RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

Direction de l'Autonomie

Saint Denis, le 09/06/2023

RAPPORT REGIONAL D'ORIENTATION BUDGETAIRE 2023 DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE DE FRANCE

ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPEES FINANCES PAR DES CREDITS DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) 2023 s'inscrit dans le futur **Projet Régional de Santé 2023-2028 de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France** qui tend à apporter une réponse aux besoins ciblés. Il reprend les orientations nationales et régionales pour la campagne 2023 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) en application des principes définis par l'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023.

La campagne budgétaire 2023 repose sur un taux de progression de l'Objectif Global des Dépenses (OGD) de 5,13 % : 5,04 % sur le secteur personnes âgées et 5,22 % sur le secteur handicap.

Comme les années antérieures, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution, portant sur l'intégralité de l'OGD médico-social, s'élève à 121 M€ conformément à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2023 mais ne remet pas en cause les engagements en matière de création de places.

La Dotation Régionale Limitative de l'ARS Ile-de-France augmente de 5,53 % en 2023.

La campagne budgétaire est officiellement lancée par la publication au Journal Officiel du 08 juin 2023 de la décision n° 2023-08 du 26 mai 2023 de la directrice de la CNSA, fixant pour l'année 2023 le montant des Dotations Régionales Limitatives mentionnées à l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Île-de-France

1 Eléments introductifs 3

2 La Dotation Régionale Limitative de l'Île-de-France 5

3 La politique francilienne d'actualisation des établissements et services existants pour 2022 6

4 La tarification des SSIAD 7

5 La tarification des ESAT 8

6 Les revalorisations salariales Ségur de la santé 8

6.1 Les mesures issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022 8

6.2 Le financement des mesures issues du Ségur 2 et de l'axe 3 du Ségur 9

6.3 Le financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2021 / 2022 9

7 La stratégie de développement et de transformation de l'offre handicap 10

7.1 Les priorités régionales 2023 de développement et de transformation de l'offre 10

8 La poursuite des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens 20

9 Le soutien à la politique Ressources humaines en santé des ESMS 22

10 L'allocation des crédits non reconductibles (CNR) 23

10.1 Les Crédits Non Reconductibles nationaux 23

10.2 Les Crédits Non Reconductibles régionaux 23

11 Annexe I : La campagne état prévisionnel/réalisé des dépenses et des recettes (EPRD/ERRD) 2023 31

12 Annexe II : « Mise en œuvre de la réforme tarifaire des services » / annexe 6 de l'instruction budgétaire 35

13 Annexe III : « Tarifs plafonds applicables aux ESAT en 2023 » / Annexe 5 de l'instruction budgétaire 47

14 Annexe IV : L'activité des établissements et des services 50

15 Annexe V : La tarification et la facturation au titre de l'amendement Creton 54

16 Annexe VI : L'appui aux situations individuelles complexes 55

1 Eléments introductifs

Les grands enjeux 2023 sur le secteur handicap sont les suivants :

- La poursuite du financement des revalorisations salariales « Ségur de la santé » pour les professionnels du secteur médico-social ;
- Le déploiement du plan Ressources Humaines en santé ;
- La poursuite du développement et de la transformation de l'offre :
  - L'installation des solutions nouvelles sélectionnées dans le cadre du plan de prévention des départs en Belgique ;
  - La mise en œuvre de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement ;
  - Le développement de l'école inclusive ;
  - Le développement de solutions nouvelles dédiées aux handicaps rares ;
  - L'appui au parcours de vie et au parcours de soin des personnes en situation de handicap ;
  - La continuité des actions de relai et de répit proposées aux personnes en situation de handicap ;
  - La mise en œuvre des solutions retenues dans le cadre des mises en concurrence lancées les années précédentes ;
  - La poursuite de la signature des CPOM ;
  - Le déploiement de nouveaux appels à manifestation d'intérêt, appels à projets et appels à candidatures.

Cette année, la campagne budgétaire **sera conduite en deux temps** :

1) **Entre mai et juillet 2023** :

- <u>L'allocation des mesures pérennes suivantes :</u>
  - L'actualisation des moyens existants ;
  - Les revalorisations salariales Ségur de la santé ;
  - Les mesures nouvelles des places installées au premier semestre 2023 ;
  - Les mesures nouvelles permettant le déploiement de la réforme de la tarification des SSIAD.

- <u>Les mesures non pérennes suivantes :</u>
  - Les CNR exceptionnels relatifs aux situations critiques et au répit ;

- La reprise des crédits non reconductibles (CNR) versés en 2022 pour des contrats d'allocation d'étude non honorés ;
- La reprise de crédits temporaires à l'aune de la réalisation de l'activité en 2022.

2) A l'automne 2023 :

¬ <u>L'allocation des mesures pérennes suivantes</u> :

- Les mesures nouvelles des places installées après le lancement de la 1ère phase de campagne.

¬ <u>Les mesures non pérennes suivantes</u> :

- La reprise de crédits temporaires à l'aune de la réalisation de l'activité en 2022 ;
- Les crédits non reconductibles (CNR) qui auront été accordés après instruction des demandes.

Par ailleurs, l'annexe 1 présente un rappel de la campagne EPRD / ERRD 2023.

2 La Dotation Régionale Limitative de l'Île-de-France

La dotation régionale limitative (DRL) pour le financement des établissements et services à destination des personnes en situation de handicap s'élève à 2 366 030 633 € en Île de France.

ENVELOPPE 2023	MONTANTS
Dotation régionale au 01/01/2023	**2 241 948 369 €**
Actualisation de la base (2,53 %)	**56 721 294 €**
Revalorisations salariales Ségur de la Santé	**20 706 801 €**
Mesures nouvelles, développement de l'offre	**24 652 740 €**
Répit	*882 717 €*
Communautés 360 - déploiement de dispositifs de soutien à l'autodétermination	*981 989 €*
Application de la réforme des SSIAD	*64 980 €*
Coordination de services	*149 417 €*
Ecole inclusive – coopération	*6 346 856 €*
Ecole inclusive – déploiement des UEMA	*1 400 000 €*
Ecole inclusive – déploiement des UEEA et DAR	*2 240 000 €*
Ecole inclusive – scolarisation polyhandicap	*1 535 484 €*
Polyhandicap – améliorer l'accompagnement en ESMS	*889 961 €*
Diversification des modalités d'accompagnement des PHV	*378 135 €*
Maison de l'autisme	*1 600 000 €*
PCO 0-6 ans	*1 992 296 €*
PCO 7-12 ans	*661 373 €*
Petites unités résidentielles TSA	*2 532 000 €*
CAMSP et CMPP	*1 862 512 €*
Autres crédits	*1 200 000 €*
CNR permanents syndicaux	**115 301 €**
CNR qualité de vie au travail	**651 646 €**
CNR gratification de stage	**1 103 458€**

3 La politique francilienne d'actualisation des établissements et services existants pour 2022

56 721 294 € ont été alloués à l'ARS Ile-de-France pour l'actualisation des établissements et services existants sur la base du calcul national suivant[1] :

	Taux de progression OGD*				
Secteur	**Effet masse salariale**	**Effet prix**	**Effet prix exceptionnel**	**Dégel du point d'indice**	**Taux actualisation DRL****
PH	0,46%	1,00%	3,20%	1,51%	**2,53%**

** Taux de progression de la part de l'OGD éligible à la mesure (masse salariale ou autres dépenses). Cf répartition par catégorie de dépenses et par secteur ci-dessous.*
*** Taux de progression des DRL sans prise en compte de la part de l'OGD éligible à la mesure. La CNSA retient ce taux pour le calibrage des DRL*

Pour mémoire, la répartition théorique des dépenses de l'OGD par catégorie de dépenses et par secteur est la suivante :

Périmètre	PH	Mesures 2023 concernées
Masse salariale	75%	Effet masse salariale Dégel du point d'indice
Autres dépenses	25%	Effet prix Effet prix exceptionnel

Pour 2023, compte tenu du contexte inflationniste et dans la continuité de 2022, l'ARS Ile-de-France applique le taux d'actualisation national à l'ensemble des ESMS à l'exception des ESAT et des SSIAD relevant de l'équation tarifaire.

