



## NOTE TECHNIQUE

**Circulaire du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées**

### INTRODUCTION

**L'objet de cette circulaire est de définir le cadre de la campagne budgétaire 2016 des ESMS relevant de l'article L. 314-3-1 du CASF. Elle présente à cette fin les priorités d'actions à décliner dans la politique régionale d'allocation de ressources des ARS.**

La circulaire rappelle, dans un premier temps, que la campagne budgétaire repose sur un ONDAM médico-social de 1,9%. Pour mémoire la FHF s'était émue dans un [communiqué de presse](#) du 21 octobre 2015 de ce très faible taux d'évolution. En effet, alors qu'il était de l'ordre de 3 % en 2014 et de 2,2 % en 2015, le taux de progression de l'ONDAM médico-social s'établit à 1,9 % en 2016. Avec 19,5 milliards d'euros d'objectif global de dépenses pour les établissements médico-sociaux, ce taux d'évolution est le plus faible des dix dernières années.

Si la circulaire souligne un apport sur réserves de la CNSA de 160M€, pour mémoire le fonds d'urgence de 50 millions d'euros attribués aux départements pour faire face aux dépenses croissantes liées au financement du RSA, avait été débloqué par prélèvement sur les réserves de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). De fait, les réserves de la CNSA font souvent l'objet de ponction du gouvernement, alors même que la création de la caisse en 2004 avait pour objectif le développement d'une politique publique en faveur de l'accompagnement de la perte d'autonomie et de l'inclusion sociale. La FHF, à travers un communiqué de presse commun au GR31 (groupement des fédérations d'établissements et de services médico-sociaux représentés au conseil de la CNSA), s'était indignée de cet état de fait, ainsi que de l'annulation des 85M€ de crédits destinés aux établissements et services dont les Agences régionales de Santé n'auraient pas eu besoin. Soit un total de 135M€ de crédits dédiés aux structures et à leurs professionnels utilisés à d'autres fins.

**Une nouvelle réserve prudentielle, financée par le gel d'une partie de l'objectif global de dépenses (OGD) à hauteur de 111M€ cette année tandis que ce gel était de 85M€ en 2015.** Ce coefficient prudentiel est donc de 0,56%. La FHF a demandé à ce que les crédits mis en réserve soient réutilisés au profit des établissements en fin d'exercice comme sur le versant sanitaire.

### PRIORITES D' ACTIONS DANS LE SECTEUR DU HANDICAP

#### PLAN HANDICAP, 2ÈME TRANCHE DU PLAN AUTISME 2013-2017

**75,2M€ de nouveaux crédits sont consacrés à la création de places pour les personnes handicapées et à la deuxième tranche du plan autisme.** L'accent est mis sur le renforcement de la dynamique de création des places **par voie d'extension non importante** ou d'appels à projets, en particulier :

- Poursuite de création d'unités d'enseignement en maternelle (UEM créées en 2014)
- Attribution de crédits dits « de renforcement de l'offre » de manière pérenne aux établissements sur la base d'une évaluation des établissements à l'aide d'un [outil de diagnostic](#). Seront ciblés en

particulier, les établissements de type MAS et FAM respectant les orientations du plan Autisme et les RBPP de l'ANESM.

- Redéploiement possible des crédits dédiés à l'amélioration des CAMSP sur d'autres formules d'intervention précoce

## PLAN DE PRÉVENTION DES DÉPARTS NON SOUHAITÉS EN BELGIQUE

**15M€ en deux tranches sont prévus pour financer :**

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

## UNE RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS

Ce dispositif s'articule avec le plan de prévention des départs non souhaités en Belgique et pourra utiliser pour partie les 15M€ du fond d'amorçage.

A ce titre, un cahier des charges relatif à des "**pôles de compétences et de prestations externalisées**" a été [publié](#) et permettra les interventions directes de professionnels spécialisés au domicile prévues par le plan de prévention des départs non souhaités en Belgique. Par ailleurs les actions suivantes seront poursuivies :

- Mobilisation des places d'accueil temporaire, ainsi que les crédits consacrés à ces places pour créer des places pérennes en MAS et FAM.
- Mobilisation de ressources ponctuelles en appui des équipes, accueil de transition pour affiner le bilan des personnes concernées en termes de soins et de prise en charge
- Définition dans les CPOM d'objectifs et de moyens pour garantir durablement l'accompagnement des situations complexes.

