

## SOLIDARITÉS

### ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la cohésion sociale*

Sous-direction des affaires financières  
et de la modernisation

Bureau gouvernance du secteur social  
et médico-social

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins

Bureau des établissements de santé  
et médico-sociaux

Caisse nationale de solidarité  
pour l'autonomie

*Direction des établissements  
et services médico-sociaux*

**Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées**

NOR : AFSA1713332C

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 28 avril 2017. – Visa CNP 2017-58.

*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 2017 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 – SEPPIA – HAPI – loi de financement de sécurité sociale (LFSS) – médicalisation – mesures catégorielles – mesures nouvelles – objectif global de dépenses (OGD) – objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – option tarifaire – plan Alzheimer – plan autisme – plan de solidarité grand âge (PSGA) – plan pluriannuel de création de places pour personnes handicapées (PPCPPH) – schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour handicaps rares – système d'information – valeur de points plafond.

*Références* :

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

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;  
Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ;  
Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015 relatif aux modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;  
Décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;  
Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD ;  
Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles ;  
Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;  
Arrêté du 26 février 2009 modifié fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L.313-12 du code précité ;  
Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;  
Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV *ter* de l'article L.313-12 du CASF ;  
Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2017 ;  
Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique et à la procédure d'orientation et de prise en charge des personnes accueillies dans des ESMS situés sur le territoire wallon ;  
Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap ;  
Instruction n° DGCS/3B/5C/5A du 1<sup>er</sup> juillet 2016 relative à la campagne budgétaire des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) pour l'exercice 2016 ;  
Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L.313-12-2 du même code ;  
Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles ;  
Instruction n° DGCS/SD3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié.

**Annexes :**

- Annexe 1. – Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS.
- Annexe 2. – Modalités de détermination des crédits de places nouvelles pour 2017.
- Annexe 3. – Réforme de la tarification des EHPAD.
- Annexe 4. – Les systèmes d'information pour le suivi de la programmation et l'allocation de ressources.

- Annexe 5. – La gestion des disponibilités temporaires et des crédits non reconductibles.
- Annexe 6. – Poursuivre le développement des emplois d'avenir et l'accueil de volontaires au service civique au sein des établissements qui accueillent des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Annexe 7. – Résultats du questionnaire qualitatif et budgétaire 2015 relatif à la première année de fonctionnement des 30 UEM créées en 2014-2015.
- Annexe 8. – Enquêtes 2017.
- Annexe 9. – Les conséquences de l'intégration des ESAT dans l'ONDAM en matière d'allocation de ressources.
- Annexe 10. – Questionnaire expérimentation infirmiers de nuit en EHPAD.
- Annexe 11. – Présentation des productions de l'ANAP sur le patrimoine immobilier dans le secteur médico-social.
- Annexe 12. – Cadrage financier des CPOM mentionnés à l'article L.313-12-2 du CASF.
- Annexe 13. – Répartition des AE CNH pour la période 2018-2020.

*Tableaux (CNSA):*

- Tableaux 1 et 1 *bis*. – Détermination de la base initiale au 1<sup>er</sup> janvier 2017 (PA et PH).
- Tableaux 2 et 2 *bis*. – Calcul des dotations régionales limitatives 2017 (PA et PH).
- Tableaux 3 et 3 *bis*. – Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2017 (PA et PH).

*La ministre des affaires sociales et de la santé, la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, la directrice de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).*

La présente circulaire définit le cadre de la campagne budgétaire 2017 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Elle présente les priorités d'actions à décliner dans la politique régionale d'allocation de ressources, en accord avec vos priorités globales de santé et les éléments d'évolution de l'objectif global de dépenses (OGD) pour 2017. Ses priorités sont en outre précisées par l'instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées ci-dessus référencée.

La campagne budgétaire 2017 repose sur un taux de progression de l'OGD de 3.18 %, qui intègre en construction une évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 2,9 % (au sein d'un ONDAM global qui progresse à hauteur de 2,1 %) et un apport sur fonds propres de 230 M €. Ces taux de progression s'entendent par rapport à une base 2016 qui, par rapport au montant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, a été réduite de 100M € par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Comme les années antérieures, en application des dispositions de l'article 10-III de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation de finances publiques pour les années 2012 à 2017, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution s'élève sur OGD à 110 M €. Ce gel ne remet pas en cause les engagements du Gouvernement en matière de création de places.

Dans le domaine du handicap, l'année 2017 est marquée par la mise en œuvre de la Conférence nationale du handicap de mai 2016 et les mesures adoptées lors du Comité interministériel du 2 décembre qui déclinent les grands volets de la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale, par la poursuite du plan pluriannuel handicap et du 3<sup>e</sup> plan autisme, du schéma handicaps rares ainsi que par la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique, et de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ».

Dans le secteur personnes âgées, l'année 2017 sera marquée par la mise en œuvre des textes d'application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment concernant la réforme de la tarification des EHPAD ainsi que par la poursuite des actions du Plan maladies neurodégénératives (PMND).

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

## 1. Priorités d'actions et évolutions réglementaires notables dans le champ des établissements et services médico sociaux

### 1.1. Secteur « Personnes handicapées »

Conformément à la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 ci-dessus référencées, les priorités d'action pour les établissements et services accompagnant les personnes en situation de handicap s'inscrivent dans le cadre de la feuille de route « Une réponse accompagnée pour tous » qui met en œuvre les préconisations du rapport « Zéro sans solution ».

Vous vous attacherez donc à inscrire la campagne budgétaire 2017 en cohérence avec cette démarche « Réponse accompagnée pour tous » et en prenant en compte les décisions du Comité interministériel pour le handicap du 2 décembre 2016 rappelées par l'instruction précitée. De même, il est essentiel que ces orientations imprègnent également vos travaux pour l'élaboration du PRS 2.

Ainsi, pour toutes les thématiques prioritaires identifiées ci-après, vos arbitrages seront guidés par la mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous, qu'il s'agisse :

- de la mise en œuvre de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre pour laquelle nous vous invitons à poursuivre la dynamique d'installation de places notamment par voie d'extension non importante chaque fois que possible ou par voie d'appels à projets (AAP), afin de soutenir une dynamique de développement et d'adaptation de l'offre dans une approche plus souple et plus inclusive qui permettra de mieux répondre aux besoins des personnes et de leurs proches (cf. annexe 6 de l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV<sup>ter</sup> de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code) ;
- de la poursuite la mise en œuvre des plans existants notamment pour les handicaps rares et le 3<sup>e</sup> plan autisme ;
- de la mise en œuvre de l'emploi accompagné ;
- du lancement des premiers CPOM PH en vous appuyant notamment sur l'annexe 5 de l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 précitée.

#### 1.1.1. Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre

Lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016, le Président de la République a annoncé une enveloppe de 180 M€, dont 20 M€ pour les territoires prioritaires de la stratégie de santé outre-mer, pour la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021). Le CIH du 2 décembre 2016 a conforté cette stratégie et a précisé qu'elle serait déclinée autour de 4 volets, respectivement en faveur des personnes en situation de polyhandicap, de handicap psychique et en faveur du développement d'une stratégie pour les aidants et pour le développement de l'habitat inclusif

Une 1<sup>re</sup> tranche d'autorisation d'engagement (AE) de 59 M€ (dont 14 M€ au titre de la stratégie de santé pour les outre-mer) vous a été notifiée le 23 décembre 2016 au titre de 2017. Un montant de 90 M€ d'AE supplémentaires, par tranche de 30 M€ par an, est par ailleurs programmé pour la période 2018 à 2020. L'annexe 13 indique les montants d'AE attribués aux ARS de 2018 à 2020.

L'instruction précise les axes qui devront être développés pour répondre aux objectifs de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre. Elle est complétée par l'instruction précitée relative à la transformation de l'offre d'accompagnement pour personnes handicapées, qui précise les leviers de la transformation de l'offre médico-sociale permettant la mise en œuvre de ces volets.

L'autorisation d'engagement de 59 M€ sur l'enveloppe globale de 180 M€ pour la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale devra répondre à des objectifs de développement et de transformation visant à renforcer et rendre plus inclusive l'offre médico-sociale et à répondre aux besoins et attentes déclinés dans les volets portant sur le polyhandicap, le handicap psychique et l'habitat inclusif, ainsi qu'à la démarche « Réponse accompagnée pour tous ». Cette transformation s'appuiera plus particulièrement sur :

- les pôles de compétences et de prestations externalisées ;
- le développement des interventions hors les murs ;
- le soutien à l'habitat inclusif ;
- le développement de l'offre médico-sociale en outre-mer ;

- la diversification des prestations rendues (accueil de jour, accueil en internat pour situations de handicap complexe, accueil séquentiel...);
- la prévention des départs non souhaités en Belgique;
- l'adaptation des structures existantes aux publics accueillis;
- les extensions non importantes (ENI), qui pourront relever soit du développement de l'offre soit de la transformation lorsqu'elles sont intégrées à un CPOM;
- le développement de l'accueil temporaire.

Les critères de répartition des crédits de création de places nouvelles, adoptés dès 2006 par le Conseil de la CNSA, ont favorisé le renforcement et le développement de l'offre médico-sociale dans les régions mais n'ont permis qu'un rééquilibrage territorial à la marge.

Une refonte des critères de répartition a été engagée associant, dans le cadre de groupes de travail, quatre ARS, un conseil départemental, la DREES, la DGCS, l'IRDES, le SCET, le CREA PACA Corse et le conseil scientifique de la CNSA.

Les nouveaux critères se basent sur une nouvelle pondération mais également une nouvelle méthode de répartition. Celle-ci consiste à pondérer les populations adultes et enfants (population moyenne 2015-2026) par des indicateurs de « besoins » pour déterminer la part de chaque territoire dans le volume total des « besoins » nationaux (somme des populations pondérées) et considérer celle-ci comme sa part « légitime » de l'enveloppe. Les crédits sont ensuite répartis en fonction de l'écart de chaque territoire à cette dotation cible relative.

Ce type de méthode est utilisée pour les CHR (DGCS), la péréquation du FIR (DGOS - SG) et les crédits de prévention (DGS).

Cette nouvelle méthode de répartition a été adoptée lors du Conseil de la CNSA du 20 avril dernier et sera utilisée pour la répartition des 160 M€.

En outre, vous serez attentifs au développement d'actions de formations par les ESMS pour accompagner l'évolution de l'offre et la nécessaire mutation des pratiques professionnelles induite. Cette préoccupation fait l'objet de l'axe 4 de la feuille de route « Une réponse accompagnée pour tous » pour donner aux professionnels les moyens d'accompagner plus efficacement et plus globalement les personnes dans leur parcours de vie. Dans ce cadre, les formations favorisant l'amélioration des connaissances et des pratiques, les formations favorisant le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social seront soutenues et encouragées.

Vous porterez une attention particulière au développement, au niveau régional, d'une « fonction ressources », celle-ci s'inscrivant plus particulièrement dans les orientations des volets handicap psychique et polyhandicap de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale.

La logique de parcours global coordonné et la recherche d'une meilleure inclusion des personnes handicapées amènent à concevoir et à proposer une fonction de ressource et d'appui pour les professionnels, ainsi que pour les personnes et leurs aidants, qui puisse être mobilisée afin d'anticiper ou de répondre à des situations apparaissant problématiques. Cette « fonction ressources », appuyée sur une pluralité d'acteurs, peut en fonction des situations de handicap aller de l'appui et l'animation de réseau (prestations indirectes) à celle de contribution à la réalisation d'évaluations et d'appui en vue d'élaborer des projets individualisés adaptés aux situations complexes.

Au-delà, la stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale pourra s'appuyer sur d'autres financements, comme les crédits pour le plan de prévention contre les départs non souhaités vers la Belgique, ou le programme 157 pour le déploiement de l'emploi accompagné.

#### 1.1.1.1. Poursuivre et intensifier le déploiement des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

Le déploiement des PCPE a été lancé au dernier trimestre 2016, l'instruction précitée relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées apporte des précisions complémentaires à celles du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des PCPE, quant à son cadre de fonctionnement pour une mise en œuvre plus homogène sur le territoire.

#### 1.1.1.2. Poursuivre la mise en œuvre du plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique

Le plan se poursuit sur 2017 conformément aux orientations de la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 ci-dessus référencée, avec des crédits déjà en base. Il conviendra de conserver des marges de manœuvre pour la gestion des situations individuelles. Il est rappelé que l'utilisation

de ces crédits peut permettre un financement de solutions individuelles, ou vise des opérations d'évolution de l'offre, notamment, des appels à projets pour la création de pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE).

#### 1.1.1.3. Déployer les premiers dispositifs d'emploi accompagné

Annoncé lors de la Conférence nationale du handicap du 19 mai 2016, le dispositif d'emploi accompagné a été introduit dans le code du travail et précisé par le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés.

L'instruction n° DGCS/SD3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 modifiée adressée aux ARS ainsi qu'aux DIRECCTE, présente plus avant les modalités de mise en œuvre sur vos territoires de ce dispositif, les financements pouvant être mobilisés dans ce cadre, notamment les crédits attribués sur le programme 157, les financements complémentaires de l'AGEFIPH et du FIPHFP et la procédure d'appel à candidature.

#### 1.1.1.4. Améliorer l'accompagnement des jeunes déficients sensoriels

Les mesures visant à l'amélioration de l'accompagnement des jeunes déficients sensoriels et de la formation des enseignants annoncées lors de la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 participent de l'adaptation des structures pour jeunes déficients auditifs et jeunes déficients visuels. Les conditions techniques minimales prévoient la présence d'enseignants spécialisés détenteurs des diplômes délivrés par le ministère chargé des personnes handicapées (CAPEJS, CAEGADV). La refonte du CAPEJS, en cours de finalisation, et celle du CAEGADV à court terme visent à conforter la qualité de l'enseignement dispensé aux jeunes sourds, ou jeunes aveugles, relevant d'une orientation dans ces structures. Ainsi la formation au CAPEJS prend en compte les problématiques des nouvelles modalités d'exercice du métier ou des troubles associés. Ces enseignants spécialisés sont salariés des structures. La mise à la disposition d'enseignants spécialisés relevant de l'éducation nationale et rémunérés par celle-ci n'est pas exclue, pour autant que les services académiques soient en mesure d'affecter effectivement en nombre suffisant des enseignants remplissant des conditions de spécialisation prévues par les conditions techniques minimales précitées. Dans le cas contraire, la présence et le financement des enseignants spécialisés détenteurs des diplômes délivrés par le ministère chargé des personnes handicapées doivent être assurés.

#### 1.1.2. Poursuivre la mise en œuvre des plans existants: handicap rare, plan 3<sup>e</sup> autisme

Le bilan des plans présenté au conseil de la CNSA en juillet 2016 montre qu'il reste des places à installer au titre des plans existants (plan pluriannuel du handicap 2008-2012, plan autisme 2013-2017 et schéma handicap rare 2014-2018). Ainsi, au 31 décembre 2015, 10 780 places restaient à installer dont 6 800 sur le champ adultes et 3 890 sur le champ enfants. Il vous est donc demandé de poursuivre la réalisation de ces plans.

#### 1.1.3. Poursuivre et approfondir les actions des ESAT pour favoriser l'insertion en milieu ordinaire de travail

Dans la continuité des actions que vous avez engagées en 2016, et ainsi que détaillé dans l'instruction n° DGCS/3B/5C/5A/2016/225 du 1<sup>er</sup> juillet 2016, il est appelé votre attention particulière sur la poursuite des actions en faveur de la continuité des parcours et de l'insertion en milieu ordinaire de travail pour lesquelles une enveloppe de 752 000 € avait été engagée en 2015, pérennisée en 2016 et 2017. Ces actions s'inscrivent dans le cadre du plan arrêté en 4 axes complémentaires: 1) Affiner les critères d'évaluation donnant lieu à orientation en ESAT; 2) donner un appui aux ARS pour la conduite d'un diagnostic territorial et pour l'accompagnement du secteur à l'adaptation de l'offre; 3) accompagner les ESAT dans le développement de la formation des travailleurs handicapés d'ESAT ainsi que la formation des moniteurs d'atelier; et 4) simplifier l'accès des travailleurs handicapés au milieu ordinaire de travail.

Plus particulièrement, la priorité stratégique, qui doit s'appuyer sur la contractualisation, est de soutenir les ESAT dont le projet d'établissement prévoit le repérage des travailleurs handicapés susceptibles de rejoindre le milieu ordinaire de travail et le soutien des initiatives permettant de favoriser les projets d'insertion dans l'emploi des travailleurs en ESAT, avec une attention particulière portée aux problématiques de handicap psychique. Ce repérage est d'autant plus important que ces personnes pourront ensuite, sur orientation de la MDPH, bénéficier d'un accompagnement vers et dans le milieu ordinaire de travail grâce aux dispositifs d'emploi accompagné qui vont être lancés en 2017. Les ESAT peuvent d'ailleurs être porteurs de dispositifs d'emploi accompagné au bénéfice notamment des travailleurs handicapés de ces établissements et services.

