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 de la 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 DGCS/SD5C/DSS/CNSA n° 2014-94 du 28 mars 2014 relative aux orientations de l'exercice 2014 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

NOR : *AFSA1407813C*

Validée par le CNP, le 24 mars 2014. – Visa CNP 2014-40.

Date d'application : immédiate.

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

Résumé : la présente circulaire a pour objet de préciser les orientations pour l'exercice budgétaire 2014 dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Elle présente d'une part les priorités d'action dans le champ médico-social, et d'autre part la détermination et les modalités de gestion des enveloppes déléguées aux agences régionales de santé.

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

Références :

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

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

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

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

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

Annexes :

Annexe I. – Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS pour 2014.

Annexe II. – Modalités de détermination des crédits de places nouvelles pour 2014.

Annexe III. – Notice technique relative à l'emploi des crédits de médicalisation et validation des coupes PATHOS.

Annexe IV. – Réouverture encadrée du tarif global.

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

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

Annexe VII. – Bonnes pratiques d'utilisation de l'outil HAPI.

Annexe VIII. – Financement des emplois d'avenir.

Tableaux :

Tableau 1 et 1 *bis* : détermination de la base initiale au 1er janvier 2014 (PA et PH).

Tableau 2 et 2 *bis* : calcul des dotations régionales limitatives 2014 (PA et PH).

Tableau 3 et 3 *bis* : suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2014 (PA et PH).

Tableau 4 : liste des candidats souhaitant bénéficier de la réouverture du TG.

Tableau 5 : maquette tarifaire 2014.

La ministre des affaires sociales et de la santé et le directeur 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 2014 des établissements et services médico-sociaux relevant de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Elle présente les priorités d'action et les éléments d'évolution de l'objectif global de dépenses (OGD) à décliner dans la politique régionale d'allocation de ressources, dans le cadre de vos priorités globales de santé.

La campagne budgétaire 2014 se déroule dans un cadre qui reste préservé, même si la progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social est moins forte que l'année précédente. Ainsi l'ONDAM médico-social progresse en 2014 de 3 % par rapport à 2013, en dépit d'une évolution de l'ONDAM général de 2,4 %. L'effort budgétaire ainsi consenti en faveur du secteur médico-social traduit la priorité donnée par le Gouvernement à la qualité de la prise en charge des personnes âgées et handicapées et à la poursuite du développement et de la diversification de l'offre en application des plans gouvernementaux.

L'exercice 2013 est marqué par une amélioration du taux de consommation de l'OGD qui traduit les effets du mode de budgétisation en autorisations d'engagement et crédits de paiement (AE/CP) et donc principalement la montée en charge des installations de places nouvelles des plans nationaux. Le constat d'exécution quasi définitif fait apparaître une situation contrastée entre le champ personnes âgées, en sous-consommation mais à un niveau moindre que les années antérieures, et le champ personnes handicapées, qui affiche une surconsommation représentant 0,6 % de l'OGD

« personnes handicapées » (55 M€). La tendance à la surexécution de la dépense sur les établissements et services pour personnes handicapées semble désormais structurelle et nécessite des mesures de régulation en vue de limiter les risques de dépassement.

Comme l'an passé, le secteur médico-social contribue à hauteur de 100 M€ aux mises en réserve réalisées 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. Cette mise en réserve porte pour 51 M€ sur l'OGD et pour 49 M€ sur les crédits votés du plan d'aide à l'investissement (PAI) 2014.

Tout comme en 2013, le contexte financier global vous impose d'être particulièrement attentifs au respect de vos dotations régionales limitatives. Cette attention doit s'inscrire dans un dialogue tarifaire de nature à promouvoir la qualité des prises en charge, à la faveur du déploiement des évaluations externes des établissements et services médico-sociaux qui doivent impérativement être réalisées en 2014 pour les établissements dont l'autorisation doit être renouvelée en 2017.

Cette année est par ailleurs marquée par la réouverture maîtrisée du passage des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au tarif global qui constitue une avancée pour le secteur. Cette réouverture est prévue selon des modalités spécifiques qui vous sont précisées dans la présente circulaire.

Nous appelons également votre attention sur le fait qu'aucune délégation complémentaire de crédit ne devra être attendue au-delà de la présente circulaire pour l'exercice 2014, hors le complément de crédits de 1,5 M€ au titre de la réouverture du tarif global des EHPAD (*cf. infra*).

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

1.1. *Un secteur « personnes handicapées » mobilisé, d'une part, sur la mise en œuvre du plan pluriannuel handicap, du schéma handicap rare et du 3e plan autisme et, d'autre part, sur la maîtrise de la dynamique de la dépense*

1.1.1. Une mobilisation renforcée sur la mise en œuvre du plan pluriannuel handicap, du schéma handicap rare et du 3e plan autisme

Pour 2014, les mesures nouvelles sont consacrées pour 207,1 M€ à la mise en œuvre du programme pluriannuel des créations de places pour les personnes handicapées (PPCPPH) 2008-2016 et pour 7,8 M€ à la première tranche du 3e plan autisme.

La mise en œuvre du programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour personnes handicapées constitue un engagement majeur qui continue d'être honoré en 2014 : si le plan ne fait plus l'objet d'autorisation d'engagements nouvelle en 2014, l'échéancier des crédits de paiement est strictement respecté pour accompagner les ouvertures effectives des places nouvelles autorisées et progresser dans la réalisation du programme.

En complément, 2014 constitue la première année de mise en œuvre effective, sur un plan budgétaire, du nouveau plan autisme dont les grands axes vous ont été détaillés par la circulaire DGCS/SD3B/DGOS/DGS/DSS/CNSA n° 2013-336 du 30 août 2013 relative à la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017 : une autorisation d'engagement de 111,7 M€ a été notifiée par arrêté du 20 décembre 2013 au titre de l'année 2014 et donne lieu à une première tranche de crédits de paiement de 7,8 M€ en 2014.

L'instruction interministérielle DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/DGESCO/CNSA n° 2014-52 du 13 février 2014 relative à la mise en œuvre des plans régionaux d'action, des créations de places et des unités d'enseignement prévus par le 3e plan autisme (2013-2017) précise :

- le contenu des plans d'action régionaux ;
- les modalités d'utilisation des crédits de création de places : une annexe vous apporte en effet des repères pour le contenu des cahiers des charges des appels à projet et pour les critères de sélection et modalités de notation des projets ;
- le cahier des charges des unités d'enseignement.

Cette instruction du 13 février 2014 sera très prochainement complétée par une instruction relative au repérage, au diagnostic et à l'accompagnement précoce.

Enfin, concernant le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares, 26,3 M€ d'autorisation d'engagement (23,1 M€ pour la création de places nouvelles et 3,2 M€ pour la mise en œuvre des équipes relais) ont été délégués aux ARS par instruction DGCS/SD3A/CNSA n° 2013-405 du 22 novembre 2013. Vous vous référerez à cette instruction pour la mise en œuvre de ces mesures.

1.1.2. La tendance structurelle à la surexécution de la dépense personnes handicapées impose de renforcer les mesures de régulation sur la tarification des établissements et services pour personnes handicapées

Le constat d'exécution quasi définitif 2013 fait état d'un dépassement important de l'OGD « personnes handicapées » à hauteur de 55 M€. Dans un contexte d'accélération de la dynamique de la dépense liée à l'installation des places nouvelles, la surexécution de cet objectif est préoccupante et nécessite une vigilance accrue de votre part.

Dans cette perspective, votre attention est à nouveau appelée[1] :

– sur la nécessité d'assurer un suivi effectif de l'activité des établissements tarifés en prix de journée en lien avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) afin de calibrer au plus juste l'activité prévisionnelle ;
– sur votre politique de reprise des résultats : ces derniers sont intégrés à la gestion de votre enveloppe, ce qui doit vous amener à rechercher les pistes de retour à l'équilibre des établissements en situation de déficit structurel.

En complément de ces actions, il convient de rappeler que votre enveloppe régionale limitative est exprimée en dépenses encadrées, ce qui ne correspond pas à une couverture à 100 % par des crédits OGD. En effet, au niveau national, l'écart entre l'agrégat dépenses encadrées et l'agrégat OGD est de 30 M€ qui correspondent principalement aux recettes de tarifications dues par les conseils généraux pour les jeunes adultes en « amendement Creton » dans les établissements de l'enfance et orientés vers des structures sous compétence départementale.

Compte tenu du risque de dépassement structurel lié à la construction de l'agrégat dépenses encadrées, il vous est demandé de recenser les montants des recettes perçues à ce titre par les établissements de l'enfance (compte 733222 : produits relatifs à la prise en charge au titre des dispositions de l'article L. 242-4 du CASF) et de conduire si possible une analyse sur la tendance observée ces trois dernières années.

Il convient également de rappeler que la tarification de crédits non reconductibles (soit près de 167 M€ constatés au niveau national) ne doit en aucun cas conduire à dépasser votre enveloppe limitative.

1.2. *Un secteur « personnes âgées » mobilisé prioritairement sur la poursuite de la médicalisation, la réouverture du tarif global et l'achèvement du plan Alzheimer 2008-2012*

L'année 2014 sera marquée par les travaux relatifs au projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, qui vise la mise en place d'un véritable parcours d'autonomie pour les personnes âgées. Les mesures qui en découleront entreront en application à partir de janvier 2015.

1.2.1. Poursuite du renouvellement des conventions tripartites et médicalisation des EHPAD

Le renforcement de la médicalisation des EHPAD reste une priorité en 2014. Pour ce faire, 130 M€ de crédits vous ont été notifiés de manière anticipée en 2013 : 85 M€ en autorisations d'engagement notifiées conformément à l'arrêté du 3 avril 2013 et 45 M€ en autorisations d'engagement, conformément, à l'arrêté du 29 décembre 2013. À ces crédits sont ajoutées les ressources dégagées par la non-actualisation des dotations des établissements situés au-dessus du plafond des ressources GMPS. Le montant de l'enveloppe de médicalisation est dans ce cadre relevé de 17 M€ pour atteindre un niveau global de 147 M€ pour 2014.

La médicalisation des EHPAD dont les conventions dites de première génération ont été signées entre 2000 et 2007 reste prioritaire. En cas d'atteinte de cette cible, les conventions signées en 2008 puis en 2009 doivent être renouvelées en priorité.

De manière générale, la médicalisation doit viser prioritairement ceux des EHPAD dont la dotation de soins résultant de la tarification DOMINIC est la plus faible afin d'augmenter le financement des EHPAD dont les moyens budgétaires et humains sont les plus contraints.

Lorsque vous aurez renouvelé les conventions les plus anciennes et en fonction de vos disponibilités en crédits de médicalisation, vous pourrez renforcer le niveau de financement des structures existantes en lien avec l'évolution des besoins en soins de leurs résidents qui serait constaté dans le cadre de la réévaluation intermédiaire du GMPS organisée en application du décret du 8 janvier 2013 selon les modalités précisées par circulaire du 6 décembre 2013.

[1] Vous pouvez utilement vous référer à la circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS n° 2011-120 du 22 mars 2011 proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services médico-sociaux relevant des articles L.314-3 et L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, et précisant les modalités de détermination des prix de journée.

Il vous appartient de veiller à ce que le processus de médicalisation en 2014 se traduise par une tarification, dès 2014, des engagements financiers attachés à la signature de la convention tripartite. La notification par anticipation en avril et décembre 2013 de l'ensemble des crédits de médicalisation pour 2014 répond à ce souci de traduction budgétaire rapide des engagements financiers de médicalisation. Vous trouverez en annexe III des précisions quant à l'emploi des crédits de médicalisation.

Il vous est enfin demandé de veiller à l'articulation du calendrier « validation des coupes PATHOS – renouvellement des conventions – tarification » ; sur ce point votre attention est appelée sur la nécessité de renseigner les PMP validés *via* l'outil GALAAD (présentation en annexe V).

1.2.2. La réouverture maîtrisée du tarif global pour les EHPAD

Depuis 2011, compte tenu du niveau de dépenses relatif au tarif global sur l'ONDAM médico-social, l'accès à l'option tarifaire avait été gelé. Cette option qui 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 paraît néanmoins présenter un intérêt significatif en termes de qualité et d'organisation des prises en charges, comme objectivé par la mission menée par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'octobre 2011 et la mission complémentaire conduite en 2013, en particulier s'agissant des EHPAD avec pharmacie à usage intérieur (PUI) ou des établissements engagés dans un projet de fusion ou de coopération avec d'autres établissements en tarif global.

Pour ces raisons, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit, au sein de l'objectif global de dépenses, dans l'attente d'un transfert à venir en provenance de l'ONDAM soins de ville, une enveloppe de 10 M€, dédiée à la réouverture maîtrisée du tarif global en EHPAD.

Pour orienter vos décisions de réouverture dans la limite du calibrage budgétaire dans lequel elles doivent s'inscrire, sachez que la répartition de cette enveloppe pour les crédits qui vous sont délégués est réalisée de manière à tendre vers un objectif d'allocation de ressource à hauteur de 90 % du plafond GMPS.

Au vu des conclusions du groupe de travail ayant réuni en 2013 le secrétariat général des ministères sociaux, les directions d'administration centrale (DSS, DGCS), les caisses (CNAMTS, CNSA) et des ARS sous la présidence de l'IGAS, vous veillerez dès lors à prioriser les établissements en tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur ; une enveloppe de 8,5 M€ vous est déléguée à cet effet. Vous devrez en assurer la stricte traçabilité dans l'application HAPI.

Au-delà, une enveloppe de 1,5 M€ est conservée au niveau national en vue d'accompagner des situations particulières, notamment pour des établissements en tarif partiel engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation des charges avec d'autres établissements en tarif global. Ces crédits seront délégués, en tant que de besoin, dans les conditions précisées en annexe IV.

Un décret à venir confirmera et clarifiera les modalités suivant lesquelles il est possible d'accéder à une demande de changement d'option tarifaire qui, tout en continuant d'émaner des responsables des structures, est soumise à l'accord de l'ARS.

Les valeurs de point du tarif global en 2014, ainsi que les modalités de répartition et de suivi des crédits vous sont précisées en annexe IV.

1.2.3. Prise en compte de la majoration pour personnes âgées prévue par l'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011[2]

Lorsque le médecin intervient dans un établissement en tarif global, le paiement de la majoration pour personnes âgées créée par l'avenant 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011, qui ne régit que les paiements des professionnels exerçant en ville, n'est pas de droit, même si cette convention crée une référence forte et que son application peut être recommandée. Cette prise en charge est donc conditionnée à un examen de la situation spécifique de chaque établissement. Pour rappel, tous les médecins de secteur 1 bénéficient de la majoration personne âgée (MPA), en revanche, pour les médecins de secteur 2, seuls ceux ayant signé un contrat d'accès aux soins peuvent obtenir cette majoration. À cette fin, les établissements peuvent vérifier sur le site AMELI Direct (ameli.direct.ameli.fr) si ces médecins sont adhérents ou non au contrat d'accès au soin (CAS). Le site est mis à jour chaque semaine. En dernier recours, les établissements qui n'ont pu obtenir l'information pourront saisir leur CPAM. Il vous est précisé que les dépenses liées au paiement de la MPA doivent être prises en charge en année pleine.

[2] Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 26 juillet 2011.

Il vous sera loisible d'accompagner les établissements souhaitant décliner cette majoration, dans les limites du plafond de référence, en particulier si elle s'accompagne d'une dynamisation dans l'utilisation des outils de contractualisation tels que celui prévu par l'article L. 314-12 du CASF entre établissements et professionnels de santé par lesquels des engagements réciproques doivent concourir à l'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement des résidents (ex. : pour le médecin intervenant, il peut s'agir de remplir le dossier médical de l'établissement ; participer aux réunions de la commission de coordination gériatrique ; organiser le suivi durant son absence ; intervenir de manière à respecter l'organisation du travail des équipes et le rythme de vie des personnes âgées en collectivité, etc.).

1.2.4. Achèvement du plan Alzheimer et futur plan relatif aux maladies neurodégénératives

Cette année est également marquée par la poursuite du déploiement des mesures médico-sociales du plan Alzheimer. À ce titre, 28,7 M€ de crédits de paiement, issus des autorisations d'engagement qui vous ont été d'ores et déjà notifiées dans leur intégralité, sont prévus pour 2014.

Les conclusions du rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012, remis en juin dernier, font ressortir que ce plan a permis de renforcer l'existant et de développer des dispositifs innovants tels que les « MAIA » et les plates-formes d'accompagnement et de répit.

Surtout, ce bilan appelle à prolonger l'action en faveur des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer, en l'étendant à d'autres maladies neurodégénératives appelant des réponses communes. Les travaux d'élaboration du nouveau plan « maladies neurodégénératives » incluant la maladie d'Alzheimer sont, à ce titre, d'ores et déjà lancés.

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 2013, 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, et d'améliorer le taux de consommation sur le champ des personnes âgées.

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 constitue une priorité qui se traduit par un taux d'évolution de 1 % qui se décompose en 1,1 % s'agissant de la masse salariale et de 0,55 % s'agissant de l'effet prix sur les autres facteurs. Cet effet prix doit être mis en perspective avec un effet prix à 1,4 % en 2013 qui s'est avéré supérieur à l'inflation constatée (inférieur à 1 %).

Si ce taux d'actualisation ne saurait être appliqué uniformément à l'ensemble des ESMS, il vous appartiendra cependant de respecter un objectif d'évolution de la masse salariale du secteur médico-social de 1,1 % en moyenne, hors EHPAD convergents, conformément aux annonces faites à la conférence salariale du 29 janvier 2014.

Les EHPAD soumis à convergence tarifaire n'étant pas bénéficiaires de l'actualisation de leurs dotations, les moyens consacrés à l'actualisation dans les dotations régionales sont ajustés en conséquence : les crédits dégagés par cette non-actualisation, soit 17 M€, viennent majorer l'enveloppe de médicalisation de 130 M€ prévue pour 2014.

