PREMIER MINISTRE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées

Direction générale de la cohésion sociale
Sous-direction des affaires financières et de la modernisation
Bureau gouvernance du secteur social et médico-social
Personne chargée du dossier :
Olivier Coursan
tél. : 01 40 56 88 83
mél. : olivier.coursan@social.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système
de soin
Bureau des établissements de santé
et médico-sociaux
Personnes chargées du dossier :
Manon Mordelet
tél. 01 40 56 73 45
mél : manon.mordelet@sante.gouv.fr

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Direction des établissements et services médico-sociaux
Personnes chargées du dossier :
Céline Moreau / Charlotte Pentecouteau / Najib El Amraoui
mél. : polebudgetaire@cnsa.fr

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

à

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

CIRCULAIRE N° XXX/DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2018 du XX/XX/2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

Date d'application : IMMEDIATE

NOR :

Classement thématique : établissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP le xx/04/**2018 - Visa CNP**
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site http://circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

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 2018 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, stratégie quinquennale d'évolution de l'offre, système d'information, valeur de points plafond

Textes de référence :

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

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018;

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

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

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 ;

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

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

Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

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

Note complémentaire à l'instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé – Fiche annexe « indicateurs de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale ».

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

Circulaires abrogées : /

Circulaires modifiées : /

Annexes :
Annexe 1 : Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS

Annexe 2 : Modalités de détermination des crédits de places nouvelles pour 2018 Annexe 3 : Financements complémentaires des EHPAD, poursuite de la réouverture maîtrisée du tarif global et neutralisation des soldes de convergence négatifs pour l'année 2018 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 l'accueil de volontaires au service civique au sein des établissements qui accueillent des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et développer la prise en charge de Personnes en parcours emploi compétences (PEC) au sein des EHPAD Annexe 7 : Enquêtes 2018 Annexe 8 : Tarifs plafonds applicables aux ESAT en 2018 Annexe 9 : Cadrage des éléments financiers des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées (ESSMS PH) Annexe 10 : Affectation des résultats et traitements des dépenses neutralisées ou rejetées Annexe 11 : Répartition des AE CNH pour la période 2018-2020 Annexe 12 : Synthèse de la remontée des expérimentations IDE de nuit en EHPAD Annexe 13 : Dotations dédiées à la prévention des départs en Belgique Annexe 14 : Réforme de la procédure d'agrément Annexe 15 : Tableau de répartition des crédits pour l'emploi accompagné pour 2018 Annexe 16 : Liste des 23 indicateurs de suivi de la transformation de l'offre **Tableaux [CNSA] :** Tableau 1 et 1bis : Détermination de la base initiale au 1er janvier 2018 (PA et PH) Tableau 2 et 2bis : Calcul des dotations régionales limitatives 2018 (PA et PH) Tableau 3 et 3 bis : Suivi du droit de tirage et détermination des crédits de paiement pour 2017 (PA et PH)
Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

La présente circulaire définit le cadre de la campagne budgétaire 2018 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 2018.

La campagne budgétaire 2018 repose sur un taux de progression de l'OGD de 2,4 %, qui intègre en construction une évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social de 2,6 % (au sein d'un ONDAM global qui progresse à hauteur de 2,3 %) et un apport sur fonds propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 100 M€.

Comme les années antérieures, en application des dispositions de l'article 12-II de la loi n°2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution s'élève sur OGD à 100 M€. Ce gel ne remet pas en cause la couverture des besoins en crédits de paiement exprimés par les ARS en matière de création de places.

Dans le domaine du handicap, l'année 2017 a été marquée par la mise en œuvre de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre explicitée dans la circulaire du 2 mai 2017. Celle-ci, désormais déclinée dans les projets régionaux de santé (PRS) en cours de finalisation, doit continuer d'être mise en œuvre concrètement. L'année 2018 sera également caractérisée par la poursuite du plan pluriannuel handicap, du schéma handicaps rares, du 3ème plan autisme et l'annonce du 4ème plan, ainsi que par la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique (dont l'enveloppe est doublée), la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et l'amplification de la transformation de l'offre médico-sociale avec l'instruction signée par la secrétaire d'Etat, auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées sur les indicateurs et les cibles de la transformation de l'offre. Dans le secteur des personnes âgées, l'année 2018 s'inscrit dans la poursuite de la mise en œuvre des textes d'application de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), notamment concernant la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que par la poursuite des actions du Plan maladies neurodégénératives (PMND).

S'agissant du champ des personnes âgées, et afin de tenir compte de la situation de certains établissements fortement impactés par la convergence sur le tarif dépendance engagée en 2017, il est mis en place provisoirement un mécanisme de neutralisation de la convergence négative dépendance à compter de 2018, portée par les ARS et les conseils départementaux. Pour la part qui relève des ARS, vous disposez comme annoncée par la Ministre des solidarités et de la santé d'une enveloppe spécifique de 29 M€ de financements complémentaires en 2018. L'objectif est qu'il n'y ait d'établissement contraint de dégrader son taux d'encadrement sur les effectifs cofinancés par les tarifications soins et dépendance. Vous prendrez l'attache des conseils départementaux à cet effet et identifierez conjointement ces établissements, et mettez en œuvre la neutralisation selon les critères et modalités précisées en annexe 3.

La neutralisation temporaire de la convergence tarifaire à la baisse pour les années 2018 et 2019 permettra de mener des travaux complémentaires au niveau national sur le forfait dépendance avec les représentants des conseils départementaux et des établissements pour personnes âgées sur des bases mieux objectivées.

Mais une réflexion plus large sur la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes doit être menée. C'est pourquoi une feuille de route sera présentée par la Ministre pour construire une politique publique qui permette d'anticiper les enjeux du vieillissement de la population et de répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs familles. Cette feuille de route complétera la stratégie nationale de santé, le plan d'amélioration d'accès aux soins et le développement de la télémédecine que vous mettez en œuvre à travers les plans régionaux de santé « nouvelle génération » en cours d'adoption, qui apporteront déjà des réponses aux besoins.

Il s'agira d'approfondir la réflexion sur le modèle de prise en charge de demain, entre domicile et établissement, le juste soin en EHPAD et l'organisation interne et territoriale pertinente pour y parvenir, sans oublier l'articulation avec la ville et l'hôpital, la prévention de la perte d'autonomie, à domicile bien sûr, mais aussi en établissement et enfin, la fin de vie.

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

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 dans le cadre de la tarification, ne peut être réalisée.

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

1.1. Secteur « Personnes handicapées »

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

1.1.1.1 Réponse accompagnée pour tous

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » constitue un changement de paradigme important dans la mise en œuvre des politiques du handicap et est désormais entrée dans sa phase de généralisation par effet de l'article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Cette démarche porte l'ambition d'aboutir à une évolution systémique de l'organisation de la réponse apportée aux personnes sans solution chez eux ou dans leurs familles, hospitalisées ou en établissement médico-social avec une inadéquation de leur accompagnement.

Vous vous attacherez donc à poursuivre le déploiement des 4 axes complémentaires de la démarche :

- le dispositif d'orientation permanent (Axe 1) et la mise en place de plans d'accompagnement global (PAG) pour apporter une réponse concrète et effective aux besoins des personnes en contribuant à

l'efficacité des travaux des groupes opérationnels de synthèse et en s'assurant de l'effectivité des décisions prises dans ce cadre et notamment de la collaboration des ESMS ;
- le déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous (Axe 2) notamment par le développement de la contractualisation avec les ESMS, en lien avec les conseils départementaux, mais également avec les établissements de santé en vous assurant que les orientations de la démarche sont bien prises en compte dans les objectifs fixés ;
- la promotion de l'autonomie et de l'auto-détermination des personnes en situation de handicap en favorisant les dynamiques de soutien par les pairs (Axe 3) et la mobilisation de l'expertise d'usage ;
- l'accompagnement au changement et l'évolution des pratiques professionnelles (Axe 4) notamment par une démarche de formation volontariste pour amener l'ensemble des acteurs à évoluer dans la manière de mettre en œuvre les politiques du handicap et favoriser l'émergence d'une culture commune au service du parcours de vie des personnes.

Dans le cadre du déploiement de l'axe 2, il est essentiel que les orientations retenues pour votre territoire prennent en compte la volonté du Gouvernement d'une bascule rapide de l'offre d'accompagnement au profit de l'accompagnement des personnes en milieu ordinaire en accentuant, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la dynamique engagée pour faire évoluer l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour qu'elle soit plus inclusive, plus souple afin de mieux s'adapter à la prise en compte des situations individuelles, notamment les plus complexes.

Ce faisant, il s'agit de contribuer à la mise en œuvre de la feuille de route «Vivre avec un handicap au quotidien » issue du comité interministériel du handicap (CIH) qui s'est réuni le 20 septembre 2017 avec pour objectif de changer le regard de la société, faciliter la vie des personnes au quotidien par une société plus accessible et apporter des réponses effectives à leurs besoins, quels que soient leur handicap et leur l'âge dans tous les secteurs, pour une société réellement plus inclusive.

1.1.1.2 Recomposition de l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées

Pour accompagner la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », un plan de transformation massif de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire d'accompagnement des personnes handicapées s'engage, avec l'objectif, inscrit dans la feuille de route de la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, d'organiser « une bascule rapide et d'ampleur au profit d'un accompagnement, spécialisé si nécessaire, en milieu ordinaire ».

Les objectifs stratégiques de la transformation de l'offre sont les suivants :

- prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions ;
- développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations servies pour mieux répondre aux besoins ;
- consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie ;
- améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques.

Une note complémentaire à l'instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé – Fiche annexe « indicateurs de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale » est venue préciser les indicateurs prioritaires de suivi de la recomposition de l'offre médico-sociale d'accompagnement des personnes handicapées que les agences régionales de santé sont invitées à intégrer aux projets régionaux de santé actuellement en cours d'élaboration. Cette note indique les cibles nationales pour ces indicateurs. En annexe 16 de la présente circulaire sont également indiqués les 23 indicateurs établis avec les ARS permettant de suivre l'évolution de l'ensemble des objectifs de la transformation de l'offre, et qui ont vocation à être inscrits, en fonction des diagnostics territoriaux, dans les PRS, et suivis par les ARS.
En outre, il vous est demandé de favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire (voir notamment le 1.1.1.3.3 de la présente note) et, par conséquent, de poursuivre l'application du moratoire sur les créations de places en ESAT. Il vous est rappelé que les crédits disponibles au titre de la garantie de la rémunération des travailleurs handicapés (GRTH) sur le programme 157 du budget de l'Etat ont été calibrés en tenant compte de ce moratoire.

1.1.1.3 Pôles de compétence et de prestations externalisées / départs en Belgique / emploi accompagné

1.1.1.3.1 Les pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE)

Ces dispositifs pérennes, souples et modulaires peuvent être mobilisés pour répondre à un besoin, pérenne ou non, de personnes en situation de handicap dans un objectif inclusif et afin de soutenir un projet de vie en milieu ordinaire. Il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la poursuite de leur développement.

1.1.1.3.2 Prévention des départs en Belgique

Le plan se poursuit sur 2018, avec des crédits déjà en base et 15 millions en mesures nouvelles, qui seront répartis selon les critères présentés en annexe 13. Il est rappelé que l'utilisation de ces crédits peut permettre un financement de solutions individuelles ou viser des opérations de rattrapage et d'évolution de l'offre, notamment des appels à projets pour la création des PCPE. Il conviendra de conserver des marges de manœuvre pour la gestion des situations individuelles.

1.1.1.3.3 L'emploi accompagné

En complément de l'instruction N° DGCS/SD3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017, l'instruction interministérielle N° DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2018/36 du 14 février 2018 relative aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié précise les structures qui peuvent être gestionnaires des dispositifs d'emploi accompagné, les crédits alloués pour le financement des dispositifs en 2018 et apporte des précisions sur les modalités de l'accompagnement et le nombre de travailleurs en situation de handicap susceptibles d'être accompagnés. Elle présente enfin le référentiel national d'évaluation des dispositifs d'emploi accompagné auprès duquel il conviendra de vous référer.
Au titre de la participation de l'Etat, une enveloppe de crédits de 4,5 M€ sera déléguée au titre de la loi de finances pour 2018 (cf. annexe 15). En complément, l'article D. 5213-91 du code du travail prévoit la participation du Fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés mentionné à l'article L. 5214-1 (l'Agefiph) et du Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique mentionné à l'article L. 323-8-6-1 (le FIPHFP) au financement des dispositifs d'emploi accompagné. A cet effet, la convention nationale entre l'Etat et ces deux fonds précise les modalités de la participation des fonds aux dispositifs d'emploi accompagné et prévoit pour 2018 le cofinancement des dispositifs d'emploi accompagné par ces fonds à hauteur de 2 M€ pour l'AGEFIPH et de 0,5 M€ pour le FIPHFP, soit le même montant que pour 2017. Par conséquent, le financement global des dispositifs d'emploi accompagné s'élèvera à 7 M€ pour 2018.

Afin de suivre au mieux le déploiement des dispositifs d'emploi accompagné, vous veillerez à ce que les dépenses correspondant aux conventions dispositifs emploi accompagné soient imputées sur la ligne spécifique « BP9-2-EMPH ».

1.1.1.4 Impact du forfait journalier dans les maisons d'accueil spécialisé (MAS)

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le montant du forfait journalier applicable dans les MAS est porté, à compter du 1er janvier 2018, de 18 à 20€.

Afin de concilier cette revalorisation du forfait journalier avec la garantie du minimum de ressources prévue par l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles, et dans la continuité de la pratique précisée par l'instruction N° DGCS/SD3AjDSS/1A/2010 du 24 août 2010 relative à la garantie d'un minimum de ressources aux personnes accueillies en maison d'accueil spécialisée et astreintes à payer le forfait journalier, vous demanderez aux directeurs d'établissement de cesser de facturer les forfaits journaliers aux résidents lorsqu'il apparaît que la perception est susceptible de ne pas laisser aux personnes accueillies 30% du montant mensuel de l'AAH.

1.1.1.5 AE CNH

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre est dotée d'une enveloppe de 180 M€, dont 20 M€ dans le cadre de la stratégie de santé pour les Outre-mer, et 160 M€ répartis entre l'ensemble des régions pour accompagner le développement quantitatif et la transformation de l'offre. Les orientations pour l'emploi de cette enveloppe dans votre programmation ont été définies dans la circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées (N° DGCS/3B/2017/148). Une première tranche d'autorisations d'engagement vous a été déléguée en décembre 2016 (14 M€ au titre de l'enveloppe outre-mer et 45 M€ au titre de l'enveloppe de 160 M€) (Notification du 23 décembre 2016, visa CNP 2016-198), et a fait l'objet de premières actions de programmation par vos soins, saisies dans l'application SEPPIA dont les modalités de paramétrage ont été adaptées à cette fin (courriel adressé par la CNSA aux ARS le 27 novembre 2017).

Une chronique d'autorisations d'engagement indicative a été annoncée en annexe de la circulaire budgétaire 2017. La présente circulaire vaut notification d'une nouvelle AE en 2018 sur l'enveloppe des 160 M€ (hors enveloppe SNS Outre-mer). Dans l'objectif d'allouer *in fine* à chaque ARS sa « part » dans l'enveloppe de 160 M€ déterminée selon les nouveaux critères de répartition adoptés par le Conseil de la CNSA du 21 avril 2017, les montants indiqués dans la précédente circulaire ont été ajustés pour tenir compte du fait que la première AE de 45 M€ avait été allouée selon les anciens critères de répartition. L'annexe 11 précise le montant de l'AE 2018 notifiée à chaque ARS, ajouté à votre droit de tirage (cf. tableaux de campagne), que vous pouvez donc désormais traduire en programmation dans SEPPIA. Pour rappel, ces crédits ont vocation à être orientés impérativement pour moitié au moins vers l'accompagnement de l'évolution de l'offre, et pour le solde sur des créations de places pour répondre aux besoins les moins bien couverts.

1.1.2. Poursuivre la mise en œuvre des plans existants : handicap rare, 3ième plan autisme

Comme le met en évidence le bilan des plans présentés au Conseil de la CNSA en juillet 2017[1], et comme l'ont confirmé les données exploitées lors des dialogues de gestion CNSA-DGCS-ARS de janvier-février 2018, des places restent à installer au titre des plans précédents (plan pluriannuel du handicap 2008-2012, plan autisme 2013-2017 et schéma handicap rare 2014-2018). Il vous est donc demandé de poursuivre la réalisation de ces plans et d'exercer une vigilance particulière sur l'exactitude et la mise à jour des dates prévisionnelles d'installation des projets dans SEPPIA.

1.1.3. Stratégie nationale pour l'autisme

La concertation lancée à l'Elysée le 6 juillet 2017 avec l'ensemble des associations concernées, les ARS, les rectorats, les DIRECCTE, a eu pour objectif d'améliorer et amplifier les effets du 3ème plan autisme (2013-2017) en tirant les conséquences de son évaluation.
La stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 prendra le relais du 3ème plan, dont les réalisations en cours doivent être achevées dans les meilleurs délais. Les mesures annoncées le 6 avril feront l'objet d'instructions spécifiques.

1.1.4. Poursuite de la contractualisation au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF (ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et établissements d'accueils de jour autonomes du champ personnes âgées). Opposabilité des critères PRS (OQUS)

Pour rappel, les établissements et services accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées et qui relèvent de la compétence exclusive ou conjointe du directeur général de l'ARS[2], ont l'obligation de conclure un contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L313-12-2 du code de l'action sociale et des familles. Sont exclus de cet article les établissements mentionnés aux I, II et III de l'article

1 Bilan PA : http://www.cnsa.fr/sites/default/files/pa_bilan_realisation_et_programmation_conseil_juillet_2017_vf.zip ; Bilan PH : http://www.cnsa.fr/sites/default/files/ph_bilan_realisation_et_programmation_conseil_juillet_2017_vf.zip

2 Y compris les services de soins infirmiers à domicile intervenant au profit des personnes âgées ou handicapées et les accueils de jour autonomes.

L. 313-12 du même code, c'est-à-dire les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les petites unités de vie et les résidences autonomie (ex logements-foyers).

Par ailleurs, en application du IV ter de l'article L. 313-12 et de l'article L. 313-12-2, un décret à venir précisera les modalités de modulation de la dotation globale en fonction d'objectifs d'activité définis dans le CPOM. Ce même décret viendra préciser les modalités d'affectation des résultats dans le cadre de ces CPOM, compte tenu de la liberté d'affectation introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.
L'annexe 10 «affectation des résultats et traitement des dépenses neutralisées ou rejetées» rappelle à cette occasion les modalités d'affectation des résultats applicables aux ESSMS en fonction du régime budgétaire dont ils relèvent (budget prévisionnel ou état des prévisions de recettes et de dépenses).