Pour la dotation des SSIAD, les taux d'évolution des DRL ont été appliqués à la dotation cible calculée par l'ATIH pour chaque SSIAD dans le cadre de la première année de mise en œuvre de la réforme.

[1] Extrait de l'annexe 1 « Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS » de l'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023

4 La tarification des SSIAD

En annexe 2 du présent document est référencée l'annexe 6 « Mise en œuvre de la réforme tarifaire des SSIAD, ainsi que des SPASAD et des services autonomie à domicile pour les prestations soins » de l'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023 expose les différentes phases de la procédure d'allocation des ressources au titre des soins à domicile, allant de la collecte des données relatives à l'activité de ces services jusqu'à la procédure de validation par les ARS des budgets prévisionnels.

Pour l'exercice budgétaire 2023, le forfait global de soins est calculé sur la base du nombre de semaines de prise en charge effective des personnes accompagnées par le service en 2022 ou, dans le cas où ce nombre serait plus élevé, en 2019. Pour rappel, la collecte des données a été organisée par l'ATIH et réalisée sous forme de coupes en juin et septembre 2022.

La période 2023-2027 correspond à la montée en charge de la réforme du financement des forfaits globaux de soins pour ces services. A ce titre, et durant cette période, les financements alloués comprennent :

- Le montant des produits de la tarification pérenne de l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté interministériel ;
- Une fraction de la différence entre ce montant et celui du forfait global de soins-cible (soit 1/5ème en 2023).

Pour les exercices 2023 et 2024, lorsque ce montant est inférieur à la dotation pérenne perçue en 2022 (le cas échéant, hors dotation de coordination et financements complémentaires), le forfait global de soins est fixé à hauteur du montant précité perçu en 2022.

Pour les services créés depuis moins de deux ans, la remontée des informations relatives à l'activité du service n'est pas obligatoire. Dans cette attente, l'ARS fixe le montant du forfait global de soins en fonction des montants forfaitaires fixés par la CNSA. Cette procédure peut s'appliquer également aux extensions de capacité des services existants.

En date du jeudi 01 juin 2023, la CNSA a demandé au ARS de lancer la campagne budgétaire à l'exception des SSIAD et des SPASAD. Dans l'attente, les SSIAD demeureront dans le cadre d'un financement par 12ème reconductibles jusqu'à leur campagne.

Ainsi, pour les SSIAD / SPASAD hors CPOM ou en CPOM uniquement périmètre SSIAD / SPASAD, il n'y aura pas de décision tarifaire envoyée. Pour les SSIAD / SPASAD étant rattaché à un CPOM ayant d'autres ESMS, une décision tarifaire sera envoyée avec pour les SSIAD / SPASAD la reconduction unique de la base desdits services au 01 janvier 2023.

5 La tarification des ESAT

En annexe 3 du présent document, l'annexe 5 « Tarifs plafonds applicables aux ESAT en 2023 » de l'instruction interministérielle DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60 du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023 expose les différents tarifs plafonds différenciés suivant les catégories de publics accueillis.

En 2023, 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 +2,53%, soit le taux d'actualisation appliqué au secteur PH au titre de cet exercice. **Pour les ESAT en convergence, le taux d'actualisation appliqué est de 2,53 %.**

6 Les revalorisations salariales Ségur de la santé

En complément des crédits versés antérieurement, **20,7 M€ ont été délégués** à l'ARS Ile-de-France pour financer :

6.1 Les mesures issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social du 18 février 2022

Deux mesures principales ayant donné lieu à un engagement 2022 font l'objet d'un financement en 2023 :

- La revalorisation nette mensuelle de 183€ pour l'ensemble des personnels exerçant des fonctions d'accompagnement socio-éducatif et des personnels paramédicaux exerçant dans les ESSMS jusque-là non revalorisés dans le cadre des mesures issues du Ségur de la santé ou de la mission Laforcade à compter du mois d'avril 2022. En 2023, l'ARS Ile-de-France bénéficie de 16,5 M€ (15,6 M€ pour le privé et 0,9 M€ pour le public) devant permettre l'effet année pleine de 3/12ème par rapport à 2022. Ainsi, dans la continuité de 2022, seront accordés les crédits selon les formules 2022 à savoir :

Temps 1 - Calcul de la base pondérée des ESMS : Base pondérée d'un ESMS = base reconductible au 31/12/2021 X coefficient de cofinancement X proportion moyenne des ETP éligibles de l'ESMS au regard de sa catégorie

Temps 2 - Détermination du montant à attribuer par ESMS : Montant perçu par l'ESMS = Enveloppe 2022 X (Base pondérée de l'ESMS / Somme des bases pondérées des ESMS éligibles au niveau régional)

Le coefficient de cofinancement a été communiqué par le niveau national.

- La prime de revalorisation d'un montant de 517€ mensuels bruts pour les médecins salariés exerçant en ESSMS. En 2023, l'ARS Ile-de-France bénéficie de 666 k€ devant permettre l'effet année pleine de 3/12ème par rapport à 2022. Ainsi, dans la continuité de 2022, seront accordés les crédits selon les formules 2022 à savoir :

Temps 1 - Calcul de la base pondérée des ESMS : Base pondérée d'un ESMS = base reconductible au 31/12/2021 X proportion moyenne des ETP éligibles de l'ESMS au regard de sa catégorie

Temps 2 - Détermination du montant à attribuer par ESMS : Montant perçu par l'ESMS = Enveloppe 2022 X (Base pondérée de l'ESMS / Somme des bases pondérées des ESMS éligibles au niveau régional)

6.2 Le financement des mesures issues du Ségur 2 et de l'axe 3 du Ségur

Concernant le Ségur 2 dit « Ségur attractivité », dans la continuité de 2022, des crédits complémentaires s'élevant à 590 k€ pour l'ARS Ile-de-France sont délégués pour contribuer au financement de cette mesure aux ESMS privés non lucratif.

Ainsi, les formules de calcul appliquées pour la répartition de ces crédits sont les suivantes :

- Temps 1 - Calcul de la base pondérée des ESMS :

Base pondérée d'un ESMS = Base reconductible 2021 x taux médian d'ETP de personnels éligibles pour sa catégorie de structure

- Temps 2 - Détermination du montant à attribuer par ESMS :

Montant perçu par l'ESMS = Enveloppe 2023 x (Base pondérée de l'ESMS / Somme des bases pondérées des ESMS éligibles au niveau régional)

Le taux médian d'ETP de personnels éligibles pour chaque catégorie de structure a été communiqué par le niveau national.