1.1.4. Lancement des premiers CPOM relevant de l'article L.313-12-2 du CASF (ESMS-PH, SSIAD/ SPASAD et établissements d'accueils de jour autonomes du champ personnes âgées).

La LFSS 2017 a modifié les dispositions concernant le CPOM prévu à l'article L313-12-2 du CASF :

- En rendant obligatoire la conclusion de ce CPOM pour les ESMS de compétence partagée entre les ARS et les conseils départementaux ;
- En intégrant à la liste des ESMS concernés les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- En ouvrant la possibilité de moduler le tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements concernés (c'est-à-dire les ESMS PH, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ainsi que les accueils de jour autonomes (AJA). Un décret en conseil d'État paraîtra devra en définir les modalités.

Pour mener l'exercice de généralisation des CPOM, vous vous référerez à l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L.313-12-2 du même code et à l'annexe 12 de la présente instruction.

## 1.2. Secteur « Personnes âgées »

### 1.2.1. Réforme de la tarification des EHPAD

Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles réforme le modèle de tarification des EHPAD et des PUV. Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents (GMP) et de leurs besoins en soins (PMP).

Le niveau de financement des prestations en soins des places d'hébergement permanent est dorénavant calculé par le biais de l'équation tarifaire dite « GMPS » fondée sur le niveau des besoins en soins requis des résidents de l'EHPAD. Des financements complémentaires, négociés dans le CPOM, sont prévus pour couvrir, d'une part les modalités d'accueil particulières (AJ, HT, PASA, UHR, PFR) mais également afin d'accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, personnes en grande précarité).

Le nouveau modèle de tarification des EHPAD et des PUV s'applique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. La loi et ses textes d'application prévoient une convergence des établissements vers les forfaits soins et dépendance issus de l'équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans (2017-2023). Au terme de cette période, tous les établissements bénéficieront du forfait.

Vous vous référerez à l'annexe 3 qui précise le périmètre de l'EPRD, les modalités d'application de l'équation GMPS, de constitution des financements complémentaires ainsi que les pratiques en matière de reprise de résultats.

### 1.2.2. Poursuite du financement du changement d'option tarifaire pour les EHPAD

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

Une enveloppe de 10 M€ est prévue en 2017 pour accompagner, de manière encadrée et limitative, ce changement d'option tarifaire des établissements dont le projet répond aux conditions mentionnées ci-dessus. Cette enveloppe est destinée prioritairement aux EHPAD en tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur (PUI) compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficacité des soins.

Il vous appartiendra donc de gérer la priorisation des demandes de passage au tarif global. Dans le cadre de cette appréciation, vous porterez une attention particulière à la situation des établissements qui se seraient vu refuser antérieurement un changement d'option tarifaire, faute de crédits dédiés. Vous serez également attentifs à la situation d'établissements à option tarifaire différente engageant des démarches de fusion.

Les ARS concernées se voient ainsi déléguer une dotation dédiée, d'un montant minimum de 200 000 €. Ce montant minimum correspondant au coût moyen d'une opération de passage au tarif global d'un EHPAD au tarif partiel avec PUI calculé sur la base d'un tarif global couvert à 90 % du tarif plafond.

### 1.2.3. Poursuite du PMND et des plans antérieurs

Le bilan des plans présenté au conseil de la CNSA en juillet 2016 montre qu'il reste des places à installer au titre des plans existants (plan solidarité grand âge 2008-2012, plan Alzheimer 2008-2012 et plan maladies neurodégénératives 2014-2019). Ainsi, au 31 décembre 2015, 23 222 places restaient à installer dont 15 831 places d'EHPAD. Il vous est donc demandé de poursuivre la réalisation de ces plans.

Pour 2017, la poursuite du développement du PMND se fait dans le cadre du décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD qui régleme l'existence des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR) et abaisse le seuil de places nécessaires pour la création d'un accueil de jour adossé à une plateforme de répit. Ces dispositifs font l'objet de financements complémentaires dans le cadre des nouvelles dispositions tarifaires du forfait soin et dépendance, et sont accompagnés par la publication de recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. L'annexe 2 précise la détermination des crédits de paiement correspondants.

Vous appuierez également l'expérimentation de l'appui d'un temps de psychologue au sein des SSIAD/SPASAD prévue par la mesure 21 du PMND.

La mise en œuvre de ces mesures s'inscrira dans le plan d'actions régionales que vous avez élaboré.

### 1.2.4. Mise en œuvre des SPASAD « intégrés »

L'expérimentation de SPASAD « intégrés » vise à promouvoir une meilleure coordination des personnels de l'aide et du soin au bénéfice d'une prise en charge globale et de qualité des besoins des personnes accompagnées. Elle permettra aux SPASAD de jouer un rôle important dans le maintien à domicile des personnes fragiles, notamment grâce à leur rôle de repérage et de prévention de la perte d'autonomie. Dans cette optique, vous veillerez à inscrire les actions de prévention proposées par les SPASAD « intégrés » dans le CPOM signé par les services, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS et éligibles aux financements de la conférence des financeurs. Nous vous rappelons que le CPOM conclu à l'occasion de cette expérimentation est un CPOM dérogatoire à l'article L.313-12-2 du CASF et dont le contenu et les modalités sont fixés par l'arrêté du 30 décembre 2015 complété par l'instruction DGCS/SD3A/CNSA n° 2016-33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

De plus, nous vous rappelons que le périmètre de l'expérimentation des SPASAD intégrés inclus les personnes en situation de handicap et l'action de restructuration qui vous sera confiée dans le cadre du fond d'appui prévu par le X de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2017 concerne non seulement les SAAD intervenant auprès des personnes âgées mais aussi auprès de personnes en situation de handicap et de familles en difficultés. À ce titre, vous veillerez à articuler votre action de soutien de l'expérimentation des SPASAD intégrés et de restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) avec celle menée par le président du conseil départemental à destination des établissements et services médico-sociaux prenant en charge les publics précités.

### 1.2.5. Transfert CAVIMAC

L'article 206 de la loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé dispose que « L'ouverture à l'ensemble des assurés sociaux, sans modification de sa capacité d'accueil, d'un établissement ou d'un service antérieurement autorisé à délivrer des soins remboursables à certains de ces assurés n'est pas considérée comme une création au sens de l'article L.313-1-1 et pour l'application du même article ». Cela signifie que l'on peut élargir à l'ensemble des assurés sociaux la prise en charge proposée par certaines structures médico-sociales qui n'accueillaient jusque-là que les bénéficiaires de certains régimes ; et ce, en dérogeant à la procédure d'appel à projet.

À ce titre, une enveloppe de 3,2 M€ est notifiée pour la transformation de structures gérées par des congrégations religieuses remplissant les conditions pour être autorisées en tant qu'EHPAD 1,6 M€ sont prévus pour l'exercice 2017 et destinés à des projets d'ores et déjà identifiés.

Si une opération de transformation en EHPAD était approuvée conjointement par le conseil départemental et par l'agence régionale de santé et conforme aux documents de planification du territoire, vous veillerez à calibrer la dotation soins initiale de l'EHPAD de manière à ce qu'elle soit équivalente aux crédits correspondants au versement du Forfait soins infirmier (FSI) sur l'année précédente. L'établissement entrera par la suite dans le dispositif de montée en charge de la réforme tarifaire et ce financement évoluera pour atteindre la dotation GMPS.

Par ailleurs, nous appelons votre attention sur le fait que l'exonération de la procédure d'appel à projet ne dispense pas ces structures du respect de l'ensemble des normes applicables aux EHPAD.

## **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 2016, de faciliter par vos pratiques tarifaires le suivi infra-annuel par la CNSA de la gestion des crédits qui vous sont délégués, en vue de s'assurer du respect des DRL.

### *2.1. Modalités de détermination des dotations régionales limitatives*

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

L'actualisation des moyens au sein des ESMS se traduit par un taux d'évolution de 1,02 % pour le secteur PA et 0,73 % pour le secteur PH (0,86 % pour l'ensemble du champ médico-social). Ce taux d'évolution se décompose en 1,07 % pour le secteur PA et 0,78 % pour le secteur PH s'agissant de la masse salariale (0,93 % pour l'ensemble du champ) et 0,6 % s'agissant de l'effet prix sur les autres facteurs. Le taux d'actualisation de la masse salariale est plus important sur le secteur PA que sur le secteur PH du fait de l'impact plus fort des mesures catégorielles de la fonction publique, notamment la mise en œuvre de la réforme « parcours professionnels à la carrière et à la rémunération » (PPCR).

Dans le cadre de la procédure budgétaire que vous mènerez avec chaque établissement, l'application de ce taux doit être modulée en fonction de la situation propre à chaque ESMS. Concernant les établissements sous CPOM, le taux d'actualisation que vous appliquerez à la dotation globalisée de financement sera fonction de la trajectoire définie dans le contrat dans le respect de votre DRL. Cette modulation n'est pas applicable aux EHPAD, pour la partie de leur activité financée par l'équation GMPS, puisque l'actualisation s'applique à la base reductible ainsi qu'à la revalorisation de la valeur du point.

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

Concernant le secteur privé, ce taux d'évolution vient s'ajouter aux effets des mesures d'exonération de cotisations sociales du pacte de responsabilité. Ces exonérations génèrent une économie représentant environ 0,07 % de la masse salariale des établissements et services privés.

Ainsi, pour le secteur privé non lucratif, comme annoncé en conférence salariale du 4 février 2017, les partenaires sociaux pourront négocier des accords d'entreprise dans la limite d'un taux d'évolution de 1 % de la masse salariale pour l'année 2017 correspondant à l'effet du pacte de responsabilité (+ 0,07 %) et du taux d'actualisation de la masse salariale (+ 0,93 %). Il est à noter que le Crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS), nouveau dispositif prévu par la loi de finances pour 2017, offrira des possibilités supplémentaires aux associations, fondations et organismes mutualistes pour favoriser l'emploi dans les structures qu'elles gèrent. C'est pour cela que le CITS n'est pas intégré dans le taux d'évolution de la masse salariale de 1 % et qu'il ne doit pas venir en diminution de la tarification. Il vous est donc demandé d'échanger avec les gestionnaires des structures sur les modalités d'utilisation du CITS en fonction du contexte.

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

Pour rappel, le taux d'actualisation de la masse salariale fixé à + 0,93 % est un taux moyen commun à l'ensemble des conventions collectives du secteur privé non lucratif qu'il vous est

loisible de moduler en fonction de la situation financière de chaque établissement et des potentialités de recrutements nouveaux permises par l'allègement des cotisations sociales du pacte de responsabilité.

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

### 2.1.2. Intégration des ESAT à l'objectif global de dépenses

L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a prévu l'intégration des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) à l'objectif global de dépenses..

Ces structures sont désormais pleinement intégrées à la campagne budgétaire PH, ce qui vous autorise à plus de souplesse dans la gestion des enveloppes. En revanche, cela n'emporte pas la fin du dispositif de convergence mis en œuvre depuis 2009. Vous veillerez donc à l'application de l'arrêté fixant pour 2017 les tarifs plafonds et les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds, qui sera publié prochainement.

Vous êtes invités à vous référer à l'annexe 9 qui précise les modalités de tarification des ESAT pour l'exercice 2017.

### 2.1.3. 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) et des réformes menées, la diminution des crédits non reconductibles (CNR) se confirme et devrait se poursuivre. Les crédits non reconductibles sur les EHPAD sont maintenant associés aux financements complémentaires, comme cela est précisé en annexe 3.

Il est rappelé que les CNR sont utilisés uniquement pour le financement de mesures ponctuelles et que leur processus d'allocation doit s'appuyer sur un examen précis des demandes des établissements au regard de la stratégie régionale affichée dans le rapport d'orientation budgétaire. Les modalités d'utilisation des CNR vous sont rappelées en annexe 5. Vous veillerez à assurer strictement la traçabilité de ces crédits.

## 2.2. Améliorer la gestion prévisionnelle et le taux de consommation des enveloppes déléguées : les systèmes d'information de l'allocation de ressources

La CNSA déploie différents outils qui permettent de :

- suivre la tarification des ESMS que vous faites tout au long de la campagne (HAPI);
- recueillir les comptes administratifs des ESMS, afin qu'ils soient mis à votre disposition et que vous puissiez les valider (Import CA);
- recueillir les États des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) transmis par les ESMS concernés (Import EPRD), ainsi que les conseils départementaux pour les structures cofinancées.

L'ensemble de ces informations est exploité et analysé au niveau national par la CNSA. Le suivi de la tarification des ESMS permet notamment de connaître, en temps réel, le niveau de consommation de chaque région, au regard des dotations régionales limitatives.

L'analyse des comptes administratifs est faite chaque année par la CNSA et présentée au Conseil de la caisse. Il permet notamment de suivre l'évolution des coûts des différentes structures et leur composition, par type de charges.

L'analyse des EPRD qui seront transmis à partir de cette campagne, permettra de mieux appréhender les prévisions des établissements, validées par leur(s) financeur(s), et à terme, de confronter ces prévisions aux réalisations, avec l'exploitation des états réalisés de recettes et de dépenses (ERRD).

C'est pourquoi, il est essentiel de renseigner de façon exhaustive l'application HAPI, et de valider les dossiers déposés sur les plateformes Import-CA et Import-EPRD. A court terme, et pour faciliter l'exploitation de ces informations, il est prévu de regrouper l'ensemble de ces dossiers sur une plateforme unique, et de mettre à votre disposition différents ratios pour vous accompagner dans la validation des données budgétaires prévisionnelles.

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

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

Les montants 2017 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les dotations régionales limitatives sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense les conventions de mise à disposition passées entre établissements employeurs, fédérations syndicales et salariés concernés (cf. tableaux 2 et 2 bis). Cette dotation doit être mobilisée afin de compenser pour les ESMS concernés le coût du ou des personnels mis à disposition par un apport budgétaire complémentaire et non reconductible.

Un accord de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif relatif à la mise à disposition de salariés auprès d'une organisation syndicale de branche a été signé le 23 avril 2015 et étendu en février 2016. Dans ce cadre, une nouvelle répartition du nombre de salariés par organisation syndicale représentative a été définie.

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

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

Pour rappel, les dispositions issues des lois du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) et du 10 juillet 2014 ont étendu l'obligation de gratification des stages à tous les employeurs, y compris les établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux publics, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014, pour les stages réalisés par les étudiants en formation initiale d'une durée strictement supérieure à deux mois (cf. instruction interministérielle DGCS/SA/DGESIP/2015/102 du 31 mars 2015 relative au nouveau cadre réglementaire de mise en œuvre de l'alternance intégrative pour les formations diplômantes du travail social).

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

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

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

Enfin, des crédits sont alloués aux structures qui accueillent des personnes handicapées et qui participent à l'enquête nationale de coûts sur ce champ, dans le cadre de la réforme SERAFIN. Les modalités de répartition de ces crédits sont détaillées dans l'annexe 1.

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

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

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

## ANNEXE 1

### MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES DES ARS

La présente annexe précise les modalités de fixation des dotations régionales limitatives (DRL). Leur montant est établi à partir du niveau de crédits reconductibles constaté au 31 décembre 2016, ajusté pour tenir compte des opérations de transfert d'enveloppes qui ont pu intervenir fin 2016.

Ce montant ajusté est augmenté des mesures nouvelles retenues pour 2017. Ces DRL doivent ainsi vous permettre de réévaluer les dotations des ESMS en fonctionnement et d'accompagner l'installation de nouvelles structures en 2017.

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

Cette étape précise le périmètre initial des dépenses à reconduire en 2017. 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 2016 ;
- 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 2016 sont défalquées en début de campagne 2017.

Il s'agit des mesures allouées nationalement en 2016 au titre de :

- la compensation des mises à disposition des permanents syndicaux (PA/PH) ;
- la gratification de stage (PH) ;
- la participation à l'ENC EHPAD (PA).

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

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

Les dotations 2017 intègrent le solde des transferts entre les différents sous-objectifs de dépenses d'assurance maladie sollicités par les ARS, après arbitrage et prise en compte par les directions et opérateurs nationaux, gestionnaires des enveloppes d'assurance maladie.

Sont prises en compte dans la présente circulaire : les opérations validées lors du second semestre 2016 ayant un impact budgétaire en totalité ou en partie sur l'exercice 2016 ; les effets année pleine sur 2017 de ces opérations ; les opérations validées postérieurement et ayant un impact à compter de 2017.