1.2. Secteur « Personnes âgées »

1.2.1. Réforme de la tarification des EHPAD – Priorités d'emplois des financements complémentaires et/ déploiement du plan relatif à la mise en œuvre d'une astreinte de nuit en EHPAD

Pour rappel, 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.

En conséquence, les structures sont intégrées dans un dispositif de convergence sur une période transitoire de sept ans (2017-2023). Au terme de cette période, tous les établissements bénéficieront du forfait au niveau de l'ancien tarif plafond.

La fin de l'année 2017 et le début de l'année 2018 ont été marquées par la contestation des effets de la convergence sur le tarif dépendance des EHPAD. Comme indiqué en introduction, il est mis en place un mécanisme de neutralisation de la convergence négative dépendance à compter de 2018, dont les modalités de mise en œuvre ont été concertées avec les conseils départementaux. Une enveloppe de 29 M€ de financements complémentaires est réservée à cet effet.

Dans certain cas, il est apparu que les difficultés rencontrées par certains EHPAD provenaient de l'obsolescence des coupes PATHOS et du GMP qui détermine les forfaits soins et dépendance. Vous veillerez par conséquent à réactualiser en priorité les coupes PATHOS les plus anciennes et notamment celles des EHPAD en convergence à la baisse. Il vous est rappelé que cette actualisation des coupes PATHOS peut intervenir même en dehors du cadre de la conclusion d'un CPOM, et que pour soutenir cette démarche, vous pouvez, conformément à l'article L.314-9 du CASF modifié par l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, avoir recours à des médecins extérieurs. Je vous demande par conséquent, de prioriser, en complément des ressources médicales déjà à votre disposition, le recrutement de médecins vacataires que vous pouvez financer sur vos crédits de fonctionnement (masse salariale) pour mettre en place un plan de rattrapage de l'actualisation des coupes PATHOS lorsque cela est nécessaire.

Il vous est également rappelé qu'un montant de 2 M€ est prévu dans le cadre des crédits du FIR pour vous permettre de financer des prestations de conseil et d'appui aux EHPAD en difficulté pour améliorer l'efficience de leurs organisations et de leur gestion.

La programmation des CPOM est également susceptible d'être réactualisée chaque année avec les conseils départementaux et ce peut être l'occasion d'établir de nouvelles priorités compte tenu de l'impact de la convergence sur les tarifs dépendance qui sont maintenant mieux identifiés que lors de la programmation initiale. Il est notamment souhaitable que les CPOM des établissements les plus fortement impactés puissent être examinés dans la mesure du possible avant l'échéance de la mesure de neutralisation qui porte sur les deux années 2018 et 2018.

Des financements complémentaires, négociés dans le CPOM, sont prévus pour couvrir, d'une part les modalités d'accueil particulières (AJ, HT, PASA, UHR) 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).

Ainsi, 50 M€ sont reconduits dans vos DRL afin :

- d'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 2018, et en veillant à l'absence de redondance des financements (ARS/OPCA) ;
- de développer les actions de prévention sur les thèmes suivants : prévention des chutes, activité physique adaptée, risque de troubles psychologiques et psychiques, déficits sensoriels, risque de dénutrition et santé bucco-dentaire ;
- de soutenir les mesures de gestion des risques infectieux (vaccination, TROD, mesures barrières...) ; et, le cas échéant, répondre aux crises sanitaires éventuelles.

De plus, 13M€ de financements complémentaires supplémentaires sont inscrits dans vos DRL afin de soutenir des démarches de qualité de vie au travail en EHPAD, dans le cadre de la Stratégie pour la qualité de vie au travail (QVT) dans les ESMS. La mise en œuvre de la Stratégie pour la qualité de vie au travail (QVT) fera l'objet d'une instruction dédiée qui vous sera transmise prochainement, en vous précisant dès à présent que l'application HAPI a été modifiée pour permettre de coder les dépenses mobilisées au titre de la QVT. De plus, 3 M€ de crédits supplémentaires, hors dotation régionale limitative, seront mis à votre disposition ultérieurement pour financer des actions d'accompagnement des EHPAD sur cette même thématique pour la mise en place de clusters sociaux pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

En outre, toujours dans le cadre des financements complémentaires, 10 M€ sont alloués afin de financer la première tranche d'un plan pluriannuel de mise en place d'astreintes infirmières de nuit dans les EHPAD, qui s'inscrit dans un volet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 spécifique à la prise en compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Les crédits alloués ont été calibrés selon l'hypothèse d'un financement des astreintes de ces personnels, mais il vous est possible d'adapter au niveau régional les modalités de mise en œuvre concrète de ce dispositif. Ces financements sont répartis sur la base des dotations de soins cible prévues. Ces financements ont vocation à pérenniser les dispositifs expérimentaux existants et/ou mettre en place de nouveaux dispositifs. Pour vous accompagner dans la mise en place de ces dispositifs, vous pouvez vous appuyer sur le guide d'aide à l'élaboration d'un projet IDE de nuit en EHPAD annexé à la présente circulaire (cf. annexe 12).

Enfin, 15M€ pour PASA UHR dans le prolongement du plan Maladies Neuro Dégénératives. Ces crédits sont alloués intégralement dans votre DRL. Un montant minimum de 264 500€ est alloué permettant ainsi de créer au moins une unité dans une région.

Nous attirons par ailleurs, votre attention sur le fait que 2018 constitue la dernière année pendant laquelle la possibilité de reprendre les résultats des établissements vous est offerte. Vous vous référerez en la matière à l'annexe 10 qui rappelle la réglementation applicable en matière d'affectation des résultats et de neutralisation des dépenses rejetées pour l'ensemble des établissement relevant de votre compétence tarifaire. L'annexe 3 vous rappelle par ailleurs le périmètre de l'EPRD, les modalités d'application de l'équation GMPS et de constitution des financements complémentaires.

1.2.2. Poursuite du PMND et des plans antérieurs (mesure 25)

Comme le met en évidence le bilan des plans présentés au Conseil de la CNSA en juillet 2017, et comme l'ont confirmé les données exploitées lors des dialogues de gestion CNSA-DGCS-ARS de janvier-février 2018, des places restent à installer au titre des plans précédents (PSGA, PMND). L'annexe 2 précise la détermination des crédits de paiement correspondants.
Il vous est donc demandé de poursuivre la réalisation de ces plans et d'exercer une vigilance particulière sur l'exactitude et la mise à jour des dates prévisionnelles d'installation des projets dans SEPPIA.
A cet égard, il vous est rappelé que le décret n° 2017-1620 du 28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux introduit un critère objectif de la caducité qui en facilite le constat.

1.2.3. Transfert CAVIMAC

L'article 206 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre 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.
A ce titre, 1,6 M€ sont prévus pour l'exercice 2018 pour financer la transformation de structures gérées par des congrégations religieuses remplissant les conditions pour être autorisées en tant qu'EHPAD.
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.

1.2.4. Poursuite du financement du changement d'option tarifaire pour les EHPAD TG : Mesure 2018

Le décret n°2014-652 du 20 juin 2014 relatif aux tarifs global et partiel applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est venu préciser les conditions de changement d'option tarifaire en modifiant l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles. Cette modification vise à une meilleure régulation du changement d'option tarifaire, afin de maîtriser ses conséquences tant sur la dépense d'assurance maladie que sur la qualité et l'efficience 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 20 M€ est prévue en 2018 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 exclusivement 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'efficience 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.

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.

Vous veillerez à assurer la traçabilité de l'enveloppe qui vous est allouée à ce titre, en saisissant (comme les années précédentes) les crédits concernés dans la colonne dédiée de l'applicatif HAPI.

Ces possibilités sont ouvertes sans préjudice des actions que vous pourriez promouvoir titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 et qui impliqueraient un élargissement expérimental du tarif partiel.

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

2.1. Modalités de détermination des dotations régionales limitatives

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

L'actualisation des moyens au sein des ESMS se traduit par un taux d'évolution de +0,70% pour le secteur PA et +0,88% pour le secteur PH (+0,79 % pour l'ensemble du champ médico-social).
S'agissant de la masse salariale, ce taux d'évolution s'élève à +0,79% pour le secteur PA et +1,19% pour le secteur PH (+0,99% pour l'ensemble du champ) et est nul en matière d'inflation. Le taux d'évolution intègre un effort d'économies de 50 M€ qu'il vous incombe de mettre en œuvre dans le cadre du plan ONDAM 2018-2022 (cf. paragraphe 2.1.2).

Dans le cadre de la procédure budgétaire que vous mènerez avec chaque établissement, l'application de ce taux doit être modulée en fonction de la situation propre à chaque ESMS. 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 puisque l'actualisation est intégrée dans la revalorisation de la valeur du point.

Ainsi, pour le secteur social et médico-social privé non lucratif, comme annoncé en conférence salariale du 23 février 2018, 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 2018 correspondant à l'effet du taux d'actualisation de la masse salariale. Pour rappel, le taux d'actualisation de la masse salariale est un taux moyen commun à l'ensemble des conventions collectives du secteur privé non lucratif qu'il vous est loisible de moduler en fonction de la situation financière de chaque établissement.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 supprime la procédure nationale d'agrément préalable des accords locaux des ESMS dès lors qu'ils sont signataires d'un CPOM. Cette disposition entraîne, par conséquent, la fin de l'opposabilité financière de ces accords aux autorités de tarification pour les établissements inclus dans un CPOM prévu au IV ter de l'article L313-12 et à l'article L313-12-2 (cf. annexe 9).

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

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

Dans le cadre du Plan ONDAM 2018 - 2022 et du CPOM Etat-ARS, il vous sera demandé de développer un plan d'action régional permettant d'atteindre le montant d'économies déduit du tendanciel, en garantissant la réponse aux besoins des structures et le respect de votre dotation régionale limitative. Ce plan sera articulé autour de 3 axes :

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

Les actions que vous pourrez inscrire dans votre plan régional, attendu pour le mois de juin, doivent faciliter l'atteinte des objectifs d'efficience qui budgétairement sont déjà pris en compte dans la construction de vos dotations régionales limitatives.

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

Malgré le mode de budgétisation en autorisations d'engagement et crédits de paiement (AE/CP) et des réformes menées, la diminution des crédits non reconductibles (CNR) engagée en 2016 ne s'est pas poursuivie en 2017. Le montant de crédits non reconductibles alloués en 2017 s'élevait à 460 M€ soit 38 % de plus qu'en 2016.
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 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 Etats des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) et Etats Réalisés de Recettes et de Dépenses (ERRD) transmis par les ESMS concernés (ImportEPRD et ImportERRD).

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 connaitre, 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. 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, 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, Import-EPRD et Import-ERRD. 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, mesure de coût SSIAD (info transfert ATIH)

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).

Pour l'année 2018, la répartition a été effectuée sur la même base que l'an dernier étant donné une période transitoire de renégociation de l'avenant à l'accord du 23 avril 2015, suite à la parution du nouvel arrêté de représentativité des organisations syndicales (arrêté du 22 décembre 2017 publié au *Journal officiel* du 30 décembre 2017). En conséquence, les crédits relatifs à la mise à disposition de permanents syndicaux pourront être ajustés en 2019 au vu de la mobilisation effective en 2018 selon la répartition arrêtée in fine par la branche.

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 2bis.

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

La ligne de crédits identifiée à ce titre doit contribuer à accroitre 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 exclusivement aux établissements ayant participé à l'ENC l'an passé, au titre de la seconde tranche de rémunération, au regard des dispositions inscrites dans la convention dédiée. Concernant les établissements qui participent à l'étude nationale cette année, leur financement a été totalement délégué à l'ATIH qui sera en charge d'octroyer ces crédits directement aux EHPAD. En conséquence, le montant

inscrit dans le tableau 2 annexée à cette circulaire ne concerne que les EHPAD ayant participé à l'ENC 2017.

Dorénavant, pour les futures ENC, les crédits seront versés directement par l'ATIH aux établissements et services participants. Ceci est valable pour les SSIAD et SPASAD, dont la liste vous a été communiquée, qui participent cette année à la mesure de coût des SSIAD.

La Ministre des solidarités et de la santé

Agnès BUZYN

La secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées

Sophie CLUZEL

La directrice de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Anne BURSTIN

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 2017, ajusté des opérations de périmètre qui ont pu intervenir fin 2017.

Ce montant ajusté est augmenté des mesures nouvelles retenues pour 2018. Ces DRL doivent ainsi vous permettre de réévaluer les dotations des ESMS en fonctionnement et d'accompagner l'installation de nouvelles places et de nouvelles structures en 2018, au regard des éléments que vous avez inscrits dans l'application SEPPIA.

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

Il s'agit d'établir le périmètre des dépenses à reconduire en 2018 dans vos dotations régionales limitatives. Plusieurs opérations sont prises en compte :

- la réfaction des crédits non reconductibles nationaux notifiés en 2017 ;
- la prise en compte des opérations de périmètre (fongibilité, CAVIMAC) intervenues fin 2017.

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 2017 sont défalquées dans le calcul de la base régionale 2018.

Il s'agit des mesures allouées nationalement en 2017 au titre :

- de la compensation des mises à disposition des permanents syndicaux (sur les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées) ;
- de la participation à des études et enquêtes nationales de coûts (ENC EHPAD, EDCPH)
- et de la gratification de stage (sur le secteur des personnes handicapées).

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'activités de SSR en EHPAD).

Les dotations initiales 2018 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 précédemment ou tout au long de l'année 2017 ayant un impact budgétaire sur l'exercice 2018.

Sur le champ des personnes âgées, comme en 2017, un transfert des dépenses de soins de ville (correspondant aux forfaits soins infirmiers (FSI) en EHPA) est prévu pour l'exercice 2018 pour financer la transformation de structures gérées par des congrégations religieuses (CAVIMAC) qui remplissent les conditions pour être autorisées en tant qu'EHPAD.

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

2. Les paramètres généraux d'actualisation 2018.

2.1. Actualisation des Dotations Régionales Limitatives (DRL).

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation pour permettre une évolution des coûts salariaux et des prix.

Le taux d'actualisation des dotations régionales pour 2018 s'établit en moyenne à +0,8% sur l'ensemble des deux champs PA et PH. Il repose sur les paramètres suivants :

- une progression salariale moyenne de +1,0 % ;
- une progression nulle des autres dépenses.

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

Secteur	Part masse salariale	Progression masse salariale	Part autres dépenses	Progression autres dépenses	Actualisation DRL
Personnes âgées	89 %	+0,79 %	11 %	0,00 %	**+0,70 %**
Personnes handicapées	75 %	+1,17 %	25 %	0,00 %	**+0,88 %**

Pour mémoire, le taux d'évolution salariale précité intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2017, les évolutions 2018, générales comme catégorielles, ainsi que la prise en compte de l'effet « GVT[1]». Les crédits correspondants sont précisés dans les **tableaux 2 et 2bis** annexés à la présente circulaire**.**

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).

[1] Glissement, Vieillesse, Technicité.

Concernant le secteur des EHPAD, les valeurs annuelles du point des tarifs cibles sont actualisées en 2018 du taux de reconduction précité. 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	**10,77 €**	**12,92 €**
Tarif partiel sans PUI	**10,17 €**	**12,20 €**

Il est rappelé que ces valeurs servent 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 2018 alloués au titre de l'équation tarifaire des EHPAD est détaillée dans l'annexe 3.

Par ailleurs, des financements complémentaires sont mobilisables pour couvrir certains types de dépenses exhaustivement listés en annexe 3 de la présente circulaire.

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 2018, ces dispositifs spécifiques sont détaillés dans les tableaux 2 et 2bis annexés à la présente circulaire 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 2018 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.

3.3. Les études nationales de coûts

Sur le champ des EHPAD, dans le but d'approfondir et d'actualiser la connaissance des coûts supportés par ces établissements, l'ATIH poursuit l'étude nationale de coûts en 2018, 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 sa mise en œuvre, 97 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 mobilisés, ces EHPAD perçoivent une compensation financière sur la base des modalités fixées par la convention engageant l'EHPAD et l'ATIH.

A partir de 2018, cette compensation sera directement versée par l'ATIH.

Ainsi, vos dotations régionales limitatives n'ont été abondées, en 2018, que de la seconde tranche des EHPAD ayant participé à l'ENC 2017, qui s'élève globalement à 0,99 M€.

Sur le champ des personnes handicapées, une première étude nationale de coûts (ENC) est lancée par l'ATIH, en collaboration avec l'équipe SERAFIN-PH. Cette ENC a vocation à analyser les coûts des structures qui accompagnent des personnes handicapées, par personne accompagnée. Cette étude tient compte des caractéristiques des personnes et des prestations délivrées par les établissements et services.

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

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

ANNEXE 2

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PLACES NOUVELLES POUR 2018

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 (AE) et crédits de paiements (CP). Ce dispositif a été mis en place pour ne pas mettre à la charge de l'ONDAM des montants de CP excédant la capacité des acteurs locaux à installer les places sur l'année considérée et pour limiter la sous-consommation structurelle des crédits**. La présente annexe rappelle les modalités de calcul des CP intégrés dans les DRL des ARS pour 2018.**

1. Définition du processus de gestion en AE-CP

Mise en œuvre depuis 2011, la gestion en AE-CP consiste en une logique de gestion des prévisions d'autorisation et d'installations des places. Il s'agit de notifier, en AE, les enveloppes qui peuvent être engagées pour autoriser des établissements ou services. Puis, vos dotations sont abondées des CP nécessaires au financement des projets autorisés dont vous avez déclaré une date prévisonnelle d'ouverture au cours de cette année.

Le recensement exhaustif et la mise à jour systématique des données relatives aux projets dans l'application de la CNSA « SEPPIA », seule source d'informations retenue pour analyser vos prévisions d'installation dans le temps, est primoridale pour pouvoir déterminer le juste niveau de CP, tant au niveau de la construction de l'OGD (juin N-1) que dans la construction des DRL (janvier N). Cette mise à jour doit s'appuyer sur un suivi fin et formalisé de chaque projet en lien avec son porteur.

2. Modalités de calcul des crédits de paiement pour 2018

2.1. La détermination du droit de tirage

La succession et la diversité des plans sur le champ médico-social (PSGA, Alzheimer, PMND, PPH, Handicaps rares, autisme, CNH…) ont poussé la CNSA à regrouper l'ensemble des autorisations d'engagement dans une même enveloppe « virtuelle », appelée le « droit de tirage des ARS ».

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

En 2018, sur le champ « personnes âgées », le 15 M€ abondent directement vos DRL, afin de poursuivrel'installation de PASA et UHR, en complément des mesures allouées antérieurement par le Plan Maladie Neurodégénératives. Sur le champ « personnes handicapées », le droit de tirage intègre la deuxième tranche d'autorisations d'engagement liées à la stratégie quinquennale de la transformation de l'offre.

