont autres	
6876	dont dotations aux provisions pour dépréciations exceptionnelles	
689	Engagements à réaliser sur ressources affectées (établissements privés)	
6894	Engagements à réaliser sur subventions attribuées (établissements privés)	
6895	Engagements à réaliser sur dons manuels affectés (établissements privés)	
6897	Engagements à réaliser sur legs et donations affectées (établissements privés)	

<b>TOTAL GROUPE III</b>	
-------------------------	--

<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>	
--	--

002	Déficit de la section d'exploitation reporté	<b>RAN N</b>
-----	--	--------------

005	Amortissements comptables excédentaires différés	
-----	--	--

<b>TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION</b>	
--------------------------------------	--

## 5.1.2 PRODUITS DE LA SECTION D'EXPLOITATION

		Recettes réalisées
<b>GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION</b>		(5)
731	Produits à la charge de l'assurance maladie (hors EHPAD)	
731224	dont prise en charge au titre des dispositions de l'article L. 242-4 du CASF	
732	Produits à la charge de l'Etat	
733	Produits à la charge du département (hors EHPAD)	
733222	dont prise en charge au titre des dispositions de l'article L. 242-4 du CASF	
734	Produits à la charge de l'usager (hors EHPAD)	
735	Produits des EHPAD - Secteur des personnes âgées	
7351	dont produits à la charge de l'assurance maladie	
7352	dont produits à la charge du département	
7353	dont produits à la charge de l'usager	
738	Produits à la charge d'autres financeurs	
<b>TOTAL GROUPE I</b>		
<b>GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION</b>		
70	Produits sauf 7082	
7082	Participations forfaitaires des usagers	
70821	dont forfaits journaliers	
70822	dont participations prévues au 4° alinéa de l'article L.242-4 du code de l'action sociale et des familles	
70823	dont participations aux frais de repas et de transport dans les ESAT	
70828	dont autres participations forfaitaires des usagers	
71	Production stockée	
72	Production immobilisée	
74	Subventions d'exploitation et participations	
75	Autres produits de gestion courante	
603	Variation des stocks (en recettes)	
609	Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats	
619	Rabais, remises et ristournes obtenus sur services extérieurs	
629	Rabais, remises et ristournes obtenus sur autres services extérieurs	
6419	Remboursements sur rémunérations du personnel non médical	
6429	Remboursements sur rémunérations du personnel médical	
6439	Remboursements sur rémunérations des personnes handicapées	
6459/69/79	Remboursements sur charges de sécurité sociale et de prévoyance et sur autres charges sociales	
6489	Fonds de compensation des cessations anticipées d'activité	
6611	Intérêts des emprunts et dettes (en recettes)	
<b>TOTAL GROUPE II</b>		
<b>GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES</b>		Recettes réalisées
		(5)
76	Produits financiers	
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>		
771	Produits exceptionnels sur opérations de gestion	
773	Mandats annulés (sur exercices antérieurs) ou atteints par la déchéance quadriennale (établissements publics)	
775	Produits de cessions d'éléments d'actif	
777	Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice	
778	Autres produits exceptionnels	

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

**AUTRES PRODUITS**

781	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits d'exploitation)	
786	Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits financiers)	
787	Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits exceptionnels)	
78725	dont reprises sur amortissements dérogatoires	
78741	dont reprises sur provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du besoin en fonds de roulement	
78742	dont reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	
787461	dont reprises sur provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif immobilisé (établissements privés)	
787462	dont reprises sur provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif circulant (établissements privés)	
78748	dont autres reprises (sur provisions réglementées)	
7876	Reprises sur dépréciations exceptionnelles	
789	Reprises des ressources non utilisées des exercices antérieurs (établissements privés)	
79	Transfert de charges	
791	dont transfert de charges d'exploitation	
796	dont transfert de charges financières	
797	dont transfert de charges exceptionnelles	
<b>TOTAL GROUPE III</b>		
<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>		
		<b>RAN N</b>
002	Excédent de la section d'exploitation reporté	
005	Amortissements comptables excédentaires différés	
<b>TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION</b>		