Concernant l'axe 3 du Ségur dit « intéressement », relatif à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail, dans la continuité de 2022, des crédits complémentaires s'élevant à 1,4 M€ pour l'ARS Ile-de-France sont délégués pour contribuer au financement de cette mesure aux ESMS publics. Le critère de répartition appliqué à l'enveloppe est le poids de la dotation reconductible des ESMS éligibles mentionnés dans l'instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/ 2021/168 du 26 juillet 2021[2] :

Montant perçu par l'ESMS = Enveloppe 2023 x (Base de l'ESMS au 31/12/2021 / Somme des bases au 31/12/2021)

6.3 Le financement des revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2021 / 2022

Dans l'objectif de financer les revalorisations salariales des places nouvellement ouvertes en 2021 et 2022, l'ARS Ile-de-France a bénéficié d'1,6 M€. En région francilienne, seules les places nouvellement ouvertes en 2022 seront concernées par cette mesure ; considérant que les installations 2021 ont bénéficié de crédits pérennes lors de la campagne budgétaire 2022.

---

[2] *Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/ 2021/168 du 26 juillet 2021 relative à la mise en œuvre des mesures sur la sécurisation des organisations et des environnements de travail résultant de l'accord du « Ségur de la santé » pour la fonction publique hospitalière*

A l'instar de la méthodologie nationale, cette enveloppe sera ventilée ainsi :

Montant perçu par l'ESMS : Enveloppe 2023 x (Dotation de l'ESMS au titre de l'ouverture / Somme des dotations des ESMS au titre des ouvertures au niveau régional)

Concernant les installations 2023, il n'y a pas de crédits spécifiquement accordés par le niveau national. De fait, l'ARS Île-de-France favorisera, dans la limite de sa Dotation Régionale Limitative, des Crédits Non Reconductibles 2023.

7 La stratégie de développement et de transformation de l'offre handicap

56 280 solutions en établissements et services sont d'ores et déjà installées sur la région (31 827 pour les adultes et 23 453 pour les enfants) auxquelles s'ajoutent 102 CAMSP et CMPP, ainsi que 9 centres de ressources.

La programmation pluriannuelle telle que définie dans le Programme Régional Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) établi pour 5 ans (2022-2026) prévoit l'installation de 1 890 places en 2023, dont près de 70% pour les adultes (notamment dans le cadre des suites du plan de prévention des départs non souhaités en Belgique).

7.1 Les priorités régionales 2023 de développement et de transformation de l'offre

Les concertations menées dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé 2023-2028, comme la conférence nationale du handicap, nous incitent à renforcer notre action en faveur d'une société inclusive et dans ce cadre de continuer nos actions en faveur du développement et de la transformation de l'offre médico-sociale.

7.1.1 Poursuivre la démarche d'accompagnement des établissements et services médico-sociaux à l'évolution et la transformation de leur offre

En 2021, l'Agence régionale de santé a constitué le comité de pilotage régional de la transformation de l'offre, associant représentant d'usagers, de familles, fédérations, gestionnaires d'établissements, centres de ressources, maisons départementales des personnes en situation de handicap et conseils départementaux.

Cette instance, qui permet de croiser les regards de toutes les parties prenantes de la transformation de l'offre, a également permis de co-construire une méthode d'accompagnement des établissements et services pour personnes en situation de handicap en mettant au cœur de cette dernière l'auto-détermination des personnes en situation de handicap.

Cette méthode, confiée au CREAI Ile-de-France, testée auprès de 12 établissements expérimentateurs sur la période de septembre 2021 à mars 2022, est déployée auprès de 40 établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, 20 établissement médico-sociaux sont accompagnés dans le cadre d'un changement organisationnel leur permettant de fonctionner en plateforme médico-sociale ou dispositif.

7.1.2 Soutenir l'autodétermination des personnes en situation de handicap

Avoir le pouvoir de décider pour soi-même est un apprentissage qui se développe. Accompagner les personnes handicapées à devenir ce qu'elles ont envie d'être, avec un soutien adapté, c'est permettre à chacun de participer à la société en tant que citoyen et d'accéder au bien-être à la fois émotionnel et matériel qui contribue à une meilleure qualité de vie. L'agence régionale de santé Ile-de-France soutient cette évolution à travers :

- La concertation numérique mise en œuvre dans le cadre de la préparation du projet régional de santé 2023-2028 ;
- Le déploiement de facilitateurs (assistant projet et parcours de vie), en lien avec le déploiement des communautés 360, dans tous les départements franciliens ;
- Le projet d'appui à la transformation de l'offre mis en œuvre avec l'appui du CREAI Ile-de-France. Cette démarche donnera lieu en 2023 à la création d'un espace de ressource et d'observation dédié à la transformation de l'offre et permettra le lancement d'une action de recherche, associant les personnes accompagnées, pour permettre leur pleine participation aux projets d'évolution et de transformation de l'offre qui les concernent en premier lieu.

7.1.3 Les mesures nouvelles 2023

Les mesures nouvelles allouées à l'Agence régionale de santé Ile-de-France nous permettent de renforcer notre action sur les axes suivants :

Pour les enfants

- Améliorer le repérage précoce à travers :
  - Le renforcement des centres d'action médico-sociale précoce et des centres médico-psycho-pédagogiques ;
  - Le renforcement des moyens accordés aux plateformes de coordination et d'orientation pour les 0-6 ans ;
  - Le déploiement des premières plateformes de coordination et d'orientation pour les 7-12 ans.
- Soutenir l'école inclusive :
  - Pour les enfants concernés par le polyhandicap ;
  - Pour les enfants concernés par des troubles du spectre autistique à travers le déploiement de nouvelles unités d'enseignement en maternelle, en élémentaire et de dispositifs d'autorégulation ;
  - Pour tous les enfants en situation de handicap à travers le déploiement d'une offre nouvelle de SESSAD et le renforcement possible des équipes mobiles d'appui à la scolarisation.

Pour les adultes

- Soutenir la qualité de l'accompagnement des personnes polyhandicapées, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité inscrite dans la durée ;

- Renforcer l'offre pour les adultes en situation très complexe d'autisme et présentant des comorbidités ;
- Déployer des solutions favorisant le maintien de la personne dans son lieu de vie habituel, à domicile ou en établissement.

Pour toutes les personnes en situation de handicap, grâce à la mise en œuvre des communautés 360 :

- Soutenir l'autodétermination des personnes en situation de handicap ;
- Apporter des solutions de relai et de répit, en proximité.

L'ouverture de la maison de l'autisme

Les résultats 2019, 2020 et 2021 des études d'impact de la stratégie nationale réalisées par Ipsos mettent en évidence un isolement et un déficit d'informations fiables à disposition des familles et des personnes concernées. Beaucoup de préjugés et de fausses informations circulent par ailleurs autour de l'autisme.

Pour ces raisons, lors de la Conférence Nationale du Handicap le 11 février 2020, le Président de la République Emmanuel Macron a souhaité que soit créée une Maison de l'autisme, « *qui sera le lieu ressource pour les familles encore trop souvent désemparées, qui permettra là aussi à toutes les associations de se retrouver, d'avoir accès aux meilleures pratiques, d'avoir accès à la connaissance de toutes ces aides et de ces dispositifs.* ».

Depuis le 11 avril 2023, la Maison de l'autisme est opérationnelle et regroupe trois acteurs : le Groupement National des Centres Ressources Autisme (GNCRA, Centre Ressources Autisme Île-de-France (CRAIF) et Autisme Info Service. La maison de l'Autisme a une dimension nationale et régionale. Elle s'adresse aux personnes autistes, leurs familles et les proches aidants mais également aux associations et aux professionnels qui souhaitent se sensibiliser ou se former au TSA et les porteurs de projets innovants. Enfin à tous ceux qui sont curieux de mieux comprendre ce qu'est l'autisme et soucieux d'agir avec bienveillance : les chefs d'entreprises qui souhaitent recruter une personne autiste, les forces de l'ordre, les dentistes, les commerçants, le grand public, etc.