2.2. La méthodologie de détermination des crédits de paiement pour 2018

La méthodologie de calcul des crédits de paiement 2018, déclinée dans les tableaux 3 et 3bis, prend en compte le droit de tirage (DT), la trésorerie disponible dans les DRL et les besoins des ARS. Elle est déterminée respectivement pour le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées, et se décompose en 4 étapes :

Etape 1 : Solde droit de tirage	Le droit de tirage de chaque ARS est atténué de tous les crédits de paiement (CP) versés, de la mise en place du système AE-CP jusqu'en 2017.
Etape 2 : Trésorerie régionale	Elle correspond aux CP des années antérieures qui ont été délégués à l'ARS de façon pérenne dans le cadre de la Dotation régionale limitative mais n'ont pas été engagés par l'ARS (par ex. report d'installation…). Cette « trésorerie » est retracée dans l'enquête tarifaire de fin d'année, et détaillée sur la ligne « Installation sur droit de tirage ».

Etape 3 : Besoins financiers	Ils désignent les besoins de CP et correspondent aux montants des extensions en année pleine des installations 2017 recensées dans l'applicatif HAPI et dans l'enquête tarifaire 2017, ainsi qu'aux prévisions d'installation de places 2018 recensées dans l'outil SEPPIA (extraction de l'application du 31/01/2018).
Etape 4 : Détermination des CP 2018	Cas n° 1 : La « trésorerie » de l'ARS relative aux installations de places est suffisante pour couvrir les besoins de financements pour cette année, alors aucun crédit de paiement n'est délégué à l'ARS. Cas n°2 : La « trésorerie » de l'ARS relative aux installations de places est insuffisante pour couvrir les besoins financiers pour ouvrir les nouvelles places prévues cette année, alors les CP strictement nécessaires sont délégués à l'ARS, après avoir tenu compte des crédits disponibles dans la trésorerie de l'ARS. L'ensemble de ces ressources ne peut excéder le solde du droit de tirage de l'ARS.

ANNEXE 3

FINANCEMENTS COMPLÉMENTAIRES DES EHPAD, POURSUITE DE LA RÉOUVERTURE MAITRISÉE DU TARIF GLOBAL ET NEUTRALISATION DES SOLDES DE CONVERGENCE NÉGATIFS POUR L'ANNÉE 2018

1. **Rappel sur la structure du forfait soins.**

Depuis le 1er janvier 2017 le forfait soins des EHPAD a deux composantes :

- La dotation destinée à financer les places d'hébergement permanent qui est calculée à partir du GMPS et fait l'objet d'une convergence tarifaire sur la période 2017-2023.
- Des financements complémentaires qui peuvent être reconductibles ou non reconductibles. Ils financent soit des modalités d'accueil particulières (accueils de jour, hébergements temporaires, pôles d'activités de soins adaptés, unités d'hébergement renforcé et plateformes de répits) soit des actions spécifiques dont le périmètre est défini à l'article R.314-163.

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 0,7 % en 2018 dans la limite du tarif plafond ;
- Une fraction (1/6ème en 2018) de l'écart entre la dotation GMPS reconductible actualisée et le résultat de l'équation tarifaire dite « GMPS » correspondant au niveau de ressource cible, et ce sur la base des valeurs annuelles de points 2018 telles que présentées en annexe 1 de la présente circulaire.

Il y a néanmoins trois facteurs qui peuvent faire varier le montant de la dotation GMPS calculée ci-dessus :

- 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 (cf. Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017).
- La reprise de résultats des exercices 2015 et 2016 dont la possibilité est ouverte de façon dérogatoire et pour la dernière année en 2018 (cf. annexe 10).
- La modulation du forfait en fonction du taux d'activité de l'établissement (cf. Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 et Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles).

Vous vous assurerez de la traçabilité de ces variations dans l'applicatif HAPI, dans les colonnes prévues à cet effet.

Au cours des dialogues de gestion réalisés au début de l'année 2018 il est apparu que pour certains EHPAD la dotation GMPS reconductible de l'hébergement permanent comprenait également des financements qui méritent d'être reclassés en financement complémentaire.

Il s'agit notamment de financement de modalité d'accueil particulière ou d'expérimentation sur la présence d'infirmière de nuit. Afin que la dotation GMPS atteigne effectivement son objectif d'une répartition équitable des financements entre les EHPAD, il convient dans ce cas de repositionner ces crédits en financements complémentaires, également reconductibles. Pour l'année 2018 cela sera sans effet sur montant global du forfait soins de l'EHPAD considéré mais cela nous permettra dans le cadre de la construction budgétaire et de la campagne pour 2019 (qui s'appuie sur les données renseignées dans HAPI) de réactualiser le calcul des crédits nécessaires à la convergence tarifaire des EHPAD concernés.

2. Financements complémentaires montants attribués et priorités d'emplois pour l'année 2018.

Pour l'année 2018, plusieurs enveloppes de financements complémentaires vous sont allouées. Cette année, la répartition de ces enveloppes entre les ARS repose sur le résultat consolidé des équations tarifaires des EHPAD de chaque région. Seuls les crédits alloués au titre des PASA et UHR (15M€) sont alloués conformément aux critères de répartitions arrêtés dans le cadre du plan maladie neurodégénératives.

- 50 M€ afin de financer des actions dont la liste est prévue au II l'article R. 314-163 du CASF. Cette enveloppe pourra être complétée par les crédits liés aux reprises de résultats, 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
- 10 M€ pour le développement d'astreintes d'infirmières de nuit,
- 15 M€ pour créer, en fonction des priorités que vous définirez localement, des pôles d'activité et de soins adaptés, des unités d'hébergement et renforcé et des équipes de soins spécialisé Alzheimer.
- 13 M€ afin de soutenir des démarches de qualité de vie au travail en EHPAD, dans le cadre de la Stratégie pour la qualité de vie au travail (QVT) dans les ESMS en EHPAD, l'application HAPI permet cette année de renseigner les dépenses mobilisées au titre de la QVT, à titre non reconductible
- 29 M€ plus spécifiquement fléchés sur la neutralisation temporaire des convergences négatives et l'appui aux EHPAD mis en difficulté par la convergence à la baisse de leur forfait dépendance..

3. Neutralisation des effets négatifs attribués et priorités d'emplois pour l'année 2018.

L'équation tarifaire de la dotation soins et les règles de convergence vers la dotation cible soins ne sont pas modifiées. Il ressort en effet de la mission de médiation de M. Pierre Ricordeau que cette partie de la réforme de la tarification ne soulève pas de difficulté et emporte l'adhésion de la grande majorité des acteurs concernés.

En revanche, les effets de la convergence dépendance, qui ne pouvaient être modélisé aussi finement que sur le forfait soins lors de la conception de la réforme, sont contestés car ils tendent parfois à annuler les bénéfices attendus de la convergence sur le tarif soins.

Une enveloppe de 29 M€ de financements complémentaires sur le forfait soins vous sont donc alloués afin de neutraliser temporairement les effets négatifs de la convergence dépendance pour l'année 2018. Cette mesure temporaire permettra d'approfondir les travaux sur la définition de mesures correctives pérennes de mise en œuvre de la réforme tarifaire de 2016 dont les principes ne sont pas remis en causes.

Les objectifs sont les suivants :

- Garantir, sauf pour les EHPAD en convergence négative sur le tarif soins, qu'aucun établissement ne verra ses ressources diminuer en 2018

- Plafonner à 5 000€ au maximum la convergence dépendance négative afin d'éviter que les gains de la convergence tarifaire soins soient annulés par la convergence du tarif dépendance. Le montant de 5000€ annuel a été retenu car cela correspond à effort de convergence sur 7 ans de 35 000€ ce qui équivaut à la perte d'un poste d'aide-soignant au sein de l'établissement.

Ces crédits seront alloués aux EHPAD qui remplissent les critères suivants :

1) Pour tous les EHPAD concernés il convient de s'assurer dans premier temps qu'après prise en compte de mesures de compensation déjà mise en place par les conseils départementaux, la convergence du tarif dépendance est négative.

2) Si la convergence sur le forfait soins est également négative, l'ensemble de la convergence négative du forfait dépendance sera neutralisée afin de ne pas demander un double effort de convergence aux EHPAD.

3) Si la convergence sur le forfait soins est positive alors le montant de convergence négative sur le forfait dépendance sera plafonné à 5 000 €.

4) Ensuite, après cet écrêtage de la convergence négative sur le tarif dépendance à 5 000€, vous assurerez que le solde des convergences des forfaits soins et dépendance est positif ou nul. Si le solde est négatif vous compenserez également cette perte pour l'EHPAD afin de rétablir l'équilibre

Seul l'effet de la convergence du tarif dépendance pour l'année 2018 est compensé. Vous ne devez pas compenser les effets de la convergence déjà réalisé en 2017.

Cela nécessite, avant notification des ressources aux établissements par les autorités de tarification, un travail de rapprochement avec les conseils départementaux afin de déterminer précisément les produits de la tarification dépendance 2017 et les comparer aux produits de la tarification 2018 pour en éliminant :

- Les effets liés à des ouvertures de places en cours d'exercice (bien comparer un financement en année pleine d'un même nombre de places)

- Les financements de compensation qui auraient déjà pu être accordés par les conseils départementaux afin qu'il n'y ait pas de double compensation (moratoire départemental sur la convergence à la baisse des tarifs dépendance, attribution de financements complémentaires par le conseil départemental, etc).

4. Réouverture maitrisée du tarif global

La réouverture du tarif global se poursuit en 2018 par la mobilisation d'une enveloppe de 20 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 (Etude 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 20 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 2018 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).

Un plancher de 200 000 € est garanti à chaque ARS concernée par la répartition de ces 20 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 2012-2017, 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 2018.

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 2018. 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	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. Des usages au service du suivi et de l'évaluation de l'effectivité des politiques publiques, ainsi que de la prospective : - Suivi de la réalisation des plans / programmes nationaux et du rythme et du niveau de consommation des enveloppes de créations de places - Suivi de l'exécution effective des programmations régionales, dont la part réalisée par appels à projets - Analyse des prévisions d'autorisation et d'installation à 5 ans Des usages au service de la détermination des besoins de crédits de paiement au niveau global et du calibrage des dotations régionales : - Dans le cadre des travaux de construction de l'OGDGD, détermination, en N-1, du niveau des crédits de paiement (CP) nécessaires pour couvrir les installations prévues en N - Notification en N des crédits de paiement (CP) correspondant aux installations prévues en N, et qui figurent dans cette circulaire Formalisation des données de programmation ayant vocation à être publiées dans le PRIAC
Modalités de saisie	Les données doivent être saisies et actualisées en flux, <u>tout au long de l'année</u> : • dès qu'une autorisation est prévue

	• dès qu'une autorisation est réalisée • dès qu'une installation est prévue et dès que sa date prévisionnelle évolue • dès qu'une installation est réalisée • dès qu'un projet est modifié Les consignes de saisie dans SEPPIA des projets financés sur l'enveloppe de la Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-social dans le champ du handicap ont été précisées par une communication de novembre 2017. La documentation a fait l'objet de mises à jour.
Exploitations /extractions	Extraction du **14 mai 2018** pour le suivi des programmations et pour la préparation de l'ONDAM N+1 Extraction du **31 décembre 2018** pour le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux (bilan présenté au Conseil de la CNSA) et la notification des CP de l'année N. *Nota bene* : Dans un objectif de lisibilité partagée du processus et de fiabilisation continue des données, **ces extractions feront l'objet d'un envoi à chaque agence pour validation formelle de la part du Directeur général de l'ARS.**
Points de vigilance	**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**. 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.
Personnes référentes	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux, Pôle programmation de l'offre Aurélie BRUGEROLLE ; Sabrina LAHLAL ; Violaine EUDIER

2. Suivi des éléments budgétaires

2.1. Eléments de la tarification

HAPI (HArmonisation et Partage d'Information)	
Objectifs	Système d'information partagé d'aide à la tarification des 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. Il permet en effet : • D'harmoniser les pratiques et d'automatiser la production des documents de tarification • D'optimiser la gestion des dotations régionales et d'en faciliter le pilotage régional et national • D'assurer le partage et la traçabilité de l'information
Exploitations	Des extractions sont faites régulièrement au niveau de la CNSA pour : ▪ le suivi de l'avancée de la campagne ▪ le suivi de la consommation des dotations régionales limitatives ▪ la préparation des dialogues de gestion CNSA-ARS ▪ le calibrage des enveloppes N+1 (en complément de l'enquête tarifaire et des données SEPPIA) ▪ l'extraction des données relatives aux EHPAD (dotation reconductible, GMP, PMP) en vue des travaux de simulation nécessaires au calibrage de l'enveloppe 2018 ▪ le bilan de la convergence tarifaire ▪ la réalisation d'analyses ponctuelles
Points de vigilance	Les GMP et PMP validés des EHPAD doient être mis à jour en continu dès actualisation de GALAAD, et devront impérativement l'avoir été avant le 30/06/2018, car **l'extraction réalisée le 2 juillet 2018 sera utilisée pour déterminer la dotation 2019 de chaque ARS** au titre du forfait global de soins lié à l'hébergement permanent.
Personne référente	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-Sociaux, Pôle allocation budgétaire Tidjani MANSOURI

2.2. Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs

ImportCA	
Présentation	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. 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,...).
Objectifs	Les objectifs sont les suivants : ▪ Structurer la constitution de bases de données de nature à permettre à l'ARS et à la CNSA de travailler sur les coûts de fonctionnements des ESMS ▪ Permettre le calcul d'indicateurs de comparaisons servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris...) ▪ Constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles
Modalités de chargement	Ouverture de la plateforme aux établissements et services médico-sociaux du 19 mars à fin septembre 2018 pour les CA 2017.
Exploitations extractions	Analyse nationale des données en N+1 pour diffusion d'un rapport.
Personne référente	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-Sociaux, Pôle allocation budgétaire Delphine FAUCHET

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

ImportEPRD

Présentation	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/ERRD) avant le 1er janvier 2018 auront à transmettre leurs EPRD au titre de l'exercice 2018 sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA
Objectifs	Les objectifs sont les suivants : ▪ 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 ▪ Constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles
Modalités de chargement	Ouverture de la plateforme aux établissements et services médico-sociaux vers la mi-avril 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.
Personnes référentes	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-Sociaux, Pôle allocation budgétaire Laetitia DUCOUDRÉ et Charlotte DESPLANQUES

2.4. Remontée des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD)

ImportERRD

Présentation	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/ERRD)avant le 1er janvier 2017 auront à transmettre leurs ERRD au titre de l'exercice 2017 sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA
Objectifs	Les objectifs sont les suivants : ▪ Structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au CD le cas échéant, de disposer des ERRD dans les délais impartis ▪ Constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles
Modalités de chargement	Ouverture de la plateforme aux établissements et services médico-sociaux dans le courant du mois d'avril pour permettre aux structures concernées de déposer leur(s) fichier(s).
Exploitations / Extractions	Analyse nationale des données en N+1 pour exploitation.
Personnes référentes	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-Sociaux, Pôle allocation budgétaire Laetitia DUCOUDRÉ et Charlotte DESPLANQUES

3. <u>Collecte et validation des coupes Pathos et Aggir</u>

GALAAD	
Objectifs	▪ Recenser les évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des EHPAD et des ESLD ▪ Permettre le partage sécurisé des données de validation AGGIR avec les conseils départementaux ▪ Permettre aux médecins des ARS, chargés du contrôle et de la validation des coupes PATHOS, de déterminer le niveau de GMPS permettant de procéder à la tarification (saisie des

	GMP et PMP validés nécessaire dans HAPI) ▪ Permettre de décrire les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de résidents
Modalités de saisie	En flux par les médecins coordonnateurs
Points de vigilance	Le nouveau Galaad est en service depuis le 13 janvier 2015. Il constitue désormais la plateforme de référence pour la réalisation des évaluations AGGIR/PATHOS. L'ancienne version installée localement peut continuer à servir de base d'archives pour les médecins coordonnateurs ou valideurs (ARS et CD).
Personnes référentes	Pour la CNSA (Direction des Etablissements 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 permet d'alimenter le portail national d'information pour les personnes âgées (pourlespersonnesagees.gouv.fr) en données fiables et à jour. La maintenance de l'annuaire du site internet s'en trouve facilitée : suivi automatisé des créations, des fermetures, et plus largement des modifications.

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

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

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

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

Calendrier 2018 du système d'information métier de la CNSA

2018		
SEPPIA	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 **14 mai 2018** pour le calibrage de l'ONDAM 2018 Extraction au **31 décembre 2018** pour le reporting annuel (suivi des plans et des appels de CP 2018 et 2019)
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 **2 juillet 2018** 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~~7~~8** : période d'ouverture de l'application aux ESMS pour chargement des fichiers CA 2017	Extraction pour exploitation au **1er octobre 2018**
ImportEPRD	**Ouverture mi-avril 2018** : pour chargement des fichiers EPRD 2018	Extraction pour exploitation **fin 2018**
ImportERRD	**Ouverture mi-avril 2018** : pour chargement des fichiers ERRD 2018	Extraction pour exploitation au **1er octobre 2018**

ANNEXE 5

LA GESTION DES DISPONIBILITÉS BUDGÉTAIRES ET DES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES

1. Les crédits disponibles mobilisables en crédits non reconductibles (CNR)

Les CNR proviennent d'une disponibilité temporaire de crédits au sein des DRL qui est issue, entre autres, d'un solde excédentaire des reprises de résultat dans le cadre de l'examen des comptes administratifs (CA)A, des fermetures partielles ou totales, provisoires ou définitives de structures existantes, des décalages d'ouverture de nouvelles places… En dehors des reprises de résultat, ces disponibilités correspondent à des engagements pérennes à honorer ultérieurement.

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

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

La généralisation des CPOM qui peuvent s'accompagner d'une moindre reprise des résultats, et les conséquences de la gestion en AE-CP (explicitée en annexe 2) vont dans le sens d'une réduction progressive de ce niveau de disponibilité budgétaire.

En 2017, 227 M€ de CNR ont été tarifés sur le champ « personnes handicapées » et 233 M€ sur le champ « personnes âgées ». En complément de la fiabilisation accrue des prévisions d'installations de places devant prévenir la constitution de disponibilités budgétaires à l'origine de montants élevés de CNR, 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 des besoins des ESMS ;
- l a **formalisation du processus d'instruction des demandes de CNR**, qui doivent être précisées dans votre rapport d'orientation budgétaire[1] .

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** (en réduisant autant que faire se peut les montants inscrits en catégorie « autres »). Le détail des financements complémentaires alloués entre les EHPAD devra être reporté dans l'enquête tarifaire, qui sera transmise par la CNSA.

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

Le caractère temporaire de ces marges impose la plus grande rigueur dans l'allocation des CNR : **une utilisation aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrite**. Au-delà, le caractère non reconductible de ces crédits n'autorise, en aucun cas, le recours à des pratiques dont la conformité réglementaire, budgétaire et comptable n'est pas strictement établie.

3.1. Le périmètre d'octroi des CNR

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

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

[1] En application des articles R.314-22 et R.351-22 du CASF, l'autorité de tarification définie 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.

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 exclu.