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

#### 2. Les paramètres généraux d'actualisation 2017

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

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation pour permettre de tenir compte 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 2017 s'établit en moyenne à 0,86 % sur l'ensemble des deux champs PA et PH. Il repose sur les paramètres suivants :

- une progression salariale moyenne de 0,93 % ;
- une progression des autres dépenses de 0,60 %, au regard de l'inflation prévue pour 2017.

Sur ces bases, les taux directeurs PA et PH (dont les ESAT) se décomposent comme suit :

SECTEUR	PART masse salariale	PROGRESSION masse salariale	PART autres dépenses	PROGRESSION autres dépenses	ACTUALISATION DRL
Personnes âgées	89 %	1,07 %	11 %	0,60 %	1,02 %
Personnes handicapées (dont ESAT)	75 % (70 % pour les ESAT)	0,78 %	25 % (30 % pour les ESAT)	0,60 %	0,73 %

Pour mémoire, le taux d'évolution salariale précité intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2016, les évolutions 2017, générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte de l'effet « GVT<sup>1</sup> ». Les crédits correspondants sont précisés dans les tableaux 2 et 2 bis.

Il est rappelé en outre que la poursuite du pacte de responsabilité induit pour les établissements et services privés une baisse de la masse salariale de 0,07 %. Ces crédits peuvent être maintenus dans les dotations des établissements ou redéployés entre établissements afin de maximiser l'effet levier permis par le pacte de responsabilité. En tout état de cause, votre décision doit être guidée par le souci de redéployer ces économies afin de soutenir des recrutements nouveaux et améliorer les taux d'encadrement. Le CITS, crédit d'impôts sur la taxe sur les salaires, n'étant pas repris dans la tarification des ESMS, pourrait constituer une marge mobilisable dans le cadre d'une revalorisation salariale.

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

Enfin, au-delà des stricts aspects budgétaires, votre attention est attirée pour les structures relevant d'un financement non globalisé (prix de journée, prix de séance), sur le juste calibrage de l'activité prévisionnelle qui doit être strictement conforme à la moyenne d'activité constatée dans les trois derniers comptes administratifs (art R.314-113 du CASF et circulaire interministérielle n° DGCS/5C/DSS/2011/120 du 22 mars 2011).

Concernant le secteur des EHPAD, les valeurs annuelles du point des tarifs cibles sont actualisées en 2017 du taux de reconduction précité, hors les valeurs de point tarif global toujours gelées. Elles sont par ailleurs majorées de 20 % pour les collectivités d'outre-mer.

OPTIONS TARIFAIRES	MÉTROPOLE	OUTRE-MER
Tarif global avec PUI	13,10 €	15,72 €
Tarif global sans PUI	12,44 €	14,93 €
Tarif partiel avec PUI	10,69 €	12,83 €
Tarif partiel sans PUI	10,10 €	12,11 €

Il est rappelé que ces valeurs ne servent pas au calcul de la dotation mais à déterminer la situation des EHPAD, en début d'année, par rapport à la détermination des objectifs de convergence tarifaire pour 2023.

La description de la détermination des crédits 2017 alloués au titre de l'équation tarifaire des EHPAD est détaillée dans l'annexe 3.

La possibilité pour un EHPAD, concerné par la convergence tarifaire, de développer une nouvelle offre de service et plus particulièrement la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée (PASA et/ou UHR) continue d'être ouverte. Dans le suivi de la campagne, vous veillerez dans ce cas à imputer l'effort de convergence sur les crédits disponibles en base dédiés au déploiement des PASA/UHR et à les comptabiliser parallèlement dans l'effort de convergence réalisé au titre de la résorption des écarts des EHPAD. Par ailleurs, d'autres financements complémentaires sont mobilisables pour couvrir certains types de dépenses exhaustivement listés en annexe 3 de la présente circulaire.

<sup>1</sup> Glissement, vieillesse, technicité.

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

Certains dispositifs bénéficient d'un financement spécifique qui n'est pas consolidé dans les dotations régionales limitatives mais qui fait l'objet d'une réévaluation annuelle par l'échelon national. Pour 2017, ces dispositifs spécifiques sont détaillés dans les tableaux des annexes 2/2 bis et sont :

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

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

Les montants 2017 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les dotations régionales limitatives sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense les conventions de mise à disposition passées entre établissements employeurs, fédérations syndicales et salariés concernés.

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

#### 3.2. *Les crédits afférents aux gratifications de stage*

Ces crédits sont destinés à couvrir le coût des gratifications de stage versées par les ESMS dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux pour les stages d'une durée supérieure à deux mois. Notifiés sur le champ « personnes handicapées », ces crédits, doivent être tarifés en CNR aux établissements accueillant ces stagiaires dans la mesure où la gratification est une dépense qui s'impose aux employeurs et qui a vocation à être prise en charge dans les budgets des établissements. Ces crédits spécifiques figurent en tableaux 2 et 2bis.

#### 3.3. *L'étude nationale de coûts en EHPAD*

Dans le but d'approfondir et d'actualiser la connaissance des coûts supportés par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'ATIH poursuit l'étude nationale de coûts en 2017, sur impulsion de la DGCS et de la CNSA.

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

Pour la mise en œuvre de cette étude, 80 EHPAD volontaires ont été sélectionnés par l'ATIH en fonction de leur capacité à mettre en place le recueil de données. En contrepartie des moyens matériels et humains qu'ils mobiliseront, les EHPAD sélectionnés percevront en 2017 une compensation financière sur la base des modalités fixées par la convention engageant l'EHPAD, l'ATIH et l'ARS, prenant la forme d'un apport budgétaire non reconductible d'un montant de 17 567 € par EHPAD.

Au global, l'enveloppe nationale allouée cette année couvre la seconde tranche 2016 et la première tranche de financements 2017. Elle s'élève à 2,4 M€, et est répartie entre les ARS concernées. La convention et la liste des EHPAD concernés vous seront adressées lors d'un envoi ad-hoc. Ces crédits spécifiques figurent en tableau 2.

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

Cette année marquera la poursuite de l'enquête nationale de coûts lancée en 2016 avec le soutien de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en vue d'estimer les coûts des activités des structures qui accueillent des personnes handicapées.

L'accompagnement financier des 152 établissements et services médico-sociaux participant à cette enquête, réalisée en 2016, atteint un montant total de 228 000 €, soit 1 500 € par structure, dont la compensation vous est allouée cette année.

À partir de 2017, l'accompagnement financier des établissements et services médico-sociaux participant à l'EDC PH 2017 sera versé directement par l'ATIH aux structures concernées. C'est pourquoi aucun montant n'apparaît à ce titre dans votre DRL.

## ANNEXE 2

### MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PLACES NOUVELLES POUR 2017

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

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

La présente annexe rappelle, dans ce contexte, les modalités de détermination des enveloppes de crédits de paiement prises en compte dans la détermination des dotations régionales limitatives (DRL) pour 2017.

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

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

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

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

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

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

#### 2. Modalités de calcul des crédits de paiement en 2017

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

Comme l'an passé, les crédits de paiement rattachés aux autorisations d'engagement (AE) ne font plus l'objet d'une notification automatique dans les DRL. Ces crédits sont gérés de la même façon que les crédits rattachés aux enveloppes anticipées et au débasage temporaire. En d'autres termes, ils sont notifiés en fonction des prévisions d'installations et de la trésorerie disponible dans les enveloppes régionales.

Cette année, cette méthode a été appliquée à l'ensemble des prévisions d'installations sur chacun des deux champs PA et PH, sauf pour certaines mesures des plans nationaux (cf. § 3 ci-après)

##### 2.2. La méthodologie de détermination des crédits de paiement pour 2017

La méthodologie de calcul des crédits de paiement 2017, déclinée dans les tableaux 3 et 3 bis, prend en compte, pour chaque ARS, le droit de tirage sur Enveloppes anticipées (EA)/ Autorisations d'engagement (AE)/Droit de tirage (DT) et réserve nationale (RN), les prévisions d'installation et la trésorerie disponible dans les DRL.

La méthodologie d'allocation des CP 2017 est la suivante :

**1<sup>re</sup> étape: Détermination du droit de tirage des ARS**

Le droit de tirage global de chaque ARS est établi sans distinction des modes d'allocation des mesures nouvelles (AE, EA, DT et RN). Il est constitué par différence entre le montant total de ces mesures nouvelles notifiées et le total des crédits de paiement versés jusqu'en 2016.

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

La trésorerie prise en compte pour l'allocation de CP correspond aux crédits disponibles en base à l'issue de la campagne budgétaire 2016, dédiés au financement des futures installations de places. Cette donnée, recensée dans l'enquête tarifaire, correspond à la rubrique « Niveau de disponibilité budgétaire ».

**3<sup>e</sup> étape: Détermination du besoin des ARS au regard des prévisions d'installations 2017**

Le recensement du besoin financier attaché aux installations de places pour 2017 se base exclusivement sur les données de l'outil SEPPIA. La détermination du besoin de CP des ARS repose sur l'exploitation des prévisions d'installation en date du 1<sup>er</sup> mars 2017, quelle que soit l'enveloppe utilisée pour autoriser le projet (AE, EA, DT et RN). La date prévisionnelle d'installation des différents projets 2017, renseignée dans SEPPIA, a été prise en compte dans l'estimation du besoin de CP des ARS, afin de calibrer au plus près le montant de crédits de paiement nécessaire.

**4<sup>e</sup> étape: Détermination des crédits de paiement 2017**

Le niveau des crédits de paiement 2017 est déterminé à l'issue des 3 étapes précédentes. Deux cas de figure se présentent alors :

- soit la trésorerie d'enveloppe pour création de places de l'ARS est supérieure aux prévisions d'installations de places 2017. Dans ce cas, aucun crédit de paiement supplémentaire n'est notifié à l'ARS. Elle devra financer les ouvertures de places avec les crédits dont elle dispose déjà ;
- soit la trésorerie d'enveloppe pour création de places de l'ARS ne permet pas de couvrir le financement des installations prévues pour 2017. Dans ce cas, la CNSA notifie à l'ARS les crédits de paiement nécessaires, dans la limite du droit de tirage encore disponible et des enveloppes nationales disponibles. Les crédits de paiement notifiés en 2017 viennent alors réduire le solde du droit de tirage. Les crédits alloués tiennent compte du niveau de trésorerie disponible en ARS, le cas échéant.

**3. Les crédits relatifs au plan autisme et au plan maladies neurodégénératives**

Les CP 2017 qui donnent lieu à création de places sont notifiés selon les mêmes modalités que celles énoncées ci-dessus. Ils dépendent donc :

- des prévisions d'installations programmées dans l'applicatif SEPPIA pour 2017, au regard de la date effectivement indiquée ;
- des crédits disponibles au sein de la trésorerie de l'ARS et gagés pour les installations de places.

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

- des psychologues et des SSIAD/SPASAD expérimentaux dans le cadre du PMND ;
- du renforcement des ESMS dans le cadre du plan autisme et Unités d'enseignement en maternelle (UEM) ;
- des équipes relais dans le cadre du schéma Handicaps rares ;
- de la prévention des départs en Belgique ;
- des crédits relatifs à la Conférence nationale du handicap (CNH).

ANNEXE 3

RÉFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD  
ET POURSUITE DE LA RÉOUVERTURE MAÎTRISÉE DU TARIF GLOBAL

Cette annexe rappelle synthétiquement les principaux éléments de la réforme de la tarification des EHPAD pour lesquels il convient de se référer à l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des EHPAD qui explicite de façon exhaustive les dispositions du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016.

**1. La généralisation du CPOM et le passage à un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)**

La réforme de la tarification des EHPAD visés au I de l'article L. 313-12 et des petites unités de vie (PUV) visées au II de l'article L. 313-12 du CASF s'applique dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les EHPAD sont soumis à l'obligation de conclure un CPOM (avant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2022) et de présenter un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Ils perçoivent un forfait global de soins calculé par le biais de l'équation tarifaire GMPS, pour les places d'hébergement permanent, complété par des financements complémentaires.

S'agissant de la contractualisation, les EHPAD, les petites unités de vie (PUV) doivent conclure un CPOM tripartite avec le DGARS et le Président du Conseil départemental (PCD) d'une durée de 5 ans. Eu égard à la forfaitisation des ressources notamment pour les EHPAD et les PUV tarifées au GMPS, il est prévu un passage à l'EPRD, dès l'exercice 2017, de manière déconnectée de la conclusion d'un CPOM.

Ainsi, dès l'exercice 2017, est mis en place un EPRD pour le secteur des EHPAD et des PUV. Les activités AJ/HT/PASA/UHR/PFR intégrées à l'autorisation d'un même EHPAD sont prises en compte dès l'exercice 2017 dans l'EPRD.

Les modalités de déroulement d'une campagne budgétaire en EPRD sont détaillées dans les trois instructions suivantes :

- l'instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application ;
- l'instruction interministérielle n° DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du même code (cadre budgétaire M22) ;
- l'instruction ministérielle (à paraître) n° DGCS/SD5C/CNSA relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

**2. Application de l'équation tarifaire GMPS**

Les éléments de valorisation sont fixés par les dispositions du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 :

Forfait soins = GMPS \* capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent\*  
valeur annuelle du point (selon option tarifaire retenue)  
Avec GMPS (GIR moyen pondéré soins) = GMP + (PMP\*2,59)

Ainsi, le tarif plafond défini par l'arrêté du 26 février 2009, qui servait, dans l'état antérieur de la réglementation, à définir le plafond de ressources potentiel d'un EHPAD, détermine désormais le tarif soins cible.

Un mécanisme de convergence est mis en place entre 2017 et 2023. Chaque année, les crédits reconductibles alloués l'année précédente, revalorisés du taux de reconduction de l'année *N*, seront augmentés d'une fraction de la différence entre le montant du forfait global que l'établissement aurait dû recevoir et la dotation effective reconduite. Cette fraction est fixée à un septième en 2017.

Il ne peut être dérogé à ce rythme de convergence, même dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 (à la différence des modalités de rattrapage relatives au forfait global dépendance), exception faite de la reprise de résultat encore possible pour 2017 et 2018 au titre des exercices 2015 et 2016.

Entre 2017 et 2023, les EHPAD recevront pour leur hébergement permanent une dotation GMPS composée de :

- la dotation GMPS reconductible de l'année précédente à laquelle est appliqué le taux de reconduction de 1,02 % en 2017 ;
- une fraction de l'écart entre le montant précédent et le résultat de l'équation tarifaire dite « GMPS » correspondant au niveau de ressource cible, et ce sur la base des valeurs annuelles de points 2017 telles que présentées en annexe 1 de la présente circulaire.

La dotation GMPS 2017 est estimée par la CNSA sur la base des valeurs GMPS transmises sur HAPI au plus tard le 30 juin 2016. Les coupes validées étant transmises *via* l'appliquatif GALAAD, un travail de recouplement des données de cet outil et celles inscrites dans HAPI a été conduit par la CNSA, en lien avec vos services, afin que les PMP et GMP validés en juin 2016, mais non retranscrits dans HAPI puissent être pris en compte dans le cadre de la campagne 2017. La CNSA vous a transmis par messagerie électronique, un fichier détaillant le calcul du forfait GMPS pour chaque EHPAD de votre région.

Si une ARS a conclu une convention tripartite pluriannuelle avec un établissement en 2016, en prenant en compte un GMPS validé après le 30 juin 2016 et que l'établissement a perçu une dotation supérieure à celle qui résulterait du calcul tenant compte du GMPS antérieur, il n'est pas pertinent de baisser sa dotation en 2017 pour, in fine, la remonter en 2018 lorsque sera pris en compte le dernier GMPS validé. Dans ce cas de figure, l'ARS ne notifie pas une dotation inférieure à celle de 2016 et prend en compte le GMPS retenu pour la tarification de l'exercice 2016.

Pour 2017, les deux seuls facteurs d'atténuation de ce principe sont :

- la minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature du CPOM dont les modalités sont précisées dans l'article D.314-167-1 du CASF introduit par le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 ;
- la reprise de résultats des exercices 2015 et 2016 dont la possibilité est ouverte de façon dérogatoire pour 2017 et 2018. Des précisions vous sont apportées en paragraphe 4.

Vous vous assurerez de la traçabilité de ces modulations dans l'appliquatif HAPI.

Les valeurs du point pour 2017 sont détaillées à la page 3 de l'annexe 1.

La modulation du tarif en fonction du taux d'activité de l'établissement n'est pas applicable en 2017.

### **3. Financements complémentaires : constitution et orientations**

Les EHPAD perçoivent en sus de la dotation GMPS des financements complémentaires.