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

2.1.2. La convergence tarifaire

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

Nous vous rappelons que pour les régions qui rempliraient le niveau de convergence attendu, dans le respect du cadre fixé par arrêté ou par voie conventionnelle, toute économie supplémentaire liée à la convergence doit être redéployée au bénéfice du renforcement de la médicalisation selon les priorités établies *supra* (*cf.* point 1.2.1 de la présente circulaire).

Il vous sera loisible, dans les limites de vos dotations régionales et selon les marges disponibles, d'accompagner par des CNR les établissements dans leurs réorganisations nécessitées par l'atteinte des objectifs de convergence.

L'annexe I (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

L'application HAPI continue d'évoluer en 2014 conformément aux demandes des ARS. Ces évolutions portent en particulier sur la génération des décisions tarifaires et la restitution d'information pour soutenir le pilotage régional de l'allocation de ressource. Comme en 2013, il vous est impérativement demandé en 2014 de réaliser *ab initio* l'intégralité de la campagne tarifaire sur HAPI. L'utilisation en continu de cet outil pour la tarification constitue une priorité majeure pour améliorer la visibilité de la consommation par les ARS de leur dotation régionale limitative et fiabiliser les prévisions budgétaires nationales nécessaires, dans un calendrier compatible avec la construction de l'objectif national de dépenses pour le secteur médico-social de l'année *N* + 1. Vous trouverez des éléments de bonnes pratiques d'utilisation de l'outil HAPI en annexe VII.

Au-delà de HAPI, la fiabilité de la saisie des données dans les systèmes d'information est la condition indispensable à l'efficacité du pilotage régional et national de la dépense. Ainsi, pour SELIA, même si une amélioration a été constatée, la fiabilisation des prévisions d'installation doit être poursuivie. Il importe que cette prévision repose sur une analyse rigoureuse de la probabilité des ouvertures par l'ARS.

Enfin, la mise à jour de FINESS, nécessaire à la complétude et à l'exactitude des informations y figurant, est une priorité majeure pour 2014 en particulier dans la perspective de la mise en place d'un portail « personnes âgées » en 2015, qui reposera sur les données issues de FINESS (EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées, logements-foyers, service d'aide et d'accompagnement à domicile, SSIAD, SPASAD).

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

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.

Les modalités d'utilisation des CNR vous sont rappelées en annexe VI. Vous veillerez à assurer strictement la traçabilité de ces crédits.

2.2.3. Précisions sur les crédits dédiés au financement des gratifications de stage

Les nouvelles dispositions de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) ont étendu l'obligation de gratification des stages à tous les employeurs à compter de la rentrée 2014, pour les stages réalisés par les étudiants en formation initiale d'une durée au moins égale à deux mois. Dans ce cadre, vous voudrez bien rappeler 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. Vous trouverez des éléments de précisions sur le financement des gratifications de stage en annexe I. Les crédits destinés à couvrir le coût des gratifications de stages versés aux ESMS s'élèvent à 4,7 M€. Ces crédits spécifiques sont précisés dans les tableaux 2 et 2 *bis*.

MARISOL TOURAINE

Le directeur de la CNSA,
L. ALLAIRE

ANNEXE I

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES DES ARS

La présente annexe précise les modalités de détermination des dotations régionales limitatives (DRL).

Le montant de ces dernières est établi sur le niveau reconductible, constaté au 31 décembre 2013, réajusté pour tenir compte notamment des opérations de transfert d'enveloppe : ce montant ajusté est ensuite actualisé en fonction des paramètres de reconduction retenus pour 2014.

Pour l'OGD « personnes âgées », la fixation des dotations régionales limitatives prend en compte, comme chaque année, la convergence tarifaire applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en application de l'arrêté du 26 février 2009[1], modifié par l'arrêté du 6 février 2012[2].

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

Cette étape précise le périmètre initial des dépenses à reconduire en 2014. 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 2013 ;

– 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 2013 sont neutralisées en début de campagne et retirées de la base d'actualisation, afin de ne pas gonfler artificiellement cette dernière (leur allocation 2014 fait l'objet d'une mise à jour de la répartition pour tenir compte de l'évolution des DRL ; *cf. infra*).

Ces crédits sont de plusieurs ordres :

– les crédits nationaux pour la compensation des mises à disposition des permanents syndicaux (PA/PH) ;

– les crédits afférents à l'expérimentation, désormais achevée, « médicaments en EHPAD » (PA) ;

– les crédits de gratification de stage (PH) ;

– les crédits non reconductibles notifiés en fin d'exercice 2013 à certaines régions en ayant exprimé le besoin (PA/PH) ;

– les avances de trésorerie notifiées en crédits non reconductibles en 2013 (PH).

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

Les dotations pour 2014 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.

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 reposent sur les changements de régime juridique à la suite desquels des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux viennent à relever d'un financement différent de celui sous lequel ils étaient placés antérieurement (ex. : conversions d'activités).

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

[1] Arrêté du 26 février 2009 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 (NOR : BCFS0904215A).

[2] Arrêté du 6 février 2012 portant modification de l'arrêté du 26 février 2009 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 (NOR : SCSA1201140A).

2. **Les paramètres généraux d'actualisation 2014**

2.1. *Actualisation des dotations régionales limitatives (DRL)*

La base reconductible des DRL fait annuellement 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 2014 s'établit en moyenne à 1 % sur l'ensemble des deux champs et prend en compte deux paramètres :

– une progression salariale de 1,1 % pour l'ensemble du secteur, sans distinction de statut juridique, conformément aux annonces faites aux partenaires sociaux du secteur lors de la conférence salariale du 29 janvier 2014 ;

– une revalorisation de l'agrégat « autres dépenses de fonctionnement » de 0,55 % afin de tenir compte des effets de l'inflation.

Sur ces bases, les taux directeurs PA et PH se décomposent (avant retrait des crédits d'actualisation des structures en convergence sur le secteur EHPAD ; *cf. infra*) comme suit :

	MASSE salariale	PROGRESSION BUDGÉTAIRE au titre des salaires	PROGRESSION budgétaire au titre des dépenses hors salaires	ACTUALISATION de la DRL
PA (*)	89 %	0,979 %	0,06 %	1,04 %
PH	75 %	0,825 %	0,14 %	0,96 %
(*) Pour les PA, ce taux correspond à un taux brut, avant minoration de l'actualisation des EHPAD en convergence tarifaire fin 2013 (*cf. infra*).				

Pour mémoire, le taux d'évolution salariale précité intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2013, les évolutions 2014, générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte du « GVT[3] solde ».

En 2014, les mesures catégorielles prises en compte dans le taux d'évolution précité consistent essentiellement en une révision des grilles indiciaires de la catégorie C dans les trois fonctions publiques à compter du 1er février 2014. L'ensemble des échelons de cette catégorie C sont ainsi revalorisés *via* une progression de 1 à 11 points d'indice selon les grades et les échelons considérés. Les deux premiers échelons des grades de catégorie B sont également relevés de 7 points d'indice majoré pour maintenir l'étagement avec la rémunération de la catégorie C. Le financement de ces mesures est compris dans le taux d'évolution de 1,1 % de la masse salariale et est à répartir en fonction des besoins constatés dans chaque établissement. Le gain réel par agent est variable en fonction de son ancienneté et de son grade et le surcoût pour l'établissement peut donc varier sensiblement en fonction de sa structure d'emploi.

Les tableaux 2 et 2 *bis* précisent les crédits ainsi alloués au titre de la reconduction pour les deux secteurs.

Concernant l'application du taux directeur, il vous est rappelé que les décisions tarifaires ne doivent pas résulter, ni être motivées, par une simple application des taux précités : ceux-ci doivent être modulés, dans le cadre de la procédure contradictoire, au regard, d'une part, de votre politique d'allocation de ressource formalisée dans vos rapports d'orientation budgétaire et, d'autre part, au vu des propositions budgétaires des ESMS (*cf.* articles R. 314-22 et 23 du CASF).

Au-delà, 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 conforme à la moyenne d'activité constatée au cours des trois derniers comptes administratifs (*cf.* art R. 314-113 du CASF ; circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS n° 2011-120 du 22 mars 2011).

Concernant le secteur des EHPAD, les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont actualisées en 2014 du taux de reconduction précité, hors les valeurs de point tarif global toujours gelées, et majorées de 20 % pour les départements d'outre-mer.

[3] Glissement vieillesse technicité (évolution des carrières des personnels, variation de la pyramide des âges des effectifs salariés et effet de noria…).

Enfin, les taux précités sont diminués, de manière différenciée selon les régions, afin de tenir compte de la moindre dépense induite par la non-reconduction des dotations des EHPAD encore convergents fin 2013 ainsi que celles des EHPAD dont le tarif est déjà égal au plafond réévalué pour 2014.

LIBELLÉ	MÉTROPOLE	DOM
Tarif global avec PUI	13,10 €	15,72 €
Tarif global sans PUI	12,44 €	14,93 €
Tarif partiel avec PUI	10,43 €	12,51 €
Tarif partiel sans PUI	9,85 €	11,82 €

Il est rappelé que ces valeurs servent uniquement à calculer la situation des EHPAD par rapport à la détermination des objectifs de convergence tarifaire pour 2014 et en aucun cas au calcul de leur dotation.

Il en ressort que :

– la tarification des EHPAD reste assise sur l'analyse des propositions budgétaires en vue d'une approbation explicite des dépenses de l'année à l'issue d'une procédure contradictoire ;
– cette analyse des propositions budgétaires doit tendre 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 aucun cas entraîner de dépassement des plafonds précités ;
– seuls les EHPAD en convergence tarifaire (soit ceux dont les dotations soins sont supérieures aux tarifs plafonds en vigueur) et les ESMS en tarification d'office ne sont pas soumis à la procédure contradictoire conformément aux dispositions de l'article L. 314-7-1 du CASF.

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 impactée en mesure nouvelle « négative » dans vos dotations régionales limitatives. Ces 13 M€ s'établissent à un niveau inférieur à la stricte mise en œuvre de l'arrêté du 26 février 2009 susmentionné (récupération d'un tiers du dépassement budgétaire constaté, soit 18 M€).

Les objectifs régionaux de convergence sont fonction du poids relatif de chaque région dans le volume national de convergence (55 M€ au total). Ils sont calculés à l'aide des données remontées par vos services dans l'application HAPI. Après actualisation des tarifs plafonds, ce sont 877 EHPAD (84 947 places) qui restent soumis à la convergence en 2014.

Dans l'hypothèse où une ARS récupèrerait 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 politique de médicalisation (nouvelle signature de convention tripartite ; aménagement contractuel du rythme de convergence ; renforcement de structures au GMPS financées à un niveau inférieur au plafond de référence).

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

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

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

Depuis 2010, la convergence tarifaire est entrée dans un rythme de mise en œuvre automatique visant à ramener, à l'issue de la période 2010-2016, tous les tarifs en dépassement au niveau des valeurs plafonds. Pour 2014, aux termes de l'arrêté précité, la dotation des établissements soumis à la convergence doit ainsi être réduite d'un tiers du montant résiduel du dépassement constaté à la fin de l'année 2013 au regard du plafond calculé sur le dernier PMP validé et la valeur de point 2014 (*cf. supra*).

Ce rythme peut toutefois être aménagé par voie contractuelle, afin de déterminer le phasage annuel des montants à récupérer, dans la limite d'une résorption du dépassement, au plus tard le 31 décembre 2016.

Concrètement, cet accompagnement contractuel peut reposer sur le développement par les EHPAD concernés d'une nouvelle offre de service et plus particulièrement la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée (PASA et/ou UHR). Dans le suivi de la campagne, vous veillerez dans ce cas à imputer sur les crédits PASA/UHR le montant des crédits maintenus à ce titre dans les bases des établissements et à comptabiliser parallèlement ce montant dans l'effort de convergence réalisé.

3. **Le financement non reconductible des dispositifs spécifiques ou expérimentaux**

Certains dispositifs bénéficient d'un financement spécifique qui n'est pas consolidé dans les dotations régionales limitatives mais qui fait l'objet d'une réévaluation annuelle par l'échelon national.

Ces dispositifs spécifiques sont les suivants pour l'année 2014 :

3.1. *Les crédits de mise à disposition des permanents syndicaux*

Les crédits dédiés aux permanents syndicaux font l'objet d'une identification annuelle et sont précisés au titre de chaque exercice par la DGCS.

Il existe trois types de mises à disposition syndicales de salariés dans le secteur social et médico-social :

- un salarié mis à disposition d'une organisation syndicale ou d'une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective ou un accord collectif de branche étendu ;
- un salarié mis à disposition du comité national paritaire de modernisation et de développement du dialogue social (CMDS) ;
- un salarié mis à disposition auprès d'organisations syndicales représentant les agents publics hospitaliers travaillant dans des maisons de retraite publiques.

Les montants 2014, et régularisations 2013, afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les dotations régionales limitatives sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense l'ensemble des conventions de mise à disposition passées entre les établissements employeurs, les fédérations syndicales et les salariés mis à disposition.

Comme l'an passé, cette dotation doit être mobilisée afin de compenser pour les seuls ESMS concernés le coût du ou des postes de personnels mis à disposition par un apport budgétaire complémentaire et non reconductible.

3.2. *Les crédits afférents aux gratifications de stage*

Ces crédits, d'un montant global de 4,7 M€, sont destinés à couvrir le coût des gratifications de stage versées par les ESMS sans considération de statut juridique (la gratification étant également due par les établissements publics) 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. Ces crédits spécifiques figurent aux tableaux 2 et 2 *bis*.

Les nouvelles dispositions de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) ont étendu l'obligation de gratification des stages à tous les employeurs à compter de 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'État, s'appliquera donc également à compter de la rentrée 2014, aux établissements sociaux et médico-sociaux publics. Dès lors, il est rappelé que la gratification est une dépense qui s'impose aux employeurs et qui a vocation à être prise en charge dans les budgets des établissements.

Dans ce cadre, il vous appartient de rappeler 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, notamment pour des structures de petite taille, dont la surface financière rend plus difficile l'entrée dans cette démarche, à accroître l'offre potentielle de terrains de stage pour les étudiants concernés. Il est également essentiel que les établissements potentiellement concernés puissent anticiper en amont leur offre de stage, afin de vous donner une meilleure visibilité des dépenses prévisionnelles et de donner également aux étudiants une meilleure visibilité des terrains de stage.

ANNEXE II

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PLACES NOUVELLES POUR 2014

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

Depuis 2011, le passage 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 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. Ces autorisations d'engagement sont un outil de régulation financière de la politique d'autorisation. Elles permettent une meilleure visibilité des autorisations et des crédits de paiement associés prévus sur la période des plans à échéance *N* + 1 à *N* + 4. Corollaire de ce passage en AE-CP, les notifications des dotations régionales limitatives en année *N* sont constituées exclusivement des crédits de paiement correspondant aux installations effectivement prévues lors de l'année *N*.

L'objectif est un suivi au plus près de la dépense. Le changement important à prendre en compte à la fois au niveau national et à l'échelon des ARS réside dans la nécessité d'effectuer le recensement en *N* – 1 des nouvelles structures qui entreront en fonctionnement en *N*. Ce recensement doit être effectué au premier semestre *N* – 1 afin de permettre la remontée de ces prévisions d'installation (y compris sur les AE obtenues pour l'année *N*) au travers de l'application SELIA.

Ces prévisions sont fondamentales car elles constituent l'une des bases de la construction, au début du deuxième semestre *N* – 1, de l'ONDAM et de l'OGD de l'année *N*. Les dialogues de gestion conduits entre novembre 2013 et février 2014 ont montré les progrès réalisés en la matière mais aussi les marges d'amélioration qui demeurent. Il est donc essentiel que les ARS fiabilisent au plus près leurs prévisions.

En 2014, la persistance d'imprécisions dans le rattachement entre enveloppes et autorisations conduit à une évolution du cadre de calcul des crédits de paiement.

2. **Modalités de calcul des crédits de paiement en 2014**

Plusieurs modes d'allocation des crédits de paiement coexistent encore en 2014 du fait du caractère récent du passage du mode d'allocation en AE-CP.

2.1. *Les extensions en année pleine des crédits de paiement 2013 sur les enveloppes anticipées (EA) 2011 et 2012 et des crédits de paiement au titre de la restitution du débasage temporaire*

Les crédits de paiement 2013 sur l'EA 2011 et 2012 et les crédits de paiement au titre de la restitution du débasage temporaire ont été notifiés en 2013 sur six mois. Les six mois d'extension en année pleine sont donc automatiquement intégrés dans les dotations régionales limitatives en 2014, de la même manière qu'en 2013.

2.2. *Les crédits de paiement 2014 sur les AE 2011 et 2012*

Contrairement aux enveloppes anticipées, les notifications des AE sont accompagnées du calendrier de notification des crédits de paiement qui représentent un plafond annuel de financement et ne se substituent nullement à la procédure d'appels de CP *via* l'outil SELIA.

Comme en 2013, les CP 2014 sur les AE 2011 et 2012 sont automatiquement inclus dans les DRL. Ils viennent donc abonder votre disponibilité budgétaire pour les installations 2014.

Sur le champ « personnes âgées », les CP 2014 sur les AE 2011 et 2012 étant notifiés en totalité dans le cadre de la présente instruction, il n'y a plus de droit de tirage au titre de ces crédits de paiement pour les futures années. Par contre, la chronique des CP sur AE se poursuit jusqu'en 2016 sur le champ « personnes handicapées ».

3. **Les crédits de paiement 2014 sur les EA 2011, 2012 et 2013 et les crédits de paiement au titre de la restitution du débasage temporaire**

3.1. *Méthodologie*

La méthodologie de calcul des crédits de paiement 2014, déclinée dans les tableaux 3 et 3 *bis*, est la suivante et prolonge celle de l'an passé :

Première étape : détermination du droit de tirage des ARS

Dans un souci de simplification, le but de cette étape est de déterminer un droit de tirage global par ARS, sans distinction du mode d'allocation des mesures nouvelles (EA, DT, RN ou AE). Les montants des droits de tirage résiduels au 1er janvier 2014 au titre des EA et du débasage temporaire sont donc cumulés. Ils sont constitués par la différence entre, d'une part, le montant initial notifié au titre de chacun de ces deux dispositifs et, d'autre part, les crédits de paiement déjà notifiés lors des exercices précédents ainsi que les EAP 2014.