Sur ces aspects, votre attention est enfin attirée sur la nécessité d'articuler la politique de CNR 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, levier d'accompagnement des politiques d'investissement des ESMS

Les CNR ont constitué en 2017, 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 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 règlementation permet toutefois de mobiliser la tarification pour **soutenir la capacité d'autofinancement** des ESMS engagés dans un plan pluriannuel d'investissement. A cette fin, et sous réserve de l'analyse de la capacité d'autofinancement de l'établissement, il est possible d'utiliser les CNR afin de **constituer des provisions règlementées pour le renouvellement des immobilisations**.

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

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

- **de dépenses de personnel liées à des besoins de remplacement** : les CNR alloués à ce titre doivent être conditionnés par l'établissement d'un **diagnostic approfondi des facteurs d'absentéisme et de la formalisation d'un plan d'action** de lutte contre ce phénomène ;
- **de dépenses de formation** généralement liées au remplacement de professionnels partis en formation : vous rechercherez dans ce domaine la **meilleure complémentarité possible avec les sources de financement « de droit commun »** de la formation professionnelle dans une recherche de subsidiarité et, à terme, de substitution. Une modalité d'action possible pour veiller à la non-redondance des financements consiste à demander aux ESMS sollicitant des CNR pour des dépenses de formation de justifier de l'absence de prise en charge des coûts par leur OPCA. La CNSA allouant des subventions aux OPCA du secteur, il est tout à fait légitime que vous cherchiez à engager avec leurs directions régionales une collaboration plus poussée (les conventions en cours de négociation entre la CNSA et les OPCA pour la période 2018-2020 prévoiront un axe dans ce sens) ;
- **de réponse aux situations complexes de personnes handicapées** : si les CNR permettent de faciliter l'admission de personnes en situation complexe dans un établissement en permettant l'intervention complémentaire d'autres professionnels et/ou en renforçant son personnel, il convient d'être attentif à ce que le traitement de ces situations s'inscrive dans le cadre partenarial des commissions « situations critiques » ou de la gouvernance liée au projet « réponse accompagnée pour tous ». L'intervention de CNR ne doit pas revêtir de caractère automatique qui aurait pour effet une déresponsabilisation des acteurs dans la recherche de solutions, notamment combinant les compétences et les interventions de plusieurs établissements et services complémentaires pour répondre aux besoins de la personne ;

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

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

ANNEXE 6

POURSUIVRE L'ACCUEIL DE VOLONTAIRES AU SERVICE CIVIQUE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS QUI ACCUEILLENT DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET DÉVELOPPER LA PRISE EN CHARGE DE PERSONNES EN PARCOURS EMPLOI COMPÉTENCES (PEC) AU SEIN DES EHPAD

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 solidarités et de la santé s'est fortement engagé dans le développement du service civique pour contribuer à l'objectif global de 150 000 jeunes accueillis en 2018.

Dans la continuité des actions conduites en 2016 et 2017, l'objectif en 2018 est d'atteindre 25 000 missions proposées aux jeunes volontaires en 2018.
Lors du dernier Comité interministériel en février dernier, il a été constaté une bonne mobilisation des acteurs dans le champ médico-social.
Pour atteindre cet objectif, il convient d'accompagner globalement la montée en charge et le déploiement du service civique.

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

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

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

Cette circulaire invite les structures à développer leurs possibilités d'accueil de volontaires en service civique ; elle renvoie pour cela à un guide de juin 2017 qui leur précise les champs d'intervention spécifiques envisageables dans le secteur sanitaire et médico-social.

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

Par ailleurs, nous attirons votre attention sur le nouveau dispositif PEC (parcours emploi compétences) qui a pris la suite des contrats aidés depuis janvier 2018.
Ce nouveau dispositif qui s'adresse aux personnes les plus éloignées du marché du travail met l'accent sur l'accompagnement vers l'emploi durable des personnes concernées.
Les EHPAD sont éligibles à ce dispositif, pour lequel une aide sera accordée aux employeurs dans une fourchette de 30 à 60 % du SMIC brut. Le taux de prise en charge sera fixé par le préfet de région.
Les informations sur ce nouveau dispositif sont accessibles sur le site suivant : http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/parcours-emploi-competences/article/parcours-emploi-competences

ANNEXE 7

ENQUÊTES 2018

Les enquêtes programmées pour l'exercice 2018 sont précisées dans la présente annexe. Leur calendrier de remontée et la qualité des données qu'elles contiennent doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

1- Calendrier des enquêtes 2018

Enquête tarifaire	2 Remontées : **29 juin 2018, 19 novembre 2018** 1 validation définitive au 15 janvier 2019
Financement des CAMSP et des CMPP	Remontée sur la plateforme ImportCA, en complément des comptes administratifs 2017, **soit avant le 30 avril 2018**

2- Présentation des enquêtes 2018

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 le tableau 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 2018. Une attention particulière sera portée sur l'évaluation des crédits mobilisés en matière de qualité de vie au travail (QVT), l'application HAPI ayant par ailleurs été modifiée pour permettre de préciser, pour tous les types de dépenses, celles relevant de la QVT. Pour ces raisons, **cette enquête est remontée 2 fois au titre de l'exercice 2018. Vous veillerez à garantir sa fiabilité.**	
Exploitations	Remontées de l'enquête : - **29 juin N** : prévisions de tarification au 31 décembre N ; - **19 novembre N** : Réalisation de la tarification 2017 et répartition des crédits tarifiés pour définir le cadrage de la campagne suivante. Ces éléments seront également exploités dans le cadre de la préparation des dialogues de gestion ARS-CNSA - **Validation définitive pour le 15 janvier N+1**
Points de vigilance	Le respect strict du calendrier est indispensable : - Au travail d'estimation de la consommation de l'OGD en cours d'année - A la préparation des dialogues de gestion de fin d'année - A la construction de l'ONDAM puis de la campagne budgétaire n+1
Personnes	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux :

référentes	Pôle allocation budgétaire ; en fonction des référents régionaux (polebudgetaire@cnsa.fr)

Enquête Creton	
Cette enquête a pour objectif d'analyser l'impact financier de l'accueil au titre de l'amendement Creton. Les recettes des ESMS au titre de la prise en charge « amendement Creton » constituent en effet un paramètre de suivi de l'exécution de la dépense médico-sociale globale (assurance maladie + conseils départementaux).	
Exploitations	Remontées de l'enquête : **17 septembre 2018** - Remontée synthétique des données afférentes aux amendements Creton pour l'exercice 2017 par département - Une meilleure connaissance des amendements Creton est également nécessaire pour mieux identifier les inadéquations sur le territoire et ainsi éclairer la programmation au niveau national et régional
Rappels méthodologiques	- La recette réelle est constatée au CA (présentée dans le rapport du directeur de l'ESMS) - Outre le remplissage du tableau, il conviendra de préciser la méthodologie de prise en compte de la recette amendement Creton issue des conseils généraux dans le pilotage budgétaire de l'enveloppe MS.
Personnes référentes	CNSA, Direction Etablissements et Services Médico-sociaux : Pôle allocation budgétaire (polebudgetaire@cnsa.fr)

ANNEXE 8

TARIFS PLAFONDS APPLICABLES AUX ESAT EN 2018

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 2018, 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 0,88 %, soit le taux d'actualisation appliqué au secteur PH en 2018.

Par conséquent, sur la base de l'article L. 314-3 du CASF, un arrêté interministériel fixe pour 2018 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 13 169 € 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 16 460 € ;
- 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 15 801 €. ;
- 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 13 826 € ;
- 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 13 826 € ;

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

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 2017 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 (2017), 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 2017. 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 0,9 % en masse budgétaire, vous veillerez à analyser les propositions budgétaires des établissements au regard notamment des moyens et des coûts d'ESAT comparables.
Le taux défini au niveau national n'a en effet pas vocation à être appliqué uniformément à l'ensemble des établissements PH. L'application du taux d'actualisation ne doit pas conduire au dépassement du tarif plafond.
Comme les années précédentes, l'enveloppe de crédits disponibles dégagée par la poursuite de la convergence tarifaire vous permettra de mieux doter les ESAT dont les dotations apparaissent insuffisantes. Ainsi, vous pourrez mobiliser ces marges pour abonder les ressources des ESAT les plus en difficulté au vu d'éléments précis et objectifs, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des travailleurs handicapés qu'ils accueillent et favoriser l'équité territoriale.

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

- l'analyse du taux d'occupation des ESAT, au regard notamment du développement des temps partiels et séquentiels, en particulier en lien avec les besoins des personnes 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 vous rappelons 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 des tarifs plafonds et du dispositif de convergence nationale vers ces tarifs.

Par ailleurs, nous vous rappelons que le moratoire sur la création de places d'ESAT est maintenu. Quand bien même vous disposeriez de marges au sein de votre DRL PH qui pourraient être employées à cet effet il convient de ne pas créer de nouvelles places qu'il s'agisse d'extensions non

importantes ou de nouveaux appels à projet. Ce moratoire traduit une priorité politique donnée à l'inclusion des personnes handicapées en milieu de travail ordinaire. De plus, aucun crédits supplémentaires ne sont prévus au sien du programme 157 pour financer l'augmentation de la GRTH qu'entrainerait la création de nouvelles places d'ESAT.

ANNEXE 9

CADRAGE DES ÉLÉMENTS FINANCIERS DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX PRODUISANT UN EPRD (ESSMS PH)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cas des organismes privés, l'article R. 317-212 précise que l'EPRD « peut comprendre l'ensemble des établissements et services d'un même gestionnaire privé non lucratif relevant du périmètre géographique de ce contrat. »

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

Conséquences en matière d'équilibre budgétaire :

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

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

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

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

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

2. Périmètre et nature de l'EPRD

L'instruction ministérielle N? DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre les dispositions du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESSMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF précise les modalités de mise en œuvre de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et des dispositions budgétaires et comptables qui y sont attachées. Certaines de ces dispositions sont différenciées en fonction des catégories d'établissements et de services. Pour les ESMSS qui relèvent de l'article L. 313-12-2, la mise en place de l'EPRD et des règles qui en découlent est effective l'exercice suivant la signature du CPOM alors qu'elle est effective dès l'exercice 2017 pour les EHPAD et les PUV. L'instruction précise également que le périmètre de l'EPRD est variable selon le statut des organismes gestionnaires. Le cadre normalisé à utiliser peut être

fonction de ce même statut ainsi que, pour le secteur des personnes âgées, de l'administration ou non d'un tarif « hébergement » ou « accompagnement à la vie sociale » par le conseil départemental (ou la métropole). En fonction de ces critères, trois cadres normalisés sont mis en places :

- Un EPRD qui s'applique dans le cas général, c'est-à-dire pour tous les ESSMS ciblés par la contractualisation obligatoire, y compris les EHPAD, les PUV et les AJ dès lors que leur(s) tarif(s) sont administrés par une autorité de tarification [1], quel que soit le statut de l'organisme gestionnaire, à l'exception des activité sociales et médico-sociales gérées par un établissement public de santé. Il est également à noter qu'un EHPAD public autonome ou en budget annexes d'un CCAS, d'un CIAS ou d'une collectivité territorial doit également fournir ce cadre budgétaire lorsqu'il relève de l'article L. 342-3-1 du CASF.. 0

- Un EPRD simplifié pour les établissements privés relavant des dispositions des articles L. 342-1 et suivants du CASF. Cet EPRD concerne le secteur des personnes âgées.

- S'agissant des activités sociales et médico-sociales relevant d'un établissement public de santé, c'est un état prévisionnel des charges et des produits (EPCP) qui est attendu. Ce document n'a qu'une visée tarifaire, l'établissement public de santé étant lui-même soumis à la production d'un EPRD pour l'ensemble de ses budgets, en application des dispositions du code de la santé publique.

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

a. Détermination de la base

Les établissements et services inclus par le CPOM visé à l'article L. 313-12-2[2] du CASF perçoivent au titre de l'article R. 314-105 du même code, une dotation globale calculée dans les conditions prévues à l'article R. 314-40.

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

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

Pour les établissements et services tarifés en prix de journée et relevant de l'OGD précité, la signature d'un CPOM mentionné à l'article L. 313-12-2 (ou d'un CPOM « multi-activités » mentionné au IV ter de l'article L. 313-12) emporte la mise en place d'une dotation globale. Vous

1 Notamment, le gestionnaire commercial d'un SSIAD fournira cet EPRD et non un EPRD simplifié.
2 Il s'agit des ESMS-PH, des SSIAD/SPASAD et des accueils de jour autonomes.

veillerez à calibrer la dotation initiale en prenant pour base le niveau de charges nettes reconductibles, hors report à nouveau.. Vous prendrez également en compte le niveau de charges réelles comme critère de majoration ou de minoration de cette base, dans la limite des marges de manœuvre permises par la dotation régionale limitative pour ce qui concerne les ARS.

b. Modalités d'évolution de la dotation

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

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

- soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation,

- soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme.

Indépendamment de ce mode d'actualisation, il est possible d'introduire un mécanisme de convergence régionale.

A noter que l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a introduit la possibilité de prévoir dans les CPOM mentionnés à l'article L.313-12-2 un mécanisme de modulation de la dotation globale en fonction d'objectifs d'activité.. Ces dispositions s'appliquent également aux CPOM « multi-activités » du IV ter de l'article L. 313-12, en application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Le décret d'application de ces dispositions a été transmis pour avis au conseil d'Etat et devrait donc pourvoir être publié au cours du printemps 2018.

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

Nous vous rappelons que, lorsque l'établissement ou le service relève du 2° du I de l'article L. 312-1 du CASF et qu'il accueille régulièrement des jeunes adultes handicapés bénéficiant des dispositions de l'article L. 242-4, la part de la dotation globale à la charge de l'assurance maladie est modulée en fonction des produits à la charge des conseils départementaux sur l'exercice précédent (XVI de l'article R314-105).

Concernant le périmètre de la facturation, une instruction à venir précisera les dispositions applicables.

ANNEXE 10

AFFECTATION DES RÉSULTATS ET TRAITEMENT DES DÉPENSES NEUTRALISÉES OU REJETÉES

1. *Dispositions relatives à l'affectation des résultats*

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

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

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

- Des foyers de jeunes travailleurs et des établissements ou services qui sont gérés en régie directe par une administration de l'Etat ;
- Des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et des petites unités de vie, dès l'exercice 2017, indépendamment de la signature d'un CPOM ;
- Des établissements et services pour lesquels, soit un CPOM « multi-activités » mentionné au IV ter de l'article L.313-12, soit un CPOM mentionné à l'article L.313-12-2[1], a été signé[2].

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

Un excédent d'exploitation peut être affecté :

- À la réduction des charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel il est constaté, ou de l'exercice qui suit ;
- Au financement de mesures d'investissement ;
- Au financement de mesures d'exploitation n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivant celui auquel le résultat est affecté ;
- À un compte de réserve de compensation ;
- À un compte de réserve de trésorerie dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R. 314-48 ;

---

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

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

- A un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

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

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

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

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

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

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

1.2. <u>Dans un environnement EPRD :</u>

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

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

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

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

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

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

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

L'excédent d'exploitation est affecté :

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

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

Le déficit de chacun des comptes de résultat est :

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

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

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

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

De même, les résultats des comptes de résultat soumis à un équilibre strict restent affectés par l'autorité de tarification compétente. Pour ces comptes de résultat, les plus-values nettes de cession d'éléments d'actifs sont obligatoirement affectées à l'investissement[3] pour le montant total de ces plus-values.

Des dispositions transitoires sont prévues dans l'attente de la signature du CPOM mentionné au IV ter de l'article L. 313-12[4].

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

S'agissant de l'affectation des résultats des EHPAD et des PUV dans l'attente de la signature du CPOM, ce contrôle s'effectue dans le cadre des mesures transitoires fixées par l'article 5 du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 *modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (NOR : AFSA1619027D)*. Cet article précise : *« II. – Dans l'attente de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du même code : (…) 3° Les autorités de tarification peuvent s'opposer à l'affectation des résultats décidée en application de l'article R. 314-234 et mettent en œuvre, le cas échéant, les dispositions de l'article R. 314-230 du même code, dans leur rédaction issue du présent décret. »*. Les autorités de tarification peuvent donc réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Pour les ESSMS publics notamment, cela se traduit par la mise en œuvre des dispositions de l'article R. 314-230 du CASF où l'autorité de tarification demande l'adoption d'une décision modificative visant à diminuer les produits de la tarification. De façon plus spécifique pour les ESSMS publics, si la décision modificative n'est pas adoptée, l'autorité de tarification diminue, d'autorité, les tarifs de l'exercice suivant[5].

En complément, deux dispositions doivent être mentionnées :

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

Pour des EHPAD dont le tarif « hébergement » est administré par le conseil départemental, il convient de distinguer un résultat « soins + dépendance » d'une part, et un résultat « hébergement», d'autre part. Cette distinction est motivée par le maintien d'une procédure budgétaire contradictoire pour cette dernière section. En application des mesures transitoires prévues pour ces établissements, l'affectation du résultat de cette section tarifaire s'effectue par l'autorité de tarification (conseil départemental ou métropole) dans les conditions prévues pour les comptes de résultat soumis à un équilibre strict[6].

---

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

4 Des mesures transitoires sont prévues à l'article 5 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 *modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.* Pour les CPOM relevant de l'article L. 313-12-2, des mesures transitoires équivalentes seraient sans objet.

5 Article 5, II 3° du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 précité.

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

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

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

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

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

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

- Sous ce tarif est fixé dans le cadre d'une procédure budgétaire entre le conseil départemental et le gestionnaire, ce tarif est dit « administré » ;

- Soit ce tarif n'est pas fixé dans le cadre d'une procédure budgétaire, parce que l'EHPAD n'est pas habilité à l'aide sociale départementale à l'hébergement ou parce que le tarif pris en charge par le conseil départemental est défini dans le cadre d'une convention d'aide sociale (voir notamment article L. 342-3-1).

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

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

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

Lorsque le tarif « hébergement » d'un EHPAD est administré par le conseil départemental, la distinction entre un résultat « soins + dépendance » et un résultat « hébergement » n'a plus lieu

d'être : conformément au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF, le CPOM « *fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services et prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire.* ».

En revanche, lorsque l'EHPAD relève des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF, y compris ceux mentionnés à l'article L. 342-3-1, cette distinction doit être maintenue même après la signature du CPOM.

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

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

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

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

L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a modifié la rédaction de l'article L. 313-12-2. Cet article prévoit dorénavant que : « *Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat.* » . L'affectation des résultats est effectuée par le gestionnaire mais reste encadrée par les dispositions contenues dans le CPOM. En revanche, une autorité de tarification ne peut plus reprendre tout ou partie d'un excédent comptable en diminution du tarif N+1 ou N+2. Cette disposition s'applique dès l'exercice 2017, l'affectation d'un résultat ayant lieu l'année qui suit la clôture de l'exercice. Il convient donc d'appliquer cette mesure aux CPOM déjà signés et ceci dès cette année, sans attendre la modification de l'article R. 314-43[7]. Les contrats qui prévoient ces reprises doivent être modifiés par avenant.