7.1.3.1 Pour les enfants en situation de handicap

Améliorer le repérage précoce

L'amélioration de l'accès au repérage et au dépistage, dans un objectif d'accompagnement précoce des enfants présentant un risque de handicap est une des grandes orientations régionales de l'ARS IDF sur le secteur de l'enfance.

L'évolution des connaissances conforte la nécessité d'agir le plus en amont possible afin de donner aux enfants en situation de handicap un maximum de chances de pouvoir évoluer à chaque fois que possible dans le milieu ordinaire et/ou de limiter le recours à des modes d'accompagnement fortement spécialisés.

Le déploiement des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) ainsi que des plateformes de diagnostic autisme de proximité (PDAP) sur la région a mis en lumière encore plus fortement un besoin de renfort de crédits pour ces structures de ligne 2 favorisant la fluidité du parcours diagnostique, mais également la coordination avec les acteurs de la scolarisation.

Le renforcement des centres d'action médico-sociale précoces et des centres médico-psycho-pédagogiques

Les CAMSP et les CMPP connaissent, ces dernières années, une augmentation de leur file active. Cette tendance peut induire un allongement des délais d'accès aux accompagnements, alors même que la précocité est un élément clé de leur mode d'intervention auprès des jeunes et de leurs familles.

Le renforcement des moyens à destination des CAMSP et des CMPP doit permettre la diminution des délais d'attente, selon les besoins du territoire que vous identifierez et dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

En complément des enveloppes précédemment accordées (4 071 228 €), l'Agence régionale de santé bénéficie de nouveaux crédits afin de garantir :

- L'accès à un diagnostic précis permettant une bonne orientation des soins ;
- L'accès à des soins et des interventions de qualité dispensés par des professionnels formés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- L'accès à des réponses éducatives, scolaires et préprofessionnelles adaptées aux besoins ;
- Le soutien nécessaire et essentiel des familles, notamment au moment de l'annonce du diagnostic et tout au long du parcours de ces enfants, adolescents et jeunes adultes.

Les renforts de crédits bénéficieront aux CAMSP et CMPP engagés dans des démarches d'amélioration des parcours et s'inscrivant dans une dynamique respectant les recommandations de bonne pratique professionnelle de la Haute Autorité de Santé (HAS). L'attribution de mesures nouvelles sera corrélée à l'inscription des établissements dans une démarche qualitative reposant sur l'utilisation des outils proposés par la Délégation Interministérielle à l'Autisme (DIA) et plus particulièrement la grille d'autoévaluation permettant de définir un plan d'action au sein de l'établissement.

Le déploiement de nouveaux modèles de coopération pour faciliter le repérage et le diagnostic précoce

La stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement se poursuit en Ile-de-France. Pleinement intégrée aux axes stratégiques régionaux en faveur de l'école inclusive et de la réponse aux besoins des adultes, la stratégie nationale se concrétisera en 2023 en Ile-de-France par :

- L'émergence de premières plateformes de coordination et d'orientation TND pour les 7-12 ans dans 3 départements : Paris, la Seine-et-Marne et le Val d'Oise ;

- La poursuite d'une fluidification du parcours diagnostique de l'enfant des professionnels libéraux de première ligne jusqu'aux lignes expertes (Centres Diagnostics d'Evaluation experts) via les plateformes de coordination et d'orientation et ce, avec l'appui du centre ressources autisme d'Ile-de-France (CRAIF). La structuration de ce parcours voulu plus fluide sera soutenu par l'organisation de conférences territoriales réunissant acteurs médico-sociaux et sanitaires.

La mise en œuvre de ces nouveaux modèles de coopération autour du repérage et du diagnostic conduira à maintenir des échanges nourris avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux de chaque territoire. La coordination entre les plateformes de coordination et d'orientation, les plateformes de diagnostic de l'autisme de proximité et les ESMS de lignes 2 (CAMSP, CMPP et CMP) constitués en réseau, renforcée et soutenue via la démarche qualité engagée, concourra à faciliter chaque parcours.

Poursuivre les actions en faveur de la scolarisation des enfants en situation de polyhandicap et la poursuite des apprentissages à l'âge adulte

Les enfants en situation de handicap sont de plus en plus nombreux à bénéficier d'une scolarisation adaptée en milieu scolaire ordinaire ou en unité d'enseignement. Néanmoins, cette évolution ne concerne pas suffisamment les enfants polyhandicapés.

L'ARS IDF, en partenariat avec les Rectorats, a fixé un objectif ambitieux dès 2021 : disposer d'une UEEP par département a minima. A la rentrée 2022, la région dispose déjà de 5 UEEP dans 3 départements (la Seine-et-Marne, l'Essonne et la Seine-Saint-Denis).

De fait, et considérant les crédits déjà engagés par l'ARS IDF, les crédits délégués en 2023 seront engagés dans le cadre d'une stratégie régionale au bénéfice des jeunes polyhandicapés. Une réflexion régionale sera notamment menée sur le renforcement de l'accompagnement sur la période de transition enfant-adulte avec le soutien à la création de places d'établissements et de services adaptées à cette période de vie des personnes en situation de polyhandicap. De plus, les crédits permettront de poursuivre les efforts de scolarisation des enfants polyhandicapés accompagnés par les ESMS, particulièrement dans le cadre d'un passage en plateforme médico-sociale ou dispositif.

De même, suite à l'expérimentation réussie de solutions numériques d'aide aux apprentissages dans le cadre de l'école inclusive et aux diagnostics territoriaux conduits sur les champs du polyhandicap et des handicaps rares, il a été mis en lumière la nécessité d'amplifier les outils d'aide à la communication des personnes accueillies dans les établissements enfance mais aussi dans les établissements adultes et de prendre en compte les demandes de soutien des établissements allant dans le sens d'une meilleure formation de leurs professionnels.

7.1.3.2 - Pour les adultes en situation de handicap

Améliorer nos réponses pour les personnes concernées par un handicap rare

Les orientations de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, liées aux handicaps rares, s'appuient sur la politique nationale portée depuis plusieurs années par les différents Schémas Nationaux

d'organisation sociale et médico-sociale pour les Handicaps Rares (SNHR). Ceux-ci se sont déployés en trois volets depuis 2009. Le troisième schéma, diffusé en juin 2021, doit inscrire durablement la reconnaissance des situations de handicap rare dans les politiques publiques du handicap. Il a pour enjeux d'inscrire l'organisation du dispositif intégré pour les handicaps rares dans une logique plus globale de transformation portée par la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre, sans fragiliser ce qui a déjà spécifiquement été mis en œuvre au bénéfice des personnes présentant un handicap rare.

Après l'émergence de premières unités pour accompagner les personnes concernées par l'épilepsie sévère non stabilisée, les troubles complexes du langage, les maladies et handicaps rares, l'année 2023 verra l'ouverture d'une nouvelle unité en Seine-et-Marne pour les personnes concernées par des troubles complexes du comportement alimentaire.

De manière complémentaire, un travail est engagé avec l'équipe relais handicaps rares et les porteurs des nouvelles unités afin de réguler collectivement les admissions au sein de ces unités mais également afin de développer une fonction ressource dans chaque unité qui puisse faire bénéficier de son expertise aux acteurs non spécialisés dans l'accompagnement des handicaps rares.