Les financements complémentaires englobent :

- les crédits des modalités d'accueil particulières non financées par la dotation GMPS (par exemple, AJ, HT, PASA, UHR, PFR...) qui sont majoritairement forfaitaires, et pour lesquelles vous appliquerez un taux de reconduction qui sera fonction des besoins de la structure, de votre politique de financement territoriale ainsi que des marges dont vous disposerez. À noter qu'aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, vous n'êtes plus tenu à l'évolution d'un taux fixé au niveau national ;
- des crédits qui permettent de couvrir des besoins ponctuels des EHPAD que vous déléguerez en fonction des engagements du CPOM mais également de vos possibilités annuelles. Pour 2017, 48,8 M€ sont délégués à ce titre dans vos DRL, montant qui sera à reconfirmer en 2018 à la lumière du coût actualisé de la tranche annuelle de la montée en charge de la réforme de la tarification et de l'ONDAM médico-social. En 2017, cette enveloppe de 48,8 M€ pourra être abondée par les crédits liés aux reprises de résultats (encore autorisés en 2017 et 2018), et par les crédits de pénalités en raison du refus de signature du CPOM, ainsi que par les marges dégagés par des événements non prévus tels que les fermetures temporaires. Ces crédits peuvent financer des actions dont la liste est prévue au II l'article R.314-163 du CASF.

Dans le cadre du financement d'opérations d'investissement par des financements complémentaires, il est fait application de l'article D.314-205 du CASF qui permet la prise en charge des frais financiers des EHPAD sous réserve que soient strictement respectées certaines conditions, de forme et de fond (opportunité financière de l'investissement) qui se décomposent ainsi :

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

Pour 2017, vous veillerez en particulier à utiliser les financements complémentaires pour répondre aux besoins signalés par les établissements, dont le fonctionnement a été très impacté par l'épidémie de grippe, en matière de personnels (renfort ou remplacement) ou de matériel. Vous êtes également invités à utiliser ces crédits pour appuyer les actions de formation des professionnels de ces structures en articulation avec les priorités fixées à l'Agence nationale de formation des hospitaliers (ANFH) pour 2017 et pour développer les actions de prévention sur les thèmes suivants : risque de troubles psychologiques et psychiques, risque d'escarres, vaccination, prévention des chutes, déficits sensoriels et risque de dénutrition. Sur ce dernier thème, les actions en matière de santé bucco-dentaire pourraient être privilégiées. Enfin, ces crédits pourront soutenir les dispositifs expérimentaux de la mesure 9-1 du Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie 2015-2018, qui vise à « Favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie ». Vous veillerez à ce titre à nous retourner l'annexe 13 d'ici au 15 novembre 2017, afin qu'un suivi national des expérimentations soit réalisé et partagé dans le réseau.

#### **4. Affectation des résultats et reprise de résultats transitoires sur les EHPAD**

Pour les exercices 2017 et 2018, les forfaits soins et dépendance peuvent inclure un report à nouveau dans la détermination du forfait, au titre des résultats des exercices 2015 et 2016. Cela signifie que les forfaits soins et dépendance des EHPAD pourront être majorés ou minorés par les reprises des excédents ou des déficits des exercices 2015 et 2016. Les dispositions qui prévoient les modalités de reprises de ces résultats sont fixées à l'article 6 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016.

Les résultats des exercices 2015 et 2016 sont repris dans les conditions antérieures au décret n° 2016-1815. Conformément à l'article R.314-51 du CASF, la reprise d'un déficit peut être étalée sur trois exercices.

Afin d'éviter que les établissements aient à produire un EPRD modificatif et si le calendrier de traitement des comptes administratifs de l'année 2015 ou 2016 vous le permet, vous intégrerez l'impact d'une éventuelle reprise de résultats dans la notification de ressources prévue à l'article R.314-219. À défaut, vous pouvez en cours d'exercice demander au gestionnaire l'adoption d'une décision modificative (R.314-230) qui sera soumise à approbation dans les mêmes conditions que l'EPRD initial. Il conviendra toutefois de privilégier la prise en compte de la reprise de résultat dès la notification de ressources afin que l'organisme gestionnaire puisse le prendre en compte dans la construction initiale de son EPRD.

#### **5. Réouverture maîtrisée du tarif global**

La réouverture du tarif global se poursuit en 2017 par la mobilisation d'une enveloppe de 10 M€ au niveau national.

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

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

Au regard du coût de cette option tarifaire, et dans l'attente des travaux qui permettront de statuer sur le « bon niveau de financement » du tarif global (Étude nationale de coûts (ENC) conduite par la DGCS, la CNSA et l'ATIH), il importe de poursuivre cette réouverture de manière progressive.

L'enveloppe de 10 M€ dédiée à cette réouverture doit donc être strictement respectée. Il est rappelé, sur ce point, que l'article R. 314-164 du CASF conditionne le choix des EHPAD de changer d'option tarifaire au respect des dotations régionales limitatives, et donc à l'accord de l'ARS.

### **Répartition des crédits et doctrine d'emploi**

Conformément aux critères retenus par le Conseil de la CNSA, la répartition des crédits dédiés à la réouverture du tarif global pour 2017 est établie par rapport au nombre de places installées dans les EHPAD en TP avec PUI (capacités d'accueil constatées au 31 décembre de l'année antérieure, dans chaque région). Il s'agit d'un changement de règles: antérieurement, c'est le nombre d'établissements en TP avec PUI qui était la référence pour ce calcul.

Un plancher de 200 000 € est garanti à chaque ARS concernée par la répartition de ces 10 M€. Ce plancher résulte du coût moyen observé en 2014, sur un échantillon de 231 EHPAD, d'une opération de passage d'un tarif partiel avec PUI à un tarif global.

Vous veillerez dans vos arbitrages à tenir compte des demandes de passage au tarif global qu'auraient pu formuler les établissements lors de la période 2012-2016, sous réserve que ces établissements correspondent aux deux priorités identifiées par l'IGAS et déjà reprises dans les circulaires précédentes, soit:

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

Le suivi de cette allocation de ressources passera par l'application HAPI dont l'alimentation régulière permettra une traçabilité par établissement des dotations allouées. Il est en effet essentiel d'assurer une visibilité au niveau national sur l'engagement de ces crédits qui fera l'objet d'un suivi précis tout au long de l'année 2017. Chaque ARS veillera donc à mettre à jour ces données dès signature d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens ou d'un nouvel avenant.

ANNEXE 4

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

Cette annexe présente l'organisation du système d'information (SI) métier utilisé par la CNSA ainsi que les échéances communes entre ARS et CNSA pour 2017. Outre les éléments déjà connus, elle comporte des précisions quant aux modalités d'extraction des données par la CNSA et à leur utilisation à des fins de décision, qui méritent une lecture attentive.

1. Suivi des plans gouvernementaux et des programmations régionales

SEPPIA	
Objectifs et usages	<p>Objectif général : publication et suivi de la programmation physique et financière pluriannuelle de création et de transformation de places dans la région, sur 5 ans, de sa phase prévisionnelle à son exécution effective.</p> <p>Des usages au service du suivi et de l'évaluation de l'effectivité des politiques publiques, ainsi que de la prospective :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suivi de la réalisation des plans/programmes nationaux et du rythme et du niveau de consommation des enveloppes de créations de places ;</li> <li>- suivi de l'exécution effective des programmations régionales, dont la part réalisée par appels à projets ;</li> <li>- analyse des prévisions d'autorisation et d'installation à 5 ans.</li> </ul> <p>Des usages au service de la détermination des besoins de crédits de paiement au niveau global et du calibrage des dotations régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- détermination, en <math>N - 1</math>, du niveau des crédits de paiement (CP) nécessaires pour couvrir les installations prévues en <math>N</math> ;</li> <li>- notification en <math>N</math> des crédits de paiement (CP) correspondant aux installations prévues en <math>N</math>.</li> </ul> <p>Formalisation des données de programmation ayant vocation à être publiées dans le PRIAC</p>
Modalités de saisie	<p>Les données doivent être saisies et actualisées en flux, tout au long de l'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dès qu'une autorisation est prévue ;</li> <li>• dès qu'une autorisation est réalisée ;</li> <li>• dès qu'une installation est prévue et dès que sa date prévisionnelle évolue ;</li> <li>• dès qu'une installation est réalisée ;</li> <li>• dès qu'un projet est modifié.</li> </ul>
Exploitations/extractions	<p>Extraction du 9 mai 2017 pour le suivi des programmations et pour la préparation de l'ONDAM <math>N + 1</math></p> <p>Extraction du 29 décembre 2017 pour le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux (bilan présenté au Conseil de la CNSA) et la notification des CP de l'année <math>N</math>.</p> <p><i>Nota bene</i>: Dans un objectif de lisibilité partagée du processus et de fiabilisation continue des données, ces extractions feront l'objet d'un envoi à chaque agence pour validation formelle de la part du directeur général de l'ARS.</p>

SEPPIA	
Points de vigilance	<p>Le suivi fin des projets en lien avec les gestionnaires et la mise à jour au fil de l'eau de SEPPIA sont indispensables pour garantir la fiabilité des données extraites dans le cadre du processus d'allocation de ressources (préparation de l'ONDAM, préparation de la campagne tarifaire) et donc la justesse des bases sur lesquelles s'appuient les travaux de détermination des enveloppes.</p> <p>La CNSA pouvant être amenée à réaliser des extractions complémentaires tout au long de l'année, la mise à jour de l'outil est bien nécessaire en continu, indépendamment des principales dates d'extraction citées ci-dessus.</p>
Personnes référentes	<p>CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle programmation de l'offre et mission maîtrise d'ouvrage des projets systèmes d'information</p> <p>Aurélie BRUGEROLLE et Patrice DIJOUX</p>

## 2. Suivi des éléments budgétaires

### 2.1. Éléments de la tarification

HAPI (HARmonisation et Partage d'Information)	
Objectifs	<p>Système d'information partagé destiné à tarifier les ESMS et à suivre le déroulé des campagnes budgétaires, HAPI vise à outiller le processus d'allocation de ressources aux ESMS et à permettre un dialogue budgétaire et de gestion pertinent entre les ARS et le niveau national.</p> <p>Il permet en effet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'harmoniser les pratiques et d'automatiser la production des documents de tarification ;</li> <li>• d'optimiser la gestion des dotations régionales et d'en faciliter le pilotage régional et national ;</li> <li>• d'assurer le partage et la traçabilité de l'information.</li> </ul>
Exploitations	<p>Des extractions sont faites régulièrement au niveau de la CNSA pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le suivi de l'avancée de la campagne ;</li> <li>• le suivi de la consommation des dotations régionales limitatives ;</li> <li>• la préparation des dialogues de gestion CNSA-ARS ;</li> <li>• le calibrage des enveloppes <math>N + 1</math> (en complément de l'enquête tarifaire et des données SEPPIA) ;</li> <li>• l'extraction des données relatives aux EHPAD (dotation reconductible, GMP, PMP) en vue des travaux de simulation nécessaires au calibrage de l'enveloppe 2017 ;</li> <li>• le bilan de la médicalisation ;</li> <li>• le bilan de la convergence tarifaire ;</li> <li>• la réalisation d'analyses ponctuelles.</li> </ul>
Points de vigilance	<p>Les GMP et PMP validés des EHPAD doivent être mis à jour en continu dès actualisation de GALAAD, et devront impérativement l'avoir été avant le 30/06/2017, car l'extraction réalisée le 3 juillet 2017 sera utilisée pour déterminer la dotation de chaque ARS au titre du forfait global de soins lié à l'hébergement permanent.</p>

Personnes référentes	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire Francoise MERMET et Patrice DIJOUX
----------------------	---

2.2. Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs

ImportCA	
Présentation	<p>En application de l'arrêté du 5 septembre 2013 relatif à la transmission des propositions budgétaires et des comptes administratifs, les établissements et services médico-sociaux déposeront leur compte administratif sur l'application ImportCA.</p> <p>Sont concernés les établissements et services médico-sociaux recevant un financement de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'assurance maladie et du conseil départemental : établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap (exemple : ITEP, MAS, IME, SESSAD,...) ou accueillant des personnes âgées (exemple : AJ, SSIAD,...).</p>
Objectifs	<p>Les objectifs sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• structurer la constitution de bases de données de nature à permettre à l'ARS et à la CNSA de travailler sur les coûts de fonctionnements des ESMS ;</li> <li>• permettre le calcul d'indicateurs de comparaisons servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris...);</li> <li>• constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.</li> </ul>
Modalités de chargement	Ouverture de la plateforme aux établissements et services médico-sociaux du 20 mars (au plus tard) à fin septembre 2017 pour les CA 2016.
Exploitations extractions	Analyse nationale des données en $N + 1$ pour diffusion d'un rapport.
Personne référente	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire Delphine FAUCHET

2.3. Remontée des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD)

ImportEPRD	
Présentation	<p>En application de l'arrêté du 9 décembre 2005, modifié par l'arrêté du 22 décembre 2016, les EHPAD, les PUV ainsi que les ESMS PH ayant déjà conclu un CPOM au titre de l'article L313-12-2 du CASF (ou un CPOM au titre de l'article L313-11 du CASF avec avenant mentionnant explicitement la mise en place d'un EPRD au 1<sup>er</sup> janvier 2017) auront à transmettre leurs EPRD sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA</p>
Objectifs	<p>Les objectifs sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au CD le cas échéant, de valider les EPRD dans les délais impartis ;</li> <li>• constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.</li> </ul>

ImportEPRD	
Modalités de chargement	Ouverture de la plateforme aux établissements et services médico-sociaux au début du mois de mai pour permettre aux structures concernées de déposer leur(s) fichier(s) dans le calendrier défini.
Exploitations/ Extractions	Analyse nationale des données en $N + 1$ pour exploitation.
Personne référente	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire Laetitia DUCOUDRÉ

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

GALAAD	
Objectifs	<p>Recenser les évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des EHPAD et des ESLD</p> <p>Permettre le partage sécurisé des données de validation AGGIR avec les conseils départementaux</p> <p>Permettre aux médecins des ARS, chargés du contrôle et de la validation des coupes PATHOS, de déterminer le niveau de GMPS permettant de procéder à la tarification (saisie des GMP et PMP validés nécessaire dans HAPI)</p> <p>Permettre de décrire les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de résidents</p>
Modalités de saisie	En flux par les médecins coordonnateurs
Points de vigilance	Le nouveau Galaad est en service depuis le 13 janvier 2015. Il constitue désormais la plateforme de référence pour la réalisation des évaluations AGGIR/PATHOS. L'ancienne version installée localement peut continuer à servir de base d'archives pour les médecins coordonnateurs ou valideurs (ARS et CD).
Personnes référentes	Pour la CNSA (Direction des établissements et services médico-sociaux), le docteur Yannick EON, pilote de la gouvernance opérationnelle du référentiel PATHOS

### 4. Les autres sources d'information

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

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

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

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

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

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

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

L'accès aux données concernant les versements réalisés par les caisses locales d'assurance maladie et transmises par la CNAMTS<sup>1</sup> permet à la CNSA de suivre les éléments de conjoncture au niveau national, mais également d'opérer des rapprochements entre les dotations régionales et le niveau des versements sur les secteurs PA et PH. Ce rapprochement doit également s'opérer au niveau local, par établissement, dans le cadre des relations de travail avec les caisses d'assurance maladie. La création des ARS doit ainsi être l'occasion de mettre en place des procédures de travail régulières avec les CPAM en vue de structurer ce pan de la régulation médico-sociale. Ces procédures devront tout particulièrement porter sur le suivi du nombre de journées.

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

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

Calendrier 2017 du système d'information métier de la CNSA

2017		
SEPIIA	Alimentation au fil de l'eau par les ARS Extractions à tout moment en cours d'année par la CNSA, et au moins aux dates indiquées ci-contre	Dates d'extraction fixes: Extraction au 9 mai 2017 pour le calibrage de l'ONDAM 2018 Extraction au 29 décembre 2017 pour le reporting annuel (suivi des plans et des appels de CP 2017)
HAPI	Alimentation au fil de l'eau par les ARS Extractions à tout moment en cours d'année par la CNSA	Extractions « fixes » pour exploitation dans le cadre des dialogues de gestion ainsi qu'en fin de campagne budgétaire Extraction du 3 juillet 2017 pour les GMP et PMP des EHPAD pris en compte pour déterminer la dotation de chaque ARS au titre du forfait global de soins lié à l'hébergement permanent.
ImportCA	Mi-mars à septembre 2017: période d'ouverture de l'application aux ESMS pour chargement des fichiers CA 2016	Extraction pour exploitation au 30 septembre 2017
ImportEPRD	Ouverture mai 2017: pour chargement des fichiers EPRD 2017	Extraction pour exploitation fin 2017

<sup>1</sup> Ces données sont tous régimes pour les versements en dotation globale et régime général puis extrapolées tous régimes pour les paiements des prix de journée

ANNEXE 5

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

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

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

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

- d'un solde excédentaire des reprises de résultat dans le cadre de l'examen des comptes administratifs  $N - 1$  ou  $N - 2$  (reprise d'excédents supérieure à la reprise de déficits) ;
- d'évènements imprévus tels les fermetures provisoires ou définitives non planifiées d'un établissement ou service ;
- dans une moindre mesure, des décalages dans l'installation effective de places nouvelles en établissement ou service ou dans la réalisation de mesures issues des plans nationaux.