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

1.2.4 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

[7] Cet article précise actuellement la possibilité de reprendre tout ou partie d'excédents dans le cadre de ces contrats. Le décret modificatif devrait paraître d'ici la fin du premier semestre 2018.

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. A 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.

2. *Traitement des dépenses rejetées ou neutralisées*

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

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

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

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

Dans en environnement « budget prévisionnel », la rédaction de l'article R. 314-52 a été modifiée. Cet article précise maintenant que : « *L'autorité de tarification peut, avant de procéder à l'affectation d'un résultat, rejeter les dépenses qui sont manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement.*

L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit. »

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

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

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

Conséquences budgétaires:

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

Conséquences comptables :

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

2.2. Affectation des dépenses rejetées ou neutralisées

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

2.2.1. Dans le cas des ESSMS publics

Le traitement des comptes 114 et 1161 et 1163 va être précisé par instructions interministérielles. L'instruction codificatrice n°09-006-M22 du 31 mars 2009 sera par ailleurs modifiée.

Sous cette réserve :

Dans un environnement « BP » :

Les comptes 1161 et 1163 sont maintenus pour l'exercice 2018 et sont mouvementés dans les conditions actuelles précisées par l'instruction codificatrice M. 22.

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

Dans un environnement « EPRD » :

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

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

2.2.2. Dans le cas des ESSMS privés :

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

Par ailleurs, l'avis n° 2007-05 du 4 mai 2007[8] du Conseil national de la comptabilité « *relatif aux règles comptables applicables aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant de l'article R. 314-1 du code de l'action sociale et des familles appliquant l'instruction budgétaire et comptable M22, ainsi qu'aux associations et fondations gestionnaires des établissements sociaux et médico-sociaux privés qui appliquent les règlements n° 99-01 et n° 99-03 du CRC* » continue à produire ses effets, notamment pour ce qui concerne les provisions pour congés à payer.

Dans un environnement « BP » :

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

Dans un environnement « EPRD » :

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

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

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

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

---

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

ANNEXE 11

REPARTITION PREVISIONNELLE DES AE

CNH POUR LA PERIODE 2018-2020

Région	Notification AE pour 2018 (30 M€)	Répartition AE pour 2019 (30 M€)	Répartition AE pour 2020 (30 M€)	Total AE (90M€)
	Création / Evolution Total	Création / Evolution Total	Création / Evolution Total	Création / Evolution Total
Auvergne-Rhône-Alpes	5,063,158	5,063,158	5,063,158	15,189,474
Bourgogne-Franche-Comté	1,688,427	1,688,427	1,688,427	5,065,282
Bretagne	2,121,585	2,121,585	2,121,585	6,364,756
Centre-Val de Loire	541,586	541,586	541,586	1,624,758
Corse	384,002	384,002	384,002	1,152,007
Grand-Est	625,556	625,556	625,556	1,876,668
Guadeloupe	93,281	0	0	93,281
Guyane	0	0	0	0
Hauts-de-France	2,623,793	2,623,793	2,623,793	7,871,380
Île-de-France	6,648,235	6,648,235	6,648,235	19,944,705
La Réunion/Océan Indien	912,645	912,645	912,645	2,737,936
Martinique	558,947	0	0	558,947
Normandie	1,132,545	1,132,545	1,132,545	3,397,634
Nouvelle-Aquitaine	2,851,635	2,851,635	2,851,635	8,554,905
Occitanie	2,069,401	2,069,401	2,069,401	6,208,204
Pays de la Loire	869,942	869,942	869,942	2,609,827
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,251,233	2,251,233	2,251,233	6,753,699
	30,435,973	**29,783,745**	**29,783,745**	**90,003,463**

ANNEXE 12

EXPÉRIMENTATION DE PRÉSENCE D'INFIRMIÈR-E DE NUIT EN EHPAD :
SYNTHÈSE DES RETOURS DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Des expérimentations de présence d'infirmier(e) la nuit dans des EHPAD, dites expérimentations « IDE de nuit en EHPAD » se sont déployées dans le cadre du plan soins palliatifs 2015-2018 et du dispositif expérimental « Parcours de santé des aînés », dit PAERPA. Les ARS ont été sollicitées, dans le cadre de l'instruction n°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, sur leurs retours d'expérience des expérimentations menées sur leur territoire.

Les remontées de terrain témoignent d'une grande hétérogénéité sur le déploiement, les modalités d'organisation ou les missions confiées à l'IDE. Cependant, peu d'échecs de mise en œuvre ont été rapportés. Les retours subjectifs sont favorables à une présence infirmière de nuit mais l'impact réel sur les soins anticipés ou palliatifs ainsi que sur le recours aux urgences et aux hospitalisations non programmées est difficilement évaluable.

Le présent document synthétise les remontées du terrain et identifie les réflexions à mener pour la mise en place plus structurée et pérenne d'un dispositif d'infirmière de nuit.

MARS 2018

Introduction 3
Un double cadre expérimental pour deux objectifs initiaux 3
Des données évaluatives actuelles parcellaires 3
Méthodologie 4
Résultats 4
Echantillon d'analyse 4
Etat des lieux du déploiement 6
Hétérogénéité géographique et organisationnelle des dispositifs 6
Mise en place effective des dispositifs 9
Deux modèles organisationnels et interventionnels 9
Recrutement du personnel infirmier 10
Modes de financement 10
Retours d'expérience des ARS 12
Nécessaire implication des acteurs 12
Nécessaire définition de du périmètre interventionnel de l'IDE 12
Prescriptions médicales anticipées 12
Gestion des urgences et appels de nuit 12
Cadre de mise en place d'une IDE de nuit 13
Un ressenti positif mais dépendant des conditions du terrain 14
Qualité de prise en charge et amélioration des pratiques 14
Facteurs-clés de succès remontés 14
Limites observées sur le terrain 15
Besoin différent selon le territoire 15
Périmètre d'intervention : gestion des urgences ou prescriptions anticipées ? 15
Difficultés de mobilisation et de recrutement des professionnels infirmiers 15
Difficulté de financement 16
Discussion 16
Une analyse de l'impact et de l'efficience de la présence des infirmières de nuit à affiner 16
Les données disponibles à ce stade sont encore insuffisantes 16
L'évaluation d'impact et l'évaluation médico-économique doivent être confortées, en tenant compte d'un contexte en évolution 16
Des pistes complémentaires sur le dispositif IDE de nuit 17
Conclusion 17
Récapitulatif à la mise en place d'un projet IDE de nuit 18
Annexes 19

Introduction

Un double cadre expérimental pour deux objectifs initiaux

La mesure 9.1 *(Annexe 1)* du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie[1] préconise le développement d'une présence d'un personnel IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) de nuit en EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) pour éviter les **hospitalisations en fin de vie**.

La mise en place d'une présence infirmière de nuit en EHPAD s'inscrit également dans les expérimentations PAERPA (dispositif pour les Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). 6 des 9 territoires PAERPA expérimentent ainsi une présence infirmière la nuit en EHPAD, pour éviter ou réduire les **passages aux urgences** (4ème action clé[2]).

Des données évaluatives actuelles parcellaires

La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) a étudié en 2010 le dispositif expérimental « IDE de nuit en EHPAD ».[3] Du fait du petit échantillonnage de l'étude et de sa non-représentativité, la CNSA a conclu qu'aucune généralisation brute ne pouvait être tirée et préconisait des études plus fiables et réellement comparatives, en lien avec la DREES. Toutefois, elle a précisé que la présence infirmière la nuit est une possibilité de recours notamment pour l'accompagnement des situations de fin de vie.

De plus, l'étude « Fin de vie en EHPAD » menée par l'ONFV (Observatoire National de Fin de vie) figurant dans leur rapport de 2013[4] conclut sur 37% de réduction significative du risque d'être hospitalisé dans les 15 jours précédant le décès survenant en EHPAD (RR[5] = 0.63 [0.57 ; 0.70], p[6] < 0.001) lorsqu'un personnel infirmier est présent physiquement la nuit. Toutefois, aucune conclusion n'est possible quant à l'impact de l'IDE de nuit sur le lieu de décès (hospitalier ou EHPAD), sur l'astreinte téléphonique ou sur le recours aux urgences. Les auteurs concluaient alors qu'une généralisation du dispositif permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations en fin de vie chaque année. Ces résultats sont toutefois à modérer compte tenu du faible nombre de décès inclus (environ 3500), de l'analyse en sous-groupe et des critères de sélection.

---

1 Ministère de la santé et des solidarités, Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement en fin de vie, 2016

2 Ministère de la santé et des solidarités, DSS, PAERPA brochure générale, 2016

3 CNSA, Rapport relatif aux résultats de l'expérimentation des astreintes opérationnelles d'infirmier de nuit en EHPAD, mesure 7 du programme de développement des soins palliatifs 2008/2012

4 Observatoire national de la fin de vie, Fin de vie des personnes âgées, rapport 2013

5 Risque relatif : rapport de deux risques (risque chez les exposés sur le risque chez les non-exposés).

6 P : probabilité que le hasard explique une différence égale ou supérieure à celle observée entre deux échantillons

Méthodologie

Afin de mieux cartographier les dispositifs existants et de disposer d'éléments d'évaluation, un questionnaire *(Annexe 2)* de recensement des expérimentations IDE de nuit, notamment dans le cadre du plan soins palliatifs et PAERPA ainsi que leurs caractéristiques a été envoyé aux ARS dans le cadre de la circulaire pour la campagne budgétaire des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées pour 2017.

Le questionnaire adressé aux ARS devait être retourné en novembre 2017. Pour préciser les éléments de réponse, plusieurs ARS ont été relancées pour des compléments d'informations en janvier et en février 2018 et 4 entretiens téléphoniques (Grand Est, Corse, Auvergne-Rhône Alpes (AURA), GEROND'IF pour l'Ile-de-France) ont été conduits.

Les retours obtenus couvrent un spectre variable : d'une part, les dispositifs IDE de nuit dans le cadre de PAERPA ou ceux autoportés par les EHPAD n'ont pas toujours été recensés et d'autre part, la méthodologie de recueil a été différente selon le territoire (remplissage des questionnaires par les EHPAD ou par les ARS). Les données n'étant pas exhaustives, il a donc été décidé d'analyser en globalité les retours sans distinction notamment sur les différents cadres expérimentaux (PAERPA, non PAERPA, auto-portage).

Par ailleurs, le recueil des données quantitatives n'est pas homogène sur le territoire : le nombre de passages aux urgences, d'hospitalisations non programmées, la prescription de soins anticipés dont les soins palliatifs ne sont pas toujours mesurés. Seules les ARS AURA[7] et Ile de France[8] ont réalisé une étude quantitative comparative avec groupe témoin. De plus, des indicateurs spécifiques sur l'impact des hospitalisations évitables n'ont pu être isolés.

Les données qualitatives présentées ne relèvent pas d'une enquête qualitative ad hoc mais correspondent aux retours complémentaires des ARS.

Résultats

Echantillon d'analyse

Concernant l'analyse des données quantitatives, les retours n'étant pas exhaustifs, l'état des lieux du déploiement présenté ici porte sur des sous-échantillons correspondant à une partie des dispositifs déployés, c'est-à-dire ceux ayant remonté des données *(Figure1)*. Quant aux éléments qualitatifs rapportés, ils correspondent à des retours empiriques du terrain transmis par les gestionnaires des EHPAD ou relevant de l'appréciation portée par l'ARS sur le dispositif.

7 AURA, incidence d'un temps de présence médicale accru et d'une infirmière de nuit sur les hospitalisations injustifiées et/ou évitables des résidents en EHPAD

8 GEROND'IF, Gerontopôle d'Ile de France, Etude d'impact médico-économique du dispositif d'IDE mutualisés de nuit en EHPAD

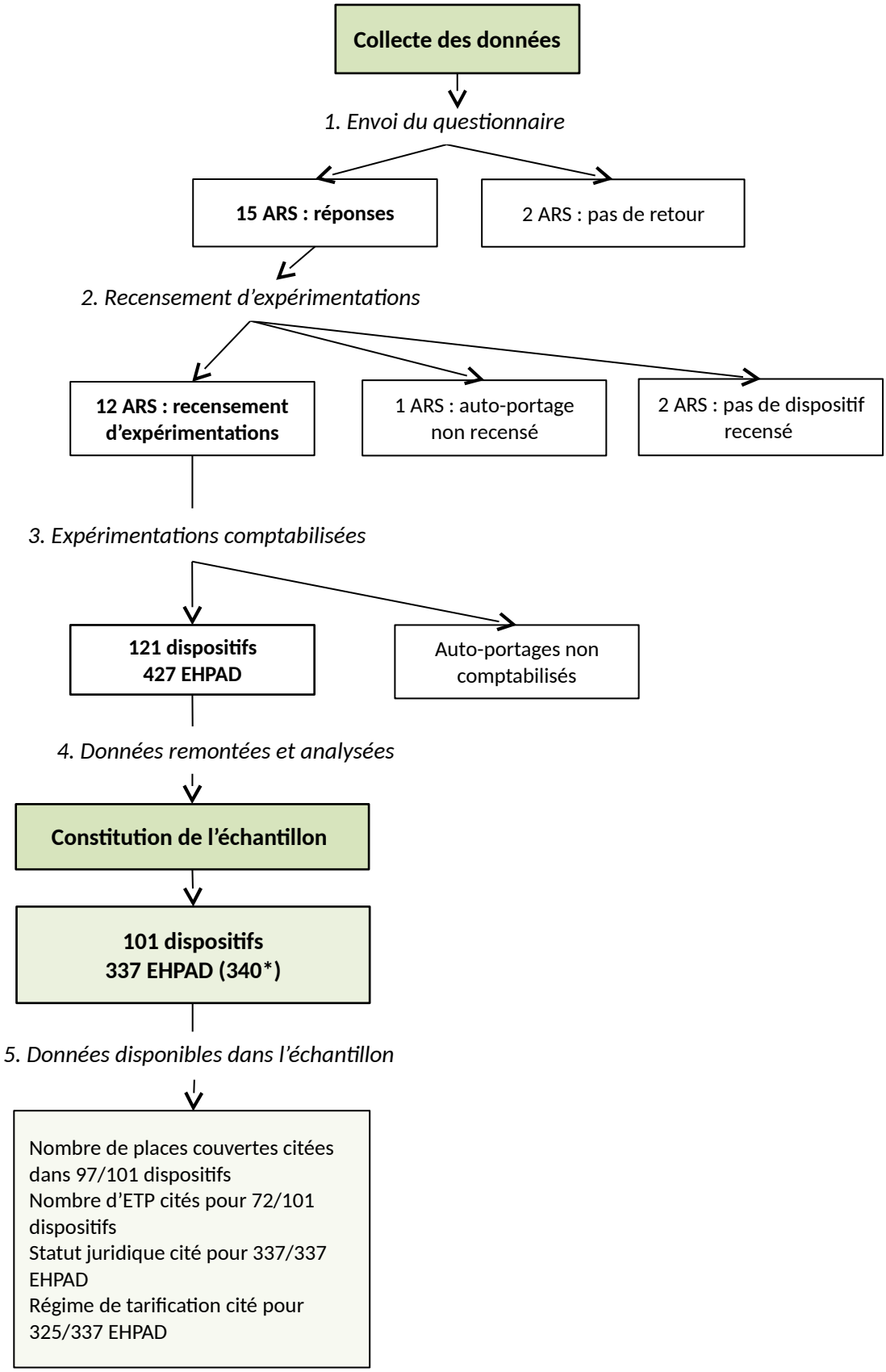

Figure 1 : Données incluses dans l'échantillon d'étude.

Légende : * allers-retours d'EHPAD

Etat des lieux du déploiement

Hétérogénéité géographique et organisationnelle des dispositifs

Les premières expérimentations mises en place datent de janvier 2014 (AURA, Occitanie, Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), Pays-de la Loire) et les dernières ont débuté en septembre 2017 (Océan Indien).

101 dispositifs IDE de nuit ont été mis en place dans 12 ARS. A contrario, des ARS n'ayant pas mis en place de dispositif ont pu relever un portage de personnel infirmier de nuit par le/les établissements eux-mêmes (autofinancement) : dans ce cadre les remontées des ARS Normandie et Corse comportent uniquement ce type d'expérimentations et les ARS Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine et Océan Indien ont rapporté des auto-portages non inclus dans le questionnaire et qui, à ce titre, ne font pas partie du spectre de l'analyse. Cette hétérogénéité est aussi le résultat de la réforme territoriale : ainsi, au sein de l'ARS Grand-Est, la Champagne-Ardenne, par exemple, a déployé plusieurs dispositifs IDE de nuit sous la dynamique de l'ancienne ARS, quand l'Alsace, de son côté, a plutôt des dispositifs autoportés initiés à la dynamique des EHPAD.

Les ARS Centre-Val-de-Loire, Bourgogne-Franche-Comté et Martinique n'ont pas remonté d'expérimentations, l'ARS Guyane n'a pas répondu au questionnaire et la réponse de l'ARS Corse a été partielle. 7 dispositifs sur les 101 répertoriés font partie de l'expérimentation PAERPA *(Figures 2 et 3)*.

65 dispositifs étaient mutualisés et 36 étaient autoportés par un seul établissement. Le nombre de dispositifs est très hétérogène selon les ARS allant de 1 (ARS Hauts-de-France) à 12 dispositifs mutualisés (ARS PACA). Concernant les dispositifs mutualisés (n = 62/65), en excluant donc les auto-portages ne relevant souvent pas de l'expérimentation mais de crédits pérennes, la durée d'expérimentation moyenne est de 33 mois.

Le nombre d'EHPAD au sein d'un dispositif est aussi variable allant de 1 EHPAD (dispositif autoporté) à 8 EHPAD (ARS Occitanie) pour les dispositifs mutualisés. Parmi les dispositifs mutualisés (n =62/65), en moyenne 4.7 établissements coopéraient parfois sous le mode d'un EHPAD porteur coordonnateur et des EHPAD adhérents.

337 établissements sur les 7 258 EHPAD existants ont été couverts soit un total de 26 113 lits[9] sur les 557 648 lits de l'offre globale d'hébergement permanent en EHPAD. Il y a en moyenne 259 lits par dispositif. Les EHPAD ayant expérimenté une présence infirmière de nuit sont à 54 % publics (n=181), 30 % privés à but non lucratif (n=101) et 16 % privés à but lucratif (n=55) et 37% sont à tarif global (n=121) et 63% à tarif partiel (n = 204) *(Figure 4)*.