Le déploiement de la fonction ressource sera alors soutenue par le centre national de ressources pour les handicaps rares à composante épilepsie sévère, FAHRES. Le travail sur la fonction ressource a ainsi pour ambition de développer les compétences sur le territoire francilien afin de déployer un maillage des dispositifs ressources. Il permet ainsi d'accompagner les établissements et services médico-sociaux dans une projection de leur expertise sur le territoire en mettant à leur disposition différents outils qui viennent apporter un support et un soutien concret.

Les acteurs du handicap rare seront également invités à participer à des espaces collaboratifs opérationnels, via l'organisation des concertations tactiques, selon un calendrier et des thématiques définis conjointement. Ces espaces regroupant les acteurs mobilisés doivent permettre de travailler à la lisibilité et à l'ajustement de l'offre mais également à l'harmonisation et au décloisonnement des pratiques.

Les réponses à la très grande complexité pour les personnes concernées par des troubles du spectre de l'autisme

7 petites unités ont déjà été sélectionnées pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation très complexe d'autisme. L'unité des Hauts-de-Seine est en cours de sélection. Par ailleurs, l'Ile-de-France bénéficie de mesures nouvelles qui permettront la sélection de 2 nouvelles unités sur la région Ile-de-France. L'année 2023 permettra la mise en œuvre du plan d'accompagnement des porteurs de projet qui, face à une extension des compétences requises en adéquation avec le public qui sera accueilli, requièrent un suivi tant sur le versant architectural spécifique exigé, que sur le volet RH et enfin, au regard de l'appui sanitaire requérant l'instauration de nouveaux modes de coopération avec l'offre de soin sur les territoires (soins somatique et psychiatrique).

7.1.3.3 - Pour toutes les personnes en situation de handicap

La simplification et l'appui des parcours de vie des personnes en situation de handicap

La mise en œuvre de la Réponse accompagnée pour tous dans les suites du rapport de Denis Piveteau a permis depuis 2017 aux acteurs territoriaux de s'organiser collégialement pour faciliter la réponse aux besoins de toutes les personnes en situation de handicap. L'expérimentation des dispositifs intégrés handicap puis le déploiement des pôles de compétence et de prestations externalisés, appuis de la réponse accompagnée pour tous, ont permis de consolider encore notre connaissance des besoins des personnes et des réponses à développer.

Les communautés 360 qui ont émergé en 2020 au plus fort de la crise, pour répondre aux demandes des franciliens en situation de handicap, ont vocation à s'inscrire dans la continuité de la démarche réponse accompagnée pour tous et à permettre son approfondissement, dans une dynamique de coopération territoriale renforcée, avec les personnes en situation de handicap, les partenaires institutionnels, les organismes gestionnaires et les acteurs du droit commun. Notre objectifs collectif est de rendre transparentes les complexités du système en donnant corps au principe du « aucune mauvaise porte ».

Dans une logique de « réponse accompagnée pour tous et par tous », la communauté doit ainsi contribuer, autour des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), à une meilleure accessibilité de l'offre de droit commun dans la construction des réponses au besoin d'accompagnement, ainsi qu'au renforcement de la mobilisation de l'ensemble des acteurs du bassin de vie et ce, dans le respect de l'autodétermination et du pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap. Dans cette optique, le recrutement d'assistants aux projets et parcours de vie des personnes en situation de handicap sera associé au déploiement des communautés 360.

Leur déploiement se poursuivra et sera accompagné en 2023 de même que l'émergence d'un dispositif intégré handicap dans le Val-de-Marne, toujours dans le respect des acquis franciliens de la réponse accompagnée pour tous.

En outre, l'utilisation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et de Via Trajectoire par les ESMS reste un enjeu majeur pour l'Agence régionale de santé. Il constitue un outil indispensable à la mise en œuvre de la démarche Réponse accompagnée pour tous et à l'animation du « dispositif d'orientation permanent » (DOP) dans la mesure où il permet de disposer en temps réel d'informations sur les parcours et sur l'effectivité d'une décision d'orientation tout en donnant aux autorités de contrôle et de tarification une vision plus précise des besoins individuels et collectifs, de l'offre sur le territoire et des places disponibles via l'observatoire SID SDO.

Outil de simplification des parcours des usagers, le module usagers de Via Trajectoire sera ouvert sur l'ensemble des territoires permettant aux usagers de suivre le traitement de leur décision d'orientation par les ESMS notifiés par la MDPH. 2023 sera également l'année de lancement de l'expérimentation du Dossier Unique de demande d'Admission dématérialisé à travers Via Trajectoire.

Développer une offre de relai et de répit pour les personnes en situation de handicap

En France, plus de 10 millions de personnes viennent régulièrement en aide à un proche, enfant ou adulte, handicapé, malade ou âgé. On estime que 15 à 20 % d'entre eux consacrent plus de 50 heures/semaine à cet accompagnement.

En Ile-de-France, de très nombreuses situations ont été identifiées par les équipes de soin (maladies rares, gériatrique, palliatif) des établissements de santé, les acteurs du parcours des personnes en situation de handicap (maison départemental des personnes en situation de handicap, dispositif intégré handicap, ESMS), les acteurs du parcours des personnes âgées (dispositifs d'appui à la coordination, EHPAD, plateformes de répit). Ces situations se caractérisent par la très grande fragilité des aidés et l'immense fatigue de leurs aidants.

La réponse apportée par l'Agence régionale de santé Ile-France s'articule autour de 2 actions complémentaires :

- Créer une offre régionale : grâce à l'émergence d'une maison de répit expérimentale régionale pour les enfants et les adultes en situation de grande fragilité, malades ou handicapés, et les personnes âgées. A l'issue d'un appel à projet, cette dernière sera portée par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, avec le soutien de l'équipe mobile PALIPED et de la Fondation France Répit ;
- Créer une offre de proximité, pour les enfants et les adultes, en s'appuyant également sur les plateformes d'abord développées au bénéfice des personnes âgées et dont l'action pourra être étendue aux personnes en situation de handicap.

L'appui au parcours de soin des personnes en situation de handicap

Les actions menées pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sont à considérer selon deux aspects en 2023-2024 ; d'une part la continuité d'actions déjà mises en place ces dernières années et qui sont à continuer voire à renforcer, et d'autre part la mise en place de nouveaux axes stratégiques et d'actions afin de répondre aux besoins identifiés en soins de cette population. Cette évolution est à considérer dans la stratégie qui sera déployée dans les prochaines années dans le cadre du Projet Régional de Santé 3.

1 - Une continuité d'actions, dont certaines seront renforcées en 2023-2024.

Les 4 axes prioritaires que sont : l'accès aux soins de 1er recours, l'accès aux soins dentaires, l'accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap, et la qualité de la prise en charge en soins des usagers accueillis dans les structures médico-sociales (ESMS) seront poursuivis. Dans ce contexte :

- Le maillage territorial visant à doter chaque département d'un centre de type **Handiconsult** (ou centre de consultations en soins somatiques dédié pour les personnes en situation de handicap) devrait s'achever en 2023. A ce jour :
    - 3 dispositifs déjà déployés : Pôle Cristales de l'EPS de Ville Evrard (93) en 2018, ValConsult porté par Institut du Val Mandé (94) et la plateforme HandiConsult du GH Pitié-Salpêtrière (75) depuis janvier 2020 ;

- 3 nouveaux dispositifs retenus suite à un AAC lancé en août 2022, dont l'activité devrait démarrer au plus tard fin juin 2023 : Maison des Soins du centre Lecourbe (75), Centre Hospitalier de Plaisir (78) et Groupe Hospitalier Novo (95).