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

Sur le champ des EHPAD, il convient de vous référer à l'annexe 3 qui précise le périmètre et les modalités d'allocation de ces financements dorénavant associés aux financements complémentaires, que vous pourrez abonder avec des marges de gestion dégagées au sein de votre DRL PA pour le financement de mesures non pérennes.

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

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

En 2016, 189,2 M€ de CNR ont été tarifés sur le champ des personnes handicapées hors ESAT et 145,6 M€ sur le champ des personnes âgées.

Vous êtes donc invités à renforcer :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les CNR ont constitué en 2016, comme lors des exercices précédents, un levier d'accompagnement des projets d'investissements des ESMS. Votre attention est attirée sur l'importance d'objectiver le besoin d'investissement des ESMS, de documenter l'emploi des CNR alloués à cette fin et d'en opérer un contrôle précis.

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

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

La réglementation permet toutefois de mobiliser la tarification pour soutenir la capacité d'autofinancement des ESMS engagés dans un plan pluriannuel d'investissement.

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

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

L'annexe 11 présente les outils développés par l'ANAP pour favoriser la qualité des projets d'investissement (soutenabilité financière, calibrage). Vous êtes invités à diffuser leur connaissance et favoriser leur appropriation tant par les établissements que par les autorités de tarification.

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

L'emploi des CNR doit être axé sur un objectif d'amélioration qualitative de la prestation rendue par les établissements et services. L'usage des CNR doit être lié aux objectifs fixés dans le CPOM.

Compte tenu de la diminution de cette ressource, vous veillerez à la priorisation des besoins au sein de l'ensemble du territoire. Vous exercerez une vigilance particulière en ce qui concerne l'emploi de CNR aux fins de couverture:

- de dépenses de personnel liées à des besoins de remplacement: les CNR alloués à ce titre doivent être conditionnés par l'établissement d'un diagnostic approfondi des facteurs d'absentéisme et de la formalisation d'un plan d'action de lutte contre ce phénomène;
- de dépenses de formation généralement liées au remplacement de professionnels partis en formation: vous rechercherez dans ce domaine la meilleure complémentarité possible avec les sources de financement « de droit commun » de la formation professionnelle dans une recherche de subsidiarité et, à terme, de substitution. La CNSA allouant des subventions aux OPCA du secteur, il est tout à fait légitime que vous cherchiez à engager avec leurs directions régionales une collaboration plus poussée;
- de réponse aux situations complexes de personnes handicapées: si les CNR permettent de faciliter l'admission de personnes en situation complexe dans un établissement en permettant l'intervention complémentaire d'autres professionnels et/ou en renforçant son personnel, il convient d'être attentif à ce que le traitement de ces situations s'inscrive dans le cadre partenarial des commissions « situations critiques » ou de la gouvernance liée au projet « réponse accompagnée pour tous » sur les territoires dits pionniers;

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

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

ANNEXE 6

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

Le dispositif des emplois d'avenir, créé par la loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012 portant création des emplois d'avenir, a pour objectif de permettre à des jeunes de 16 à 25 ans<sup>1</sup> pas ou peu qualifiés de réussir une première expérience professionnelle et de leur ouvrir l'accès à une qualification professionnelle. Le dispositif vise en priorité les quartiers zones urbaines sensibles, les zones de revitalisation rurale et les départements et collectivités d'outre-mer.

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

Le secteur sanitaire social et médico-social s'est mobilisé autour de ce dispositif depuis 2012 en signant 92 830 contrats emplois d'avenir fin 2016, ce qui représente plus d'un tiers de la totalité des contrats signés dans le secteur non marchand. Le secteur médico-social, qui a de forts besoins de recrutement sur des niveaux de qualifications éligibles aux emplois d'avenir, s'est particulièrement distingué. Pour 2017, nous souhaitons vous sensibiliser sur les efforts à poursuivre, 29 000 nouveaux contrats EAV sont attendus au premier semestre 2017. Par ailleurs il est essentiel de préparer la sortie des jeunes en emploi d'avenir en 2017, 11 000 vont sortir de leur EAV au 1<sup>er</sup> semestre 2017 sur le secteur non marchand et 12 000 sur le second semestre. 47 % des sorties EAV non marchands en 2017 concernent des associations.

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

Afin d'encourager et de soutenir l'effort de formation des employeurs, la CNSA a conclu des conventions avec les organismes paritaires collecteurs agréés (ANFH, UNIFAF, ACTALIANS, UNIFORMATION et AGEFOS-PME) et le CNFPT. Ces conventions initiées en 2013 et reconduites en 2016, 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 2017, 6,5 M€ sont réservés au titre de ces actions. Le financement national ne vous interdit pas d'apporter un soutien complémentaire à la formation des jeunes en emploi d'avenir pour répondre à des besoins supplémentaires identifiés au niveau régional.

Par ailleurs, et dans le cadre de l'engagement présidentiel visant à permettre aux jeunes de renforcer leur engagement citoyen et de valoriser leurs compétences, au bénéfice des populations vulnérables, le ministère des affaires sociales et de la santé s'est fortement engagé dans le développement du service civique pour contribuer à l'objectif global de 150 000 jeunes accueillis en 2017.

Dans la continuité des actions conduites en 2016, l'objectif en 2017 est d'atteindre 25 000 missions proposées aux jeunes volontaires en 2017.

Pour atteindre cet objectif, il convient d'accompagner globalement la montée en charge du service civique.

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

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

---

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

Dans ce cadre, la ministre des affaires sociales et de la santé a adressé une circulaire n° SG/2017/60 aux ARS en février 2017 afin de diffuser l'information sur cette opportunité offerte notamment aux établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

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

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

## ANNEXE 7

### RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE QUALITATIF ET BUDGÉTAIRE 2015 RELATIF À LA PREMIÈRE ANNÉE DE FONCTIONNEMENT DES 30 UEM CRÉÉES EN 2014/2015

#### 1. Contexte

La circulaire budgétaire du 22 avril 2016 a prévu une remontée d'informations relative à la première année de fonctionnement des 30 premières Unités d'enseignement externalisées en maternelle pour enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (UEM) afin de pouvoir tirer des enseignements des premiers mois de fonctionnement de ces UEM. Cette demande visait à compléter les retours transmis en 2015 par les ARS, concernant les six premiers mois de fonctionnement de ces structures (de janvier à juin 2015).

Ont ainsi été analysés :

- des données budgétaires liées au fonctionnement de 14 UEM, dont 8 rattachées à un IME et 6 à un SESSAD ;
- 10 rapports d'activité synthétique répondant notamment à une série de questions « qualitatives ».

Une perte importante d'information est à déplorer en comparaison de la première remontée pour laquelle la DGCS avait été destinataire des données budgétaires pour 26 UEM et de 20 rapports d'activité synthétique.

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

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

Le plan autisme prévoit un budget de 280 000 € par an et par UEM pour la scolarisation de 7 enfants (crédits de l'assurance maladie) ainsi que la création des postes d'enseignants spécialisés correspondant (crédits du ministère de l'Éducation nationale).

Pour les 14 UEM dont les données budgétaires ont été analysées, les charges de fonctionnement ont varié de 184 006 € à 362 304 €, et ont été :

- inférieures à 199 000 € pour 2 UEM ;
- comprises entre 225 000 et 280 000 € pour 8 UEM ;
- supérieures à 280 000 € pour 4 UEM.

Il est à noter que les deux UEM ayant dépensé un budget inférieur à 199 000 € signalaient n'avoir toujours pas atteint le chiffre de 7 enfants accueillis au 31 décembre 2015 (respectivement 3 et 4 enfants). Les 12 autres UEM fonctionnaient déjà à effectif complet.

Comme lors de l'analyse des 6 premiers mois de fonctionnement, on constate que pour la majorité des UEM, les dépenses sont couvertes par le budget alloué.

##### • Concernant les enfants scolarisés

Les années de naissance des enfants accueillis au 31 décembre 2015 s'étalent de 2009 à 2012, avec près de 9 enfants sur 10 nés en 2010 et 2011 (45 % d'enfants nés en 2010 et 42 % d'enfants nés en 2011), ce qui correspond aux âges de scolarisation en maternelle et montre que la disparité constatée lors de la première remontée correspondait à la montée en charge du dispositif.

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

###### *Les locaux*

4 ESMS ont indiqué louer les locaux de l'UEM à la commune et 9 UEM bénéficient de locaux mis à disposition.

La majorité des ESMS (12 sur 14) ont réalisé des dépenses d'investissement et/ou d'ameublement et/ou d'achat de matériel pédagogique liées au fonctionnement de l'UEM. Seules 3 communes ont sollicité la participation de l'établissement au paiement des fluides et de l'entretien.

###### *La restauration*

Pour la grande majorité des UEM (12 sur 14), les enfants déjeunent à la cantine (tout ou partie du groupe classe). La cantine est réglée par la famille lorsque l'UEM est adossée à un SESSAD et est prise en charge par l'IME dans l'autre cas, hormis 2 exceptions.

L'inclusion est travaillée dans toutes les UEM ayant répondu à cette question, que le repas se prenne dans les mêmes lieux et horaires de déjeuner que pour l'ensemble des autres élèves ou qu'un aménagement soit organisé (même lieu mais horaire décalé, même horaire mais locaux séparés) en fonction des troubles alimentaires des enfants et de leur projet personnalisé d'intervention.

Comme lors de la première remontée de données, on constate que peu de difficultés sont remontées par les ESMS concernant le partage des espaces et que les demandes des communes concernant la participation aux frais de fonctionnement des écoles sont limitées, ce qui s'inscrit dans la démarche partenariale proposée dans le cahier des charges des UEM.

**• Concernant le personnel**

Le taux d'encadrement minimal de 0.7 ETP par élève préconisé dans le cahier des charges (en tenant compte de l'enseignant spécialisé) est respecté dans 13 UEM sur 14 (la situation restante correspond à une des UEM qui ne fonctionnait pas à effectif d'élèves complet).

La majorité des enseignants – 8 sur les 9 questionnaires pour lesquels l'item est renseigné – a une qualification correspondant au certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (CAPA-SH) - option D (enseignement « troubles importants des fonctions cognitives »). On note que parmi eux, 2 enseignants ont obtenu cette qualification au cours de l'année 2015. L'enseignant restant est entré en formation en juin 2016 pour le CAPA-SH option E (enseignant chargé des aides spécialisées).

Si l'on exclut des calculs l'enseignant spécialisé (et 1ETP de superviseur comptabilisé dans une UEM), les ETP varient de 3.8 à 6.7, ce qui constitue un resserrement de l'écart entre les différentes UEM par rapport au premier semestre étudié (écart de 2,5 à 7,5). Plus des deux tiers des UEM emploient de 4 à 6 ETP. Si l'on considère plus spécifiquement les ETP socio-éducatifs, ceux-ci varient de 3.4 à 5.8, ce qui constitue également un resserrement de l'écart par rapport à la première remontée (de 1,9 à 6,3 ETP). Près de 80 % des UEM emploient de 3 à 5 ETP socio-éducatifs (un peu plus de la moitié lors de la précédente remontée).

Comme attendu, les charges de personnel constituent la majorité des dépenses de fonctionnement des UEM. Aussi, 70.5 % à 90 % des dépenses engagées pour le fonctionnement des UEM ont été consacrées aux dépenses de personnel (là encore resserrement par rapport à la première remontée: écart de 60 % à 95 %), 13 UEM sur 14 ayant affecté de 77.5 % à 90 % de leurs dépenses au groupe 2.

Ces informations peuvent être interprétées comme une stabilisation des fonctionnements des UEM lors de cette première année de fonctionnement. Cela ne peut cependant être affirmé dans la mesure où l'échantillon étudié est plus restreint que lors de la première période.

Si l'on recoupe les informations communiquées dans la remontée budgétaire et dans la remontée qualitative, 2 ESMS précisent verser un complément de rémunération à l'enseignant intervenant au sein de l'UEM et 2 envisagent de le faire. Il est rappelé que les ESMS n'ont pas vocation à financer du temps d'enseignant en UEM, les postes d'enseignants étant mis à disposition par l'Education nationale comme précisé dans le cahier des charges des UEM.

2 UEM indiquent la participation d'AVS-co (auxiliaires de vie scolaire collectifs) dans le fonctionnement de l'UEM, ce qui n'est pas en conformité avec la réglementation en cours. En effet, les AVS-co tout comme les AESH (accompagnants des élèves en situation de handicap) ne peuvent intervenir en unités d'enseignement même si celles-ci se trouvent localisées dans une école pour favoriser les passerelles vers le milieu ordinaire.

Par ailleurs, 3 UEM sur 10 ont accueilli 1 ou plusieurs stagiaires.

**• Concernant l'activité de l'équipe**

MODALITÉS D'INTERVENTION	EFFECTUÉS
Intervention auprès des élèves le mercredi ou le samedi (selon la pratique de la commune d'implantation de l'école)	7 sur 9
Sur les activités liées aux nouveaux rythmes scolaires (temps d'activités péri-éducatifs)	2 sur 9
Guidance parentale à domicile	9 sur 9
Sur les temps périscolaires (avant, après la classe, mercredi) en période scolaire	4 sur 9
Sur les temps périscolaires en période de congés scolaires	8 sur 9

On constate que les temps d'activité péri-éducatifs et les temps périscolaires sont peu investis en période scolaire. La fatigabilité des élèves est parfois donnée en explication.

• **Concernant la supervision**

Les 14 UEM ont mis en place une supervision, dont 13 par le biais d'un prestataire extérieur. L'ESMS ayant mobilisé cette compétence en interne indique cependant s'orienter vers une supervision par un prestataire en 2016.

Toutefois, comme pour le premier semestre, le temps de supervision mensuel varie de 2 à 21h, soit un écart de 1 à 10. Une telle disparité continue, comme suite à la première remontée, à interroger les pratiques sous-jacentes.

Le cahier des charges révisé et transmis aux services en 2016, précise une fréquence minimale de supervision (deux fois par mois la première année scolaire et une fois par mois les autres années) et la nécessité qu'elle soit réalisée par un professionnel extérieur.

• **Concernant la formation**

Il apparaît que la formation initiale, précédant l'ouverture de l'UEM, prévue dans le cahier des charges, a été organisée pour l'ensemble des structures. Cependant, sur les 14 UEM, 7 n'ont pas associé les professionnels de l'école à ces formations (en dehors des personnels éducatifs et enseignants) et 3 les familles. Le cahier des charges révisé rappelle que cette formation réunit, pour certains modules, les parents, du personnel de l'école et d'autres professionnels amenés à intervenir auprès des élèves.

• **Concernant les transports**

13 ESMS déclarent prendre en charge les transports des enfants et 10 affichent des coûts liés à cette activité, que ce soit par le biais d'ETP de chauffeur (3 UEM), de frais imputés au transport d'usagers (5 UEM) ou les deux dépenses combinées (2 UEM).

Les dépenses imputées sur la ligne transport des usagers vont de 4 176 € à 27 634 € (pour les ESMS qui ne déclarent pas d'ETP chauffeur), soit :

- 2 UEM affichant des montants inférieurs à 5 000 €;
- 1 UEM affichant un montant de 14 000 €;
- 2 UEM des montants supérieurs à 25 000 €.

Comme pour la première remontée (dépenses qui allaient de 2 107 € à 17 820 €), ces dépenses très hétérogènes sont difficilement exploitables. Dans le cadre de cette seconde remontée d'information, des précisions concernant les organisations mises en place et l'éloignement géographique des élèves par rapport à l'école avaient été demandées. Seuls 6 rapports d'activité éclairent cette question avec des situations très hétérogènes de temps de transport allant de 10 à 50 minutes et des périmètres de résidence allant d'une résidence dans la même commune que la commune d'implantation de l'UEM à 35 km de distance. Le taxi collectif avec des trajets organisés par l'ESMS semble être la modalité retenue de façon la plus récurrente. Cependant, le faible nombre de retours ne permet pas de mieux appréhender cette question, qui concerne pourtant un poste non négligeable de dépense.