[9] Donnée non fiabilisée

	Dispositif expérimental			Dispositif pérenne	Total du recensement	Total des données incluses dans la synthèse
	PAERPA		Hors PAERPA			
	1ère vague	2ème vague				
Auvergne-Rhône-Alpes	0	0	7 dispositifs 22 EHPAD	0	7 dispositifs 22 EHPAD	7 dispositifs 22 EHPAD
Bourgogne-Franche-Comté	0	0	0	NA	NA	NA
Bretagne	0	1 dispositif	3 (5) dispositifs**	NA	4 dispositifs 28 EHPAD	4 dispositifs 28 EHPAD
Centre-Val de Loire	0	0	0	Auto-portage	NA	NA
Corse	0	0	0	12 dispositifs 12 EHPAD	12 dispositifs 12 EHPAD	12 dispositifs 12 EHPAD
Grand Est			8 dispositifs 32 EHPAD	En Alsace	8 dispositifs min 32 EHPAD min	8 dispositifs 32 EHPAD
Guadeloupe	0	0	0	NA	NA	NA
Guyane	0	0	NA	NA	NA	NA
Hauts-De-France	1 dispositif *Le Valenciennois-Quercitain* 6 EHPAD	0	0	NA	1 dispositif 6 EHPAD	1 dispositif 6 EHPAD
Ile-de-France	1 dispositif *Paris 9-10-19* 6 EHPAD	0	5 dispositifs 24 EHPAD 16 dispositifs 49 EHPAD	NA	22 dispositifs 79 EHPAD	6 dispositifs 30 EHPAD
Martinique	0	0	0	NA	NA	NA
Normandie	0	0	0	24 dispositifs 29 EHPAD 1 dispositif porté par le CH 1 dispositif par les externes en médecine 15% des EHPAD dotés	24 dispositifs 29 EHPAD min	24 dispositifs 29 EHPAD
Nouvelle-Aquitaine	2 dispositifs *Bordeaux / Corrèze* 30 EHPAD	0	5 dispositifs 19 EHPAD	80% des résidents de la région couverts	7 dispositifs 49 EHPAD min	5 dispositifs 19 EHPAD
Occitanie	1 dispositif *Hautes Pyrénées* 5 EHPAD*	0	9 dispositifs 49 EHPAD	NA	10 dispositifs 54 EHPAD	9 dispositifs 49 EHPAD
Océan Indien	0	0	2 dispositifs 6 EHPAD	1 dispositif* 3 EHPAD*	3 dispositifs 9 EHPAD	2 dispositifs 6 EHPAD
Pays de la Loire	1 dispositif *Mayenne* 15 EHPAD	1 dispositif *Mayenne* NA EHPAD	9 dispositifs	NA	11 dispositifs 76 (73) EHPAD***	11 dispositifs 76 (73) EHPAD***
Provence-Alpes-Côte d'Azur	NA	2 dispositifs *Var*	10 dispositifs	NA	12 dispositifs 31 EHPAD	12 dispositifs 31 EHPAD
Total du recensement	6 dispositifs 62 EHPAD	4 dispositifs NA EHPAD	74 dispositifs 201 EHPAD min	37 dispositifs min 44 EHPAD min	**121 dispositifs 427 EHPAD**	-
Total des données incluses dans la synthèse	3 dispositifs 62 EHPAD	4 dispositifs NA EHPAD	58 dispositifs 152 EHPAD min	36 dispositifs 41 EHPAD	-	**101 dispositifs 340 EHPAD**

Figure 2 : Etat des lieux des expérimentations et sur celles inclues dans l'analyse.

Légende : * : données non fiabilisées

données non prises en compte dans l'analyse
NA : not available = non disponible

** : 2 dispositifs échec de mise en œuvre
*** : aller-retours de participation d'EHPAD

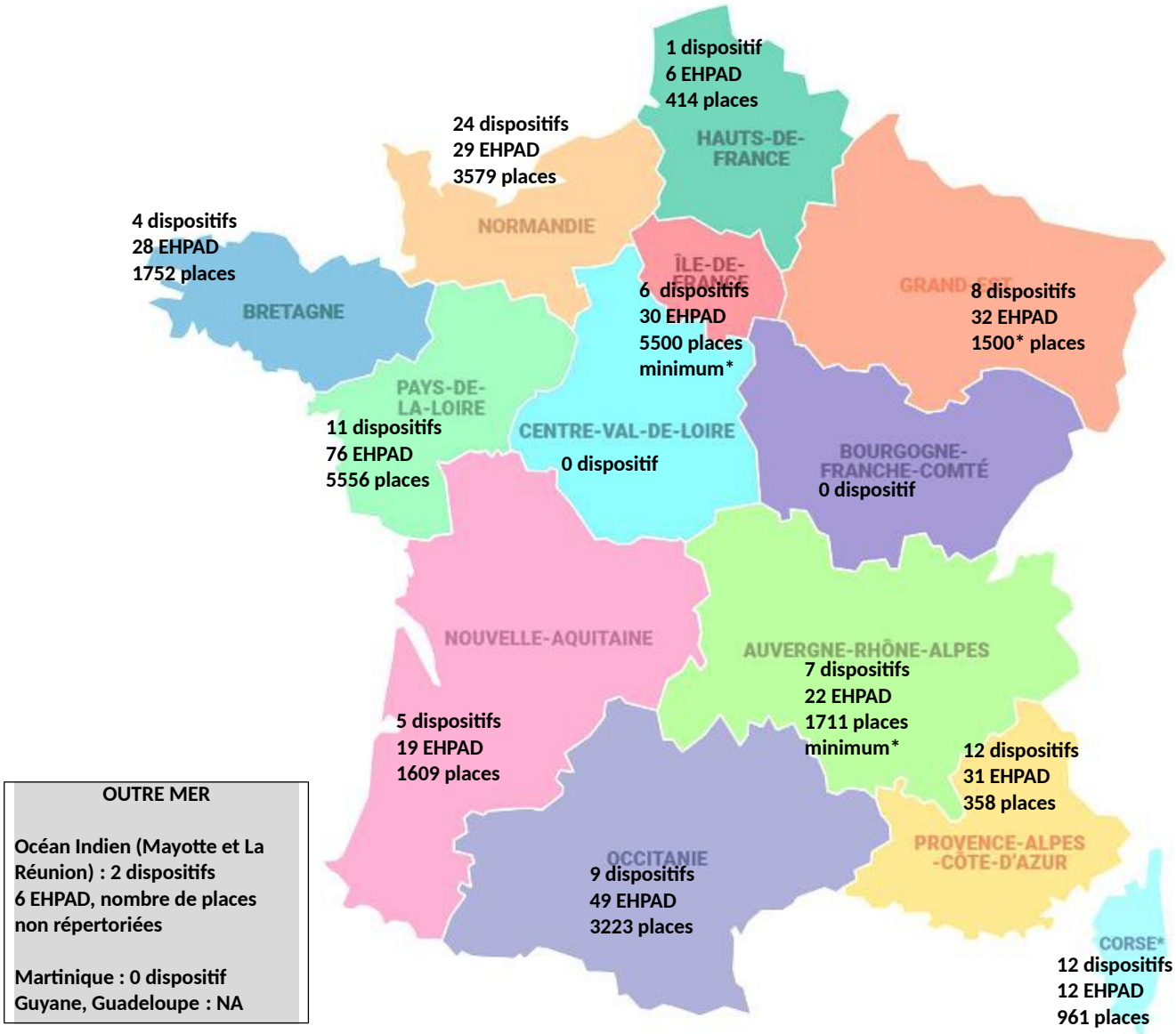

Figure 3 : Nombre de dispositifs par ARS et nombre d'EHPAD total ayant participé à l'expérimentation et faisant partie de l'analyse (Infographie : Ministère de l'Intérieur)

Légende :
* : données non fiabilisées
NA : not available = non disponible

Pas de remontées

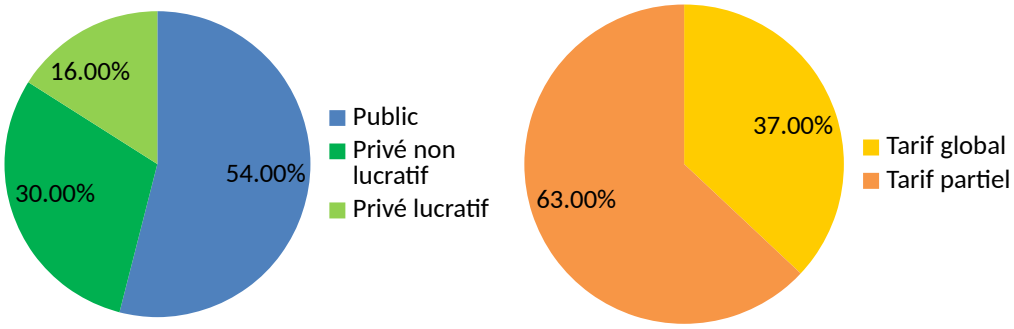

Figure 4 : Caractéristiques des établissements expérimentateurs

Mise en place effective des dispositifs

Deux modèles organisationnels et interventionnels

Si le portage peut se faire par un seul établissement (ARS Normandie ou Corse), la majorité des ARS (n=10/12) ont opté pour une mutualisation de l'infirmier de nuit entre plusieurs EHPAD. Quel que soit le modèle organisationnel choisi, deux modèles interventionnels se dessinent : astreinte à domicile ou garde sur place *(Figure 5)*.

Concernant la mutualisation, les établissements sont répartis entre un EHPAD porteur et des EHPAD adhérents. L'EHPAD porteur assure souvent la gestion RH et la paie (après refacturation aux autres établissements). De par sa dynamique, il peut « recruter » des EHPAD partenaires. Le recrutement des EHPAD peut se faire dans le cadre d'EHPAD déjà partenaires au sein d'un même GHT, GCS ou filière gériatrique. La dynamique peut être impulsée soit directement par des EHPAD soit par un regroupement d'EHPAD volontaires constitué à l'issue d'appels à projets ou à candidature lancés par les ARS. La distance géographique entre ces EHPAD était le principal critère de sélection : un temps de trajet maximal de 30 minutes et un rayon de 5 kilomètres ont souvent été retenus. D'autres critères ont pu être pris en compte dans la mise en place du regroupement : la distance par rapport aux services d'urgence, l'existence de coopérations antérieures, le volontariat, le nombre de lits ou le GMP.

Des conventions de partenariats ainsi qu'un cahier des charges ont été établis entre établissements. Des centres hospitaliers (CH) ont parfois été mobilisés dans l'expérimentation (ARS Ile de France, Normandie et Occitanie), voire des centres hospitaliers universitaires (CHU) (ARS Nouvelle Aquitaine), dans le cadre de partenariats de coopération renforcée pour les adressages aux services d'urgence (élaboration de protocoles partagés notamment).

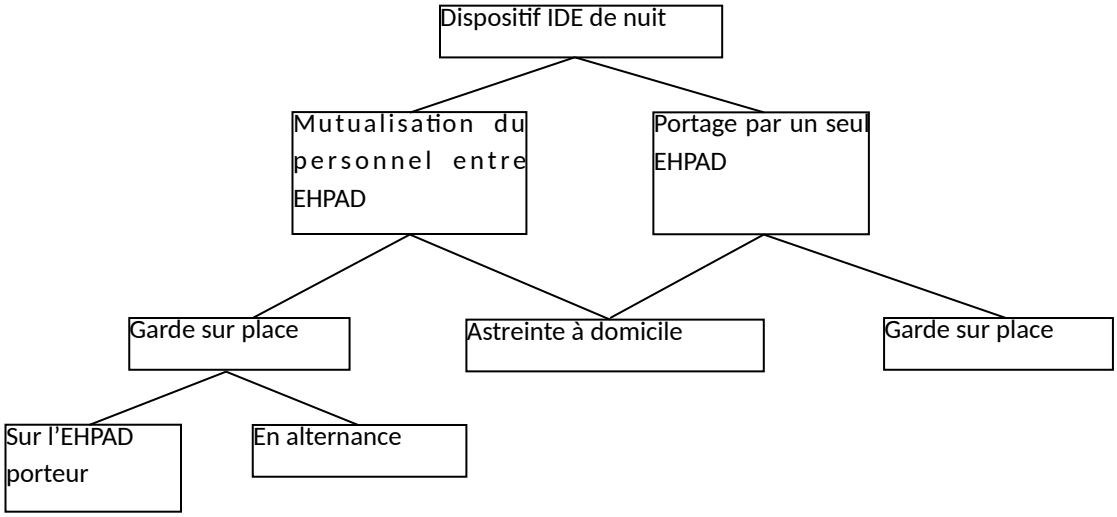

Figure 5 : Modèles organisationnels possibles

Recrutement du personnel infirmier

D'après les remontées des ARS, 2.5 ETP par dispositif expérimentateur seraient a priori nécessaires pour couvrir les 365 nuits annuelles d'exercice en EHPAD (ARS AURA, Bretagne). Les ETP mobilisés dans le cadre des expérimentations mises en œuvre par les ARS sont variables, et leur décompte n'est pas le même selon les modalités de recrutement sur la fonction IDE de nuit[10]. En moyenne 4.7 ETP sont recrutés par dispositif porteur, avec cependant de grands écarts entre dispositifs. En effet, les ARS remontent qu'il faut tenir compte de l'absentéisme, des journées de formation continue et des temps de coordination pour le décompte des personnels IDE. Certains dispositifs n'ont pas recruté d'IDE spécifiquement pour l'expérimentation, et ont mobilisé le personnel déjà en poste au sein des établissements (un dispositif en AURA et en Occitanie et l'ARS Pays de la Loire).

Ainsi, les IDE mobilisé-e-s pouvaient être:

- salarié-e-s de l'EHPAD porteur uniquement,
- salarié-e-s de l'EHPAD porteur et des EHPAD adhérents,
- salarié-e-s de l'hôpital de proximité (ARS Occitanie),
-ou intervenant en libéral (ARS Ile de France).

Modes de financement

Les modalités de financement se répartissent entre le FIR, les CNR, les dotations financières des EHPAD dans le cadre de la convention tripartite ou par le biais de financements complémentaires (CNSA, crédits de médicalisation). Ils s'ancrent dans le cadre de PAERPA lorsque le dispositif y est rattaché *(Figure 6)*.

Au total 17 589 065 € ont été investis par les ARS entre 2014 et 2018 avec une dispersion importante dans l'investissement selon les projets :

10 On ne compte pas de la même manière un recrutement ad hoc d'un personnel IDE posté en présentiel ou la mise à disposition d'un personnel faisant partie de l'équipe de jour la nuit dans le cadre d'une astreinte téléphonique, par exemple.

- Par l'ARS : 260 390 € pour l'ARS Hauts-de-France dans le cadre de PAERPA à 6 027 180 € pour l'ARS Ile-de-France.
- Par le dispositif autoporté ou mutualisé : entre 71 677 € (ARS Normandie) et 292 420 € (ARS AURA)
- Par EHPAD : entre 20 651 € (ARS Grand Est) et 200 906 € (ARS Ile-de-France).

Le nombre, la durée et les jours d'astreinte ainsi que leur rémunération ont été discutés dans le cadre du contrat liant l'IDE de nuit à l'établissement porteur du projet. La rémunération par un forfait fixe, avec des suppléments prévus, ont été mis en place pour valoriser soit la régulation téléphonique, soit le déplacement (un dispositif en Occitanie).

	Dispositif expérimental			Dispositif pérenne		Total des données analysées
	PAERPA : FIR	Hors PAERPA				
		FIR	CNR	Autofinancement	Crédits médicalisation	
Auvergne-Rhône-Alpes		501 830		108 068	1 437 040	2 046 938
Bourgogne-Franche-Comté	0	0				0
Bretagne			660 860			660 860
Centre-Val de Loire						0
Corse						0
Grand Est			2 050 724			2 050 724 + crédits pérennes en autofinancement
Guadeloupe						0
Guyane						0
Hauts-De-France	90 000	170 390				260 390
Ile-de-France	27 180		6 000 000			6 027 180*
Martinique						0
Normandie					1 720 269	1 720 269
Nouvelle-Aquitaine			87 500/an 175 000€ sur 2 ans		150 000€/an sur deux ans, soit 300 000€	475 000*
Occitanie		177 000	1 247 204			1 424 204
Océan Indien			313 500			313 500
Pays de la Loire	300 000		1 350 000			1 650 000
Provence-Alpes-Côte d'Azur		960 000				960 000
Total analysé	**417 180**	**1 809 220**	**11 797 288**	Pas de données	**3 173 809**	**17 589 065**

Figure 6 : Total des financements alloués par les ARS aux expérimentations IDE de nuit dans leurs territoires

Légende :
* : données non fiabilisées
NA : not available = non disponible

Retours d'expérience des ARS

L'analyse des remontées met en évidence un paradoxe entre une appréciation généralement très positive du dispositif par une majorité d'acteurs (ARS, établissements gestionnaires et publics) et une efficience qui reste à démontrer au niveau quantitatif.

Nécessaire implication des acteurs

Les facteurs de réussite du dispositif sont multiples. L'implication des EHPAD est variable, et celle notamment de l'EHPAD porteur est décisive dans la dynamique du projet. De plus, les ARS insistent sur l'importance d'un travail préparatoire de définition des missions de l'IDE et d'harmonisation des procédures entre établissements pour établir des conventions de partenariat. La définition du besoin doit être explicite au sein d'un territoire tel que l'éloignement des urgences ou l'existence de tensions hospitalières : le dispositif IDE de nuit s'inscrit dans un territoire et un contexte donné, et est tributaire de la qualité des relations préexistantes entre les acteurs. Il semble dès lors nécessaire que les acteurs participent à élaborer ensemble le rôle et le périmètre d'intervention de l'IDE de nuit.

Les ARS dont les dispositifs ont le mieux fonctionné se sont inscrites dans une démarche globale et ont cherché à atteindre une mise en place plus poussée et plus coordonnée des liens EHPAD-établissement de santé, avec à terme, l'objectif d'organiser de façon cohérente les parcours au sein d'un GHT (ARS Bretagne).

Nécessaire définition du périmètre interventionnel de l'IDE

Prescriptions médicales anticipées

L'IDE de nuit réalise des prescriptions médicales anticipées pouvant relever des soins palliatifs. La présence d'un personnel infirmier de nuit permet la dispensation nocturne de traitements, ce qui facilite le retour à l'EHPAD en cas d'hospitalisation diminuant ainsi la durée de séjour. De plus, les ARS ont remonté que la dispensation nocturne permet l'admission en EHPAD de patients nécessitant des soins la nuit (insulinothérapie,…) qui étaient jusqu'alors refusés.

Gestion des urgences et appels de nuit

L'IDE peut être amené-e à intervenir de façon imprévue, dans le cadre de la gestion des urgences. Pour rappel, dans le cadre de l'article R.4311-5 du Code de Santé Publique *(Annexe 3)*, l'IDE peut mettre en place des procédures préalablement écrites. A ce titre, des pilotes de dispositifs ont rédigé des guides réflexes, protocoles ou des fiches symptômes qui sont mis à disposition :

1) des équipes aides-soignantes (AS) et d'agents des services hospitaliers (ASH) pour guider l'appel ;
2) de l'IDE de nuit pour guider la prise en charge.