## PLAN D'ACTION RÉNOVANT LE SECTEUR DE LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

Renforcement de l'offre de formation spécialisée pour les personnes en situation de handicap :

- Mise en place d'un diagnostic territorial partagé et d'une meilleure coordination régionale entre ARS, conseils régionaux et fédérations gestionnaires de la formation professionnelle par voie de contractualisation.
- Développement des partenariats avec les organismes de formation et les ESMS.

## GÉNÉRALISATION EN 6 ANS DES CPOM

**CPOM obligatoire** : IME, ITEP, SESSAD, CMPP, ESAT, CRP, CPO, SSIAD PA et PH, MAS, FAM SAMSAH, SPASAD

**CPOM facultatif** : UEROS, CAMSP, centres de ressources et établissements sous compétence tarifaire exclusives des conseils départementaux

Les ARS publieront, par arrêté, la liste régionale des établissements devant signer un CPOM, ainsi que la date prévisionnelle de signature. Cette programmation sera remise à jour tous les ans. C'est la conclusion du CPOM qui entrainera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 un passage en dotation globale et la

substitution d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) aux documents budgétaires antérieurs (des décrets et circulaires seront précisés ultérieurement).

Lors de la conclusion des CPOM, les ARS devront être particulièrement attentives :

- au financement des correspondants de parcours (en cas de plan d'accompagnement global) ;
- aux actions d'éducation à la sexualité ;
- à l'amélioration de l'accueil des personnes en situation de polyhandicap ;
- à l'absence totale de pratique du « packing » dans les ESMS accueillant des personnes avec des troubles du spectre autistique.

## PRIORITES D'ACTION DANS LE SECTEUR DES PERSONNES AGÉES

### PLAN MALADIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES

**17,2M€ pour financer les mesures nouvelles consacrées à la poursuite du plan solidarité grand âge et du plan maladies neuro-dégénératives. 14M€ hors OGD seront par ailleurs alloués au financement de 50 nouveaux dispositifs MAIA.**

Il est à noter en particulier la **fin de la mobilisation des dotations soins des Ehpad pour financer les dispositifs à apomorphine** et leur retour sur l'objectif « soins de ville » de l'assurance maladie. De fait, le financement de ces dispositifs médicaux sur le budget soins des EHPAD entravait l'accès et la prise en charge de nombreuses personnes âgées en EHPAD, en particulier les parkinsoniens traités par pompe à morphine et avait induit de nombreux contentieux entre établissements et CPAM.

### RÉFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD

La campagne budgétaire 2016 est une année qualifiée de « charnière » concernant les crédits de médicalisation. Ces crédits sont de 100 millions d'euros en 2016 (contre 103,7M€ en 2015), s'y ajoute les reliquats 2015 à hauteur de 34,8M€. **Les ARS auront obligation de solder l'ensemble de ces crédits de médicalisation, soit 134,8M€ avant le 31 décembre 2016.**

**Année charnière également car une tarification forfaitaire se substituera à partir de 2023 au mode d'allocation de ressources actuel. Les Ehpad percevront alors un forfait global de soins intégrant une composante calculée de manière automatique sur le fondement du niveau de perte d'autonomie et de besoins en soins requis des résidents (GMPS) ainsi que des financements complémentaires. Une phase de montée en charge allant de 2017 à 2022 permettra d'amener progressivement et automatiquement l'ensemble des structures vers la cible de financement calculée sur la base du GMPS.**

La signature de conventions tripartites en 2016 reste possible :

- cependant les ARS ne pourront prendre aucun nouvel engagement sur la période postérieure au 31 décembre 2016.
- Elles devront porter une attention particulière aux 405 Ehpad encore sous dotations minimales de convergence (DOMINIC).

**Il est demandé aux ARS de mettre à jour en continu les GMP et PMP des EHPAD dès actualisation de GALAAD, et ce impérativement avant le 30/6/2016, car l'extraction réalisée le 1<sup>er</sup> juillet 2016 par la CNSA sera utilisée pour déterminer la dotation de chaque ARS au titre du forfait global de soins lié à l'hébergement permanent.**

## FINANCEMENT DU CHANGEMENT D'OPTION TARIFAIRE

Aucune nouveauté sur le passage du tarif partiel en tarif global depuis la circulaire de 2015, le changement est toujours soumis à l'accord du directeur général de l'ARS. Même chiffrage de l'enveloppe qu'en 2015 (10M€) avec 200 000 € minimum par ARS, destinés en priorité aux Ehpad en tarif partiel avec PUI.