ANNEXE 8

ENQUÊTES 2017

Les enquêtes programmées pour l'exercice 2017 sont précisées dans la présente annexe. Il s'agit d'enquêtes récurrentes (annuelles). Leur calendrier de remontée et la qualité des données qu'elles contiennent doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

1. Calendrier des enquêtes 2017

Enquête tarifaire	3 Remontées: 30 juin 2017, 17 novembre 2017 et 26 janvier 2018
Financement des CAMSP	Remontée sur la plateforme ImportCA, en complément des comptes administratifs 2016, et avant le 31 mai 2017

2. Présentation des enquêtes 2017

**Enquête tarifaire, menée auprès des ARS**

Elle vise à identifier, de manière synthétique, l'état et la structure des crédits disponibles dans les dotations régionales limitatives (DRL) en fin de campagne. Elle intègre également des éléments de prévisions pour la mise en œuvre des politiques médico-sociales sur l'exercice suivant. Elle complète ainsi les informations extraites de l'outil SEPPIA. Par ailleurs, un suivi de l'utilisation des financements complémentaires, qui vous ont été délégués dans votre DRL pour les EHPAD, devra être renseigné dans un onglet dédié. Cette enquête est structurante dans le cadre de la construction de la campagne de l'année suivante. Elle complète et consolide les données renseignées dans l'application HAPI en permettant aux ARS de faire remonter en cours d'année leur prévision de tarification à échéance du 31 décembre 2017.

Pour ces raisons, cette enquête est remontée 3 fois au titre de l'exercice 2017. Vous veillerez à garantir sa fiabilité.

Exploitations	Remontées de l'enquête : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 juin <i>N</i> : prévisions de tarification au 31 décembre <i>N</i>;</li> <li>- 17 novembre <i>N</i> : actualisation des prévisions de tarification au 31 décembre <i>N</i> ; ces éléments seront exploités dans le cadre de la préparation des dialogues de gestion ARS-CNSA</li> <li>- 26 janvier <i>N</i> + 1 : Réalisation de la tarification 2016 et répartition des crédits gagés pour définir le cadrage de la campagne 2017.</li> </ul>
Points de vigilance	Le respect strict du calendrier est indispensable : <ul style="list-style-type: none"> <li>- au travail d'estimation de la consommation de l'ogd en cours d'année</li> <li>- à la préparation des dialogues de gestion de fin d'année</li> <li>- à la construction de l'ONDAM puis de la campagne budgétaire 2018</li> </ul>
Personnes référentes	CNSA, direction «tablissements et services médico-sociaux : Pôle allocation budgétaire; en fonction des référents régionaux ( <a href="mailto:polebudgetaire@cnsa.fr">polebudgetaire@cnsa.fr</a> )

**Financement des CAMSP, menée auprès des ESMS**

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

Exploitations	Remontée au plus tard le 31 mai 2017, sur la plateforme ImportCA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse qualitative de la nature des difficultés rencontrées</li> <li>- Analyse quantitative de la fréquence de ces difficultés et du nombre de projets de création ou d'extension de CAMSP ralentis ou bloqués du fait de difficultés liées au cofinancement</li> </ul>
Pôle référent	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux : Pôle programmation ( <a href="mailto:poleprogrammation@cnsa.fr">poleprogrammation@cnsa.fr</a> )

ANNEXE 9

INTÉGRATION DES ESAT DANS L'ONDAM

**1. L'intégration des ESAT dans la campagne PH**

L'intégration du budget de fonctionnement des ESAT dans l'objectif global de dépenses actée par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est applicable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017. La base de financement des ESAT a donc été intégrée dans votre dotation régionale limitative PH pour 2017, l'ensemble de la base faisant l'objet d'une évolution de 0,73 % (cf. annexe 1 sur les modalités de détermination des DRL pour 2017).

Elle vous permet de gérer l'allocation budgétaire des ESAT comme l'ensemble des autres ESMS PH (taux d'évolution annuel, systèmes d'information, PRIAC) et de donner également plus de souplesse dans la gestion des enveloppes.

En conséquence, le processus d'allocation de ressources des ESAT est entièrement intégré dans la campagne budgétaire des établissements accueillant des personnes handicapées, que ce soit en termes de calendrier, de règles applicables et de suivi des crédits tarifés.

Pour les ESAT inclus dans un CPOM, les dispositions relatives à la fixation pluriannuelle du budget (article R. 314-39 à R. 314-43-1) demeurent applicables. Toutefois, comme cela sera précisé ci-dessous, la modification de l'article R. 314-40 vous permet désormais de prendre en compte les tarifs plafonds dans l'évolution de la dotation prévue dans le CPOM.

Par ailleurs, les ESAT devront être intégrés dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses établi selon les règles décrites dans la section IV du chapitre IV du titre 1<sup>er</sup> du livre III.

**2. Le maintien des tarifs plafonds**

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

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

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

En 2017, la poursuite de la convergence tarifaire se traduit par le gel de la dotation des ESAT dont le coût à la place se situe au-dessus des tarifs plafonds. Ces tarifs plafonds sont réévalués de 0,73 %, soit le taux d'actualisation appliqué au secteur PH en 2017.

Par conséquent, sur la base de l'article L. 314-3 du CASF, un arrêté interministériel fixe pour 2017 les tarifs plafonds et les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. L'arrêté en cours de publication prévoit en conséquence que:

- le tarif plafond de référence est égal à 13 052 € par place autorisée;
- pour les établissements et services d'aide par le travail qui accueillent des personnes handicapées infirmes moteurs cérébraux dans une proportion égale ou supérieure à 70 % du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 16 313 €;
- pour les établissements et services d'aide par le travail qui accueillent un nombre de personnes handicapées ayant des troubles du spectre de l'autisme dans une proportion égale ou supérieure à 70 % du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 15 660 €.
- pour les établissements et services d'aide par le travail qui accueillent des personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise dans une proportion égale ou supérieure à 70 % du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 13 703 €;
- pour les établissements et services d'aide par le travail qui accueillent des personnes handicapées ayant une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques dans une proportion égale ou supérieure à 70 % du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de 13 703 €.

Les tarifs plafonds susmentionnés peuvent être majorés, en tant que de besoin, dans la limite de 20 % pour les collectivités d'outre-mer.

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

La situation de chaque ESAT au regard des tarifs plafonds doit être appréciée sur la base du coût de fonctionnement net à la place constaté au 31 décembre 2016 calculé en application des articles R. 314-106 et R. 344-10 du CASF.

Le coût de fonctionnement net à la place est égal aux charges d'exploitation du dernier budget exécutoire de l'activité sociale (2016), diminué le cas échéant des charges exceptionnelles et des charges d'exploitation n'accroissant pas celles des exercices suivants (c'est-à-dire les charges couvertes par des crédits non reconductibles), diminuées des produits d'exploitation du même budget autres que ceux relatifs à la tarification, divisées par le nombre de places installées.

Deux situations peuvent être, dès lors, identifiées :

#### • Les établissements en convergence

La détermination de la dotation globale de financement pour ces ESAT ne donne pas lieu à l'application de la procédure contradictoire précitée de 60 jours, ni à l'approbation des dépenses prévisionnelles prévues à l'article L. 314-7 du CASF. Elle correspond au montant des charges nettes autorisé au titre de l'exercice 2016. Vous serez néanmoins attentifs, dans le cadre de la tarification de ces structures, à maintenir un dialogue budgétaire avec ces établissements permettant de tenir compte des situations individuelles des structures et de prévenir des risques de détérioration de la qualité des prises en charge des travailleurs handicapés.

#### • Les établissements en dessous du plafond

Si le taux d'actualisation des enveloppes régionales des ESAT est fixé à 0,73 % en masse budgétaire, vous veillerez à analyser les propositions budgétaires des établissements au regard notamment des moyens et des coûts d'ESAT comparables.

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

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

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

Enfin, nous attirons votre attention sur le fait que la mise en œuvre des tarifs plafonds est désormais également applicable pour les structures sous CPOM.

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

En conséquence vous veillerez à prévoir lors de la négociation de nouveaux CPOM l'application du dispositif de convergence nationale.

ANNEXE 10

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION DES INFIRMIÈR(E)S DE NUIT EN EHPAD

La circulaire interministérielle du 31 mai 2010 « relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées » prévoyait l'expérimentation sur le territoire national, de la présence d'infirmier(e)s de nuit en EHPAD permettant de mesurer l'impact du recours à un professionnel(le) de santé de nuit sur la prise en charge des personnes en fin de vie dans les EHPAD. A cette fin, un cahier des charges était annexé pour le déploiement de l'expérimentation sur 22 EHPAD (1 par région).

Cette expérimentation « Infirmier(e) de nuit en EHPAD » s'appuie sur la mesure 9.1 du plan national 2015-2018 pour le développement des Soins Palliatifs et l'accompagnement en fin de vie : « Favoriser une présence infirmière de nuit en EHPAD sur la base des expérimentations en cours, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie ».

Le présent questionnaire vise à recueillir les expériences issues des enseignements déjà menés ou en cours sur le territoire. Nous vous remercions de bien vouloir le compléter et le retourner à l'adresse suivante:

[Valerie.maunoury@social.gouv.fr](mailto:Valerie.maunoury@social.gouv.fr)

Pour le 15 novembre 2017 au plus tard

Règles de saisie :

Code couleurs des cellules en feuille "Base" :

- Zone de saisie :



- Menu déroulant :



**1. Identification**

**a. Entité répondant au questionnaire :**

**b. Nom et Prénom du contact référent de la saisie :**

**c. Fonction :**

**d. Mail :**

**e. Téléphone :**

**2. Infirmière de nuit en EHPAD**

	Mois	Année
a. Quand l'expérimentation a-t-elle commencé ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. la formalisation de l'expérimentation s'est-elle traduite dans un cahier des charges : Si autre, préciser :	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
c. Quel a été le mode de financement de l'expérimentation ?	montant global en € : <input type="text"/>	
Dont :		montant en € :
- FIR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- CNR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Autre (préciser la source du financement) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		
d. Quelle a été la durée de l'expérimentation ? (En nombre de mois)	<input type="text"/>	
e. l'expérimentation est-elle toujours en cours :	<input type="text"/>	
f. Combien d'établissements ont été couverts par le dispositif expérimental ?	<input type="text"/>	
g. Comment les établissements participants ont-ils été choisis ?	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
h. Nombre d'Etablissements :	- avec tarif global	<input type="text"/>
	- tarif partiel	<input type="text"/>
i. Statut juridique des établissements :		<input type="text"/>
- Public		<input type="text"/>
- Privé non lucratif		<input type="text"/>
- Privé lucratif		<input type="text"/>
j. Combien d'ETP ont-ils été utilisés dans le cadre de cette expérimentation ?		<input type="text"/>
complet	- A temps	<input type="text"/>
partiel	- A temps	<input type="text"/>
k. Quel mode d'organisation s'est mis en place dans le cadre de l'expérimentation ? (exemple : mutualisation, astreinte ....)	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
l. Quelles conventions collectives ont trouvé à s'appliquer ou quels aménagements ont pu être trouvés en termes de ressources humaines dans le cadre de cette expérimentation ?	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
m. Quelles ont été les modalités de suivi de l'expérimentation ?	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
n. Quels indicateurs ont été prévus pour suivre l'expérimentation ?	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
o. Une évaluation est-elle en cours ?	<input type="text"/>	
si Oui, précisez :	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		
p. Quelle est votre appréciation globale sur le dispositif expérimental infirmière de nuit en EHPAD tel qu'il a été conduit sur votre territoire ?	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		

1. Identification										2. Mécanisme de suivi de l'EMPO												
a. Entité réfédant le formulaire	b. Nom et Prénom du contact principal de l'entité	c. Fonction	d. Mail	e. Téléphone	a. Quand l'implémentation a-t-elle commencé ?		b. N. de l'entité de référence	c. Autre, précisez :	d. Quel est le mode de financement de l'implémentation ?	e. La date de l'implémentation est-elle toujours la même ?	f. Combien d'établissements ont été impliqués dans le dispositif expérimental ?	g. Comment les participants ont-ils été choisis ?	h. Nombre d'établissements	i. Statut juridique des établissements :	j. Coût de l'EMPO en heures de travail de votre côté	k. Quelle convention ont-ils signée ?	l. Quelle convention ont-ils signée ?	m. Quels indicateurs ont été utilisés pour évaluer l'implémentation ?	n. Quels indicateurs ont été utilisés pour évaluer l'implémentation ?	o. Une évaluation est-elle en cours ?	p. Quel est votre rôle dans le dispositif expérimental ?	
					mois	année																- FB

## ANNEXE 11

### PRÉSENTATION DES PRODUCTIONS DE L'ANAP SUR LE PATRIMOINE IMMOBILIER DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Afin d'accompagner les ARS dans leur travail de suivi de l'investissement des ESMS, la présente annexe rappelle les outils développés par l'ANAP depuis 2013 dédiés au patrimoine immobilier du secteur médico-social. Il s'agit d'exposer leurs fonctions et le contexte dans lequel il est pertinent de les mobiliser.

Le travail de l'ANAP s'est plus particulièrement concentré sur les EHPAD, afin de réaliser des travaux poussés sur une activité particulière; mais ses enseignements sont le plus souvent mobilisables pour d'autres types de structures.

Quatre types d'outils ont été développés, qui suivent le cycle de la gestion du patrimoine :

#### **1. La connaissance du patrimoine : le tableau de bord de la performance du secteur médico-social**

Le tableau de bord de la performance du secteur médico-social permet de caractériser le patrimoine de l'établissement. Il convient notamment de s'attacher à étudier :

- Les données de caractérisation dédiées aux « ressources matérielles » : y figurent notamment des informations relatives à la superficie, à la date de construction / de dernière grosse rénovation, au respect de la réglementation accessibilité, sécurité incendie...
- Et certains indicateurs financiers comme le taux de vétusté ou le taux d'endettement.

Pour comparer ces données avec celles d'autres établissements, il conviendra naturellement de tenir compte de la catégorie de la structure (type d'ESMS), ainsi que de son activité (nombre de places installées).

[Accès au tableau de bord de la performance](#)

#### **2. La connaissance des coûts de maintenance**

La publication « Organiser la maintenance immobilière et le gros entretien renouvellement » a vocation à répondre à la nécessité de suivre les besoins d'entretien et de renouvellement de l'immobilier, au regard des contraintes réglementaires et temporelles.

Elle est complétée de sept outils pratiques, qui vont du recueil des principaux Références relatifs à la maintenance des installations techniques, à l'outil d'auto-évaluation d'organisation de la maintenance.

[Accès à la publication](#)

[Accès aux outils](#)

#### **3. Les conséquences des investissements**

##### *3.1. Dimensionnement et organisation des ESMS*

- OSCIMES

OSCIMES est un outil d'aide à la décision et à l'estimation des futurs projets immobiliers. Son onglet « Simulation » permet d'anticiper surfaces et coûts de construction pour une opération à venir, estimée à partir de données précédemment intégrées par d'autres établissements ayant partagé leur expérience. Il permet aussi l'accès libre à des résultats d'études et de recherches.

Par ailleurs, les établissements ayant transmis leurs données immobilières ont en outre accès à un tableau de bord enrichi. Ce tableau de bord peut toutefois être utile en amont de la réalisation d'une opération: les établissements concernés y seront alors habilités, sous réserve de s'engager à transférer postérieurement à leur opération immobilière, l'ensemble des éléments nécessaires à l'enrichissement du tableau de bord.

[Accès à OSCIMES](#)

- Le référentiel de dimensionnement d'un EHPAD

Il fournit des repères de surface pour un projet de construction ou de restructuration en lien avec l'organisation et les activités envisagées au sein d'un EHPAD, et également des « tendances » dans l'accompagnement des personnes âgées illustrées par des retours d'expérience détaillés.

Il s'agit d'une première version qui sera complétée, détaillée et enrichie au fil du temps et des expériences.

[\*Accès au référentiel\*](#)

### *3.2. Impact d'un investissement immobilier sur le tarif hébergement*

Cet outil de simulation permet, en fonction des scénarii choisis, de calculer l'impact du projet sur le prix de journée. Il permet la variation d'un grand nombre de paramètres (surface, capacité, mode de financement, etc.) et restitue une analyse novatrice puisqu'il permet de calculer un impact différentiel du projet sur les différentes nature de coûts. Il s'accompagne d'un jeu de fiches didactiques permettant aux décideurs de se poser les bonnes questions et de les alerter sur certains points sensibles à surveiller lors d'une opération immobilière (exemples : fiche sur les points d'attention lors d'une opération de réhabilitation ; fiche sur le bilan du coût de l'opération ; fiche sur la TVA sur un projet immobilier en EHPAD...).