Ces procédures évaluatives pour les situations conduisant à l'appel au SAMU, dispositifs de permanence des soins ambulatoires, des gériatres de l'hôpital, ou au recours au service des urgences ont généralement été mises en place en collaboration avec le médecin coordonnateur, les dispositifs de permanence des soins ambulatoires, le service des urgences,…

20 fiches-20 symptômes (ARS Ile-de-France, *Annexe 4*) est un exemple d'outillage sur les situations d'urgence.

Pour la continuité des soins, la formation continue du personnel de jour de l'EHPAD est également prépondérante pour repérer les situations à risque à transmettre à l'astreinte pour anticiper les risques de décompensation nocturne.

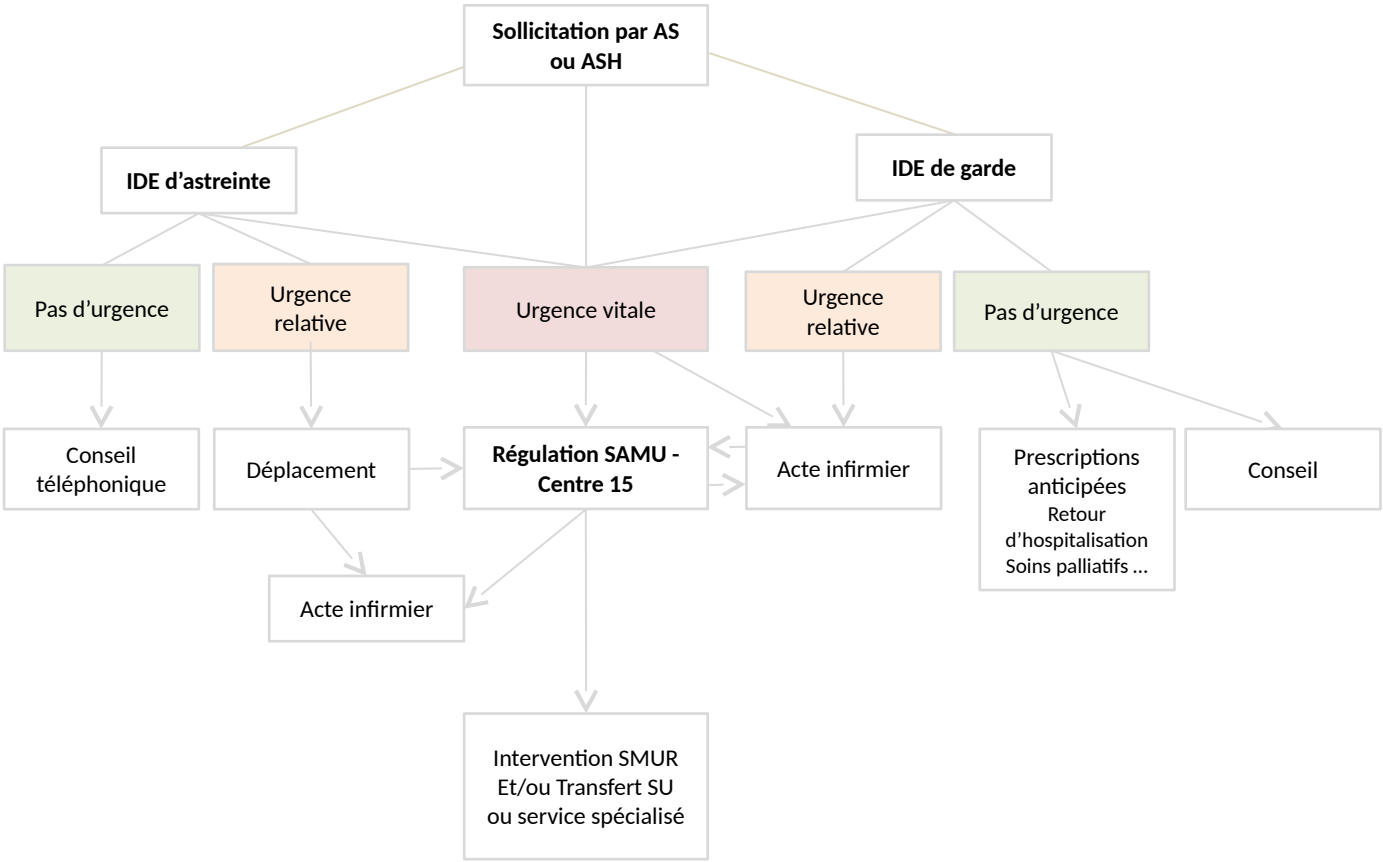

Figure 6 : modes d'intervention de l'IDE de nuit

Cadre de mise en place d'un professionnel IDE de nuit

L'organisation des transmissions avant et après la permanence de nuit a souvent été prévue : la consignation dans le dossier patient ou dans des fiches appel type sont deux modèles retenus. Les transmissions doivent se faire pour le site porteur et les sites adhérents pour lesquels un appel téléphonique ou un déplacement systématique (ARS Ile-de-France) peut être prévu. Certains dispositifs ont mis en place une vérification de l'activité le lendemain par un cadre infirmier ou un médecin coordonnateur ou libéral (ARS Occitanie).

D'autres éléments ont été discutés avec les ARS expérimentatrices, notamment la mise à disposition d'un véhicule ou d'un téléphone, et l'accès informatique aux dossiers patients à domicile (ARS PACA) ou au sein des EHPAD adhérents.

Un ressenti positif mais dépendant des conditions du terrain

Qualité de prise en charge et amélioration des pratiques

8 ARS sur les 12 répondantes s'accordent sur le fait que la présence d'un personnel infirmier de nuit permet une réassurance des résidents, des familles et du personnel de nuit soignant (Aide-soignant (AS)) et non soignant (Agent de service hospitalier (ASH)).

Sur les 12 ARS participantes, (6 ARS soulignent une diminution du recours aux services des urgences ou au SAMU et 5 une diminution du taux d'hospitalisations non programmées). Une diminution de la durée[11] des hospitalisations et une amélioration de prise en charge palliative des résidents notamment dans la gestion de la douleur sont aussi rapportées. Ces éléments, selon les ARS, diminueraient les coûts de prise en charge sanitaire et de transports mais aucune évaluation médico-économique n'a été menée à ce sujet.

D'autres remontées expérientielles signalent une meilleure continuité et qualité de la prise en charge des résidents, une meilleure information du médecin régulateur des urgences ou du SAMU par le diagnostic infirmier et par l'appréciation du degré d'urgence.

D'autres effets positifs sur les pratiques inhérents à la mise en place d'un dispositif sont aussi signalés : mise en place de directives anticipées, amélioration de la transmission du dossier de liaison d'urgence (DLU) ou du respect des protocoles, centralisation des informations, renforcement de la filière gériatrique et meilleure communication interprofessionnelle.

Facteurs-clés de succès remontés

Un travail préparatoire est nécessaire sur les missions de l'IDE de nuit et les pratiques de l'EHPAD d'accueil, il doit notamment mobiliser le médecin coordonnateur. L'établissement de procédures de gestion des urgences ou des soins palliatifs (tels que 20 fiches-20 symptômes, PALLIA 10, Géronto SFAP,…) peut permettre de cadrer les interventions.

L'exercice infirmier de nuit par des IDE déjà salariés d'EHPAD permettrait une meilleure continuité du soin de par la connaissance des patients, des équipes et de l'EHPAD (fonctionnement interne et relations externes), à condition de bien organiser les plannings en fonction des temps de repos, afin de ne pas constamment avoir recours aux mêmes professionnels. Une formalisation du rôle de l'IDE au sein d'une fiche de poste et/ou d'un cahier des charges est souhaitable, si possible en lien avec les équipes déjà présentes.

Une collaboration territoriale avec les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, l'établissement d'HAD, les services de l'hôpital de proximité (dont le service des urgences, la gériatrie aiguë et les soins palliatifs) permet une mise en place plus intégrée du dispositif et participe de la mobilisation des ressources du territoire.

11 Etude du GEROND'IF, rattaché à l'ARS Ile-de-France.

Limites observées sur le terrain

Besoin différent selon le territoire

Certains dispositifs se sont traduits par un échec de mise en place (difficultés à recruter des IDE ou des EHPAD volontaires, peu de recours à l'IDE, etc…) et d'autres témoignent d'une faible activité, voire une perte de charge par une diminution des appels. Une réflexion préalable permet d'objectiver le besoin d'une présence IDE de nuit et de choisir la modalité de mise en place la plus pertinente. L'éloignement d'un service d'urgences, le nombre de résidents, les profils pathologiques (résidents à pathologies évolutives à risque de décompensation ou requérant des soins palliatifs) et le niveau de perte d'autonomie moyen ainsi que l'éventuel besoin ressenti par les équipes de jour et de nuit déjà présentes ont souvent fait partie des critères pris en considération dans la décision d'avoir recours à un professionnel IDE la nuit.

Périmètre d'intervention : gestion des urgences ou prescriptions anticipées ?

Deux modèles se dessinent sur le périmètre d'intervention de l'IDE. En effet, l'accent est mis, soit sur les prescriptions anticipées (dont les soins palliatifs, les retours d'hospitalisation et les soins habituels du résident), soit sur la gestion des appels de nuit imprévus.

Des ARS émettent des réserves quant à la prise en charge de la gestion des urgences la nuit par une IDE : le diagnostic infirmier est de nature différente du diagnostic médical, une partie des soins de nuit peut être reportée au lendemain, comme par exemple les pansements complexes. Plus encore, l'intervention de l'IDE n'exclut pas l'intervention a posteriori des services d'urgences, ce qui pose la question du doublonnage des interventions.

Des pistes d'amélioration en rapport avec la gestion des urgences sont citées : groupe de travail Urgences actuellement mené par l'ARS Normandie et travail de thèse en cours sur la gestion des situations d'urgences en Hauts de France.

Difficultés de mobilisation et de recrutement des professionnels infirmiers

Concernant les astreintes et gardes avec recrutement de personnels infirmiers extérieurs aux EHPAD, les ARS remontent des difficultés générales de recrutement ; d'une part, en raison de la spécificité du profil recherché (IDE avec une compétence d'urgence et de gérontologie) ; d'autre part, la perspective du travail la nuit est un facteur de moindre attractivité du poste. Enfin, le caractère pérenne ou non, au titre d'une expérimentation, des crédits finançant le dispositif est un élément prépondérant dans le recrutement des IDE entre un contrat à durée déterminée (CDD) et un contrat à durée indéterminée (CDI). Certains EHPAD n'ont pas réussi à recruter, faute de candidats ou de compétences car la capacité gériatrique est mieux portée par le personnel d'EHPAD et la capacité urgentiste est en rapport avec le personnel hospitalier. De fait, soit ils ont reporté les ETP de jour pour assurer la présence de nuit, ce qui pose la question du report de soins ; soit les IDE déjà présentes dans l'EHPAD effectuent des astreintes ou garde en plus de leur présence de jour ayant pour conséquence des difficultés de planning.

Dans ce dernier cas, certains établissements ont été confrontés à des difficultés avec une carence d'IDE volontaires parmi les IDE travaillant le jour (travail de nuit et rémunération remis en cause) et à la gestion d'un planning plus complexe : absentéisme, congés, répercussions sur le planning de jour (gestion des temps de repos et réorganisation du planning).

Dans les deux configurations, la mise en place d'un personnel de nuit s'est parfois traduite uniquement en semaine posant la question de sa réelle plus-value.

Difficulté de financement

Une autre difficulté relève du financement. Au sein d'un même dispositif, des rémunérations d'astreinte différentes ont été relevées selon le statut de l'employeur. La mise en place de conventions collectives et la rémunération par un seul site pilote qui refacture aux sites adhérents ou l'emploi par un seul site peuvent répondre à cette difficulté.

Discussion

Une analyse de l'impact et de l'efficience de la présence des infirmières de nuit à affiner

Les données disponibles à ce stade sont encore insuffisantes

Le recueil des données ne recense pas l'ensemble des expérimentations : de nombreux EHPAD au ont mis en place une présence infirmière de nuit sans que ces établissements ne soient suivis spécifiquement par les ARS. A ce titre, la représentativité et l'exhaustivité des données réunies à ce jour est donc discutable.

Par ailleurs, le fait d'intégrer le dispositif PAERPA peut conduire à des conclusions biaisées du fait de leur spécificité territoriale.

Dans la majorité des ARS, des bilans ainsi que des indicateurs de suivi ont été prévus mais, à ce jour, peu de données évaluatives quantitatives sont disponibles. En effet, les expérimentations sont encore en cours et les données d'intérêt, type recours aux urgences sans et avec présence d'un personnel IDE de nuit, sont difficilement évaluables (par nature, l'évaluation du critère « évitable ou non » du recours aux urgences est difficile).

Des études comparatives entre EHPAD disposant ou non d'un personnel IDE de nuit sont nécessaires. C'est notamment l'objectif de l'étude du GEROND'IF menée en Ile-de-France et de celle dans un des dispositifs d'Auvergne Rhône-Alpes, mais dans ce dernier le critère évalué était la présence médicale renforcée et la présence infirmière la nuit.

L'évaluation d'impact et l'évaluation médico-économique doivent être confortées, en tenant compte d'un contexte en évolution

La difficulté de suivi des indicateurs et l'hétérogénéité des modèles mis en place au sein d'une diversité régionale rend difficile une évaluation globale à ce stade. Au regard des situations actuelles, dans le cadre de PAERPA, l'ANAP pourra dans un premier temps apporter par son évaluation qualitative des éléments concernant l'éventualité de la supériorité d'un modèle organisationnel. Les évaluations menées par certaines ARS comparant un groupe interventionnel et un groupe témoin pour isoler l'impact d'un personnel IDE de nuit sur le recours aux urgences, la délivrance des soins palliatifs et le taux et la durée des hospitalisations, pourront constituer une base à une analyse médico-économique et servir d'appui pour une évaluation de grande envergure incluant un comité d'experts.

Ces évaluations devraient aussi prendre en compte les évolutions concernant le renforcement de l'accès territorial aux soins et envisager le renforcement du rôle infirmier de nuit dans le cadre des travaux de la DGOS sur la pratique avancée infirmière (IPA) prévue par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Cette pratique avancée recouvrerait en effet les activités d'orientation, les actes d'évaluation et de conclusion clinique ainsi que certaines prescriptions ou leur adaptation. Par ailleurs, le déploiement à venir d'équipements de télémédecine en EHPAD pourrait modifier les pratiques, créant une nouvelle dimension aux fonctions déjà existantes de l'IDE de nuit.

Au-delà de l'impact sur les résidents, il pourra être intéressant de s'intéresser à l'impact en matière de bien-être au travail pour les personnels des EHPAD, alors que la revendication d'une amélioration de la qualité de vie au travail est forte de la part de personnels fortement impliqués et soucieux de la qualité de prise en charge des résidents.

Des pistes complémentaires sur le dispositif IDE de nuit

Le dispositif d'IDE de nuit en EHPAD fait l'objet de nombreuses expérimentations et suscite un fort intérêt. Toutefois, ses modalités de déploiement font encore l'objet de réflexions, les modèles pouvant être très différents.

En effet, en premier lieu, la place de l'IDE de nuit dans la gestion des urgences peut être difficile à appréhender comme en témoigne la figure 6 proposant une synthèse des différents modes d'intervention de l'IDE en fonction du degré d'urgence et du mode d'organisation. A ce titre, le spectre d'intervention dans l'urgence reste à définir.

La réalisation de soins nocturnes dans le cadre des soins palliatifs (morphiniques,…), des retours d'hospitalisation (antibiothérapie,…) et des traitements au long cours (insulinothérapie,…), apparaît comme efficiente. Elle doit néanmoins s'articuler avec la possibilité d'intervention de l'établissement d'HAD en EHPAD. Une piste alternative au recrutement par un EHPAD ou un groupe d'EHPAD d'une IDE de nuit ad hoc pour effectuer des astreintes pourrait être de les faire assurer par l'IDE coordinateur-trice d'astreinte de l'HAD. En effet, ce personnel infirmier, en activité pour le compte de l'HAD, détiendrait les compétences requises avec un coût supplémentaire marginal par rapport à la création de postes dédiés. De plus, cette articulation permettrait de développer les interventions d'établissements d'HAD dans les EHPAD et donc d'améliorer également la prise en charge des résidents le jour.

Enfin, en parallèle du déploiement de projets IDE de nuit, un renforcement de la présence paramédicale (particulièrement aide-soignante) de jour et de nuit, voire médicale sont également sans doute des facteurs d'amélioration de la continuité des soins. Par exemple, un EHPAD normand a renforcé sa présence de nuit par un externe en médecine et un dispositif en AURA a montré une diminution des hospitalisations évitables consécutive à la présence d'une IDE de nuit et d'un temps de présence médical accru (le médecin coordonnateur étant le médecin traitant pour la majorité).

Conclusion

Un récapitulatif à la mise en place tenant compte des retours qualitatifs est mis à disposition des futurs porteurs de projets.

Si le bénéfice humain d'un personnel infirmier de nuit est consensuel, il est encore difficile de conclure sur l'efficacité médico-économique de la mise en place d'un personnel IDE de nuit, et une analyse plus fine des différents modèles serait utile.

La mobilisation de financements dans les années à venir doit permettre la poursuite des expérimentations actuellement menées, le développement de nouveaux projets et doit aussi permettre aux ARS ne disposant pas encore de dispositifs de pouvoir s'engager dans la démarche.

Enfin, une évaluation plus robuste est nécessaire pour valoriser l'impact d'une présence infirmière de nuit en EHPAD et, le cas échéant de préciser les modalités optimales de déploiement.

Récapitulatif à la mise en place d'un projet IDE de nuit

Le présent vademecum a pour objectif de capitaliser sur les retours d'expérience des agences régionales de santé détaillés dans l'analyse sur la période 2017-2018 pour accompagner les porteurs de projet locaux dans leur réflexion à l'élaboration d'un dispositif d'infirmier de nuit en EHPAD.

Il présente les points de vigilance dans la construction d'un tel dispositif.

1. **Pour construire un projet IDE de nuit en EHPAD**

- Définir l'objectif poursuivi à la mise en place d'un dispositif IDE de nuit en EHPAD : prise en charge des urgences, délivrance de soins palliatifs…
- Analyser le contexte local : relations avec les services des urgences, proximité géographique entre établissements, implication des équipes, dispositifs de permanence des soins ambulatoires….
- Déterminer les modalités de mise en œuvre : auto-portage ou mutualisation avec définition du porteur, convention avec des établissements de santé comme des CH ou l'HAD notamment pour assurer les astreintes s'il s'agit du mode d'intervention retenu,
- Elaborer les éléments financiers (FIR, CAF, CNR) et juridiques
- Fixer les modalités de suivi : indicateurs et évaluation, calendrier de suivi, participants…

2. **Pour recruter et organiser l'intervention d'un personnel IDE de nuit en EHPAD**

- Déterminer le modèle au regard de l'analyse du besoin et du contexte local : garde ou astreinte, sur place ou à domicile
- Arrêter le montant de rémunération fixe et les éventuels forfaits supplémentaires
- Définir les modalités de mutualisation et d'organisation des plannings et des temps de repos : le fonctionnement du dispositif sera différent selon qu'un personnel déjà présent dans l'équipe de soins de l'EHPAD et volontaire pour travailler la nuit soit mobilisé, ou qu'un personnel infirmier soit spécifiquement recruté pour le cadre de l'expérimentation.