D'une part, cette globalisation est conforme à la logique de non-spécialisation des crédits de paiement. D'autre part, elle est rendue nécessaire par les erreurs persistantes d'imputation dans le remplissage de l'application SELIA. La poursuite de ces découpages conduirait à éclater d'une manière excessive les besoins recensés par les ARS. Cette détermination globale du droit de tirage constitue la seule évolution par rapport à la méthodologie de 2013.

Deuxième étape : détermination du besoin des ARS

Deux sources de données permettent aux ARS de recenser leurs besoins en termes d'installation de places pour 2014 :

– l'application SELIA pour les installations financées sur EA et AE ;
– la maquette tarifaire 2013 (rubrique 27) pour les crédits issus du débasage temporaire.

Les appels de crédits de paiement au titre des EA, AE et débasage temporaire ont été additionnés afin d'aboutir à un montant global d'appel de crédits de paiement.

Troisième étape : détermination de la trésorerie des ARS

La trésorerie d'une ARS correspond aux crédits disponibles en base à l'issue de la campagne budgétaire dédiés aux financements des installations futures. C'est une donnée qui est recensée dans la maquette tarifaire et correspond à la somme des rubriques « crédits gagés pour EAP *N* + 1 des places installées en *N* » et « crédits gagés pour installations de places ».

Quatrième étape : détermination des CP 2014

Le niveau des crédits de paiement est déterminé en tenant compte des trois étapes précédentes.

Tout d'abord, les crédits de paiement sont plafonnés en fonction du droit de tirage : une ARS ne peut pas se voir octroyer des crédits de paiement qui viendraient en dépassement par rapport à son droit de tirage assis sur les notifications des années précédentes.

Ensuite, les crédits de paiement sont limités aux besoins exprimés par les ARS pour tenir compte de l'aboutissement des projets en attente de financement. Ainsi, les crédits de paiement ne peuvent pas être supérieurs aux demandes des ARS.

Enfin, les crédits de paiement sont distribués en tenant compte du disponible d'enveloppe dédiés aux installations futures des ARS, pour éviter de saturer les dotations régionales limitatives et confronter les ARS à des contraintes de sous-consommation des crédits.

En conclusion, les crédits de paiement versés aux ARS, au titre de l'année 2014, correspondent au complément entre leurs crédits disponibles en base dédiés aux installations futures et leurs besoins de financement, tout en prenant en considération leurs droits de tirage. Ces crédits de paiement sont alloués sur sept mois. Il est à noter que les crédits de paiement sur autorisation d'engagement (AE) continuent à être délégués sur douze mois.

3.2. *Sources des données portées dans les tableaux 3 et 3* bis

Définitions des droits de tirage :
EA = Enveloppes anticipées
DT = Débasage temporaire

Intitulés		Source (référence tableaux)	Définition
1	EA notifiées	Notification 2013 – Tableau 4 et 4bis – Rubrique D	Total des EA autorisées
2	CP sur EA au 31/12/2013	Notification 2013 – Tableau 4 et 4bis – Rubrique E+F+G+G'+H+S	Total des crédits de paiement sur EA versés jusqu'en 2013
3	EAP sur EA 2014	Notification 2013 – Tableau 4 et 4bis – Rubrique S	EAP des crédits de paiement sur EA versés en 2013
4	**Droit tirage EA au 01/01/2014**	**Formule de calcul (1-2-3)**	**Solde restant sur les EA au 1er janvier 2014**
5	DT total	Notification 2013 – Tableau 3 et 3bis – Rubrique A	Montant total du DT
6	DT restitué au 31/12/2013	Notification 2013 – Tableau 3 et 3bis – Rubrique B+C+E+J	Montant total du DT restitué au 31/12/2013
7	DT EAP 2014	Notification 2013 – Tableau 3 et 3bis – Rubrique J	EAP des crédits de paiement sur DT versés en 2013
8	**Droit tirage DT au 01/01/2014**	**Formule de calcul (5-6-7)**	**Solde restant sur le DT au 1er janvier 2014**
9	Autorisations notifiées	Formule de calcul (1+5)	Somme des EA AE et DT « autorisées »
10	Total CP délégués	Formule de calcul (2+6)	Somme des EA AE et DT « délégués »
11	Total autres crédits	Formule de calcul (3+7)	Somme des « EAP » EA AE et DT
12	**Droit tirage au 01/01/2014**	**Formule de calcul (9-10-11)**	**Solde du droit de tirage globalisé au 1er janvier 2014**
13	Appel CP sur EA & AE	Extraction SELIA	Besoin remonté par les ARS sur EA et AE
14	Appel CP sur DT	Maquette tarifaire 2013 – Rubrique 27	Besoin remonté par les ARS sur DT
15	**Appel CP**	**Formule de calcul (13+14)**	**Total des besoins remontés par les ARS**
16	Appel CP limité au droit tirage	Formule de calcul (15 dans la limite de 12)	Besoins des ARS limités au droit tirage globalisé
17	Trésorerie	Maquette tarifaire – Rubrique 14	Crédits disponibles en base pour installation de places
18	CP limités à la trésorerie	Formule de calcul (16 minoré de 17)	Crédits de paiement minorés de la trésorerie des ARS
19	**CP 2014 (7 mois)**	**Formule de calcul (18 proratisé sur 7 mois)**	**Part des CP 2014 sur 2014**
20	**EAP 2015 sur CP 2014 (5 mois)**	**Formule de calcul (18*proratisé sur 5 mois)**	**Part des CP 2014 sur 2015**
21	**Solde droit tirage au 01/01/2015**	**Formule de calcul (12-19-20)**	**Solde du droit de tirage après délégations des CP 2014**

4. **Les crédits relatifs à la mise en œuvre du plan Alzheimer**

Les modalités de développement, de labellisation et de tarification de nouveaux modes d'accompagnement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés ont fait l'objet de différentes circulaires[1]. Le développement de ces nouvelles modalités d'accueil est décliné par une lettre ministérielle constituant la feuille de route régionale des objectifs à atteindre pour les années 2012 et suivantes.

En 2014 sont notifiées aux ARS les extensions en année pleine des mesures nouvelles de 2013.

Par conséquent, l'enveloppe de crédits répartie en début de campagne par la CNSA correspond à :

– équipes spécialisées Alzheimer (ESA) : 10 275 000 € d'extension année pleine des mesures nouvelles 2013 correspondant à la tranche du plan non notifiée en 2012, sur six mois ;
– pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) : 18 491 863 € d'extension année pleine des mesures nouvelles 2013 correspondant à la tranche du plan non notifiée en 2012, sur six mois.

Les PASA, qui sont des dispositifs spécifiques conçus à partir d'une organisation structurée au sein d'un EHPAD, ne doivent pas faire l'objet d'une autorisation et ne sont donc pas appelés à entrer dans le champ de la nouvelle procédure d'appel à projets. En revanche, ils font l'objet des procédures de labellisation décrites dans les circulaires du 6 juillet 2009 et du 7 janvier 2010 relatives aux mesures médico-sociales du plan Alzheimer, ainsi qu'en annexe de la circulaire interministérielle de campagne 2010.

Dès lors, l'ensemble des financements correspondant au plan Alzheimer vous est délégué en 2014.

5. **Les crédits relatifs à la mise en œuvre du 3e plan autisme**

Nous attirons votre attention sur le fait que les crédits notifiés pour le renforcement de l'offre au titre du 3e plan autisme doivent être utilisés en crédits non reconductibles (*cf.* tableau 2 *bis,* colonne « CNR renforcement ESMS »).

[1] Circulaires DGAS/DHOS/DSS du 6 juillet 2009, du 7 janvier 2010, DGCS/SD3A du 23 mars 2011, circulaire DGCS/5C/DSS/1A n° 2011-160 du 29 avril 2011 et DGCS/SD3A n° 2011-261 du 30 juin 2011.

ANNEXE III

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

La présente annexe précise les critères de répartition des crédits de médicalisation disponibles pour 2014 et les modalités d'emploi de ces crédits au profit de la politique de médicalisation des EHPAD. Pour 2014, en sus des crédits de médicalisation disponibles pour assurer le renouvellement des conventions tripartites et actualiser le GMPS des EHPAD, une enveloppe spécifique est notifiée dans le cadre de la réouverture maîtrisée du tarif global (*cf.* annexe IV).

1. **Les crédits notifiés pour 2014 : volume financier et répartition**

Le volume dédié en 2014 au renforcement de la médicalisation des EHPAD s'élève à 130 M€ auxquels s'ajoutent 17 M€ du fait de la non-actualisation des dotations des EHPAD convergents. Cette enveloppe est distincte, et non fongible, avec l'enveloppe spécifique afférente à la réouverture maîtrisée du tarif global (*cf. infra*).

Comme indiqué dans la présente circulaire, les crédits de médicalisation 2014 ont été notifiés aux ARS en 2013, en autorisations d'engagement (AE) réparties en fonction du besoin de financement attaché à la tarification au GMPS et au renouvellement des conventions tripartites. Le besoin global de financement a été calibré sur la base des données tirées de l'enquête tarifaire au 31 décembre 2012.

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

- d'une part, la détermination au travers d'un PMP théorique (168) du volume budgétaire nécessaire pour faire bénéficier de la tarification au GMPS ceux des EHPAD dont le financement, faute de renouvellement de leur convention tripartite, reste assis sur les anciennes dotations minimales de convergence (DOMINIC) ;
- d'autre part, la détermination au travers du PMP validé d'un volume budgétaire requis pour harmoniser, au niveau régional, le niveau de financement des EHPAD « pathossifiés ».

L'ensemble des ARS bénéficie de crédits, dans ce cadre, à due proportion, d'une part, de leur retard de conventionnement des EHPAD tarifiés à la DOMINIC et, d'autre part, du niveau d'éloignement constaté entre le niveau de tarification des EHPAD de la région et leur 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 susmentionné.

La notification anticipée qui en a résulté en 2013 est couverte en crédits de paiements 2014 à due concurrence des AE notifiées : leur volume financier est intégralement pris en compte dans les dotations régionales limitatives pour 2014.

Ces crédits 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). Pour ces raisons, et comme en 2013, les crédits qui vous sont notifiés doivent couvrir l'intégralité des engagements conventionnels pris et il vous appartient par conséquent de gager au sein de votre enveloppe les crédits nécessaires à la couverture des EAP 2015, mais également à la couverture des effets financiers différés dans le temps (étalement sur plusieurs exercices des engagements financiers pris dans la convention).

Ces 130 M€ de CP 2014 sur AE 2013 sont abondés d'une dotation complémentaire de 17 M€, répartis selon les mêmes critères validés par le Conseil de la CNSA : ce montant complémentaire correspond à la réorientation vers la médicalisation de l'économie résultant de la non-actualisation des dotations des EHPAD relevant de la convergence tarifaire pour 2014.

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

2. **La mise en œuvre en 2014 des priorités de médicalisation**

Comme l'an passé, votre attention est attirée sur la nécessité de prioriser votre action sur le renouvellement des conventions tripartites les plus anciennes, en particulier celles relevant toujours d'un financement DOMINIC.

Toutefois, il importe de ne pas ignorer le contexte juridique consécutif à la publication du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013, notamment 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, qui étend *de facto* le périmètre d'emploi des crédits de médicalisation nouveaux.

Conformément à la présente instruction, deux axes de mise en œuvre sont donc identifiés :

2.1. *Le renouvellement des conventions échues*

Comme l'an passé, il vous est demandé de procéder en priorité au renouvellement des conventions tripartites échues financées sous le régime de la DOMINIC. À la faveur du renouvellement de convention, l'éventuel passage au tarif global demeure circonscrit dans le strict respect des modalités précisées à l'annexe IV.

2.2. *La mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013*

La mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 vous conduira à consacrer une fraction de vos crédits de médicalisation à l'harmonisation des dotations des moyens en soins des EHPAD dans le cadre des renouvellements du GMPS conjointement avec les conseils généraux (CG).

Sur ce point, votre attention est attirée sur le fait que le décret 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 mais ne constitue pas un niveau opposable de dotation automatique.

Toutefois, à la faveur du renouvellement des coupes, il vous appartient de poursuivre un objectif d'allocation de ressources 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 III-V 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.

3. **Déclinaison opérationnelle de la politique de médicalisation**

3.1. *Rechercher une programmation pragmatique des coupes PATHOS*

La mise en œuvre du décret du 8 janvier 2013 oblige à concevoir un programme de travail pragmatique entre le service chargé de l'allocation de ressources au sein de chaque ARS et les médecins valideurs de l'agence afin de garantir le caractère opérationnel des coupes PATHOS. Ce programme doit répondre aux priorités nationales précitées.

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

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

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

Priorité n° 1 : établissements en attente de renouvellement de conventions échues, prioritaires en 2013 mais non retenus faute de moyens suffisants.

Priorité n° 2 : établissements nouvellement créés.

Priorité n° 3 : établissements dont la convention vient à échéance en 2014.

Priorité n° 4 : établissements dont la convention tripartite a pris effet en 2012.

En tout état de cause, votre attention est attirée sur le fait qu'une nouvelle coupe peut se concrétiser par une augmentation du GMPS sans que celle-ci soit suivie d'effet au niveau tarifaire. 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 définit pas une dotation soins opposable.

Ainsi le cadre financier de votre politique d'allocation de ressources aux EHPAD reste conditionné par le respect du caractère limitatif de votre DRL.

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 : ainsi, vous devrez tenir compte en priorité de la budgétisation d'un temps minimum de présence du médecin coordonnateur (décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD). Le déploiement de l'indicateur GDR relatif au ratio d'encadrement de médecin coordonnateur, généralisé dans le cadre de la politique de gestion du risque en EHPAD, constitue à cet égard un indicateur central.

Concernant le financement éventuel de postes d'aide-soignant/aide médico-psychologique (AS-AMP), il vous est rappelé que le partage financier des charges de personnel, entre le conseil général (30 %) et l'ARS (70 %), doit être atteint au terme de la convention tripartite conformément aux articles R. 314-164 et R. 314-179 du CASF. Il est toutefois hautement souhaitable que le renforcement des moyens des établissements ne s'oriente pas exclusivement vers des postes d'AS/MP, 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 sur la période 2010-2012, correspondant à la durée de validité d'un PMP défini par le décret du 8 janvier 2013, un PMP moyen de 185.

Au regard de ce niveau, il vous est demandé de porter une attention toute particulière à la validation des PMP en cas de réception de coupes PATHOS caractérisées par un PMP supérieur à 200. Au-delà du niveau en point des PMP, il importe que la validation donne lieu à une analyse collégiale, préalable à la validation sur site, entre les médecins valideurs de l'ARS et le médecin référent pour la région afin de repérer toute anomalie potentielle au regard de la coupe déposée par l'établissement.

ANNEXE IV

RÉOUVERTURE ENCADRÉE DU TARIF GLOBAL

La loi de financement de la sécurité sociale 2014 prévoit au sein de l'ONDAM médico-social une enveloppe de 10 M€ permettant la réouverture encadrée du tarif global (TG) en EHPAD selon les recommandations de l'IGAS.

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, à savoir les rémunérations des médecins généralistes, des auxiliaires médicaux et les dépenses liées aux actes de laboratoire et de radiologie. Depuis 2011, compte tenu du niveau de dépenses relatif à cette option tarifaire sur l'ONDAM médico-social, l'accès à cette option tarifaire est gelé.

À la suite d'un premier rapport sur le sujet, l'IGAS a présidé en 2013 un groupe de travail sur le tarif global, réunissant le secrétariat général des ministères sociaux, les directions d'administration centrale (DGCS, DSS), les caisses (CNAMTS, CNSA) et des ARS. Les conclusions de l'IGAS soulignent l'intérêt du tarif global pour la qualité et l'organisation efficiente des soins et le parcours des personnes âgées, et mettent l'accent sur la nécessité de réouvrir le tarif global, de manière encadrée, pour des situations où le choix d'organisation sous-tendu par le tarif global est le plus efficient.

En complément de cet objectif qualitatif de recours au tarif global, et compte tenu du coût de cette option tarifaire, l'IGAS souligne que la réouverture maîtrisée du tarif global nécessite en particulier la modification de l'article R. 314-167 du CASF pour préciser la capacité pour l'ARS de maitriser le flux des demandes de passage au tarif global au regard notamment des disponibilités financières au sein des enveloppes régionales limitatives de crédits : cette modification est actuellement en cours.

1. Modalités de réouverture partielle et encadrée du tarif global

La réouverture du tarif global est permise en 2014 par mobilisation d'une enveloppe de 10 M€ dont l'emploi est circonscrit à deux priorités conformes aux conclusions du groupe de travail piloté par l'IGAS :

– les établissements actuellement en tarif partiel (TP) avec pharmacie à usage interne (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).

La répartition est donc établie comme suit :

– répartition de 85 % de l'enveloppe, soit 8,5 M€, entre ARS en fonction du besoin financier des établissements au tarif partiel avec PUI, dans chaque région, sous réserve que ladite région dispose d'un nombre d'EHPAD concernés supérieur ou égal à trois établissements. Ce mécanisme de seuil est destiné à éviter le saupoudrage des crédits sur des régions qui, comptant un nombre trop limité d'EHPAD en tarif partiel avec PUI, risquent, d'une part, de ne pas réussir à conventionner avec les quelques EHPAD concernés et, d'autre part, de se voir allouer une part trop faible de l'enveloppe nationale pour pouvoir en faire usage ;

– conservation au niveau national de 15 % de l'enveloppe, soit 1,5 M€ qui seront attribués à des ARS sur la base de dossiers remontés par les agences à la CNSA. Cette enveloppe permettra de répondre à des besoins locaux spécifiques, soit des projets de fusion ou de rapprochement d'établissements qui présenteraient des options tarifaires différentes, soit de passages en TG d'établissements en TP avec PUI qui se situeraient dans des régions non servies sur l'enveloppe des 8,5 M€.