[\*Accès à l'outil de simulation\*](#)

[\*Accès aux fiches\*](#)

## **4. La cession du patrimoine : Dynamisation des actifs immobiliers**

Enfin, l'ANAP accompagne la valorisation du patrimoine d'établissements pour faciliter leur cession. Elle en a produit un premier retour d'expérience :

[\*Accès à la présentation générale \(synthèse\)\*](#)

[\*Accès au tome 1: Principes généraux\*](#)

[\*Accès au tome 2: Mener une étude de reconversion\*](#)

[\*Accès au tome 3: Annexes juridiques et techniques\*](#)

[\*Accès à la boîte à outils\*](#)

ANNEXE 12

CADRAGE FINANCIERS DES ESMS MENTIONNÉS À L'ARTICLE L. 313-12-2 DU CASF

L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 prévoit que les établissements et services du secteur « personnes handicapées » sous compétence exclusive ou conjointe des ARS, ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Une période transitoire de 6 ans est prévue pour la mise en œuvre de ces dispositions (du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2021). L'état de prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) sera mis en place l'exercice suivant la signature du CPOM (qu'il soit signé le 01/01 ou le 31/12 de l'année *N*, l'EPRD sera mis en place l'exercice *N + 1*).

**1. Périmètre de l'EPRD**

L'instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA à paraître relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) précise les modalités de mise en œuvre de l'état de prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) qui s'effectue selon des modalités différenciées en fonction des différents types d'établissements et services. En effet, pour les ESMS-PH et des SSIAD, la mise en place de l'EPRD est effective l'exercice suivant la signature du CPOM, alors qu'elle est effective dès l'exercice 2017 pour les EHPAD et les PUV. L'instruction précise également que le périmètre de l'EPRD est variable selon le statut des organismes gestionnaires ainsi que selon les catégories d'établissements et services gérés. Les différents types d'EPRD sont les suivants :

- un EPRD complet s'applique dans le cas général, c'est-à-dire pour tous les ESMS ciblés par la contractualisation obligatoire, y compris les EHPAD, les PUV et les AJ dès lors qu'ils sont habilités à l'aide sociale. Cela est vrai quel que soit le statut de l'organisme gestionnaire, excepté les activités rattachées à un établissement public de santé. Toutefois, en 2017, les établissements publics sociaux ou médico-sociaux autonomes ou les activités rattachées à une collectivité locale (sans personnalité juridique en propre) appliqueront un cadre transitoire spécifique en l'attente de l'adaptation des systèmes d'informations du réseau des finances publiques. A cet titre, je vous invite à vous référer à l'instruction interministérielle n° DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux ESMS publics mentionnés à l'article L. 315-1 du CASF et relevant des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du même code (cadre budgétaire M22);
- un EPRD simplifié pour les structures relevant des dispositions des articles L. 342-1 et suivants du CASF (ESMS non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale). Cet EPRD concerne plus particulièrement le secteur des personnes âgées;
- s'agissant des activités relevant du CPOM médico-social des établissements publics de santé, c'est un état prévisionnel des charges et des produits (EPCP) qui est attendu. C'est un document à visée tarifaire qui peut faire l'objet d'observations des autorités de tarification, mais qui n'est pas formellement approuvé. Par ailleurs, les activités médico-sociales de l'EPS seront toujours intégrées à l'EPRD sanitaire qui sera élaboré et approuvé dans les conditions prévues au code de la santé publique.

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

*a) Détermination de la base*

Les établissements inclus dans le CPOM visé à l'article L. 313-12-2 du CASF (ESMS-PH, SSIAD/ SPASAD et accueils de jour autonomes) perçoivent, au titre de l'article R. 314-105 du même code, une dotation globalisée calculée dans les conditions prévues à l'article R. 314-40.

L'article 9 du décret à paraître relatif aux règles d'identification, d'affiliation et de rattachement des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale et portant modifications de différentes dispositions relatives à l'assurance maladie prévoit la désignation dans le CPOM de la personne morale qui percevra la dotation globalisée, en ayant ensuite la charge de la répartir entre les différents établissements et services du CPOM. Il ne peut s'agir que de la personne morale signataire du CPOM ou, le cas échéant, de l'un des établissements et services inclus dans le contrat. La caisse pivot sera dès lors, en application de l'article L. 174-8 du code de la sécurité sociale, celle située sur la circonscription d'implantation de la personne morale perceptrice.

Concernant les établissements et services tarifés en prix de journée avant l'établissement du contrat, vous veillerez à calibrer la dotation globale initiale en prenant pour base le niveau de charges reproductibles avec neutralisation des recettes en atténuation (jusque-là divisé par le nombre de journées prévisionnelles pour obtenir le prix de journée). Vous prendrez également en compte le niveau de charges réelles et le montant effectivement facturé à l'assurance maladie sur les trois années précédentes comme critère de majoration ou de minoration de cette base, dans la limite des marges de manœuvre permises par votre dotation régionale limitative.

*b) Modalités d'évolution de la dotation*

Le CPOM prévoit le mode d'évolution de la dotation dont les possibilités sont énumérées à l'article R.314-40 du CASF modifié par le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 :

« 1° Soit en l'application directe à l'établissement ou au service du taux d'actualisation des dotations régionales limitatives mentionnées aux articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L.314-4 ou d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité départementale mentionnée à l'article L.313-8;

2° Soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation;

3° Soit en la conclusion d'avenants annuels d'actualisation ou de revalorisation;

4° Soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme. »

Les CPOM conclus au titre du IV *ter* de l'article L.313-12 ou de l'article L.313-12-2 du CASF doivent obligatoirement utiliser une des modalités prévue au 1°, 2° ou 4° (pas de possibilité d'avenants annuels).

Il est ainsi possible d'introduire un mécanisme de péréquation régionale des ressources en adaptant, au vu de la situation des établissements, les modalités de détermination de l'évolution pluriannuelle de la dotation à la situation des établissements du CPOM.

À noter que l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 introduit la possibilité de prévoir dans le CPOM un mécanisme de modulation de la dotation globale en fonction d'objectifs d'activité, dont les modalités feront l'objet d'un décret à paraître.

### **3. Détermination des modalités d'affectation du résultat**

En matière d'affectation de résultat, le CPOM peut prévoir :

- la reprise de résultats pour tout ou partie des montants constatés; *ou*
- le maintien de ces résultats selon des modalités définies précisément dans le contrat.

Dans la seconde hypothèse, vous veillerez à inscrire dans le contrat que ces modalités sont applicables sous réserve du respect des dispositions de l'article L.314-5 du CASF.

### **4. Tarification et facturation des prises en charges des publics relevant de l'article L.242-4 du CASF**

Nous vous rappelons que, lorsque l'établissement ou le service relève du 2° du I de l'article L.312-1 du même code et qu'il accueille régulièrement des jeunes adultes handicapés bénéficiant des dispositions de l'article L.242-4, la dotation globale initiale est modulée en tous les ans en fonction des produits à la charge des conseils départementaux sur l'exercice précédent (XVI de l'article R.314-105).

Les modalités de facturation des prises en charges au titre de ces publics vous seront précisées dans une instruction spécifique ultérieure.

ANNEXE 13

RÉPARTITION PRÉVISIONNELLE DES AE CNH POUR LA PÉRIODE 2018-2020

Région	Part de chaque région au regard des nouveaux critères		Répartition AE pour 2018 (30 M€)	Répartition AE pour 2019 (30 M€)	Répartition AE pour 2020 (30 M€)	Total AE (90M€)
	Part dans l'enveloppe et Création (hors habitat inclusif)	Part dans l'enveloppe Evolution	Création / Evolution Total	Création / Evolution Total	Création / Evolution Total	Création / Evolution Total
Auvergne-Rhône-Alpes	18,7%	12,5%	4 587 442	4 735 011	4 735 011	14 057 464
Bourgogne-Franche-Comté	7,0%	4,3%	1 664 750	1 717 644	1 717 644	5 100 038
Bretagne	7,3%	5,4%	1 861 570	1 922 349	1 922 349	5 706 268
Centre-Val de Loire	1,9%	3,2%	754 953	782 489	782 489	2 319 931
Corse	2,1%	0,6%	387 033	398 117	398 117	1 183 267
Grand-Est	1,4%	6,5%	1 148 646	1 195 086	1 195 086	3 538 819
Guadeloupe	0,0%	0,5%	226 004	0	0	226 004
Guyane	0,0%	0,4%	188 881	0	0	188 881
Hauts-de-France	6,9%	9,7%	2 429 893	2 516 741	2 516 741	7 463 376
Île-de-France	20,9%	19,3%	5 898 434	6 097 236	6 097 236	18 092 907
La Réunion/Océan Indien	4,0%	1,9%	858 114	884 419	884 419	2 626 953
Martinique	0,8%	0,5%	572 909	0	0	572 909
Normandie	3,2%	4,8%	1 180 923	1 223 482	1 223 482	3 627 887
Nouvelle-Aquitaine	10,8%	8,3%	2 804 323	2 896 268	2 896 268	8 596 859
Occitanie	6,2%	9,2%	2 245 451	2 326 238	2 326 238	6 897 926
Pays de la Loire	2,0%	5,1%	1 037 226	1 077 094	1 077 094	3 191 414
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,0%	7,7%	2 153 448	2 227 824	2 227 824	6 609 096
			<b>30 000 000</b>	<b>30 000 000</b>	<b>30 000 000</b>	<b>90 000 000</b>

\*retraitement concernant Guadeloupe, Guyane et Martinique afin de regrouper les montants sur la 1ère AE pour éviter de notifier des montants trop faibles

TABLEAU 1 – DÉTERMINATION DE LA BASE INITIALE AU 01/01/2017 SUR LE CHAMP « PERSONNES ÂGÉES »



PERSONNES ÂGÉES	DRL RECONDUCTIBLES				OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE		DRL DEBUT CAMPAGNE 2017
	DRL au 01/04/2016 1	Permanents syndicaux 2	Etude nationale de coût en EHPAD 3	DRL au 31/12/2016 4 = Σ (1-3)	Opérations de fongibilité 5	CAVIMAC 6	
Formules							
Auvergne-Rhône-Alpes	1 246 927 671 €	-21 659 €	-195 726 €	1 246 710 286 €	170 981 €	0 €	1 246 881 267 €
Bourgogne-Franche-Comté	538 229 317 €	0 €	-31 431 €	538 197 886 €	244 178 €	0 €	538 442 064 €
Bretagne	633 538 593 €	0 €	-39 093 €	633 499 500 €	0 €	896 601 €	634 396 101 €
Centre-Val de Loire	477 258 509 €	0 €	-39 093 €	477 219 416 €	-70 236 €	230 000 €	477 379 180 €
Corse	36 619 567 €	0 €	0 €	36 619 567 €	-532 500 €	0 €	36 087 067 €
Grand Est	809 183 651 €	0 €	-383 790 €	808 799 861 €	27 418 €	0 €	808 827 279 €
Guadeloupe	31 337 926 €	0 €	0 €	31 337 926 €	0 €	0 €	31 337 926 €
Guyane	8 514 623 €	0 €	0 €	8 514 623 €	0 €	0 €	8 514 623 €
Hauts-De-France	803 632 565 €	0 €	-180 141 €	803 452 424 €	0 €	316 746 €	803 769 170 €
Ile-de-France	1 129 709 496 €	-176 493 €	-156 633 €	1 129 376 370 €	0 €	153 144 €	1 129 529 514 €
Martinique	34 060 138 €	0 €	-23 508 €	34 036 630 €	0 €	0 €	34 036 630 €
Normandie	557 689 358 €	0 €	-23 508 €	557 665 850 €	185 436 €	0 €	557 851 286 €
Nouvelle-Aquitaine	1 100 860 689 €	-21 102 €	-219 234 €	1 100 620 353 €	50 000 €	0 €	1 100 670 353 €
Occitanie	964 727 744 €	-40 647 €	-180 402 €	964 506 695 €	0 €	0 €	964 506 695 €
Océan Indien	35 769 966 €	0 €	0 €	35 769 966 €	0 €	0 €	35 769 966 €
Pays de la Loire	648 943 416 €	0 €	-141 309 €	648 802 107 €	0 €	0 €	648 802 107 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	733 643 130 €	0 €	-86 109 €	733 557 021 €	0 €	0 €	733 557 021 €

TABLEAU 2 – CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2017 SUR LE CHAMP « PERSONNES ÂGÉES »



PERSONNES ÂGÉES	DRL DÉBUT CAMPAGNE 2017	ACTUALISATION	INSTALLATIONS DE PLACES (cf. Tableau 3)	PWIND (hors installation places)	MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME EHPAD			CNR NATIONAL		AUTRES OPÉRATIONS	DRL AU 05/05/2017
					Résorption écart au plafond	Financements complémentaires	CP MED Tarif global	Permanents syndicaux	Etude nationale de coût en EHPAD		
Formules	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 = Σ (1 à 10)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 246 881 267 €	11 123 243 €	3 481 904 €	0 €	7 527 840 €	6 671 001 €	888 987 €	19 113 €	273 423 €	0 €	1 276 866 778 €
Bourgogne-Franche-Comté	538 442 064 €	4 311 523 €	3 121 030 €	150 000 €	2 228 892 €	2 761 953 €	844 077 €	0 €	119 817 €	0 €	551 979 356 €
Bretagne	634 396 101 €	5 390 092 €	2 072 454 €	150 000 €	3 641 647 €	3 352 157 €	261 399 €	0 €	63 964 €	0 €	649 327 814 €
Centre-Val de Loire	477 379 180 €	4 319 045 €	1 810 671 €	150 000 €	3 048 407 €	2 519 815 €	0 €	0 €	63 964 €	0 €	489 291 082 €
Corse	36 087 067 €	224 735 €	1 487 600 €	150 000 €	22 559 €	168 199 €	0 €	0 €	0 €	0 €	38 140 160 €
Grand Est	808 827 279 €	7 047 963 €	0 €	150 000 €	5 334 954 €	4 022 125 €	1 444 604 €	0 €	403 158 €	0 €	827 230 083 €
Guadeloupe	31 337 926 €	284 307 €	0 €	0 €	307 696 €	111 939 €	200 000 €	0 €	0 €	0 €	32 241 868 €
Guyane	8 514 623 €	67 835 €	213 568 €	0 €	53 033 €	25 914 €	0 €	0 €	0 €	-1 000 000 €	7 874 973 €
Hauts-De-France	803 769 170 €	7 195 614 €	2 888 664 €	0 €	4 408 267 €	3 917 917 €	660 982 €	0 €	308 557 €	0 €	823 149 171 €
Ile-de-France	1 129 529 514 €	9 205 829 €	15 130 969 €	0 €	4 058 491 €	5 174 548 €	315 521 €	153 708 €	241 441 €	0 €	1 163 810 021 €
Martinique	34 036 630 €	282 175 €	1 405 066 €	0 €	170 855 €	145 500 €	200 000 €	0 €	0 €	0 €	36 240 226 €
Normandie	557 851 286 €	5 013 617 €	0 €	150 000 €	2 921 727 €	2 871 706 €	271 187 €	0 €	14 415 €	0 €	569 093 938 €
Nouvelle-Aquitaine	1 100 670 353 €	9 684 453 €	5 458 589 €	150 000 €	7 098 941 €	5 587 640 €	2 308 257 €	21 333 €	372 521 €	0 €	1 131 352 087 €
Occitanie	964 506 695 €	8 364 816 €	2 165 757 €	150 000 €	4 684 009 €	4 736 606 €	1 586 819 €	42 021 €	206 307 €	0 €	986 443 030 €
Océan Indien	35 769 966 €	204 511 €	0 €	0 €	86 280 €	147 510 €	0 €	0 €	35 134 €	204 000 €	36 447 401 €
Pays de la Loire	648 802 107 €	5 588 210 €	772 168 €	150 000 €	3 011 641 €	3 387 686 €	200 000 €	28 016 €	134 232 €	0 €	662 074 060 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	733 557 021 €	6 183 690 €	0 €	150 000 €	2 552 504 €	3 240 041 €	818 167 €	0 €	163 062 €	-851 000 €	745 813 485 €
<b>TOTAL</b>	<b>9 790 358 249 €</b>	<b>84 491 658 €</b>	<b>40 008 440 €</b>	<b>1 500 000 €</b>	<b>51 157 743 €</b>	<b>48 842 257 €</b>	<b>10 000 000 €</b>	<b>264 191 €</b>	<b>2 399 995 €</b>	<b>-1 647 000 €</b>	<b>10 027 375 533 €</b>

TABLEAU 3 – SUIVI DU DROIT DE TIRAGE ET DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PAIEMENT POUR 2017 SUR LE CHAMP « PERSONNES ÂGÉES »