Un nouvel AAC est prévu en 2023, afin d'identifier un porteur dans les trois départements non encore pourvus : Seine-et-Marne, Essonne et Hauts-de-Seine. Enfin, un comité de pilotage régional des HandiConsult a été mis en place en avril 2022. Il vise à structurer la coordination et la transversalité entre les différents dispositifs. En 2023, ce comité a notamment pour mission de réfléchir aux outils communs susceptibles d'être partagés entre les dispositifs, et de définir de manière plus précise les modalités de collaboration entre eux. A terme, il est prévu que ces dispositifs soient des lieux de ressources et de coordination des soins pour les usagers en situation de handicap les plus complexes.

- En ce qui concerne la **santé orale,** l'objectif reste de proposer une organisation qui garantisse un véritable parcours en soins buccodentaires, de la prévention à la réalisation effective des soins pour chaque personne en situation de handicap, et de les orienter vers le lieu de soins le plus adapté à ses besoins. A cet effet, en 2023, les moyens alloués au réseau régional en soins dentaires spécifiques Rhapsodif sont majorés, afin de permettre le recrutement de nouveaux professionnels et augmenter ainsi les actions de prévention / dépistage dans les ESMS PH franciliens (enfants et adultes). Il est cette année attendu des interventions dans 70 ESMS handicap (versus 40 en 2022). Dans ces établissements, il est aussi prévu le renforcement de la sensibilisation des professionnels à l'hygiène buccodentaire et à la santé orale. Enfin, l'objectif en 2023 est de former également plus de 50 référents buccodentaires en ESMS PH, dont la formation (organisée par le réseau Rhapsodif) sera prise en charge par l'ARS Ile-de-France. Compte tenu des besoins de prévention, un AAC sera lancé d'ici fin 2023 pour sélectionner de nouveaux partenaires susceptibles de mener également ces actions en ESMS handicap aux côtés du réseau Rhapsodif. En parallèle, une cartographie par département des ressources en soins dentaires, dont des soins sous MEOPA et sous anesthésie générale est en cours d'élaboration en lien avec la direction de l'offre de soins.

- En ce qui concerne le **parcours gynécologique des femmes en situation en handicap** en Ile-de-France, il est à noter le (re)démarrage en début d'année des actions de la Démarche Handigynéco expérimentée précédemment en 2018-2022 en IDF. Des sages-femmes, formées au préalable aux spécificités des handicaps, interviennent dans une démarche d'aller-vers en ESMS médicalisés (FAM et MAS) et réalisent des consultations gynécologiques longues et des ateliers collectifs d'information sur la vie affective et sexuelle et les violences faites aux femmes auprès des usagers et des professionnels. Le déploiement des actions a été confié au groupe VYV3IDF, et un chef de projet a été recruté à cet effet début 2023. La démarche Handigynéco est en cours de déploiement aussi en régions Normandie et Bretagne et le sera dans les autres régions en France en 2023. D'autres actions, menées au niveau régional, sont à souligner, dont le démarrage de l'activité du **Centre régional vie affective, sexuelle et appui à la parentalité** ou **Centre INTIMAGIR**, dédié aux personnes en situations de handicap.

- La mise en place d'un programme d'actions afin d'augmenter **la qualité de la prise en charge en soins** dans les structures médicosociales se poursuit en 2023, notamment :

  - Dans le cadre de la qualité de la prise en charge en soins, en lien avec l'OMEDIT IDF et la STARAQS a été lancé en 2019 un projet sur la **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse** dans les **ESMS** handicap. Après la mise à disposition fin 2020 de

ARCHIMED HANDICAP, un outil d'autoévaluation du circuit du médicament pour ces structures, le chantier se poursuit depuis 2020 par le **déploiement d'un vaste plan de formation** sur le circuit du médicament et la prise en charge médicamenteuse pour les professionnels des structures médicalisées. Le cycle de formation 2020-2021 est reconduit en 2022- 2023. Il propose, selon les besoins des structures, soit des formations collectives, soit un accompagnement individuel sur cette thématique. De nombreux outils ont également été élaborés et mis à disposition des professionnels sur la prise en charge médicamenteuse.

- Le déploiement **d'Infirmières Hygiénistes Mobiles (IMH)** en charge de la thématique des Infections Associées aux Soins (IAS) ; avec d'ici 2024 un objectif de mise en place d'1 IMH par département. A ce jour, 5 IMH sont déjà déployées en Ile-de-France. Elles interviendront exclusivement selon les besoins exprimés dans les établissements médico-sociaux

Enfin en 2023, sera mis à disposition (mesure nouvelle pour les professionnels des ESPS PH) un livret de **fiches techniques de situations d'urgence et/ou inhabituelles** ; l'objectif étant de former à ces situations ces professionnels afin d'éviter notamment un recours inapproprié aux services d'urgences dans les hôpitaux franciliens.

8 La poursuite des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

La loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 fixait au 31 décembre 2021 la date limite pour l'obligation de conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) s'appliquant à l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées ou handicapées. L'instruction complémentaire du 16 novembre 2021 relative aux orientations de la campagne budgétaire 2021 des établissements et services médico-sociaux permet de proroger la date butoir au 31 décembre 2024.

L'ARS Ile-de-France a établi une programmation de la contractualisation sur 5 ans. Cette dernière se matérialise par la signature de 8 arrêtés correspondant chacun à un département : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-cpom

Sur le champ « personnes handicapées », la région francilienne dénombre 352 CPOM. A fin 2022, ce sont 180 CPOM qui sont signés (soit 51% de la cible) et 89 qui sont programmés pour l'année 2023.

La négociation des CPOM est l'occasion d'échanger avec les organismes gestionnaires sur l'adaptation de l'offre existante et le développement d'une offre nouvelle dans les territoires prioritaires conformément aux orientations régionales fixées notamment pour la mise en œuvre du plan des départs non souhaités des adultes en Belgique. Les objectifs régionaux considérés comme prioritaires intégrés dans l'ensemble des CPOM franciliens sont les axes suivants[3] :

Poursuite du déploiement de la réponse accompagnée :
- Usages du SI suivi des orientations Via Trajectoire ;
- Mise en qualité du ROR et de Via Trajectoire ;
- Participation active, avec propositions concrètes, aux réunions organisées par les MDPH dans le cadre de la réponse accompagnée.

Cibles d'activité :
- 90% d'atteinte de la cible pour les établissements ;
- 100% d'atteinte de la cible fixée pour les services ;
- Avec possibilité de montée en charge sur la période du CPOM ;
- Retenue temporaire en cas de non atteinte de la cible sauf circonstances exceptionnelles (excepté au titre des exercices 2020 et 2021).

Transformation de l'offre :
- Inclusion scolaire ou professionnelle, accueil séquentiel, etc.
- Mise en place de la réforme des autorisations

Accès aux soins (en miroir des CPOM sanitaires) :
- Soins bucco-dentaires ;
- Soins gynécologiques ;
- Accès aux urgences.

[3] Les cibles d'activité sont précisées en annexe IV

La conclusion d'un CPOM entraîne le passage à une tarification en EPRD. La procédure est précisée en annexe I.

Les demandes d'autorisation de frais de siège social devront s'opérer lors de l'entrée des organismes gestionnaires dans la démarche de contractualisation. En effet, l'instruction de dossiers de frais de siège se fera exclusivement dans le cadre d'un CPOM. Deux cas de figure peuvent être envisagés :

- S'il s'agit d'une première demande, elle sera traitée lors de la négociation du CPOM, dès lors que la demande d'autorisation est la réponse la plus adaptée pour parvenir à l'efficience organisationnelle et économique ;
- S'il s'agit d'un renouvellement, les frais de siège préexistants seront prorogés jusqu'à l'entrée sous CPOM.