Les ARS souhaitant faire émarger des EHPAD à cette dernière enveloppe devront adresser pour le 15 juin 2014, délai de rigueur, leur proposition au moyen du tableau 4 joint à la présente circulaire (*cf. infra*).

2. **Mise en œuvre de la réouverture et modalités de rendu compte**

Les crédits précités doivent être alloués en année pleine et ne pas générer de « prévision d'extension année pleine 2015 » : le caractère limité de ces crédits doit en effet conduire à leur utilisation intégrale en 2014.

Il convient de souligner le caractère additionnel de ces crédits par rapport aux crédits de médicalisation de droit commun :

– 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.

Le suivi de cette allocation de ressource passera par l'application HAPI dont l'alimentation permettra une traçabilité par établissement des dotations allouées. Ainsi, dans l'alimentation de HAPI, vous renseignerez de manière distincte les crédits de médicalisation de droit commun alloués de ceux relatifs au financement du passage au tarif global pour les établissements concernés. Il est en effet très important de permettre une visibilité au niveau national tant sur le nombre d'établissements concernés par le passage au tarif global que sur le volume des crédits mobilisés à cette fin.

Concernant l'enveloppe complémentaire de 1,5 M€, l'ARS utilisera le tableau 4 annexé à la présente circulaire pour transmettre à la CNSA ceux des EHPAD dont elle souhaite qu'ils émargent sur l'enveloppe complémentaire. Au vu du caractère limité de l'enveloppe nationale, il vous est précisé qu'il ne sera pas possible de donner suite à l'ensemble des demandes : il vous est donc demandé de circonscrire vos demandes aux cas les plus urgents classés par ordre de priorité.

ANNEXE V

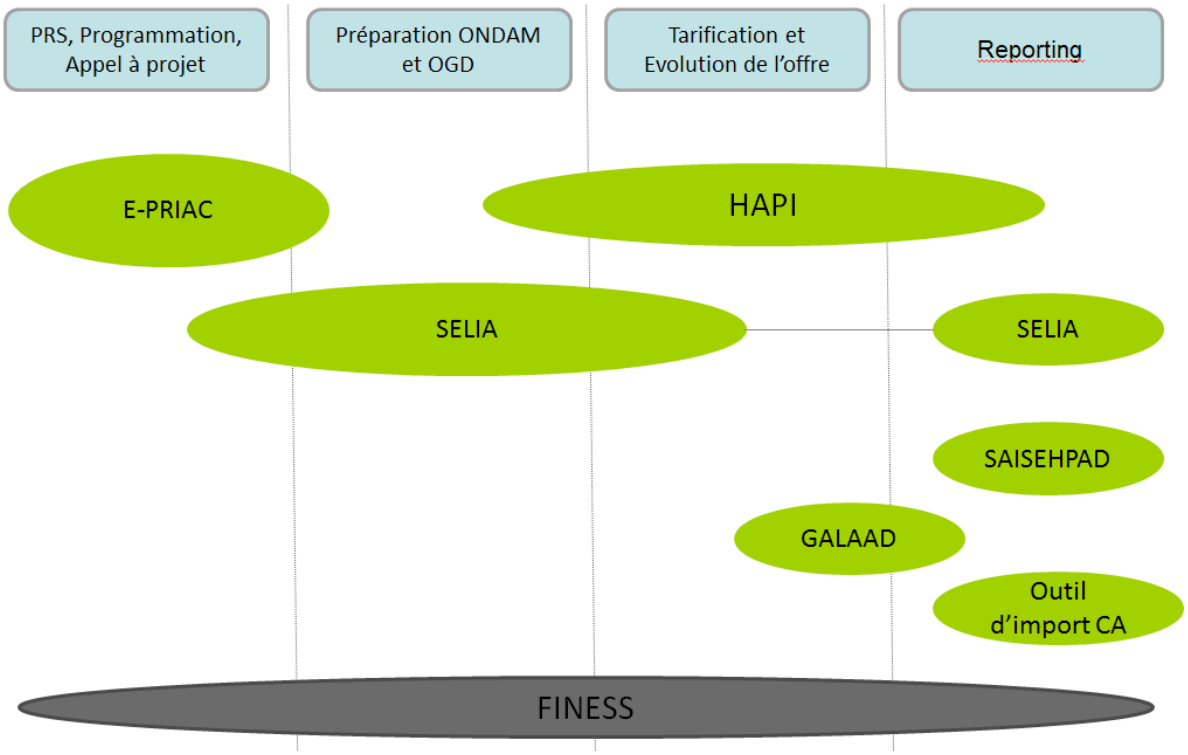
LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE L'ALLOCATION DE RESSOURCES

La présente annexe présente, comme chaque année, l'organisation du système d'information (SI), métier utilisé par la CNSA, ainsi que les échéances communes entre ARS et CNSA pour 2014.

L'année 2014 marque la prise en compte des cibles d'évolutions des SI mis en lumière dans le cadre du chantier d'urbanisation du système d'information de la direction des établissements et services médico-sociaux de la CNSA. Lancée en 2012 et conduite en lien avec des ARS, cette démarche d'urbanisation a permis de définir une cible et une trajectoire. L'objectif de la démarche est de rationaliser le système d'information du secteur en fonction des besoins des différents acteurs (ESMS, ARS, CNSA, etc.). Ont été notamment identifiés le besoin de référentiels communs, d'applications interopérables, la collecte à la source des informations, la saisie unique des données et l'amélioration du pilotage du SI.

Les évolutions qui s'inscrivent dans cette démarche d'urbanisation visent par conséquent à créer un SI plus intégré, moins chronophage et plus apte à accompagner la prise de décision régionale ou nationale. Par exemple, dans le champ de la programmation de l'offre, l'objectif est d'aboutir à une application unique issue de la fusion de SELIA et e-PRIAC dès 2015.

L'organisation du système d'information métier de la CNSA



1. Suivi des plans gouvernementaux

1.1. *Suivi en ligne des installations et des autorisations*

SELIA	
Objectifs et usages	Le suivi de l'exécution des plans et des programmes nationaux. Le suivi du rythme et du niveau de consommation des enveloppes de créations de places. La détermination, en *N* – 1, du niveau des crédits de paiement (CP) nécessaires pour couvrir les installations prévues en *N*. La notification en *N* des crédits de paiement (CP) correspondant aux installations prévues en *N*.
Modalités de saisie	En flux, tout au long de l'année : – dès qu'une autorisation est prévue ; – dès qu'une autorisation est réalisée ; – dès qu'une installation est prévue ; – dès qu'une installation est réalisée ; – dès qu'un projet est modifié.
Exploitations extractions	Extraction du 31 mai *N* pour la préparation de l'ONDAM *N* + 1. Extraction du 31 décembre *N* –1 pour le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux et la notification des CP de l'année *N*.
Points de vigilance	Le respect strict du calendrier est indispensable : – à la préparation de la campagne budgétaire (notification des CP) ; – à la préparation de l'ONDAM.
Personnes référentes	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle programmation de l'offre. Aurélie BRUGEROLLE et Patrice DIJOUX.

1.2. *Programmation interdépartementale d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie*

E-PRIAC	
Objectifs	État de la programmation physique et financière pluriannuelle de création et de transformation de places dans la région, sur cinq ans (autorisations prévisionnelles et installations prévisionnelles).
Modalités de saisie	La campagne 2014 de saisie doit s'ouvrir en mars 2014 : la première année pour l'installation sera 2014 et la dernière année 2018. La saisie dans e-PRIAC s'opère par action. Elle correspond à la programmation de l'installation (et, le cas échéant, de l'autorisation) des places nouvelles financées : – sur enveloppe antérieure à 2011 (crédits gagés en base non utilisés au 31 décembre 2013, crédits rattachés aux enveloppes anticipées [EA] 2011, 2012 et 2013 et crédits débasés temporairement) ; – sur autorisations d'engagement (AE) notifiées en 2011 et en 2012. Elle comporte également la programmation de la transformation de places (qu'elles soient issues du secteur sanitaire ou en redéploiement du secteur médico-social). Comme en 2013, les volets contractualisation, valorisation en ETP, articulation avec les SROS, les réseaux et le PRSP n'ont pas à être remplis par les ARS en 2014, et les « crédits spécifiques » ne peuvent plus être programmés.
Exploitations	Date limite de l'actualisation d'e-PRIAC : le 30 juin 2014. Le respect de cette date est impératif notamment au regard des nouvelles autorisations d'engagement qui vous ont été notifiées au titre du plan autisme et qui doivent donner lieu à mise à jour du PRIAC. Reporting de la consommation des crédits notifiés sur la période 2014-2018 : – lisibilité sur les modalités de mise en œuvre du solde des plans (en matière de public visé, de type de structure ; – analyse de la répartition dans le temps de la consommation des EA et des AE et des pics d'installation ; – lisibilité sur l'activité liée à la procédure d'appels à projets.
Points de vigilance	La qualité de la saisie dans e-PRIAC est particulièrement importante en 2014, année de préparation de la fusion entre les applications SELIA et E-PRIAC qui devrait intervenir en 2015. Il convient d'apporter une attention particulière aux points suivants lors du remplissage de l'application : – remplissage de l'année de financement et de l'année de réalisation ; – appels à projets ; – transformation de places. Ces éléments sont détaillés ci-dessous.
Personnes référentes	CNSA, direction des établissements et services médico-sociaux, pôle programmation de l'offre. Aurélie BRUGEROLLE et Patrice DIJOUX.

Précision sur les points de vigilance concernant e-PRIAC

Année de financement et année de réalisation :

« Année de financement » correspond à l'année de notification de l'enveloppe utilisée pour l'installation de places.

Pour les enveloppes anticipées (EA) notifiées avant 2011, il convient de saisir année de financement = 2010.

Pour les autorisations d'engagement (AE), il convient de saisir année de financement = 2011 ou = 2012.

« Année de réalisation » correspond à l'année prévisionnelle d'installation des places, quel que soit le crédit de paiement qui y est rattaché.

Exemple : une action de 50 places de MAS financées par une enveloppe anticipée notifiée en 2009 pour 2012 (= EA 2012) qui doit s'installer en 2014. La saisie doit s'effectuer de la manière suivante :

Année de financement = 2010

Année de réalisation = 2014

Inscription des projets prévus au-delà de 2018

Afin de disposer d'une visibilité sur l'ensemble des crédits programmés, il vous est demandé d'inscrire dans e-PRIAC l'ensemble des actions, y compris celles dont la réalisation est prévue au-delà de 2018. Quelle que soit l'année concernée au-delà de 2018, vous inscrirez donc l'action en année de réalisation 2018.

Appels à projets

Pour tous les projets pour lesquels un AAP a ou doit avoir lieu, la mention de l'année de l'AAP doit être mentionnée.

Seules exceptions :

- les projets anciens relevant de la procédure CROSMS ;
- les extensions non importantes (ENI) ;
- les projets de transformations d'ESMS entraînant un changement dans la même catégorie d'activité au sens du I de l'article L. 312-1 du CASF (dans l'attente de l'éventuelle modification du régime d'AAP sur ce point).

Programmation de la transformation de places

Il peut s'agir de places issues du secteur sanitaire ou de places transformées au sein du secteur médico-social.

Les transformations à inscrire impérativement au PRIAC sont les suivantes :

- les opérations de médicalisation des foyers de vie ;
- les opérations de fongibilité asymétrique issues du secteur sanitaire (y compris les projets non encore validés par le niveau national) ;
- les opérations de fongibilité entre les OGD PA et PH (y compris les projets non encore validés par le niveau national) ;
- les opérations de transformation au sein de l'OGD PH, et au sein de l'OGD PA.

Pour chaque opération de transformation :

- « nombre total de places nouvelles » correspond au nombre de places créées suite à la transformation (ex. : si dix places d'IME pour déficients intellectuels sont transformées pour créer huit places d'IME pour autistes, il convient de saisir huit places) ;
- le financement peut figurer soit dans « mesures nouvelles des plans nationaux » (exemple de la médicalisation des foyers de vie), soit dans redéploiement de l'enveloppe médico-sociale (exemple du redéploiement de places d'IME en places de SESSAD), soit dans « transfert du sanitaire » (exemple de créations de places de MAS issues de la psychiatrie) ;
- la fenêtre « origine des réalisations par transformation » correspond aux places transformées et s'ouvre uniquement si la nature de l'opération saisie est « transformation ».

2. **Suivi des éléments budgétaires**

2.1. *Éléments de la tarification*

MAQUETTE TARIFAIRE RÉGIONALE	
Cette maquette (tableau 5) vise à identifier, de manière globale et synthétique, l'état et la structure des crédits disponibles dans les DRL en fin de campagne. Elle identifie également les prévisions de mise en œuvre pour l'exercice suivant qui sont prises en compte par la CNSA dans la répartition des moyens de l'exercice. Elle complète l'application Hapi par une visée prospective : préciser en cours d'année la prévision de tarification à échéance du 31 décembre 2014 et quantifier les prévisions d'emplois nouveaux en 2015.	
Modalités de saisie	Deux fois dans l'année
Exploitations	Remontées de la maquette : 31 juillet 2014 pour la prévision de tarification au 31 décembre 2014 et 31 octobre 2014 pour : – la mise à jour de cette prévision d'arrivée au 31 décembre 2014 ; – la prévision d'emplois 2015 et la description des crédits disponibles.
Points de vigilance	Le respect strict du calendrier est indispensable : – au travail d'estimation de la consommation de l'OGD en cours d'année ; – à la préparation des dialogues de gestion de fin d'année ; – à la préparation de la campagne budgétaire 2015.
Personnes référentes	CNSA, direction des établissements et services médico-sociaux : Pôle allocation budgétaire ; en fonction des référents régionaux (polebudgetaire@cnsa.fr).

HAPI (HARMONISATION ET PARTAGE D'INFORMATION)	
Objectifs	Système d'information partagé destiné à tarifer les ESMS et à suivre le déroulé des campagnes budgétaires, ESMS par ESMS, pour : – tendre vers une allocation de ressources plus efficiente ; – permettre un dialogue budgétaire et de gestion pertinent entre les ARS et le niveau national. En : – harmonisant les pratiques et en automatisant la production des documents de notification ; – optimisant la gestion des dotations régionales et en facilitant le pilotage régional et national ; – assurant le partage et la traçabilité de l'information.
Exploitations	Des extractions sont faites régulièrement au niveau de la CNSA pour : – le suivi de l'avancée de la campagne ; – le suivi de la consommation des dotations limitatives régionales ; – les dialogues de gestion ; – le calibrage des enveloppes $N + 1$ en complément de la maquette tarifaire régionale ; – le bilan de la médicalisation ; – le bilan de la convergence tarifaire ; – toutes enquêtes ponctuelles.
Personnes référentes	CNSA, direction des établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire, Françoise MERMET.

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

OUTIL D'IMPORT DES CA	
Objectifs	Réformer l'application REBECA pour outiller la remontée des données budgétaires et comptables « réelles » des ESMS PH relevant du périmètre de la CNSA, des ESAT et des SSIAD PA. Conformément aux recommandations du rapport IGAS-IGF sur le financement des ESMS dans le champ du handicap, c'est désormais l'ensemble des comptes qui remontera dans l'application à compter de cet exercice et non plus seulement les dépenses par groupes fonctionnels. Structurer la constitution de bases de données de nature à permettre à l'ARS et à la CNSA de travailler sur les coûts de fonctionnements des ESMS. Permettre le calcul d'indicateurs de comparaison servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris/présenté…). Constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.
Modalités de saisie	Entre avril et septembre 2014 pour les CA 2013. Mise en place d'une nouvelle plate-forme d'import pour la remontée des CA 2013 en 2014, destinée à faciliter l'importation des données par l'ARS, sur la base du fichier CA PH qui a été transmis aux ARS en janvier 2014. Cette importation sera ainsi effectuée par les ARS en 2014 ; dès 2015, le dépôt sur la plate-forme pourra être réalisé directement par les ESMS.
Exploitations extractions	Analyse nationale des données en *N* + 1. Pour mémoire, l'exploitation des données 2010 et 2011 a donné lieu à un rapport de synthèse qui vous a été transmis par la CNSA en 2013.
Personne référente	CNSA, direction des établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire, Delphine FAUCHET.

3. **Les systèmes spécifiques aux EHPAD**

3.1. *Suivi des conventionnements*

SAISEHPAD	
Objectifs	S'assurer de l'application des principes de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes en termes de conventionnement tripartite. Appréhender les stratégies de négociation des services (programmation pluriannuelle des crédits, niveau des moyens accordés…) et la structure d'emploi des conventions tripartites (recrutement soins et autres sections tarifaires). Chiffrer les besoins financiers afférents au renouvellement des conventions tripartites des EHPAD.
Modalités de saisie	En flux, dès la signature d'une convention tripartite ou d'un avenant.
Exploitations extractions	En *N* + 1 pour : – la production de synthèses nationales ; – le suivi du processus de conventionnement de seconde génération (PATHOS). Pour rappel, l'exploitation de SAISEHPAD a permis de réaliser un état du conventionnement tripartite qui a nourri le bilan de la médicalisation présenté par la CNSA à son conseil en octobre 2013 (bilan transmis aux ARS fin 2013).
Points de vigilance	Seuls les conventions et avenants dont l'état est « recevable financièrement » ou « valide et signé » seront pris en compte dans les exploitations statistiques et financières. Limiter autant que possible le nombre de fiches avec un état « invalide ». Nécessité de disposer de données fiables, exhaustives et de qualité sur le conventionnement (dates, crédits engagés…).
Personne référente	CNSA, direction des établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire. Hammadi ABHIZAT - Najib EL AMRAOUI - Saisehpad2@cnsa.fr.