PERSONNES ÂGÉES ZONES	HISTORIQUE MESURES NOUVELLES/USQU'EN 2017										HISTORIQUE CRÉDITS PAIEMENT JUSQU'EN 2016						DROIT TIRAGE 2017				INSTALLATION PRIORITISÉE 2017				CRÉDITS PAIEMENT 2017			DROIT TIRAGE 2018	
	Enveloppes Anticipées (IA) Temporaire (DT)	Autonomie Engagement (IA)	Reserves Autonomes (IA)	IA 2010 Salaire/IR	PAND (heures SMD & Psychosociales)	Régularisations Conventions	Total Historique mesures nouvelles 7 & 8 (IA)	CP var IA & DT	CP var AE	CP var (A 2010) Salaire/IR	CP 2014 (1 mois)	CP 2015	CP 2016	Gel sur CP disponibles 2016	Total CP works 15 - 21 (IA)	Solde droit tirage 2017	Credits disponibles droit de tirage 8/2016	Prévision EAP installations 1/2016	Prévision installations 2017	Total prévisions 2017	CP 2017	CP disponibles 2017	Gel sur CP disponibles 2017	Solde Droit tirage 2018					
Bourgogne-Franche-Comté	28 785 695 €	1 424 224 €	0 €	6 948 292 €	3 786 164 €	-180 000 €	14 074 377 €	-785 974 €	-1 424 224 €	-6 039 767 €	-3 005 703 €	-5 628 269 €	-1 551 892 €	0 €	-27 485 326 €	18 589 040 €	3 220 005 €	2 264 605 €	4 417 304 €	6 701 909 €	3 481 904 €	0 €	0 €	15 107 145 €					
Bretagne	14 253 001 €	1 031 912 €	0 €	4 534 222 €	2 072 643 €	0 €	21 692 378 €	-1 022 974 €	-1 031 912 €	-3 989 447 €	0 €	845 194 €	-568 444 €	0 €	-16 466 975 €	5 526 103 €	827 833 €	365 695 €	3 483 368 €	3 948 863 €	3 121 030 €	0 €	0 €	2 205 073 €					
Centre-Val de Loire	15 523 037 €	1 978 104 €	374 000 €	3 149 950 €	1 772 643 €	1 976 000 €	20 713 844 €	-15 013 265 €	-1 978 104 €	-3 076 834 €	0 €	-1 619 269 €	-405 176 €	0 €	-10 789 725 €	5 516 883 €	245 310 €	-486 986 €	1 820 778 €	2 317 758 €	2 072 564 €	0 €	0 €	3 024 651 €					
Grand Est	35 504 698 €	1 877 286 €	0 €	6 968 200 €	3 104 404 €	-488 670 €	57 772 746 €	-3 659 997 €	-28 000 €	-1 807 528 €	0 €	-1 506 577 €	-100 620 €	0 €	-37 692 242 €	19 633 504 €	339 398 €	247 705 €	1 733 587 €	1 821 993 €	1 807 600 €	0 €	0 €	15 904 €					
Guadeloupe	1 787 118 €	0 €	0 €	866 036 €	460 881 €	0 €	7 134 915 €	-2 669 212 €	-1 877 286 €	-5 168 781 €	-2 107 947 €	-1 506 577 €	0 €	2 202 854 €	-36 027 238 €	13 277 809 €	13 998 850 €	4 517 255 €	3 102 279 €	7 712 704 €	0 €	-6 279 146 €	0 €	12 277 500 €					
Guyane	463 141 €	0 €	0 €	50 000 €	600 881 €	0 €	2 331 511 €	-1 545 574 €	0 €	-887 033 €	0 €	-635 719 €	0 €	159 648 €	-1 371 821 €	760 529 €	578 152 €	120 000 €	693 120 €	791 120 €	213 568 €	0 €	0 €	3 171 304 €					
Île-De-France	45 897 533 €	5 971 032 €	0 €	8 807 838 €	2 445 285 €	-683 000 €	65 834 668 €	-22 866 097 €	-547 033 €	-7 793 309 €	-3 613 603 €	-3 580 030 €	-2 883 881 €	0 €	-40 488 534 €	15 169 144 €	6 244 467 €	3 371 800 €	6 503 541 €	9 121 131 €	2 888 664 €	0 €	0 €	38 315 800 €					
Île-de-France	51 594 965 €	2 723 976 €	0 €	13 931 483 €	4 158 809 €	0 €	72 469 329 €	-6 170 453 €	-7 723 976 €	-10 729 025 €	0 €	-483 374 €	0 €	247 243 €	-23 254 109 €	53 446 019 €	4 909 958 €	10 746 000 €	9 299 327 €	20 039 927 €	15 130 969 €	0 €	0 €	38 315 800 €					
Normandie	4 596 600 €	1 197 104 €	0 €	4 453 312 €	1 522 641 €	0 €	47 710 890 €	-3 962 161 €	-1 197 104 €	-2 838 753 €	-1 455 974 €	-2 616 322 €	0 €	71 689 €	-49 327 468 €	8 846 379 €	1 98 885 €	-486 826 €	1 173 325 €	2 214 679 €	1 604 391 €	0 €	0 €	8 941 309 €					
Normandie	39 395 880 €	3 965 612 €	399 200 €	8 859 776 €	3 356 166 €	2 905 000 €	39 705 654 €	-12 320 393 €	-3 965 612 €	-7 332 297 €	-4 980 331 €	-4 593 344 €	-3 638 876 €	0 €	-58 683 966 €	21 679 468 €	3 994 514 €	2 079 755 €	8 778 388 €	10 855 029 €	5 458 289 €	0 €	0 €	16 877 979 €					
Occitanie	29 333 214 €	1 815 756 €	0 €	7 510 272 €	3 245 285 €	0 €	42 404 527 €	-22 330 127 €	-1 815 756 €	-6 532 884 €	0 €	-457 878 €	0 €	457 878 €	-38 468 901 €	12 493 636 €	2 122 270 €	1 362 217 €	3 427 837 €	5 360 054 €	2 165 257 €	0 €	0 €	2 122 270 €					
Océan indien	1 059 622 €	0 €	0 €	65 000 €	495 881 €	200 000 €	1 483 889 €	-359 399 €	0 €	-331 800 €	0 €	0 €	0 €	352 068 €	-38 967 971 €	1 363 999 €	151 898 €	158 855 €	310 753 €	0 €	-1 053 845 €	0 €	0 €	2 122 270 €					
Pay de la Loire	17 270 255 €	484 138 €	0 €	3 306 054 €	1 522 641 €	0 €	29 832 744 €	-3 377 792 €	-484 138 €	-3 125 807 €	-1 109 331 €	-792 380 €	-1 944 851 €	0 €	-21 024 299 €	1 849 229 €	1 454 957 €	157 480 €	2 059 645 €	2 227 425 €	772 168 €	0 €	0 €	1 077 061 €					
Pronance-Ners-Ecône d'aur	22 184 994 €	543 634 €	0 €	3 668 000 €	2 736 164 €	0 €	21 184 742 €	-543 634 €	-543 634 €	-2 939 992 €	0 €	0 €	0 €	873 176 €	-23 855 172 €	1 877 602 €	7 463 781 €	520 986 €	3 444 373 €	3 968 869 €	0 €	-3 186 912 €	0 €	1 077 061 €					
<b>TOTAL</b>	<b>351 581 735 €</b>	<b>38 220 001 €</b>	<b>779 200 €</b>	<b>70 794 705 €</b>	<b>37 779 931 €</b>	<b>8 628 979 €</b>	<b>489 738 026 €</b>	<b>-189 914 297 €</b>	<b>-18 270 101 €</b>	<b>-44 606 998 €</b>	<b>-21 268 807 €</b>	<b>-21 268 807 €</b>	<b>-13 886 762 €</b>	<b>4 729 095 €</b>	<b>-319 765 208 €</b>	<b>1 092 729 €</b>	<b>5 510 268 €</b>	<b>28 159 749 €</b>	<b>34 400 100 €</b>	<b>82 633 869 €</b>	<b>40 008 440 €</b>	<b>-11 859 018 €</b>	<b>0 €</b>	<b>159 964 334 €</b>					

DB : données déclaratives  
 AE : anticipations d'engagements  
 CP : crédits de paiement  
 DT : crédits de paiement  
 ET : enveloppes temporaires

TABLEAU 1 BIS – DÉTERMINATION DE LA BASE INITIALE AU 01/01/2017 SUR LE CHAMP « PERSONNES HANDICAPÉES »



PERSONNES HANDICAPÉES	DRL RECONDUCTIBLES				OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE		DRL DÉBUT CAMPAGNE 2017
	DRL au 01/04/2016		DRL au 31/12/2016		Opérations de fongibilité	Réintégration des ESAT	
	1	2	3	4 = $\Sigma$ (1+3)			
Formules					5	6	7 = $\Sigma$ (4+6)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 004 131 709 €	-461 036 €	-140 606 €	1 003 530 067 €	1 850 888 €	171 067 713 €	1 176 448 668 €
Bourgogne-Franche-Comté	419 885 026 €	-153 444 €	0 €	419 731 582 €	1 162 000 €	70 271 251 €	491 164 833 €
Bretagne	432 290 631 €	-209 777 €	-146 056 €	431 934 798 €	0 €	78 723 343 €	510 658 141 €
Centre-Val de Loire	393 800 130 €	-77 286 €	0 €	393 722 844 €	151 343 €	60 240 139 €	454 114 326 €
Corse	39 210 850 €	0 €	0 €	39 210 850 €	532 500 €	5 282 205 €	45 025 555 €
Grand Est	877 395 384 €	-393 984 €	-92 020 €	876 909 380 €	3 924 390 €	139 967 686 €	1 020 801 456 €
Guadeloupe	75 843 242 €	-8 982 €	0 €	75 834 260 €	0 €	8 579 332 €	84 413 592 €
Guyane	43 451 049 €	-20 339 €	0 €	43 430 710 €	0 €	2 598 479 €	46 029 189 €
Hauts-De-France	959 820 543 €	-725 933 €	-253 605 €	958 841 005 €	448 648 €	172 703 685 €	1 131 993 338 €
Ile-de-France	1 575 808 208 €	-1 103 458 €	-276 899 €	1 574 427 851 €	1 184 999 €	209 332 261 €	1 784 945 111 €
Martinique	62 977 785 €	-10 000 €	0 €	62 967 785 €	0 €	7 554 583 €	70 522 368 €
Normandie	543 141 307 €	-203 184 €	0 €	542 938 123 €	420 000 €	85 423 414 €	628 781 537 €
Nouvelle-Aquitaine	878 234 690 €	-501 921 €	-105 170 €	877 627 599 €	308 370 €	141 020 998 €	1 018 956 967 €
Occitanie	968 734 397 €	-233 254 €	-113 323 €	968 387 820 €	143 000 €	130 332 239 €	1 098 863 059 €
Océan Indien	146 966 698 €	-64 124 €	0 €	146 902 574 €	0 €	13 871 731 €	160 774 305 €
Pays de la Loire	515 784 961 €	-100 603 €	-76 449 €	515 607 909 €	220 000 €	80 104 049 €	595 931 958 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	648 763 908 €	-432 675 €	0 €	648 331 233 €	0 €	92 095 741 €	740 426 974 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	142 338 €	142 338 €
<b>TOTAL</b>	<b>9 586 240 519 €</b>	<b>-4 700 000 €</b>	<b>-1 204 128 €</b>	<b>9 580 336 390 €</b>	<b>10 346 138 €</b>	<b>1 469 311 187 €</b>	<b>11 059 993 715 €</b>

TABLEAU 2 BIS – CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2017 SUR LE CHAMP « PERSONNES HANDICAPÉES »



PERSONNES HANDICAPÉES <small>Formules</small>	DRL DÉBUT CAMPAGNE 2017	ACTUALISATION	INSTALLATION DE PLACES <small>(cf. tableau 2bis)</small>	PLAN AUTISME <small>(hors installation places)</small>		PREVENTION DEPART BELGIQUE	CONFERENCE NATIONALE DU HANDICAP	CMR NATIONAUX			AUTRES OPÉRATIONS		DRL AU 05/05/2017 <small>13 = Σ (1,12)</small>
	1	2 <small>Reconduction 0,73%</small>	3 <small>CP 2017</small>	4 <small>Renforcement ESMS</small>	5 <small>Unités d'enseignement <small>(en 2017 CP 2016)</small></small>	6 <small>Crédits amortage</small>	7 <small>CP 2017 sur AE 2016</small>	8 <small>Gratification des stages</small>	9 <small>Permanents syndicaux</small>	10 <small>EDC SERAFIN Régularisation</small>	11 <small>Régularisation reconductible</small>	12	13 = Σ (1,12)
Auvergne-Rhône-Alpes	1 176 448 668 €	8 588 075 €	13 138 000 €	1 393 331 €	1 120 002 €	600 000 €	3 521 920 €	461 036 €	154 899 €	139 000 €	0 €	0 €	1 205 564 931 €
Bourgogne-Franche-Comté	491 164 833 €	3 585 503 €	7 180 113 €	427 531 €	746 668 €	0 €	1 633 584 €	153 444 €	0 €	31 500 €	0 €	0 €	504 923 176 €
Bretagne	510 658 141 €	3 727 804 €	5 260 650 €	677 994 €	373 334 €	0 €	1 265 484 €	209 777 €	95 331 €	16 500 €	0 €	0 €	522 285 015 €
Centre-Val de Loire	454 114 326 €	3 315 035 €	3 046 794 €	357 447 €	560 001 €	0 €	1 319 954 €	77 286 €	16 824 €	6 000 €	0 €	0 €	462 813 667 €
Corse	45 025 555 €	328 687 €	0 €	144 189 €	0 €	0 €	377 250 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	45 875 681 €
Grand Est	1 020 801 456 €	7 451 851 €	3 786 341 €	932 211 €	746 668 €	700 000 €	2 546 026 €	393 984 €	85 831 €	18 000 €	0 €	0 €	1 037 462 368 €
Guadeloupe	84 413 592 €	616 219 €	722 543 €	139 253 €	0 €	0 €	240 000 €	8 982 €	0 €	0 €	0 €	0 €	86 140 589 €
Guyane	46 029 189 €	336 013 €	0 €	318 237 €	0 €	0 €	240 000 €	20 339 €	0 €	0 €	0 €	0 €	46 943 778 €
Hauts-De-France	1 131 993 338 €	8 263 551 €	16 188 360 €	953 831 €	186 667 €	1 100 000 €	2 038 428 €	725 933 €	574 924 €	25 500 €	0 €	0 €	1 162 050 532 €
Ile-de-France	1 784 945 111 €	13 030 099 €	20 479 596 €	2 635 395 €	560 001 €	1 900 000 €	4 373 514 €	1 103 458 €	291 467 €	31 500 €	0 €	0 €	1 829 350 141 €
Martinique	70 522 368 €	514 813 €	61 344 €	60 854 €	0 €	0 €	240 000 €	10 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	71 409 379 €
Normandie	628 781 537 €	4 590 105 €	2 549 907 €	608 728 €	186 667 €	300 000 €	1 349 850 €	203 184 €	12 236 €	7 500 €	0 €	0 €	638 589 714 €
Nouvelle-Aquitaine	1 018 956 967 €	7 438 386 €	12 506 292 €	1 086 650 €	933 335 €	0 €	2 757 974 €	501 921 €	165 172 €	15 000 €	0 €	0 €	1 044 361 697 €
Occitanie	1 098 863 059 €	8 021 700 €	8 418 943 €	841 162 €	1 306 669 €	0 €	2 825 556 €	233 254 €	249 018 €	25 500 €	0 €	0 €	1 120 784 861 €
Océan Indien	160 774 305 €	1 173 652 €	6 070 834 €	844 344 €	0 €	0 €	718 096 €	64 124 €	0 €	0 €	300 000 €	0 €	169 945 355 €
Pays de la Loire	595 931 958 €	4 350 303 €	2 621 228 €	567 698 €	373 334 €	0 €	1 529 928 €	100 603 €	89 021 €	3 000 €	0 €	0 €	605 567 073 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	740 426 974 €	5 405 117 €	9 359 744 €	837 373 €	373 334 €	400 000 €	2 002 436 €	432 675 €	66 635 €	9 000 €	0 €	0 €	760 164 288 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	142 338 €	1 039 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	187 943 €
<b>TOTAL</b>	<b>11 059 993 715 €</b>	<b>80 737 952 €</b>	<b>111 390 689 €</b>	<b>12 826 228 €</b>	<b>7 466 680 €</b>	<b>5 000 000 €</b>	<b>28 980 000 €</b>	<b>4 700 000 €</b>	<b>1 801 358 €</b>	<b>328 000 €</b>	<b>1 195 566 €</b>	<b>1 195 566 €</b>	<b>11 314 420 188 €</b>