Focus sur le déploiement de la plateforme eCARS médico-social, système d'information de gestion dématérialisée de la contractualisation avec les ESMS en Ile de France

eCARS Médico-Social est une gestion informatique de la négociation, de l'évaluation ainsi que le suivi des CPOM. Les objectifs sont :

- **Optimiser la relation avec les acteurs externes et internes** (accès en un point unique aux dernières informations de référence sur les CPOM) ;
- **Favoriser l'efficience des processus de contractualisation** (gains d'efficacité et de qualité dans la mise en œuvre des processus de gestion des CPOM) ;
- **Équiper les services concernés d'outils de suivi et de pilotage de la contractualisation** afin de faciliter le suivi et le pilotage de la contractualisation sur les différents territoires de la région.

Nous invitons l'ensemble des organismes gestionnaires à utiliser cet outil qui permettra un meilleur suivi de la contractualisation.

9 Le soutien à la politique Ressources humaines en santé des ESMS

L'ARS Ile-de-France poursuit ses engagements en matière de soutien à l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social, et à la fidélisation des professionnels, à travers son Plan ressources humaines en santé, et le volet ressources humaines en santé du Projet régional de santé 2023-2028, dont les axes sont les suivants :

- Renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle ;
- Former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières ;
- Soutenir l'engagement des professionnels de santé ;
- Connaitre et anticiper : l'observatoire des ressources humaines en santé ;
- Intervention et organisation spécifique en période de tensions RH.

Les orientations pour le secteur de l'Autonomie sont en particulier les suivantes :

- Déployer plus massivement les CAE dans le secteur médico-social ;
- Poursuivre l'appui au recrutement dans les ESMS de la part de Pôle Emploi, en déployant de façon plus importante le recours à l'immersion, à la formation courte préalable ou simultanée au recrutement, au recrutement de jeunes éloignés de l'emploi ;
- Poursuivre la coopération avec les plateformes des métiers de l'autonomie dans le but d'intensifier les recrutements ;
- Déployer le recours à l'apprentissage dans le secteur médico-social dans le cadre du plan d'action partenarial pour le déploiement de l'apprentissage en Ile-de-France initié et piloté par la DRIEETS ;
- Publier un AMI QVT destiné à soutenir la formation au management dans les ESMS ;
- Déployer les IPA pathologies chroniques dans les EHPAD.

L'ARS Ile-de-France soutient financièrement les politiques ressources humaines en santé des ESMS à travers les axes suivants :

- Financement des contrats d'allocation d'études : 540 000€ pour le secteur personnes âgées ;
- Soutien à des dispositifs d'insertion vers le secteur médico-social ;
- Soutien à des actions de formation courtes de personnels pas ou peu qualifiés ;
- Formation et remplacements des personnels en formation (cf. CNR départementaux) ;
- Actions innovantes en matière de qualité de vie au travail (cf. CNR départementaux).

10 L'allocation des crédits non reconductibles (CNR)

10.1 Les Crédits Non Reconductibles nationaux

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » (115 301€) font l'objet chaque année d'une identification par la Direction générale de la cohésion sociale et 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 crédits dédiés aux « gratifications de stagiaire » (1 103 458 €) sont quant à eux 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.

10.2 Les Crédits Non Reconductibles régionaux

En 2023, l'ARS souhaite mobiliser ses marges reconductibles au profit de **l'accompagnement des établissements et services** engagés dans des projets structurants de recomposition de l'offre médico-sociale et soutenir les établissements et services les plus en difficultés compte tenu notamment de l'augmentation du coût des matières premières.

Par conséquent, les projets prioritairement soutenus seront ceux portant sur :

- Amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels et le confort des résidents :
  - *La formation et le remplacement des professionnels : formations TSA, TND, formations qualifiantes et diplômantes notamment dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité des CAMSP et des CMPP - programme START ;*
  - *Les gratifications de stage ;*
  - *Le financement d'équipements visant la qualité de vie dans les ESMS tels que les équipements de rééducation visant la prévention des chutes et de la douleur (rampes, barres de rééducation à la marche…) ; les soins des résidents (chariots télémédecine, seringue électrique, électrocardiogramme…) ; les rails de transferts et la motorisation des chariots ; les travaux et achats d'équipement (brasseurs d'air, isolation des murs, groupe électrogène…) ; les travaux de réduction de la consommation énergétique (pompe à chaleur, panneaux solaires…).*
- Appui aux ESMS en difficultés financières : *les ESMS peuvent formuler une demande d'aide à condition que la trésorerie soit à moins de 30 jours d'exploitation ;*
- Appuyer l'utilisation dans les ESMS de solutions numériques d'aide aux apprentissages et de solutions d'aide à la communication : *suite à l'expérimentation réussie de solutions numériques d'aide aux apprentissages dans le cadre de l'école inclusive et aux diagnostics territoriaux conduits sur les champs du polyhandicap et des handicaps rares, il a été mis en lumière la nécessité d'amplifier les outils d'aide à la communication des personnes accueillies dans les établissements adultes et de prendre en compte les demandes de soutien des établissements allant dans le sens d'une meilleure formation de leurs professionnels ;*

- L'aide à l'investissement devant permettre de : soutenir pour les ESMS non retenus au titre de la stratégie régionale 2022/2024 et dont le coût des travaux est inférieur à 800 000€ TTC. Pour ces établissements, il est proposé de financer les demandes sur la base d'un devis signé après vérification des provisions disponibles (CA 2021 et ERRD 2022) ; Financer les travaux et équipements du quotidien (en remplacement du PAI-Q) ;
- Appui à la mutualisation et à la coopération entre les établissements et services médico-sociaux ;
- Soutien aux ESAT présentant un déséquilibre financier lié notamment à une modification important et imprévisible de ses conditions économiques ;
- Tout projet de nature à favoriser la pratique sportive au sein des ESMS enfants et adultes franciliens : en 2023, les établissements et services qui le souhaitent pourront demander un appui spécifique pour contribuer à la pratique sportive des personnes accompagnées.

Sous réserve du respect des axes prioritaires présentés ci-dessus, je vous invite à transmettre à la délégation départementale de l'ARS de votre département, l'ensemble de vos demandes motivées au plus tard le 30 août 2023 via le lien suivant à partir du 15 juin 2023 : https://demat.social.gouv.fr/commencer/arsif-formulaire-cnr-en-ligne

Ces demandes seront étudiées au regard des priorités régionales et des crédits disponibles, des crédits alloués au cours des deux dernières années, ainsi que des provisions disponibles des EHPAD et services. Les crédits seront alloués à l'automne 2023.

En outre, dans la mesure où les ESMS ayant contractualisé un CPOM ne contribuent plus à l'enveloppe CNR régionale, ces derniers pourront effectuer des demandes de CNR mais celles-ci seront considérées comme non prioritaires.

Les CNR régionaux correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire (notamment les reprises d'excédents lors de l'examen des comptes administratifs et les décalages d'installations) et ne peuvent être compris comme étant dus de manière pérenne. Par conséquent, l'emploi de ces derniers aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrit.

En complément, l'Agence régionale de santé Ile-de-France a structuré une **politique régionale de soutien aux établissements médico-sociaux** concernant les thématiques suivantes :

- 1) La mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous :

a) Accompagnement des situations individuelles critiques et l'appui aux éventuels retours de Belgique (cf. annexe VI).

b) En subsidiarité du droit commun, le déploiement de solutions de relai et de répit, dans la continuité de la mobilisation régionale des acteurs de 2020 à 2022, à destination prioritairement des personnes en situation de handicap sans solution d'accompagnement médico-social identifiées et priorisées par la MDPH, les DIH et les acteurs du parcours :
   - Les enfants ou les adultes en rupture de parcours, à domicile présentant des troubles du comportement qui accèdent peu ou pas aux offres de droits communs.
   - Des adultes ou des enfants pour lesquels rester dans leur milieu familial pendant les vacances entrainerait la majoration des TCC et/ou un risque de maltraitance.