3.2. *Collecte et validation des coupes PATHOS et AGGIR*

GALAAD	
Objectifs	Recenser les évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des EHPAD et des USLD. Permettre le partage sécurisé des données de validation AGGIR avec les conseils généraux. Permettre aux médecins des ARS, chargés du contrôle et de la validation des coupes PATHOS, de déterminer le niveau de GMPS pour procéder à la tarification. Permettre de décrire les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de patients.
Modalités de saisie	En flux, par les médecins coordonnateurs.
Points de vigilance	L'alimentation de GALAAD repose sur l'actuel dispositif pour la dernière fois en 2014 : l'ouverture de GALAAD 2 interviendra fin 2014 à la suite d'une phase pilote expérimentale, qui mobilisera un groupe de 4 à 5 ARS, encore à déterminer.

Personnes référentes	Pour la CNSA (direction des établissements et services médico-sociaux), le docteur Yannick EON, pilote de la gouvernance opérationnelle du référentiel PATHOS ; yannick.eon@cnsa.fr.

4. Gestion du risque (GDR)

GRILLE D'ANALYSE DES DÉPENSES DE SOINS	
Objectifs	Dans le cadre de l'axe « Efficience des EHPAD » inscrit au titre des priorités de GDR ARS, élaborer une grille d'analyse des dépenses de soins des EHPAD, basée sur des données disponibles dans les comptes administratifs et des données de remboursement soins de ville dont disposent les CPAM grâce à la transmission des listes de résidents (RESIDEHPAD).
Références	Circulaire DSS/MCGR/DGCS/CNSA n° 2013-357 du 15 novembre 2013 relative au déploiement de huit ratios de la grille d'analyse des dépenses de soins en EHPAD.
Modalités	Remontée du masque de saisie, d'une synthèse des actions identifiées ainsi qu'une description des éléments de communication sur la GDR à destination des ESMS pour le 28 février 2014 (*cf.* circulaire précitée)
Personnes référentes	CNSA, direction des établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire, Delphine FAUCHET et Pierre-Yves LENEN, en lien avec la DSS et la CNAMTS.

5. Les autres sources d'information

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

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

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

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

> ! Les éléments contenus dans le répertoire FINESS en font la pierre angulaire des systèmes d'informations dans le domaine médico-social. Il vous est donc demandé de veiller avec une attention particulière, à la mise à jour par vos services de ce fichier afin d'avoir la complétude et l'exactitude des informations qui doivent y figurer. La bonne tenue de ce répertoire doit permettre un gain de temps et d'éviter des enquêtes complémentaires chronophages pour fiabiliser les informations. Il s'agit d'une priorité majeure pour 2014, en particulier dans la perspective de la mise en place d'un portail « personnes âgées » en 2015, qui reposera sur les données issues de FINESS (EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées, logements-foyers, service d'aide et d'accompagnement à domicile, SSIAD, SPASAD).

5.2. *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[1] permet à la CNSA de suivre les éléments de conjoncture au niveau national, mais également d'opérer des rapprochements entre les dotations régionales et le niveau des versements sur les secteurs PA et PH. Ce rapprochement doit également s'opérer au niveau local, par établissement, dans le cadre des relations de travail avec les caisses d'assurance maladie. 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.

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 appelée 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. Il s'agit d'une recommandation centrale formulée par la Cour des comptes dans le cadre de ses travaux de certification des comptes de l'assurance maladie.

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

Calendrier 2014 du système d'information métier de la CNSA

2014		
E-PRIAC	Actualisation au 30 juin 2014.	
SELIA	Extraction au 31 mai 2014 pour le calibrage de l'ONDAM 2015.	Extraction au 31 décembre 2014 pour le reporting annuel (suivi des plans et des notifications des CP 2015).
SAISEHPAD	Alimentation au fil de l'eau et extractions à tout moment en cours d'année.	
Maquette tarifaire	Remontée au 15 juillet 2014 puis au 31 octobre 2014 de la tarification 2014 (intégrant les prévisions tarifaires au 31 décembre 2014) à confronter avec l'extraction HAPI.	
HAPI	Alimentation au fil de l'eau et extractions à tout moment en cours d'année.	Extractions régulières en cours de campagne tarifaire puis pour les dialogues de gestion de fin d'année.
Outil import CA	Avril à septembre 2014: période d'ouverture de l'application aux ARS pour chargement des fichiers CA 2013.	Extraction pour exploitation au 30 septembre 2014.

ANNEXE VI

LA GESTION DES TRÉSORERIES D'ENVELOPPE ET CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES

L'allocation de crédits non reconductibles (CNR) reste importante au terme des dialogues de gestion 2013. Ces volumes financiers justifient que soient rappelés leur origine et leur cadre d'emploi. Au-delà, et comme les années passées, il vous est demandé d'assurer une traçabilité de l'utilisation de ces crédits et de transmettre aux caisses liquidatrices un état de leur décomposition.

Hors le cas particulier des crédits non reconductibles à caractère national (dotations spécifiques réévaluées annuellement au plan national et fléchées afin de faire face à des dépenses ciblées), les crédits non reconductibles ne constituent pas une sous-dotation identifiée au sein de la dotation régionale limitative : ils correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire. Pour autant, l'emploi de cette trésorerie d'enveloppe est encadré par la réglementation et ce de manière plus ou moins contraignante en fonction du type d'ESMS.

Il est préconisé d'organiser l'allocation de ces ressources non reconductibles autour d'une stratégie régionale permettant de :

– quantifier les besoins potentiels de l'ensemble des ESMS ;
– d'identifier les axes que vous avez retenus au regard de ces besoins ;
– de définir un périmètre physique d'ESMS éligibles et un périmètre financier des dotations non reconductibles (fourchette financière d'aide allouée par ESMS et par thématique).

Les priorités d'emploi des CNR doivent être précisées dans le rapport d'orientation budgétaire de l'ARS.

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

Les CNR proviennent d'un excédent de trésorerie constaté à un instant *T* dans l'enveloppe régionale.

En effet, les ARS sont parfois en mesure de dégager de manière temporaire des marges de gestion au sein de leur DRL. Les facteurs explicatifs peuvent être les suivants :

– décalage dans l'installation effective de places nouvelles en établissement ou service ou dans la réalisation de mesures issues des plans nationaux, tel que le plan national Alzheimer ;
– sous-consommation de crédits de médicalisation liée à des retards dans la signature des conventions tripartites (ou étalement du versement des mesures nouvelles) ;
– solde 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) ;
– événements imprévus, tels que les fermetures provisoires ou définitives non planifiées d'un établissement ou d'un service.

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

Il est souligné que le mode de budgétisation des crédits consacrés aux mesures nouvelles (créations de places et médicalisation), en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP), doit mécaniquement diminuer ces trésoreries d'enveloppes et générer tendanciellement une baisse du niveau des CNR.

2. **Les modalités d'emploi des trésoreries d'enveloppe**

Le caractère temporaire de ces marges impose la plus grande rigueur dans leur utilisation : l'emploi des CNR aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrit.

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.

2.1. *Le périmètre d'octroi des CNR*

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

Ainsi, dans le secteur médico-social, les demandes de crédits non reconductibles aux EHPAD qui bénéficient d'un financement mixte doivent 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 règlementaires régissant le périmètre des dotations soins, soit :

– les dépenses relevant des deux options tarifaires partielle ou globale ;
– les dépenses relevant du périmètre de la pharmacie à usage intérieur (PUI), le cas échéant ;
– le forfait transport en cas de places en accueil de jour ;
– les frais financiers dans les conditions rappelées *infra* (*cf.* 2.2).

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

Sur ces aspects, votre attention est enfin appelée 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 votre disposition.

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

Les CNR consacrés au soutien à l'investissement ont constitué en 2013, comme lors des exercices précédents, un levier massif d'accompagnement des projets d'investissements des ESMS.

Les conditions d'utilisation des CNR à l'appui d'opérations d'investissement doivent donc à nouveau être rappelées dans un souci d'harmonisation des pratiques tant des ESMS que des ARS.

2.2.1. Le cas général (dispositif « hors EHPAD »)

L'examen d'un projet d'investissement doit s'accompagner de l'analyse de la situation financière de l'établissement, permettant d'identifier notamment sa capacité d'autofinancement.

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 (Caisse des dépôts et consignations notamment).

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, il est possible d'utiliser les crédits non reconductibles afin de constituer des provisions réglementées pour le renouvellement des immobilisations. Ces provisions correspondent à un préfinancement de l'amortissement et permettent de minorer le recours à l'emprunt.

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

Pour les EHPAD, et sous réserve du dispositif « frais financier » (*cf. infra* 2.2.2), ce dispositif 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.

2.2.2. Le dispositif « frais financiers » et le soutien de l'investissement en EHPAD

L'investissement en EHPAD relève du périmètre de la section tarifaire hébergement. Afin de limiter l'augmentation du reste à charge que ces investissements induisent pour les résidents, la réglementation a toutefois ouvert le droit pour l'ARS de compenser tout ou partie des frais financiers liés aux emprunts.

Compte tenu du caractère dérogatoire de ce dispositif, ses conditions d'utilisation sont précisément définies et ces conditions s'imposent à l'établissement comme à l'ARS.

L'article D. 314-205 du CASF permet la prise en charge des frais financiers des EHPAD, sous réserve de l'accord de l'ARS et des crédits disponibles (CNR) au sein de la DRL. Certaines conditions de forme et de fond (opportunité financière de l'investissement) doivent néanmoins être remplies :

– le plan pluriannuel de financement doit être approuvé par le président du conseil général ;
– le taux d'endettement de l'établissement est inférieur à 50 % ;
– l'ensemble des capacités de financement des investissements de l'ESMS bénéficiaire ont été mobilisées 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 doivent pas dépasser un niveau égal ou supérieur à trente jours d'exploitation.

Vous veillerez ainsi à respecter les dispositions réglementaires de l'article D. 314-205 du CASF dans l'octroi de ces crédits en conditionnant la compensation de tout ou partie des frais financiers d'un projet d'investissement à la validation effective du projet pluriannuel d'investissement (PPI) par le conseil général.

Par ailleurs, compte tenu des montants en jeu, il paraît important d'attirer votre attention sur le respect d'un certain formalisme dans l'examen des demandes et l'octroi de ces crédits.

Les frais financiers pouvant être pris en charge doivent être consécutifs à un emprunt (et ne peuvent donc venir en substitution de l'emprunt à la différence du dispositif décrit *supra* en 2.2.1).

Vous prioriserez 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.

Ce dispositif doit obligatoirement donner lieu à une convention fixant la durée de la prise en charge à cinq ans. Cette convention est renouvelable une fois si le surcoût d'exploitation à compenser reste supérieur à 2 € par jour et par place à l'issue des cinq ans.

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

2.3. *Les autres possibilités d'emploi des CNR*

Au-delà des investissements, les CNR peuvent permettre le financement de diverses actions, ciblées sur une amélioration qualitative de la prestation des ESMS aux usagers sans considération de secteur PA-PH. Les actions les plus fréquemment évoquées en dialogue de gestion 2013 sont les suivantes :

– financement de la rémunération des professionnels de santé libéraux participant à la commission de coordination gériatrique en EHPAD ;
– financement des gratifications des stages des étudiants en travail social (lorsque les crédits spécifiquement délégués par le niveau régional dans vos DRL pour le financement de ce dispositif s'avèrent insuffisants) ;
– financement des contrats d'avenir ;
– financement d'actions de professionnalisation et de formation des personnels (comprenant le remplacement du personnel en formation) ;
– financement de l'évaluation externe.

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.

Les CNR peuvent également permettre de soutenir les efforts de restructuration rendus nécessaires par l'application des règles de convergence tarifaire aux EHPAD concernés.

Les CNR peuvent être plus particulièrement utilisés pour renforcer la formation dans le cadre du troisième plan autisme, et financer notamment :

– la formation initiale des UE ;
– le développement de formations continues relatives à l'état des connaissances et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur ;
– les éventuelles dépenses d'ingénierie consacrées à l'évaluation – interne et externe – et l'évolution des centres de ressources autisme, lorsque cela apparaît nécessaire, au regard du futur décret relatif à l'organisation et aux missions de ces centres ;
– enfin, certaines dépenses de formation liées à la structuration du triptyque « repérage - diagnostics – interventions précoces », en particulier les formations et mises à jour des connaissances en CAMSP et CMPP, mais aussi pour la formation et l'acquisition des outils et échelles de diagnostics validés scientifiquement.

Ces formations doivent explicitement se référer aux documents élaborés par la HAS et l'ANESM, et cibler prioritairement des formations pluriprofessionnelles.

Enfin, la question de la fluidité des parcours des personnes accompagnées et l'évolution de l'offre médico-sociale, dès lors que cela représente des dépenses non pérennes d'ingénierie et de formation, pourraient être soutenues par des CNR.

ANNEXE VII

BONNES PRATIQUES D'UTILISATION DE L'OUTIL HAPI

L'application HAPI est destinée à permettre un suivi détaillé de la tarification. La campagne 2013 a montré qu'il était nécessaire de préciser les consignes et de poursuivre l'harmonisation dans l'utilisation de l'outil dans le processus de tarification et dans la remontée de données utiles au suivi de la consommation des dotations régionales limitatives.

1. L'enjeu de l'utilisation des décisions tarifaires générées par HAPI

À l'issue de la première phase de campagne 2013 et à la réception des premières décisions tarifaires générées par l'application HAPI, certaines CPAM ont fait part aux ARS de la nécessité de faire figurer dans les décisions tarifaires certaines informations estimées comme nécessaires pour mener à bien leur mission de liquidation et de contrôle.

Les travaux menés avec la CNAMTS et la DGCS, au cours du deuxième trimestre 2013, ont permis de mieux définir les informations à faire figurer dans les décisions tarifaires. Celles-ci correspondent aux seules données nécessaires à la liquidation. Sur cette base et dans le strict respect du cadre juridique en vigueur, la CNSA a ajusté les modèles de décisions tarifaires qui seront mis à disposition des ARS pour la campagne 2014.

Cette formalisation harmonisée des décisions tarifaires n'exclut en aucun cas la possibilité pour les ARS, de la même manière que l'an passé, de transmettre aux CPAM demandeuses des informations nécessaires à leur compréhension et à leur information sur les éléments ayant présidés au calcul des dotations à verser aux ESMS concernés (ex. : détail des crédits non reconductibles par établissement, résultats, activité approuvée).

L'harmonisation des informations présentes dans les décisions tarifaires doit localement faciliter le circuit de liquidation. Elle est également indispensable pour assurer une symétrie d'information budgétaire entre ARS et caisse liquidatrice et ainsi faciliter le rapprochement, au niveau national, entre la tarification des ARS et les versements effectués par les CPAM.

Aussi, il est indispensable que toutes les ARS utilisent les décisions tarifaires générées par l'application HAPI : ces dernières seront par ailleurs prochainement transmises par lettre réseau CNAMTS à l'ensemble des CPAM.

2. La saisie des données liées à l'actualisation et à la convergence tarifaire

L'exercice 2013 a montré une certaine hétérogénéité dans la manière de renseigner les rubriques convergence et actualisation.

La convergence étant souvent renseignée comme une « actualisation négative », cette pratique erronée fausse au niveau national l'appréciation de l'action de l'ARS et la vision de l'emploi des crédits d'actualisation. Les modalités de saisie doivent donc être les suivantes :

Les crédits sont renseignés dans l'application par destination :

Les crédits notifiés au seul titre de l'actualisation sont saisis au niveau de l'étape « arbitrer l'actualisation ». En revanche, lorsque des crédits d'actualisation sont « réorientés » vers de la médicalisation, ils doivent être renseignés dans la colonne prévue à cet effet à l'étape « arbitrer les mesures nouvelles ». En d'autres termes, la saisie se fait par rapport à la destination des crédits (à quel usage sont-ils employés ?) et non par rapport à leur origine (quelle enveloppe sert à financer la mesure ?). En tout état de cause, aucun montant négatif ne doit être saisi à l'étape « arbitrer l'actualisation » : toute valeur négative doit être renseignée comme une convergence tarifaire (PA) ou un redéploiement (PH).

Les redéploiements de crédits disponibles en « base » réalisés entre établissements d'une même région sont saisis à l'étape « arbitrer les mesures nouvelles ». La saisie au niveau de l'étape « calculer la base $N - 1$ » est destinée aux seuls transferts d'enveloppe liés à la mise en œuvre de la fongibilité.

La mise en œuvre des mesures de convergence tarifaire est renseignée à la seule étape « arbitrer les mesures nouvelles ». Lorsque l'application de la convergence tarifaire repose sur la mise en place de PASA-UHR, une attention particulière doit être apportée au renseignement correct à la fois au niveau des financements (utilisation d'une des colonnes dédiées à la création par convergence) comme des modalités d'accueil (saisie négative sur la ligne HP, positive sur les lignes PASA et UHR).

3. Le périmètre des crédits non reconductibles et l'alimentation de HAPI

Les crédits non reconductibles restent aujourd'hui un paramètre déterminant de l'allocation de ressources aux ESMS par les ARS.

Afin d'évaluer au mieux la nature et le volume de l'accompagnement financier des ESMS en crédits non reconductibles, le renseignement des différents types de dépenses dans les SI, et notamment HAPI, prend une importance toute particulière.

À cette fin, le tableau ci-dessous présente la liste des catégories de dépenses à caractère non reconductibles paramétrées dans HAPI pour la campagne 2014. Cette dernière a été amendée par rapport à 2013 et résulte des enseignements des dialogues de gestion ARS-CNSA et des échanges avec les ARS en club utilisateurs HAPI.