3. **Pour organiser les missions de l'IDE en fonction des objectifs recherchés**

- Définir les modalités de réalisation des transmissions et les modalités de connaissance des résidents
- Communiquer autour de la gestion du circuit des médicaments, des prescriptions anticipées, des modalités d'accès à la pharmacie tampon,…
- Définir les modalités de prise en charge palliative
- Gestion de l'urgence hors urgence vitale : conseil téléphonique, déplacement en vue d'un acte infirmier,…
- Coordination avec l'équipe médico-sociale notamment de jour : intégration aux pratiques, protocoles, …
- Gestion de l'urgence hors urgence vitale qui implique un adressage aux services d'urgence : conseil téléphonique aux personnels paramédicaux, notamment sur le report éventuel de soins ou déplacement en vue d'un acte infirmier
- Coordination avec l'équipe médico-sociale notamment de jour : intégration aux pratiques, protocoles.

4. **Pour asseoir le rôle de l'IDE auprès des services hospitaliers et d'urgence et des réseaux sanitaires dans le cadre d'une coopération renforcée[12]**

- Connaissance du dispositif IDE de nuit porté par le ou les EHPAD, par les services de l'établissement de santé, motifs de recours à l'IDE et organisation du retour (dossier de soins, dossier infirmier, compte-rendu d'hospitalisation…)

12 DGCS, DGOS, 2017, Démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé et les EHPAD

- Place de l'HAD vis-à-vis du dispositif : recours déjà existant à l'HAD dans le ou les EHPAD, conditions d'intervention réciproques de l'HAD et de l'IDE de nuit

Points clés

État d'un besoin au sein des EHPAD et du territoire (anticipation et préparation en amont du projet) Volontariat, dynamisme des personnels et appropriation du dispositif Formaliser le dispositif : fiche de poste, cahier des charges,… Coordonner et intégrer le dispositif avec les services hospitaliers, services des urgences, HAD… Outiller les EHPAD sur l'anticipation des situations d'urgence Suivi régulier

Annexes

Annexe 1 :

Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs

et l'accompagnement en fin de vie

Mesure n°9 : Développer les soins palliatifs en établissements et services sociaux et médico-sociaux

Action 9-1 : 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

L'étude menée en 2013 par l'Observatoire national de la fin de vie a montré que 23,4 % des résidents qui décèdent en EHPAD de manière non soudaine sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines qui précèdent leur décès. Cette étude a également montré que lorsque l'établissement dispose d'une infirmière la nuit, 15,7 % des résidents sont hospitalisés en urgence au cours des 15 derniers jours de vie contre 24,9 % des résidents qui vivent dans un EHPAD sans infirmière la nuit. Cette présence permet également de réduire de 32 % la proportion de résidents qui décèdent à l'hôpital après un transfert hors urgence. Une généralisation de ces résultats à l'ensemble des EHPAD a conduit l'observatoire à faire l'hypothèse que la présence d'une infirmière la nuit dans les EHPAD permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année. Dans le cadre du plan, un recensement des dispositifs actuellement mis en œuvre et une évaluation nationale de ces expérimentations seront réalisés. L'évaluation mesurera les effets de la présence ou du recours à une infirmière la nuit dans les EHPAD sur la qualité de la prise en charge des personnes en fin de vie ainsi que sur le recours aux hospitalisations, et en particulier aux urgences.

Un groupe de travail se réunira pour tirer les enseignements de cette évaluation et faire des propositions sur l'organisation d'une telle prise en charge en EHPAD.
Un montant de 2 M€ sera consacré à cette action chaque année, soit un total de 6 M€ sur la durée du plan.

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux ARS

a. Quand l'expérimentation a-t-elle commencé ?
b. La formalisation de l'expérimentation s'est-elle traduite par un cahier des charges ?
    Si autre, préciser.
c. Quel a été le mode de financement de l'expérimentation ?
    c. bis FIR, CNR, Autre (préciser les montants globaux en €)
d. Quelle a été la durée de l'expérimentation ?
e. L'expérimentation est-elle toujours en cours ?
f. Combien d'établissements ont été couverts par le dispositif expérimental ?
g. Comment les établissements ont-ils été choisis ?
h. Nombre d'établissements avec tarif global /tarif partiel
i. Statut juridique des établissements
j. Combien d'ETP ont-ils été utilisés dans le cadre de cette expérimentation ?
    j. bis A temps complet / A temps partiel
k. Quel mode d'organisation s'est mis en place dans le cadre de l'expérimentation ? (garde, astreinte, etc…)
l. Quelles conventions collectives ont trouvé à s'appliquer et quels aménagements ont pu être trouvés en termes de ressources humaines dans le cadre de cette expérimentation ?
m. Quelles ont été les modalités de suivi de l'expérimentation ?
n. Quels indicateurs ont été déployés pour suivre l'expérimentation ?
o. Une évaluation est-elle en cours ? Si oui, précisez.
p. Quelle est votre appréciation globale sur le dispositif expérimental infirmière de nuit en EHPAD tel qu'il a été conduit sur votre territoire ?

Annexe 3 : Article R4311-14 relatif aux actes de la profession infirmière

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Annexe 4 : 20 fiches-20 symptômes, IDE et aide-soignant en EHPAD, conduite à tenir en situation d'urgence, ARS Ile-de-France : exemple de la chute

1. **A destinée des AS/AMP :**

- En cas de signes de gravité, de déformation d'un membre ou de douleur intense, installer le résident sur le lieu de la chute confortablement sans le déplacer
- Observation initiale au sol
- Noter l'heure, estimer le temps passé au sol
- Rechercher de facteurs de gravité généraux voir fiche 0
- Rechercher des facteurs de gravité propres à la chute :
  - Traumatisme crânien (TC) voir fiche n°10
  - Déformation d'un membre
  - Plaie ou hématome importants voir fiches n° 5 et 7
  - Zone spontanément douloureuse ou retrouvée à la palpation
  - Impotence fonctionnelle d'un membre, douleur cervicale
  - Temps passé au sol >1h

Signe de gravité

l'IDE

Absence de signe de gravité

Relever le résident

l'IDE

Remplir la fiche de déclaration de chute. Mettre en place la fiche de surveillance.

2. **A destinée des IDE :**

- Recontrôler l'ensemble des éléments précédents :
- Rechercher les signes de gravité voir fiche 0
  - Suspicion de fracture
  - Impotence fonctionnelle d'apparition brutale ou paralysie apparue au décours de la chute
  - Plaie importante ou saignement abondant voir fiches n°5 et 7
- Signaler la prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant

Signe de gravité

le médecin traitant
ou
le médecin coordonnateur
ou
le 15

Absence de signe de gravité

Mettre en place la fiche de surveillance TC et chute jusqu'à l'évaluation médicale

voir fiches annexes

ANNEXE 13

PRÉVENTION DES DÉPARTS EN BELGIQUE

Dans la continuité de 2017, le plan de prévention des départs en Belgique se poursuit en 2018 avec 15 M€ destinés aux mesures nouvelles et répartis comme suit :

Nouv Région	Critère 1	Critère 2	Critère 3	Total critères 1, 2 et 3	**Total scénario affiné***
Auvergne-Rhône-Alpes	92 765	187 540	723 357	1 003 662	**1 000 000**
Bourgogne-Franche-Comté	52 509	49 900	425 474	527 882	**550 000**
Bretagne	10 502	97 097	247 631	355 229	**350 000**
Centre-Val de Loire	126 021	70 275	337 506	533 803	**550 000**
Corse	3 501	8 940	142 189	154 630	**150 000**
Grand Est	761 377	195 649	552 580	1 509 606	**1 500 000**
Guadeloupe	8 751	1 455	57 038	67 245	**50 000**
Guyane	3 501	416	79 871	83 788	**100 000**
Hauts-de-France	3 206 534	111 235	293 234	3 611 004	**3 600 000**
Ile-de-France	2 667 445	142 838	668 791	3 479 074	**3 500 000**
Martinique	7 001	2 911	61 644	71 556	**50 000**
Normandie	231 039	139 303	280 805	651 147	**650 000**
Nouvelle-Aquitaine	33 256	166 956	642 323	842 535	**850 000**
Occitanie	43 757	84 414	696 416	824 587	**800 000**
Océan Indien	1 750	41 791	67 202	110 743	**100 000**
Pays-de-la-Loire	33 256	99 896	306 885	440 037	**450 000**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	217 036	99 384	417 054	733 474	**750 000**
Total général	7 500 000	1 500 000	6 000 000	15 000 000	**15 000 000**

Critère 1 : Nombre de PH enfants (au 31/12/2016) + adultes (au 31/12/2016) présents en ESMS belges

Critère 2 : Nombre de PH en ESMS français au titre de l'amendement Creton (enquête 2014)

Critère 3 : Taux d'équipement PH enfants + adultes données 2016

: Le total affiné correspond à l'arrondi supérieur ou inférieur compte-tenu d'un coût à la place indicatif à 50K€

ANNEXE 14

EVOLUTION DE LA PROCÉDURE D'AGRÉMENT

1 - Présentation du dispositif d'agrément

La loi du 30 juin 1975 a mis en place un dispositif de régulation au travers d'un agrément obligatoire des accords collectifs de travail dans le secteur social et médico-social privé à but non lucratif.

Cette procédure d'agrément repose sur l'impact important de toute mesure salariale sur le budget des établissements, et sur les dotations accordées par les financeurs publics. Elle permet également de vérifier la conformité des accords et conventions au droit du travail.

Ainsi, tous les accords d'entreprise et avenants aux conventions collectives font l'objet d'un agrément instruit par la DGCS. Un certain nombre d'entre eux passent pour avis devant la commission nationale d'agrément, d'autres font l'objet d'une décision implicite d'agrément selon le principe du « silence vaut accord », 4 mois après réception de la demande d'agrément.

La CNA est composée de l'ensemble des financeurs du secteur (DGCS, DSS, PJJ, DB, départements, caisses de sécurité sociale), il est à noter que les départements n'y siègent plus depuis plusieurs années, selon une position de principe par laquelle ils manifestent leur opposition à un agrément piloté par l'Etat alors qu'une partie non négligeable des dépenses du secteur est désormais portée par les départements. .

Ainsi, en 2016, 544 textes ont été instruits pour agrément dont 329 ont été présentés à la CNA. 24 % des accords locaux présentés en CNA ont fait l'objet d'un refus d'agrément, pour non respect des dispositions du code du travail ou par l'existence de mesures dont l'application n'est pas soutenable pour le gestionnaire sur le plan financier.

2- Les premières évolutions de la procédure

Cette procédure a connu des évolutions, au gré des réformes mises en œuvre en termes de tarification et de simplification.

Des exceptions au principe d'opposabilité des accords agréés aux autorités de tarification ont été introduites **pour les EHPAD** ayant signé un CPOM ou une convention tripartite (article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009), sans pour autant supprimer la procédure d'agrément.

L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a rendu obligatoire, dans un délai maximal de 6 ans, la conclusion de CPOM pour les établissements accompagnant ou hébergeant des personnes handicapées.

La conclusion d'un CPOM entraîne une tarification sur la base d'un état prévisionnel de dépenses et de recettes. Cette tarification, calculée sur la base des besoins des personnes prises en charge, et non plus sur l'évaluation des coûts, amoindrit l'utilité de l'agrément des accords locaux, si l'on s'en tient à leur seul examen financier.

Il est donc apparu opportun de tirer les conséquences de la conclusion obligatoire de CPOM aux établissements du champ du handicap et de leur étendre ce principe d'inopposabilité.

Ainsi, la future négociation pluriannuelle dans le cadre de CPOM et le passage d'une tarification aux charges à une tarification en fonction des ressources nécessaires à la prise en charge des besoins, rend moins opérante la notion d'opposabilité des mesures nouvelles générées par les négociations des partenaires sociaux. Il y avait donc lieu de faire évoluer la procédure d'agrément.

3-Evolutions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale du 30 décembre 2017

La loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale prévoit à son article 70 de modifier les dispositions de l'article **L314-6 du Code de l'action sociale et des familles**.

Cette évolution tire les conséquences de la réforme de la tarification des établissements par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui a généralisé le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les EHPAD et la LFSS pour 2016 qui a notamment étendu cette obligation à échéance de 5 ans (du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2021) aux établissements pour personnes handicapées.

A partir du 1er janvier 2018, (en l'absence de disposition transitoire la loi s'applique le lendemain de la publication JO), le champ de l'agrément et de l'opposabilité, définis par l'article L314-6 du CASF, sont modifiés, ainsi :

- **Le champ de l'agrément** ne concerne plus les conventions et accords d'entreprise ou d'établissement qui sont applicables exclusivement aux salariés d'établissements ayant signé un CPOM mentionnés aux articles L.313-12 (IV ter) et L.313-12-2 du CASF ce qui progressivement recouvrira l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées et handicapées relevant de la compétence tarifaire des ARS.:
- **Le champ de l'opposabilité est désormais calé sur celui de l'agrément,** rendant la procédure plus simple et plus cohérente.

Il en résulte que ne relève désormais de l'agrément que :

1) Les conventions et accords conclus au niveau national, c'est-à-dire dans le cadre des conventions collectives de branche (mais elles ne seront pas opposables aux ESMS inclus dans le périmètre des CPOM sus mentionnés).
2) Les conventions et accords d'entreprise ou d'établissement hors ceux qui concernent un établissement sous CPOM. Au vu de la généralisation obligatoire des CPOM à certaines catégories d'établissements, subsistent dans le champ de l'agrément les établissements des secteurs suivants :
    a. enfance,
    b. personnes ou famille en difficulté
    c. CHRS
    d. Accueil des personnes âgées non dépendantes

Lorsqu'une convention ou un accord s'applique à la fois à des structures pour lesquelles un CPOM est signé et à des structures non incluses dans le champ de ce CPOM bien que gérées par une même entité, la convention ou l'accord devra être soumis à l'agrément pour les salariés des établissements hors CPOM. Exemple : une association gérant un EHPAD et un foyer pour famille en difficulté, si ce dernier n'est pas inclus dans le CPOM, la convention ou l'accord d'entreprise, si elle concerne les deux établissements, devra être soumise à la procédure d'agrément.

Pour toute demande de précision, vous voulez adresser un mail à

DGCS-ACCORDS@social.gouv.fr

ANNEXE 15

TABLEAU DE RÉPARTITION DES CRÉDITS POUR L'EMPLOI ACCOMPAGNÉ

X	**Financement Etat - Programme 157**
Auvergne/Rhône-Alpes	424 160
Bourgogne/Franche-Comté	205 199
Bretagne	226 330
Centre-Val-de-Loire	176 724
Corse	78 518
Grand Est	324 614
Hauts de France	381 086
Ile-de-France	847 544
Normandie	233 617
Nouvelle Aquitaine	368 735
Occitanie	359 815
Pays-de-la-Loire	226 885
Provence-Alpes-Côte d'Azur	291 673
France métropole	**4 144 900**
Guadeloupe	87 861
Martinique	87 861
Guyane	71 027
La Réunion + Mayotte *	142 513
Outre Mer	**389 262**
France Entière	**4 534 162**

ANNEXE 16

LISTE DES INDICATEURS DE SUIVI DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Dans le contexte du déploiement de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre et de la réponse accompagnée pour tous, la publication de la circulaire du 2 mai 2017 a précisé les objectifs et les contours du mouvement de transformation de l'offre médico-sociale, ainsi que les leviers disponibles pour impulser et accompagner ce mouvement sur les territoires, au moyen d'une enveloppe de 180M€, annoncée lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016.

A la demande du Secrétariat d'Etat en charge des personnes handicapées, la CNSA, la DGCS, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, ainsi que le Secrétariat général du CIH, ont engagé des travaux au deuxième semestre 2017, en lien avec les ARS, visant à formaliser des modalités de suivi de l'évolution de l'offre.

23 indicateurs de suivi ont été sélectionnés et déclinés selon les 4 objectifs de la transformation de l'offre :

OBJECTIF 1. PREVENIR LES RUPTURES DE PARCOURS, L'ABSENCE OU L'INADEQUATION DES SOLUTIONS

1. Nombre de personnes orientées par les CDAPH en liste d'attente rapporté au nombre de places installées en ESMS
2. Délai moyen entre orientation et admission
3. Taux de concrétisation des orientations cibles de la CDAPH
4. Inadéquations hospitalières : part des séjours hospitaliers excédant 270 jours
5. **Taux d'occupation des places en ESMS PH enfants au titre de l'amendement Creton**
6. Ratio de personnes handicapées accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine
7. **Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés**
8. Part des établissements de santé ayant des consultations dédiées aux PH
9. Part de l'activité des services d'HAD réalisée en établissements pour PH
10. Part des ESMS ayant réalisé au moins un acte de télémédecine dans l'année
11. Part des ITEP fonctionnant en dispositif intégré
12. Amplitude moyenne d'ouverture des ESMS pour enfants handicapés

OBJECTIF 2. DEVELOPPER LES REPONSES INCLUSIVES ET FAIRE EVOLUER LES PRESTATIONS SERVIES POUR MIEUX REPONDRE AUX BESOINS

13. Part des places créées en établissements et services par transformation/ requalification.
14. Part dans l'offre globale des places en AJ, AT, accueil séquentiel
15. Nombre de PCPE
16. **Part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire**
17. Nombre de PH en dispositif « emploi accompagné »
18. Part de l'activité de l'ESAT se déroulant « hors les murs »

OBJECTIF 3. CONSOLIDER UNE ORGANISATION TERRITORIALE INTEGREE AU SERVICE DE LA FLUIDITE DES PARCOURS DE SANTE ET DE VIE

19. Nombre moyen d'ESMS reconnus pour leur fonction ressource par département

OBJECTIF 4. AMELIORER EN CONTINU LA QUALITE DES ACCOMPAGNEMENTS EN FAVORISANT L'ADAPTATION DES PRATIQUES

20. Indice de satisfaction des usagers d'ESMS
21. Nombre moyen de jours de formation par ETP dans les ESMS PH de la région
22. Nombre de personnes adhérant à un GEM pour 1000 habitants
23. Nombre d'aidants ayant bénéficié d'une formation au cours de l'année

Trois indicateurs (mentionnés en gras ci-dessus), considérés comme des marqueurs prioritaires de la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées, ont été annexés à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 et devront figurer dans les projets régionaux de santé (PRS). Ils ont été assortis de cibles nationales et feront l'objet d'un suivi annuel dans le cadre du comité de pilotage de la transformation de l'offre.