## DÉVELOPPEMENT DES SPASAD

L'expérimentation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile est mise en place sur la base d'un cahier des charges paru dans un arrêté. Le développement de SPASAD intégrés vise à promouvoir une meilleure coordination des personnels de l'aide et du soin au bénéfice d'une prise en charge globale et de qualité à domicile. A cette fin, un CPOM sera mis en place dans ce cadre et des crédits à hauteur de 11,5M€ ont été débloqués.

## SUJETS TRANSVERSAUX AUX SECTEURS PA ET PH

### VIELLISSEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Une instruction a invité les ARS à recensé les organisations évaluées positivement ou les projets à fort potentiel mis en place dans les territoires.

Mobilisation des CPOM pour améliorer les réponses au besoin des personnes handicapées vieillissantes, en particulier via la fixation d'objectifs qualitatifs issus du [rapport](#) réalisé en octobre 2013 « l'avancée en âge des personnes handicapées – contribution à la réflexion » et de la [recommandation](#) de bonnes pratiques de l'ANESM « l'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes ».

### UTILISATION DES CRÉDITS FIR DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Le décret n°2015-1230 du 2 octobre 2015 a modifié les conditions d'attribution des crédits du fonds d'intervention régional (FIR). Ceux-ci peuvent plus largement bénéficier au secteur médico-social. Ainsi, peuvent notamment être financées des actions visant à améliorer la performance et la qualité de l'offre des ESMS, en particulier concernant :

- l'accompagnement du développement de la télémédecine,
- le développement de consultations de personnes handicapées dans les hôpitaux,
- le financement des pôles de prestations externalisés,
- le financement des GEM (groupes d'entraide mutuelle).

## MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES DOTATIONS RÉGIONALES 2016

### REVALORISATION DE LA MASSE SALARIALE ET DE L'EFFET PRIX

**Le taux d'actualisation des dotations régionales pour 2016 s'établit à 0,77% sur le secteur personnes âgées et à 0,55% sur le secteur handicap, soit :**

- une progression salariale de 0,84% pour le champ PA,
- une progression salariale de 0,66% pour le champ PH,
- une progression des autres dépenses de 0,2%, au regard de l'inflation prévue pour 2016.

Taux modulé en fonction du statut et de la situation propre à chaque ESMS. Cela se traduit notamment pour les ESMS publics à ce que l'effet « glissement vieillissement technicité » et les mesures de revalorisation catégorielle des agents de catégorie C et des professions paramédicales soient pris en compte et financé par ce taux. Les ARS devront également veiller à assurer la couverture du dégel de l'indice du point de la fonction publique au sein de leurs DRL.

Les critères de modulation de ce taux directeur doivent être précisés dans les rapports d'orientation budgétaires des ARS.

## LA CONVERGENCE TARIFAIRE

**L'année 2016 est clairement décrite par la circulaire comme étant la dernière année de convergence tarifaire.** L'écart entre la dotation de chaque Ehpad et le forfait cible sera ensuite résorbé à partir de 2017 au rythme prévu par la loi (un septième en 2017, un sixième en 2018...). **657 Ehpads sont concernés en 2016 par la convergence tarifaire (contre 726 en 2015) pour un total de 13M€ d'économies.**

Les régions qui atteignent déjà le niveau de convergence attendu devront redéployer toute économie supplémentaire au bénéfice du renforcement de la médicalisation des Ehpads.

## ORIENTATIONS POUR L'EMPLOI DES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES (CNR)

La diminution des crédits non reconductibles se confirme du fait notamment du mode de budgétisation en autorisations d'engagement et de crédits de paiement (AE/CP).

## CNR NATIONAUX

Ces CNR nationaux regroupent trois types de crédits :

- Crédits pour la compensation des mises à disposition des permanents syndicaux.
- Crédits afférents aux gratifications de stage : crédits 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 2 mois dans le secteur du handicap. Pour rappel, les dispositions issues des lois du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) et du 10 juillet 2014 ont étendu l'obligation de gratification des stages à tous les employeurs, y compris les établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux publics, depuis le 1er décembre 2014, pour les stages réalisés par les étudiants en formation initiale d'une durée strictement supérieure à deux mois.
- Crédits alloués aux Ehpads qui participent à l'étude Nationale de coûts PA (PH à partir de 2017)