	Modification pour la campagne 2014			
	PH	PA	SSIAD	Observations
Mise en réserve temporaire	x	x	x	fermeture temporaire d'ESMS
Gratification de stage	x		x	annexe 1 circulaire
Permanents syndicaux	x	x	x	annexe 1 circulaire
Emplois d'avenir	x	x	x	annexe 8 circulaire
Transport	x	x	x	toute prise en charge PA-PH
Provisions travaux	x		x	
Soutien à l'investissement hors frais financiers	x	x	x	dispositif art D314-206 CASF
Frais financiers	x	x	x	dispositif EHPAD : art D314-205 CASF
Médicaments	x	x	x	
Dispositifs médicaux	x	x		matériel médical amortissable
Formation	x	x	x	
Evaluation	x	x	x	Evaluation externe
Frais installation/transfert	x	x	x	ouverture d'ESMS ou transfert de gestion
Contractualisation/coopération	x	x	x	dont retour à l'équilibre
Dépenses de personnel non pérennes	x	x	x	intérim/CDD
Expérimentation régionale (hors FIR)	x	x	x	experimentation portée par les ESMS (ITEP...)
Autres	x	x	x	

ANNEXE VIII

EMPLOIS D'AVENIR

Le dispositif des emplois d'avenir, créé par la loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012 portant création des emplois d'avenir, a pour objectif de permettre à des jeunes de 16 à 25 ans[1] 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 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 22 000 jeunes en emplois d'avenir en 2013, ce qui représente le tiers des contrats signés dans le secteur non marchand. Le secteur médico-social, qui a de fort besoins de recrutement sur des niveaux de qualifications éligibles aux emplois d'avenir, se distingue particulièrement puisque l'on décompte près de 7 000 recrutements dans les établissements et services pour personnes âgées et 3 000 recrutements dans les ESMS pour personnes handicapées.

Notre ambition est que l'ensemble des jeunes en emplois d'avenir aient accès à une formation et qu'une grande partie d'entre eux accèdent à une qualification qui leur permette de poursuivre leur carrière professionnelle dans ce secteur d'activité.

Afin d'encourager et de soutenir l'effort de formation des employeurs, la CNSA a conclu des conventions avec les organismes paritaires collecteurs agréés (ANFH, UNIFAF, OPCA-PL) et le CNFPT. Ces conventions initiées en 2013 sont reconduites en 2014. 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 2014, 7 M€ seront programmés au titre de ces actions selon une répartition qui sera définie très prochainement par arrêté interministériel.

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

Par ailleurs, la CNSA cofinance également ces quatre organismes au titre de la formation des professionnels exerçant dans les établissements sociaux et médico-sociaux et relevant du périmètre de compétence de la CNSA. Il peut s'agir d'actions de qualification et de professionnalisation (ex. : formation des assistants de soins en gérontologie ou actions de formation thématiques destinées à adapter les pratiques professionnelles aux évolutions du secteur).

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

ANNEXES À LA CIRCULAIRE DGCS/SD5C/DSS/CNSA N° 2014-94 DU 28 MARS 2014

TABLEAUX 1, 1 *BIS*, 2, 2 *BIS* ET 3, 3 *BIS*

Tableau 1 – Détermination de la base initiale au 01/01/2014 sur le champ « Personnes âgées »

PERSONNES ÂGÉES	DRL au 31/12/2013	CNR expérimentation médicaments 2013	CNR permanents syndicaux 2013	CNR complémentaires 2013	Opérations non pérennes de régularisation 2013	Opérations pérennes de régularisation 2013	DRL retraitée au 31/12/2013	Opérations de fongibilité (crédit)	Opérations de fongibilité (débit)	Base initiale au 01/01/2014
Alsace	243 538 598 €	-377 966 €	0 €	-1 000 000 €	0 €	0 €	**242 160 632 €**	0 €	0 €	**242 160 632 €**
Aquitaine	521 162 272 €	-1 165 204 €	-41 771 €	-7 800 000 €	0 €	0 €	**512 155 297 €**	0 €	0 €	**512 155 297 €**
Auvergne	284 653 914 €	-501 771 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**284 152 143 €**	0 €	0 €	**284 152 143 €**
Basse-Normandie	257 034 530 €	-301 143 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**256 733 387 €**	0 €	0 €	**256 733 387 €**
Bourgogne	338 594 282 €	-675 197 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**337 919 085 €**	0 €	0 €	**337 919 085 €**
Bretagne	597 348 276 €	-869 921 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**596 478 355 €**	0 €	0 €	**596 478 355 €**
Centre	449 862 667 €	-849 142 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**449 013 525 €**	0 €	-319 396 €	**448 694 129 €**
Champagne-Ardenne	190 753 385 €	-256 369 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**190 497 016 €**	0 €	0 €	**190 497 016 €**
Corse	35 014 710 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**35 014 710 €**	0 €	0 €	**35 014 710 €**
Franche-Comté	172 932 786 €	-174 011 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**172 758 775 €**	0 €	-250 000 €	**172 508 775 €**
Guadeloupe	29 460 307 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**29 460 307 €**	0 €	0 €	**29 460 307 €**
Guyane	9 390 599 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**9 390 599 €**	0 €	0 €	**9 390 599 €**
Haute-Normandie	257 850 661 €	-728 357 €	0 €	-2 000 000 €	0 €	0 €	**255 122 304 €**			**255 122 304 €**
Ile-de-France	1 080 523 310 €	-2 581 419 €	-83 800 €	0 €	0 €	0 €	**1 077 858 091 €**	30 868 €	0 €	**1 077 888 959 €**
Languedoc-Roussillon	408 817 798 €	-873 212 €	0 €	-1 000 000 €	0 €	0 €	**406 944 586 €**	0 €	0 €	**406 944 586 €**
Limousin	157 904 435 €	-717 783 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**157 186 652 €**	0 €	0 €	**157 186 652 €**
Lorraine	315 597 622 €	-904 255 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**314 693 367 €**	0 €	0 €	**314 693 367 €**
Martinique	31 675 014 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**31 675 014 €**	0 €	0 €	**31 675 014 €**
Midi-Pyrénées	499 812 318 €	-2 180 855 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**497 631 463 €**	0 €	0 €	**497 631 463 €**
Nord Pas-de-Calais	472 817 691 €	-1 134 868 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**471 682 823 €**	0 €	0 €	**471 682 823 €**
Océan Indien	35 653 853 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-1 028 270 €	**34 625 583 €**	0 €	0 €	**34 625 583 €**
Pays de la Loire	611 519 881 €	-904 591 €	0 €	-500 000 €	0 €	0 €	**610 115 290 €**	0 €	0 €	**610 115 290 €**
Picardie	261 618 996 €	-220 720 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**261 398 276 €**	0 €	0 €	**261 398 276 €**
Poitou-Charentes	335 276 676 €	-670 041 €	-28 147 €	0 €	0 €	0 €	**334 578 488 €**	0 €	0 €	**334 578 488 €**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	678 387 206 €	-763 710 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**677 623 496 €**	0 €	-631 246 €	**676 992 250 €**
Rhône-Alpes	879 670 917 €	-1 170 736 €	0 €	0 €	0 €	0 €	**878 500 181 €**	525 505 €	0 €	**879 025 686 €**
France	**9 156 872 704 €**	**-18 021 271 €**	**-153 718 €**	**-12 300 000 €**	**0 €**	**-1 028 270 €**	**9 125 369 445 €**	**556 373 €**	**-1 200 642 €**	**9 124 725 176 €**

Tableau 1 *bis* – Détermination de la base initiale au 01/01/2014 sur le champ « Personnes handicapées »

PERSONNES HANDICAPÉES	DRL au 31/12/2013	CNR Gratification stagiaires 2013	CNR permanents syndicaux 2013	Opérations non pérennes de régularisation 2013	Opérations pérennes de régularisation 2013	DRL retraitée au 31/12/2013	Opérations de fongibilité (crédit)	Opérations de fongibilité (débit)	Base initiale au 01/01/2014
Alsace	241 236 163 €	-139 139 €	-53 300 €	-1 162 389 €	0 €	**239 881 335 €**	0 €	0 €	**239 881 335 €**
Aquitaine	459 161 194 €	-221 212 €	-14 468 €	-1 356 120 €	0 €	**457 569 394 €**	1 902 948 €	0 €	**459 472 342 €**
Auvergne	186 665 040 €	-103 389 €	0 €	-571 052 €	0 €	**185 990 599 €**	0 €	0 €	**185 990 599 €**
Basse-Normandie	256 575 657 €	-80 731 €	-56 576 €	0 €	0 €	**256 438 350 €**	0 €	0 €	**256 438 350 €**
Bourgogne	206 336 249 €	-86 773 €	0 €	0 €	0 €	**206 249 476 €**	0 €	0 €	**206 249 476 €**
Bretagne	405 587 565 €	-227 758 €	-60 163 €	-774 926 €	0 €	**404 524 718 €**	0 €	0 €	**404 524 718 €**
Centre	372 880 947 €	-178 245 €	0 €	-523 075 €	0 €	**372 179 627 €**	319 396 €	0 €	**372 499 023 €**
Champagne-Ardenne	214 168 635 €	-72 003 €	0 €	0 €	0 €	**214 096 632 €**	0 €	0 €	**214 096 632 €**
Corse	36 562 830 €	-4 866 €	0 €	0 €	0 €	**36 557 964 €**	0 €	0 €	**36 557 964 €**
Franche-Comté	191 317 683 €	-66 632 €	0 €	-250 000 €	0 €	**191 001 051 €**	250 000 €	0 €	**191 251 051 €**
Guadeloupe	65 912 288 €	-21 483 €	0 €	0 €	0 €	**65 890 805 €**	1 675 380 €	0 €	**67 566 185 €**
Guyane	27 795 564 €	-24 169 €	0 €	0 €	0 €	**27 771 395 €**	0 €	0 €	**27 771 395 €**
Haute-Normandie	248 893 520 €	-111 781 €	0 €	-581 194 €	0 €	**248 200 545 €**	0 €	0 €	**248 200 545 €**
Ile-de-France	1 478 021 031 €	-1 132 243 €	-236 370 €	0 €	0 €	**1 476 652 418 €**	100 000 €	0 €	**1 476 752 418 €**
Languedoc-Roussillon	397 423 101 €	-142 999 €	0 €	-1 162 389 €	0 €	**396 117 713 €**	0 €	0 €	**396 117 713 €**
Limousin	142 815 142 €	-59 751 €	0 €	0 €	0 €	**142 755 391 €**	0 €	0 €	**142 755 391 €**
Lorraine	363 920 427 €	-176 735 €	-88 609 €	-6 299 531 €	0 €	**357 355 552 €**	125 000 €	0 €	**357 480 552 €**
Martinique	59 355 711 €	-25 008 €	0 €	0 €	0 €	**59 330 703 €**	0 €	0 €	**59 330 703 €**
Midi-Pyrénées	520 555 255 €	-192 344 €	-100 734 €	0 €	0 €	**520 262 177 €**	0 €	0 €	**520 262 177 €**
Nord Pas-de-Calais	597 406 258 €	-441 417 €	-302 161 €	-120 000 €	0 €	**596 542 680 €**	1 612 313 €	0 €	**598 154 993 €**
Océan Indien	131 283 837 €	-76 199 €	0 €	-2 179 208 €	0 €	**129 028 430 €**	0 €	0 €	**129 028 430 €**
Pays de la Loire	482 397 209 €	-209 799 €	-55 297 €	-542 448 €	0 €	**481 589 665 €**	0 €	0 €	**481 589 665 €**
Picardie	293 076 908 €	-99 025 €	0 €	0 €	0 €	**292 977 883 €**	0 €	0 €	**292 977 883 €**
Poitou-Charentes	229 606 757 €	-69 821 €	-56 324 €	-691 481 €	0 €	**228 789 131 €**	0 €	0 €	**228 789 131 €**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	608 596 002 €	-313 691 €	0 €	0 €	0 €	**608 282 311 €**	631 246 €	0 €	**608 913 557 €**
Rhône-Alpes	759 956 925 €	-422 787 €	-157 657 €	0 €	0 €	**759 376 481 €**	49 010 €	0 €	**759 425 491 €**
France	**8 977 507 898 €**	**-4 700 000 €**	**-1 181 659 €**	**-16 213 813 €**	**0 €**	**8 955 412 426 €**	**6 665 293 €**	**0 €**	**8 962 077 719 €**

Tableau 2 – Calcul des dotations régionales limitatives 2014 sur le champ « Personnes âgées »

	DRL 2013 RETRAITÉE	ACTUALISATION	MESURES D'INSTALLATION DE PLACES (cf. Tableau 3 pour les modalités de calcul)					MESURES ALZHEIMER		MESURES DE MÉDICALISATION			CNR NATIONAUX	OPÉRATIONS DE RÉGULARISATION		MESURES D'ÉCONOMIE	DRL 2014
PERSONNES ÂGÉES	Base initiale au 01/01/2014	Reconduction 1,04% (hors EHPAD GMPS en convergence)	Enveloppes antidipées - EAP 2014 sur CP 2013	Débasage temporaire - EAP 2014 sur CP 2013	Crédits de Paiement 2014 (sur 7mois)	Autorisations d'Engagement - CP 2014	Autorisations d'Engagement - CP 2014 sur RN	PASA - EAP 2014 sur CP 2013	ESA - EAP 2014 sur CP 2013	CP-MED 2014 sur AE-MED 2013	CP-MED 2014 dégagés sur économie actualisation	CP-MED 2014 Ouverture partielle tarif global	Permanents syndicaux	Régularisation non reconductible	Régularisation reconductible	Réfaction convergence en EHPAD	
Alsace	242 160 632 €	1 843 181 €	132 369 €	726 066 €	2 107 947 €	156 657 €	0 €	456 649 €	225 000 €	3 221 298 €	424 520 €	337 004 €	0 €	212 611 €	0 €	-664 185 €	**251 339 749 €**
Aquitaine	512 155 297 €	5 034 167 €	268 912 €	237 075 €	2 385 342 €	657 580 €	384 710 €	1 183 778 €	825 000 €	10 248 668 €	1 350 626 €	1 123 348 €	19 839 €	0 €	0 €	-169 381 €	**535 704 961 €**
Auvergne	284 152 143 €	2 273 496 €	145 930 €	677 986 €	3 005 703 €	81 363 €	0 €	400 598 €	0 €	3 848 756 €	507 210 €	374 449 €	0 €	0 €	0 €	-331 943 €	**295 135 691 €**
Basse-Normandie	256 733 387 €	2 473 348 €	0 €	0 €	0 €	33 312 €	0 €	484 493 €	375 000 €	6 569 526 €	865 769 €	262 115 €	0 €	0 €	0 €	-225 564 €	**267 571 386 €**
Bourgogne	337 919 085 €	2 867 638 €	310 100 €	0 €	0 €	93 694 €	0 €	502 457 €	0 €	5 528 114 €	728 525 €	374 449 €	0 €	0 €	0 €	-752 159 €	**347 571 903 €**
Bretagne	596 478 355 €	5 069 554 €	0 €	0 €	0 €	184 672 €	0 €	1 016 587 €	750 000 €	7 819 069 €	1 030 440 €	262 115 €	0 €	0 €	0 €	-456 810 €	**612 153 982 €**
Centre	448 694 129 €	4 351 434 €	0 €	0 €	0 €	526 195 €	0 €	763 994 €	0 €	7 073 334 €	932 163 €	112 335 €	0 €	0 €	0 €	-340 336 €	**462 113 248 €**
Champagne-Ardenne	190 497 016 €	1 721 493 €	988 298 €	901 982 €	0 €	160 408 €	0 €	412 409 €	300 000 €	2 800 882 €	369 116 €	299 559 €	0 €	0 €	0 €	-328 729 €	**198 122 434 €**
Corse	35 014 710 €	308 200 €	0 €	0 €	0 €	7 448 €	0 €	60 601 €	0 €	373 544 €	49 228 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-94 849 €	**35 718 882 €**
Franche-Comté	172 508 775 €	1 573 214 €	798 532 €	1 154 117 €	0 €	180 805 €	0 €	321 331 €	150 000 €	2 057 134 €	271 100 €	112 335 €	0 €	0 €	0 €	-47 162 €	**179 080 181 €**
Guadeloupe	29 460 307 €	234 860 €	131 410 €	1 083 836 €	0 €	0 €	0 €	114 836 €	0 €	205 812 €	27 123 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-295 127 €	**30 963 057 €**
Guyane	9 390 599 €	58 850 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-158 695 €	**9 290 754 €**
Haute-Normandie	255 122 304 €	1 971 581 €	1 181 650 €	756 751 €	1 435 874 €	285 130 €	0 €	492 266 €	300 000 €	2 519 796 €	332 073 €	0 €	0 €	537 000 €	0 €	-193 800 €	**264 740 625 €**
Ile-de-France	1 077 888 959 €	9 339 418 €	0 €	0 €	0 €	724 577 €	0 €	2 700 768 €	1 800 000 €	11 532 728 €	1 519 847 €	224 670 €	85 895 €	0 €	0 €	-2 181 657 €	**1 103 635 205 €**
Languedoc-Roussillon	406 944 586 €	3 691 491 €	0 €	0 €	0 €	28 003 €	0 €	1 097 075 €	750 000 €	6 228 488 €	820 825 €	262 115 €	0 €	0 €	0 €	-325 528 €	**419 497 055 €**
Limousin	157 186 652 €	1 532 676 €	207 343 €	1 096 008 €	0 €	82 881 €	0 €	346 965 €	225 000 €	1 841 065 €	242 626 €	411 894 €	0 €	0 €	0 €	-148 704 €	**163 024 406 €**
Lorraine	314 693 367 €	2 827 855 €	2 015 756 €	2 314 614 €	0 €	166 350 €	0 €	585 129 €	375 000 €	4 052 470 €	534 057 €	561 674 €	0 €	0 €	0 €	-541 087 €	**327 585 185 €**
Martinique	31 675 014 €	271 191 €	264 171 €	0 €	585 762 €	5 089 €	0 €	153 115 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-299 019 €	**32 655 323 €**
Midi-Pyrénées	497 631 463 €	4 763 856 €	0 €	0 €	0 €	455 006 €	0 €	1 108 748 €	0 €	7 294 187 €	961 268 €	1 048 458 €	67 722 €	0 €	0 €	-564 350 €	**512 766 358 €**
Nord Pas-de-Calais	471 682 823 €	4 259 604 €	4 378 178 €	5 811 349 €	3 612 603 €	124 407 €	0 €	944 209 €	675 000 €	7 851 826 €	1 034 757 €	149 780 €	0 €	0 €	0 €	-388 465 €	**500 136 071 €**
Océan Indien	34 625 583 €	214 859 €	0 €	0 €	0 €	0 €	760 000 €	114 836 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	-80 992 €	**35 634 286 €**
Pays de la Loire	610 115 290 €	5 433 352 €	2 965 914 €	484 178 €	1 109 333 €	128 785 €	0 €	969 011 €	675 000 €	7 650 729 €	1 008 256 €	224 670 €	0 €	-212 611 €	0 €	-1 465 802 €	**629 086 105 €**
Picardie	261 398 276 €	2 447 608 €	0 €	0 €	0 €	21 104 €	0 €	463 877 €	375 000 €	4 171 881 €	549 794 €	486 784 €	0 €	0 €	0 €	-309 052 €	**269 605 272 €**
Poitou-Charentes	334 578 488 €	3 197 790 €	6 190 €	2 374 €	2 594 992 €	314 432 €	0 €	0 €	0 €	3 346 307 €	440 995 €	411 894 €	0 €	0 €	0 €	-296 296 €	**344 597 166 €**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	676 992 250 €	6 296 957 €	5 043 493 €	1 434 109 €	0 €	144 607 €	0 €	2 049 942 €	1 275 000 €	12 140 201 €	1 599 903 €	1 048 458 €	0 €	0 €	0 €	-1 014 753 €	**707 010 167 €**
Rhône-Alpes	879 025 686 €	7 735 618 €	898 099 €	129 600 €	0 €	297 495 €	540 000 €	1 748 187 €	1 200 000 €	11 624 185 €	1 531 900 €	411 894 €	20 132 €	0 €	0 €	-1 325 555 €	**903 837 241 €**
FRANCE	**9 124 725 176 €**	**81 793 291 €**	**19 736 345 €**	**16 810 045 €**	**16 837 556 €**	**4 860 000 €**	**1 684 710 €**	**18 491 861 €**	**10 275 000 €**	**130 000 000 €**	**17 132 121 €**	**8 500 000 €**	**193 588 €**	**537 000 €**	**0 €**	**-13 000 000 €**	**9 438 576 693 €**

Tableau 2 *bis* – Calcul des dotations régionales limitatives 2014 sur le champ « Personnes handicapées »

	DRL 2013 RETRAITÉE	ACTUALISATION	MESURES D'INSTALLATION DE PLACES (cf. Tableau 3 pour les modalités de calcul)					HANDICAP RARE	PLAN AUTISME			CNR NATIONAUX		OPÉRATIONS DE RÉGULARISATION		DRL 2014
PERSONNES HANDICAPÉES	Base initiale au 01/01/2014	Reconduction 0,96%	Enveloppes anticipées - EAP 2014 sur CP 2013	Débasage temporaire - EAP 2014 sur CP 2013	Crédits de Paiement 2014 (sur 7mois)	Autorisations d'Engagement - CP 2014	Autorisations d'Engagement - CP 2014 sur RN	CP 2014	CAMSP & CMPP	CNR Renforcement ESMS	Unités d'enseigement (sur 4 mois)	Gratification des stagiaires	Permanents syndicaux	Régularisation non reconductible	Régularisation reconductible	
Alsace	239 881 335 €	2 302 861 €	2 399 388 €	0 €	0 €	2 861 440 €	0 €	0 €	58 535 €	87 802 €	93 333 €	139 139 €	53 117 €	0 €	0 €	**247 876 950 €**
Aquitaine	459 472 342 €	4 410 934 €	1 544 097 €	784 633 €	0 €	4 037 951 €	0 €	0 €	60 392 €	90 589 €	93 333 €	221 212 €	15 425 €	0 €	0 €	**470 730 908 €**
Auvergne	185 990 599 €	1 785 510 €	603 607 €	0 €	0 €	1 470 796 €	28 000 €	0 €	25 267 €	37 901 €	93 333 €	103 389 €	0 €	0 €	0 €	**190 138 402 €**
Basse-Normandie	256 438 350 €	2 461 808 €	484 078 €	316 450 €	941 581 €	1 224 670 €	246 000 €	0 €	24 825 €	37 237 €	93 333 €	80 731 €	54 284 €	0 €	0 €	**262 403 347 €**
Bourgogne	206 249 476 €	1 979 995 €	0 €	0 €	639 635 €	2 125 793 €	0 €	0 €	36 957 €	55 435 €	93 333 €	86 773 €	0 €	0 €	0 €	**211 267 397 €**
Bretagne	404 524 718 €	3 883 437 €	2 007 302 €	399 561 €	2 319 890 €	4 476 923 €	0 €	0 €	100 434 €	150 651 €	93 333 €	227 758 €	61 359 €	0 €	0 €	**418 245 366 €**
Centre	372 499 023 €	3 575 991 €	686 599 €	0 €	417 601 €	2 709 284 €	180 000 €	0 €	52 950 €	79 425 €	93 333 €	178 245 €	0 €	0 €	0 €	**380 472 451 €**
Champagne-Ardenne	214 096 632 €	2 055 328 €	1 517 697 €	0 €	0 €	2 028 450 €	0 €	0 €	34 070 €	51 105 €	93 333 €	72 003 €	0 €	0 €	0 €	**219 948 618 €**
Corse	36 557 964 €	350 956 €	130 820 €	0 €	0 €	760 531 €	0 €	0 €	21 359 €	32 039 €	93 333 €	4 866 €	0 €	0 €	0 €	**37 951 868 €**
Franche-Comté	191 251 051 €	1 836 010 €	0 €	0 €	236 794 €	1 078 279 €	380 000 €	0 €	26 375 €	39 563 €	93 333 €	66 632 €	0 €	0 €	250 000 €	**195 258 037 €**
Guadeloupe	67 566 185 €	648 635 €	1 156 210 €	0 €	0 €	909 512 €	0 €	0 €	20 628 €	30 942 €	93 333 €	21 483 €	0 €	0 €	0 €	**70 446 928 €**
Guyane	27 771 395 €	266 605 €	2 668 525 €	0 €	610 700 €	2 189 564 €	0 €	0 €	47 142 €	70 713 €	93 333 €	24 169 €	0 €	0 €	0 €	**33 742 146 €**
Haute-Normandie	248 200 545 €	2 382 725 €	699 583 €	0 €	554 850 €	5 339 253 €	920 000 €	0 €	65 348 €	98 022 €	93 333 €	111 781 €	65 853 €	0 €	0 €	**258 531 293 €**
Ile-de-France	1 476 752 418 €	14 176 823 €	17 327 788 €	3 805 443 €	0 €	23 017 534 €	3 639 506 €	290 000 €	390 392 €	585 587 €	280 000 €	1 132 243 €	160 180 €	0 €	0 €	**1 541 557 914 €**
Languedoc-Roussillon	396 117 713 €	3 802 730 €	2 381 674 €	0 €	882 698 €	3 163 649 €	82 170 €	0 €	62 233 €	93 349 €	93 333 €	142 999 €	30 304 €	0 €	0 €	**406 852 852 €**
Limousin	142 755 391 €	1 370 452 €	208 156 €	100 660 €	73 578 €	525 753 €	598 500 €	0 €	11 161 €	16 741 €	93 333 €	59 751 €	0 €	0 €	0 €	**145 813 476 €**
Lorraine	357 480 552 €	3 431 813 €	1 244 247 €	16 395 €	0 €	2 340 902 €	0 €	190 000 €	45 487 €	68 231 €	93 333 €	176 735 €	33 760 €	0 €	7 000 000 €	**372 121 455 €**
Martinique	59 330 703 €	569 575 €	0 €	0 €	0 €	2 223 250 €	0 €	0 €	9 015 €	13 522 €	93 333 €	25 008 €	0 €	0 €	0 €	**62 264 406 €**
Midi-Pyrénées	520 262 177 €	4 994 517 €	1 200 080 €	212 254 €	1 586 867 €	2 575 826 €	325 000 €	656 987 €	62 372 €	93 558 €	93 333 €	192 344 €	146 056 €	0 €	0 €	**532 401 371 €**
Nord Pas-de-Calais	598 154 993 €	5 742 288 €	0 €	0 €	16 678 415 €	6 675 488 €	900 000 €	0 €	85 760 €	128 639 €	93 333 €	441 417 €	386 263 €	0 €	0 €	**629 286 596 €**
Océan Indien	129 028 430 €	1 238 673 €	1 357 233 €	0 €	0 €	3 873 844 €	0 €	0 €	125 076 €	187 614 €	93 333 €	76 199 €	0 €	1 324 282 €	0 €	**137 304 684 €**
Pays de la Loire	481 589 665 €	4 623 261 €	2 570 934 €	0 €	0 €	3 908 899 €	1 616 768 €	0 €	84 095 €	126 143 €	93 333 €	209 799 €	55 926 €	0 €	250 000 €	**495 128 823 €**
Picardie	292 977 883 €	2 812 588 €	1 501 809 €	444 531 €	0 €	2 442 738 €	230 313 €	3 800 000 €	55 535 €	83 303 €	93 333 €	99 025 €	0 €	0 €	0 €	**304 541 058 €**
Poitou-Charentes	228 789 131 €	2 196 376 €	735 799 €	300 810 €	1 083 464 €	2 626 512 €	200 000 €	128 000 €	89 417 €	134 125 €	93 333 €	69 821 €	106 428 €	0 €	0 €	**236 553 216 €**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	608 913 557 €	5 845 570 €	3 320 328 €	0 €	0 €	6 701 383 €	230 500 €	0 €	124 043 €	186 065 €	186 667 €	313 691 €	0 €	0 €	100 000 €	**625 921 804 €**
Rhône-Alpes	759 425 491 €	7 290 485 €	4 202 407 €	1 419 230 €	0 €	8 941 779 €	719 090 €	0 €	181 132 €	271 698 €	186 667 €	422 787 €	204 985 €	0 €	100 000 €	**783 365 751 €**
FRANCE	**8 962 077 719 €**	**86 035 946 €**	**49 948 361 €**	**7 799 967 €**	**26 026 073 €**	**100 230 003 €**	**10 295 847 €**	**5 064 987 €**	**1 900 000 €**	**2 849 999 €**	**2 799 993 €**	**4 700 000 €**	**1 373 940 €**	**1 324 282 €**	**7 700 000 €**	**9 270 127 117 €**

Tableau 3 – Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement (hors AE) pour 2014 sur le champ « Personnes âgées »

PERSONNES ÂGÉES	ENVELOPPES ANTICIPÉES (EA)				DÉBASAGE TEMPORAIRE (DT)				DROIT DE TIRAGE 2014				APPEL CRÉDITS DE PAIEMENT			DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PAIEMENT					DROIT DE TIRAGE 2015
	EA notifiées	CP délégués sur EA	EAP 2014 déléguées sur EA	Droit tirage EA au 01/01/2014	DT total	DT restitué	EAP 2014 déléguées sur DT	Droit tirage DT au 01/01/2014	Total Autorisations notifiées	Total CP délégués	Total EAP délégués	Droit tirage au 01/01/2014	sur EA & AE (source SELIA)	sur DT (source ET2013)	Total Appel CP	Appel CP limité au Droit tirage	Trésorerie (source ET2013)	CP limités à la trésorerie	CP 2014 (7mois)	EAP 2015 sur CP 2014 (5mois)	Solde droit tirage au 01/01/2015
Formules	1	2	3	4 = (1+2+3)	5	6	7	8 = (5+6+7)	9 = (1+5)	10 = (2+6)	11 = (3+7)	12 = (9+10+11)	13	14	15 = (13+14)	16	17	18 = (16+17)	19 = (18*7/12)	20 = (18*5/12)	21 = (12-19-20)
Alsace	3 402 354 €	-132 369 €	-132 369 €	**3 137 616 €**	4 620 855 €	-1 091 208 €	-726 066 €	**2 803 581 €**	8 023 209 €	-1 223 577 €	-858 435 €	**5 941 197 €**	1 273 240 €	2 803 581 €	**4 076 821 €**	4 076 821 €	-463 197 €	**3 613 624 €**	**2 107 947 €**	**1 505 677 €**	2 327 573
Aquitaine	11 624 008 €	-4 480 534 €	-268 912 €	**6 874 562 €**	8 837 246 €	-3 670 710 €	-237 075 €	**4 929 461 €**	20 461 254 €	-8 151 244 €	-505 987 €	**11 804 023 €**	3 323 566 €	5 166 535 €	**8 490 101 €**	8 490 101 €	-4 400 943 €	**4 089 158 €**	**2 385 342 €**	**1 703 816 €**	7 714 865
Auvergne	2 730 296 €	-596 730 €	-145 930 €	**1 987 636 €**	6 243 076 €	-780 661 €	-677 986 €	**4 784 429 €**	8 973 372 €	-1 377 391 €	-823 916 €	**6 772 065 €**	291 826 €	5 346 815 €	**5 638 641 €**	5 638 641 €	-486 007 €	**5 152 634 €**	**3 005 703 €**	**2 146 931 €**	1 619 431
Basse-Normandie	8 913 194 €	-7 356 354 €	0 €	**1 556 840 €**	3 934 115 €	-3 934 115 €	0 €	**0 €**	12 847 309 €	-11 290 469 €	0 €	**1 556 840 €**	1 924 156 €	0 €	**1 924 156 €**	1 556 840 €	-3 025 402 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	1 556 840
Bourgogne	4 718 617 €	-3 816 316 €	-310 100 €	**592 201 €**	604 824 €	-604 824 €	0 €	**0 €**	5 323 441 €	-4 421 140 €	-310 100 €	**592 201 €**	374 966 €	0 €	**374 966 €**	374 966 €	-1 058 084 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	592 201
Bretagne	5 977 242 €	-2 519 153 €	0 €	**3 458 089 €**	4 924 741 €	-2 982 047 €	0 €	**1 942 694 €**	10 901 983 €	-5 501 200 €	0 €	**5 400 783 €**	2 500 348 €	597 212 €	**3 097 560 €**	3 097 560 €	-5 443 748 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	5 400 783
Centre	11 306 018 €	-10 421 646 €	0 €	**884 372 €**	4 591 619 €	-4 591 619 €	0 €	**0 €**	15 897 637 €	-15 013 265 €	0 €	**884 372 €**	3 011 294 €	0 €	**3 011 294 €**	884 372 €	-7 107 108 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	884 372
Champagne-Ardenne	5 923 310 €	-4 181 188 €	-988 298 €	**753 824 €**	5 040 270 €	-3 450 300 €	-901 982 €	**687 988 €**	10 963 580 €	-7 631 488 €	-1 890 280 €	**1 441 812 €**	1 617 016 €	0 €	**1 617 016 €**	1 441 812 €	-5 288 998 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	1 441 812
Corse	1 314 722 €	-301 078 €	0 €	**1 013 644 €**	3 477 313 €	-3 158 919 €	0 €	**318 394 €**	4 792 035 €	-3 459 997 €	0 €	**1 332 038 €**	693 846 €	0 €	**693 846 €**	693 846 €	-1 704 222 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	1 332 038
Franche-Comté	5 822 990 €	-1 806 936 €	-798 532 €	**3 217 522 €**	3 107 170 €	-1 632 053 €	-1 154 117 €	**321 000 €**	8 930 160 €	-3 438 989 €	-1 952 649 €	**3 538 522 €**	2 200 644 €	773 200 €	**2 973 844 €**	2 973 844 €	-3 569 022 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	3 538 522
Guadeloupe	3 460 721 €	-131 410 €	-131 410 €	**3 197 901 €**	2 306 397 €	-1 222 561 €	-1 083 836 €	**0 €**	5 767 118 €	-1 353 971 €	-1 215 246 €	**3 197 901 €**	50 880 €	0 €	**50 880 €**	50 880 €	-4 310 556 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	3 197 901
Guyane	175 997 €	-1 258 343 €	0 €	**-1 082 346 €**	287 184 €	-287 184 €	0 €	**0 €**	463 181 €	-1 545 527 €	0 €	**-1 082 346 €**	0 €	0 €	**0 €**	-1 082 346 €	-900 000 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	-1 082 346
Haute-Normandie	5 871 648 €	-3 204 088 €	-1 181 650 €	**1 485 910 €**	4 454 312 €	-1 327 233 €	-756 751 €	**2 370 328 €**	10 325 960 €	-4 531 321 €	-1 938 401 €	**3 856 238 €**	1 128 737 €	1 476 224 €	**2 604 961 €**	2 604 961 €	-143 462 €	**2 461 499 €**	**1 435 874 €**	**1 025 625 €**	1 394 739
Ile-de-France	29 730 779 €	-6 089 932 €	0 €	**23 640 847 €**	22 224 182 €	-80 521 €	0 €	**22 143 661 €**	51 954 961 €	-6 170 453 €	0 €	**45 784 508 €**	7 195 116 €	3 334 426 €	**10 529 542 €**	10 529 542 €	-36 221 755 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	45 784 508
Languedoc-Roussillon	8 899 197 €	-2 333 996 €	0 €	**6 565 201 €**	7 843 124 €	-7 843 124 €	0 €	**0 €**	16 742 321 €	-10 177 120 €	0 €	**6 565 201 €**	1 481 036 €	0 €	**1 481 036 €**	1 481 036 €	-6 204 178 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	6 565 201
Limousin	2 285 259 €	-207 343 €	-207 343 €	**1 870 573 €**	2 363 045 €	-1 267 037 €	-1 096 008 €	**0 €**	4 648 304 €	-1 474 380 €	-1 303 351 €	**1 870 573 €**	571 805 €	192 125 €	**763 930 €**	763 930 €	-982 088 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	1 870 573
Lorraine	9 450 396 €	-6 929 665 €	-2 015 756 €	**504 975 €**	7 067 513 €	-3 666 588 €	-2 314 614 €	**1 086 311 €**	16 517 909 €	-10 596 253 €	-4 330 370 €	**1 591 286 €**	1 737 976 €	0 €	**1 737 976 €**	1 591 286 €	-11 529 363 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	1 591 286
Martinique	1 056 150 €	-726 701 €	-264 171 €	**65 278 €**	3 540 250 €	-2 091 293 €	0 €	**1 448 957 €**	4 596 400 €	-2 817 994 €	-264 171 €	**1 514 235 €**	85 524 €	1 448 957 €	**1 534 481 €**	1 514 235 €	-510 071 €	**1 004 164 €**	**585 762 €**	**418 402 €**	510 071
Midi-Pyrénées	8 970 389 €	-8 132 503 €	0 €	**837 886 €**	4 220 504 €	-4 220 504 €	0 €	**0 €**	13 190 893 €	-12 353 007 €	0 €	**837 886 €**	1 144 016 €	0 €	**1 144 016 €**	837 886 €	-8 812 119 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	837 886
Nord Pas-de-Calais	17 895 406 €	-5 911 178 €	-4 378 178 €	**7 606 050 €**	20 926 610 €	-6 636 452 €	-5 811 349 €	**8 478 809 €**	38 822 016 €	-12 547 630 €	-10 189 527 €	**16 084 859 €**	6 132 328 €	4 801 214 €	**10 933 542 €**	10 933 542 €	-4 740 509 €	**6 193 033 €**	**3 612 603 €**	**2 580 430 €**	9 891 826
Océan Indien	1 059 422 €	-191 599 €	0 €	**867 823 €**	0 €	0 €	0 €	**0 €**	1 059 422 €	-191 599 €	0 €	**867 823 €**	142 894 €	0 €	**142 894 €**	142 894 €	-2 032 621 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	867 823
Pays de la Loire	11 896 207 €	-5 137 790 €	-2 965 914 €	**3 792 503 €**	5 474 088 €	-4 989 910 €	-484 178 €	**0 €**	17 370 295 €	-10 127 700 €	-3 450 092 €	**3 792 503 €**	2 079 393 €	484 178 €	**2 563 571 €**	2 563 571 €	-661 858 €	**1 901 713 €**	**1 109 333 €**	**792 380 €**	1 890 790
Picardie	6 184 837 €	0 €	0 €	**6 184 837 €**	630 679 €	-231 940 €	0 €	**398 739 €**	6 815 516 €	-231 940 €	0 €	**6 583 576 €**	1 441 644 €	0 €	**1 441 644 €**	1 441 644 €	-8 190 169 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	6 583 576
Poitou-Charentes	8 617 021 €	-802 500 €	-6 190 €	**7 808 331 €**	6 072 301 €	-74 277 €	-2 374 €	**5 995 650 €**	14 689 322 €	-876 777 €	-8 564 €	**13 803 981 €**	5 504 197 €	971 850 €	**6 476 047 €**	6 476 047 €	-2 027 490 €	**4 448 557 €**	**2 594 992 €**	**1 853 565 €**	9 355 424
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17 542 713 €	-11 720 419 €	-5 043 493 €	**778 801 €**	4 642 281 €	-2 986 721 €	-1 434 109 €	**221 451 €**	22 184 994 €	-14 707 140 €	-6 477 602 €	**1 000 252 €**	6 799 316 €	1 655 560 €	**8 454 876 €**	1 000 252 €	-20 531 308 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	1 000 252
Rhône-Alpes	11 246 022 €	-898 099 €	-898 099 €	**9 449 824 €**	8 566 301 €	-658 868 €	-129 600 €	**7 777 833 €**	19 812 323 €	-1 556 967 €	-1 027 699 €	**17 227 657 €**	4 035 946 €	750 100 €	**4 786 046 €**	4 786 046 €	-5 807 295 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	17 227 657
Total	**206 074 915 €**	**-89 287 870 €**	**-19 736 345 €**	**97 050 700 €**	**146 000 000 €**	**-63 480 669 €**	**-16 810 045 €**	**65 709 286 €**	**352 074 915 €**	**-152 768 539 €**	**-36 546 390 €**	**162 759 986 €**	**56 741 710 €**	**29 801 977 €**	**86 543 687 €**	**74 864 209 €**	**-146 151 573 €**	**28 864 382 €**	**16 837 556 €**	**12 026 826 €**	**133 895 604**

Tableau 3 *bis* – Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement (hors AE) pour 2014 sur le champ « Personnes handicapées »

PERSONNES HANDICAPÉES	ENVELOPPES ANTICIPÉES (EA)				DÉBASAGE TEMPORAIRE (DT)				DROIT DE TIRAGE 2014				APPEL CRÉDITS DE PAIEMENT			DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PAIEMENT					DROIT DE TIRAGE 2015
	EA notifiées	CP délégués sur EA	EAP 2014 déléguées sur EA	Droit tirage EA au 01/01/2014	DT total	DT restitué	EAP 2014 déléguées sur DT	Droit tirage DT au 01/01/2014	Total crédits notifiés	Total crédits délégués	Total EAP délégués	Droit tirage au 01/01/2014	sur EA & AE (source SELIA)	sur DT (source ET 2013)	Appel CP	Appel CP limité au Droit tirage	Trésorerie (source ET2013)	CP limités à la trésorerie	CP 2014 (7mois)	EAP 2015 sur CP 2014 (5mois)	Solde droit tirage au 01/01/2015
Formules	1	2	3	4 = (1+2+3)	5	6	7	8 = (5+6+7)	9 = (1+5)	10 = (2+6)	11 = (3+7)	12 = (9+10+11)	13	14	15 = (13+14)	16	17	18 = (16+17)	19 = (18*7/12)	20 = (18*5/12)	21 = (12-19-20)
Alsace	9 330 282 €	-5 993 106 €	-2 399 388 €	**937 788 €**	5 673 554 €	-5 673 554 €	0 €	**0 €**	15 003 836 €	-11 666 660 €	-2 399 388 €	**937 788 €**	6 246 568 €	0 €	**6 246 568 €**	937 788 €	-1 448 311 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**937 788 €**
Aquitaine	14 955 718 €	-11 934 882 €	-1 544 097 €	**1 476 739 €**	7 089 638 €	-5 554 599 €	-784 633 €	**750 406 €**	22 045 356 €	-17 489 481 €	-2 328 730 €	**2 227 145 €**	4 913 598 €	1 535 038 €	**6 448 636 €**	2 227 145 €	-4 289 099 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**2 227 145 €**
Auvergne	4 185 256 €	-3 581 649 €	-603 607 €	**0 €**	70 891 €	-70 891 €	0 €	**0 €**	4 256 147 €	-3 652 540 €	-603 607 €	**0 €**	1 498 796 €	0 €	**1 498 796 €**	0 €	0 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Basse-Normandie	4 207 016 €	-2 161 322 €	-484 078 €	**1 561 616 €**	2 462 371 €	-2 087 944 €	-316 450 €	**57 977 €**	6 669 387 €	-4 249 266 €	-800 528 €	**1 619 593 €**	3 197 177 €	374 426 €	**3 571 603 €**	1 619 593 €	-5 455 €	**1 614 138 €**	**941 581 €**	**672 557 €**	**5 455 €**
Bourgogne	5 780 623 €	-4 018 529 €	0 €	**1 762 094 €**	3 742 544 €	-3 742 544 €	0 €	**0 €**	9 523 167 €	-7 761 073 €	0 €	**1 762 094 €**	2 125 793 €	0 €	**2 125 793 €**	1 762 094 €	-665 577 €	**1 096 517 €**	**639 635 €**	**456 882 €**	**665 577 €**
Bretagne	12 545 396 €	-6 117 517 €	-2 007 302 €	**4 420 577 €**	3 404 247 €	-2 307 084 €	-399 561 €	**697 602 €**	15 949 643 €	-8 424 601 €	-2 406 863 €	**5 118 179 €**	4 592 923 €	0 €	**4 592 923 €**	4 592 923 €	-615 969 €	**3 976 954 €**	**2 319 890 €**	**1 657 064 €**	**1 141 225 €**
Centre	11 434 735 €	-9 078 759 €	-686 599 €	**1 669 377 €**	2 310 255 €	-2 310 255 €	0 €	**0 €**	13 744 990 €	-11 389 014 €	-686 599 €	**1 669 377 €**	3 041 396 €	0 €	**3 041 396 €**	1 669 377 €	-953 490 €	**715 887 €**	**417 601 €**	**298 286 €**	**953 490 €**
Champagne-Ardenne	5 859 343 €	-4 341 646 €	-1 517 697 €	**0 €**	1 412 036 €	-1 412 036 €	0 €	**0 €**	7 271 379 €	-5 753 682 €	-1 517 697 €	**0 €**	2 630 272 €	0 €	**2 630 272 €**	0 €	-1 051 217 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Corse	2 523 582 €	-1 484 769 €	-130 820 €	**907 993 €**	593 061 €	-593 061 €	0 €	**0 €**	3 116 643 €	-2 077 830 €	-130 820 €	**907 993 €**	739 276 €	0 €	**739 276 €**	739 276 €	-1 792 823 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**907 993 €**
Franche-Comté	3 764 707 €	-2 721 910 €	0 €	**1 042 797 €**	2 670 640 €	-1 924 983 €	0 €	**745 657 €**	6 435 347 €	-4 646 893 €	0 €	**1 788 454 €**	2 115 279 €	745 658 €	**2 860 937 €**	1 788 454 €	-1 382 521 €	**405 933 €**	**236 794 €**	**169 139 €**	**1 382 521 €**
Guadeloupe	4 537 110 €	-3 380 900 €	-1 156 210 €	**0 €**	0 €	0 €	0 €	**0 €**	4 537 110 €	-3 380 900 €	-1 156 210 €	**0 €**	524 104 €	0 €	**524 104 €**	0 €	0 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Guyane	9 469 977 €	-4 605 817 €	-2 668 525 €	**2 195 635 €**	0 €	0 €	0 €	**0 €**	9 469 977 €	-4 605 817 €	-2 668 525 €	**2 195 635 €**	1 046 915 €	0 €	**1 046 915 €**	1 046 915 €	0 €	**1 046 915 €**	**610 700 €**	**436 215 €**	**1 148 720 €**
Haute-Normandie	10 972 771 €	-8 737 617 €	-699 583 €	**1 535 571 €**	6 654 118 €	-6 654 118 €	0 €	**0 €**	17 626 889 €	-15 391 735 €	-699 583 €	**1 535 571 €**	6 264 253 €	0 €	**6 264 253 €**	1 535 571 €	-584 400 €	**951 171 €**	**554 850 €**	**396 321 €**	**584 400 €**
Ile-de-France	83 648 432 €	-64 394 447 €	-17 327 788 €	**1 926 197 €**	45 734 392 €	-28 981 071 €	-3 805 443 €	**12 947 878 €**	129 382 824 €	-93 375 518 €	-21 133 231 €	**14 874 075 €**	21 297 719 €	0 €	**21 297 719 €**	14 874 075 €	-19 480 896 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**14 874 075 €**
Languedoc-Roussillon	9 873 770 €	-6 030 830 €	-2 381 674 €	**1 461 266 €**	7 123 629 €	-7 071 698 €	0 €	**51 931 €**	16 997 399 €	-13 102 528 €	-2 381 674 €	**1 513 197 €**	3 100 406 €	51 931 €	**3 152 337 €**	1 513 197 €	0 €	**1 513 197 €**	**882 698 €**	**630 499 €**	**0 €**
Limousin	1 817 643 €	-1 483 354 €	-208 156 €	**126 133 €**	944 432 €	-843 772 €	-100 660 €	**0 €**	2 762 075 €	-2 327 126 €	-308 816 €	**126 133 €**	1 124 253 €	0 €	**1 124 253 €**	126 133 €	0 €	**126 133 €**	**73 578 €**	**52 555 €**	**0 €**
Lorraine	11 687 327 €	-10 443 080 €	-1 244 247 €	**0 €**	7 464 718 €	-7 448 323 €	-16 395 €	**0 €**	19 152 045 €	-17 891 403 €	-1 260 642 €	**0 €**	4 824 284 €	0 €	**4 824 284 €**	0 €	-2 044 272 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Martinique	932 877 €	-1 466 852 €	0 €	**-533 975 €**	0 €	0 €	0 €	**0 €**	932 877 €	-1 466 852 €	0 €	**-533 975 €**	0 €	0 €	**0 €**	-533 975 €	-1 702 828 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**-533 975 €**
Midi-Pyrénées	10 123 700 €	-5 627 242 €	-1 200 080 €	**3 296 378 €**	3 034 735 €	-2 541 382 €	-212 254 €	**281 099 €**	13 158 435 €	-8 168 624 €	-1 412 334 €	**3 577 477 €**	6 098 725 €	85 584 €	**6 184 309 €**	3 577 477 €	-857 133 €	**2 720 344 €**	**1 586 867 €**	**1 133 477 €**	**857 133 €**
Nord Pas-de-Calais	21 828 205 €	-7 453 383 €	0 €	**14 374 822 €**	23 815 594 €	-9 349 178 €	0 €	**14 466 416 €**	45 643 799 €	-16 802 561 €	0 €	**28 841 238 €**	14 510 321 €	14 466 416 €	**28 976 737 €**	28 841 238 €	-249 669 €	**28 591 569 €**	**16 678 415 €**	**11 913 154 €**	**249 669 €**
Océan Indien	8 305 591 €	-6 948 358 €	-1 357 233 €	**0 €**	2 026 750 €	-2 026 750 €	0 €	**0 €**	10 332 341 €	-8 975 108 €	-1 357 233 €	**0 €**	3 679 424 €	0 €	**3 679 424 €**	0 €	-96 186 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Pays de la Loire	16 479 981 €	-13 720 118 €	-2 570 934 €	**188 929 €**	2 024 887 €	-2 024 887 €	0 €	**0 €**	18 504 868 €	-15 745 005 €	-2 570 934 €	**188 929 €**	4 319 412 €	0 €	**4 319 412 €**	188 929 €	-1 040 000 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**188 929 €**
Picardie	8 740 193 €	-6 976 487 €	-1 501 809 €	**261 897 €**	4 596 260 €	-4 151 729 €	-444 531 €	**0 €**	13 336 453 €	-11 128 216 €	-1 946 340 €	**261 897 €**	1 971 448 €	444 532 €	**2 415 980 €**	261 897 €	-4 725 886 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**261 897 €**
Poitou-Charentes	7 304 005 €	-5 172 083 €	-735 799 €	**1 396 123 €**	7 201 043 €	-6 438 990 €	-300 810 €	**461 243 €**	14 505 048 €	-11 611 073 €	-1 036 609 €	**1 857 366 €**	3 638 313 €	0 €	**3 638 313 €**	1 857 366 €	0 €	**1 857 366 €**	**1 083 464 €**	**773 902 €**	**0 €**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20 136 156 €	-16 815 828 €	-3 320 328 €	**0 €**	5 137 699 €	-5 137 699 €	0 €	**0 €**	25 273 855 €	-21 953 527 €	-3 320 328 €	**0 €**	18 532 938 €	0 €	**18 532 938 €**	0 €	-4 341 560 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Rhône-Alpes	26 167 409 €	-21 965 002 €	-4 202 407 €	**0 €**	15 812 506 €	-14 393 276 €	-1 419 230 €	**0 €**	41 979 915 €	-36 358 278 €	-5 621 637 €	**0 €**	10 410 498 €	497 229 €	**10 907 727 €**	0 €	-2 458 131 €	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Total	**326 611 805 €**	**-236 655 487 €**	**-49 948 361 €**	**40 007 957 €**	**161 000 000 €**	**-122 739 824 €**	**-7 799 967 €**	**30 460 209 €**	**487 611 805 €**	**-359 395 311 €**	**-57 748 328 €**	**70 468 166 €**	**132 444 091 €**	**18 200 814 €**	**150 644 905 €**	**68 625 473 €**	**-49 785 423 €**	**44 616 124 €**	**26 026 073 €**	**18 590 051 €**	**25 852 042 €**

TABLEAU 40

LISTE DES CANDIDATS SOUHAITANT BÉNÉFICIER DE LA RÉOUVERTURE DU TG

Num dept	FINESS géo	Nom région	Nom département	Raison sociale	Commune	Tarification GMPS	Capacité HP	Option tarifaire	PUI	GMP	PMP	Coût du passage au TG	Niveau de priorisation	Motif du passage au Tarif Global	Observations
		-	-												
		-	-												
		-	-												

TABLEAU 5

MAQUETTE TARIFAIRE 2014

	MAQUETTE TARIFAIRE 2014	Personnes Agées	Personnes Handicapées
1	**Emploi prévisionnel de la DRL**		
2	**Taux d'exécution prévisionnel de la DRL**		
3	**Niveau de disponibilité budgétaire** (DRL - CNR nationaux) - (Emploi des crédits - CNR)		
4	**Crédits gagés en base à l'issue de la campagne N** (5+6+7+8+9+10+11+12)	0 €	0 €
5	pour EAP N+1 des places installées en N		
6	pour EAP N+1 des places installées en N (Alzheimer)		
7	pour installation de places		
8	pour installation de places (Alzheimer)		
9	pour fermeture provisoire ou partielle		
10	autres (actualisation réservée…)		
11	pour médicalisation future		
12	pour CPOM signés		
13	**RELIQUAT (3-4)**	0 €	0 €
14	**Prévisions d'installation et de médicalisation en N+1**		
15	Installation N+1 de places autorisées sur MN ou CP notifiés (Alzheimer)		
16	Effets financiers des conventions arrivant à échéance en N+1 (médicalisation)		

Commentaires

Personnes Agées	*Personnes Handicapées*