Ces solutions de répit sont mises en œuvre uniquement après validation par les délégations départementales concernées : la Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, le Val-de-Marne, le Val d'Oise.

c) Le renfort des pôles de compétences et de prestations externalisées : 1 700 000 € seront répartis entre les pôles de compétences et de prestations externalisées franciliens pour permettre, en complément des solutions de relai et de répit mises en œuvre, l'organisation de séjours adaptés.

Les CNR sont destinés en priorité aux usagers de la file active du PCPE. Néanmoins, ils peuvent aussi être mobilisés dans le cadre d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG), auquel est associé le PCPE, et dans lequel l'ensemble des parties prenantes considèrent qu'un séjour de répit ou du relayage pourrait être bénéfique pour la personne ou ses proches aidants. L'accord de la personne ou de son représentant légal est nécessaire. Il conviendra systématiquement de s'assurer de la qualité des accueils prévus et réalisés. Ainsi il conviendra de préciser dans le PAG quel acteur suivra la situation de la personne concernée.

- 2) Encourager l'accès à l'art et à la culture au sein des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap :

- *Un **« appel à projets artistiques et culturels en secteur médico-social ».** Cet AAP vise à soutenir la pratique artistique dans les ESMS en faisant participer de façon active les usagers des structures à des projets artistiques (théâtre, musique, cinéma, cirque…) avec des artistes professionnels. Dans ce cadre, des financements sont attribués par CNR (financement conjoint ARS/DRAC). Un financement de 200 000€ est prévu par la direction de l'autonomie.*
- ***L'attribution d'un label « Culture et santé »** : il s'agit d'un label, sans dotation à la clef qui vise à reconnaître que l'établissement a mis en place une véritable politique culturelle qui s'inscrit dans la durée et à laquelle sont consacrés des moyens. Il est attribué pour une durée de 3 ans. Il concernait à l'origine uniquement les établissements de santé, il a été étendu depuis 2019 aux ESMS.*

Pour candidater : suivre les actualités sur le site de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

- 3) Soutenir l'innovation au bénéfice des personnes en situation de handicap :

*Le Défi E-FABRIK' est un parcours d'ateliers de prototypage et fabrication numérique, rassemblant des personnes en situation de handicap accueillies dans des structures médico-sociales d'Ile-de-France et des jeunes adultes éloignés de l'emploi, accompagnés par des associations franciliennes. Ensemble, ils identifient des besoins que les personnes en situation de handicap peuvent rencontrer dans leur quotidien, puis imaginent, créent et fabriquent des prototypes personnalisés qui atténuent ces difficultés. **Pour candidater :** contacter le Défi E-Fabrick, pierre.berrier@groupe-traces.fr*

- 4) Le soutien de l'ARS des projets de la Fondation des amis de l'atelier (FAA) :

La Fondation des amis de l'atelier portait historiquement un dispositif de promotion du bénévolat des personnes accompagnées se nommant « Si T Bénévole ». Dans le cadre de la négociation du CPOM régional avec l'ARS IDF, la FAA a exprimé sa volonté de s'impliquer dans le développement du bénévolat des personnes en situation de handicap dans les grands événements sportifs attendus dans le cadre des JOP 2024.

A cet effet, l'ARS contribue à hauteur de 30 000 € en CNR concernant la transcription en FALC des outils JOP2024 et la transcription des outils « Si T Bénévole ».

¬ 5) Un avenir après le travail (44 k€ pour 2023) :

« Un Avenir après le travail » est un projet répondant à une problématique massive pour la quasi-totalité des ESAT du fait de l'augmentation importante de l'espérance de vie. Aujourd'hui, 40% des travailleurs d'ESAT ont plus de 50 ans, soit près de 50 000 personnes.

L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé des travailleurs d'ESAT étant encore récente, cette génération, qui est la première à accéder en nombre à la retraite, nous confronte à l'absence de modèle de référence en la matière. La question de « l'après travail » est peu traitée et fait l'objet d'initiatives éparses.

Pour développer des solutions adaptées, l'Agence régionale de santé Ile-de-France soutient l'émergence d'une antenne francilienne du collectif « Un avenir après le travail ». La subvention via crédits non reconductibles de l'ARS Ile-de-France est fixée à 44 667 € pour 2023.

¬ 6) Accompagner le déploiement de la consultation mobile régionale génétique :

La consultation mobile régionale génétique offre aux personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme et à leurs familles un meilleur accès à l'information, aux conseils et au dépistage de pathologies génétiques dont certaines peuvent donner lieu à l'expression de troubles du développement. L'originalité de cette consultation est la venue du médecin généticien sur place, à la rencontre des patients, de leurs familles ainsi que des équipes de soins et/ou d'accompagnement médico-social.

Les prélèvements sont effectués sur site ou à Necker et exploités dans les laboratoires de pôle de biologie spécialisée, sur la plateforme de génomique ou dans les laboratoires de l'Institut Imagine. La consultation s'adresse aux adolescents et adultes porteurs d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou d'une déficience intellectuelle (DI). Chaque année sont vus ou revus 120 enfants et adolescents, pour des primo-consultations et des séances de restitution aux familles, sur site, en présence des médecins des établissements et des référents dans les équipes (éducateurs, infirmiers et psychologues).

Elle concerne plus de 30 sites sanitaires et médico-sociaux d'Ile-de-France et elle a la possibilité aujourd'hui d'en accueillir de nouveaux. L'agence soutient cette consultation à hauteur de 230 K€ par an.

¬ 7) Soutenir le programme de formation d'experts d'usages pour la paralysie cérébrale :

L'Agence régionale de santé Ile-de-France soutient le programme de formation d'intervenants d'experts d'usages porté par Paralysie Cérébrale France. Ce programme s'adresse majoritairement (mais pas exclusivement) à des personnes en situation de handicap accompagnées par des établissements médicalisés (ces personnes sont au contact des professionnels du travail social et du soin et ont l'expérience de cet accompagnement du quotidien mais sont pour autant peu invitées dans les lieux de formation ou alors réduites à des témoignages souvent un peu accessoires ou la narration de parcours). L'objectif de ce projet est de valoriser l'expertise d'usages des personnes (sur la base des messages qui leur apparaissent comme essentiels) et de légitimer leur plus-value dans les cursus de formation. Il s'agit de passer ainsi du simple témoignage à un témoignage outillé dans le cadre

d'interventions adaptées et co-construites. L'objectif est de créer à moyen terme un réseau national d'intervenants d'experts d'usages au sein de Paralysie Cérébrale France à l'image d'une communauté de pratiques.

- 8) La présence d'un médiateur santé pair au sein du Céapsy (36 k€ pour les années 2023-2024) :

Les médiateurs de santé pairs (MSP) sont de nouveaux professionnels qui se font une place de plus en plus importante dans les dispositifs de soin, notamment dans le domaine de la santé mentale. Ces anciens usagers, rétablis ou en voie de rétablissement, ont suivi une formation ad hoc, validée par un diplôme. Ils ont alors la possibilité d'intégrer une équipe dans laquelle se jouent des enjeux de conception de poste et d'intégration, afin de participer au parcours de soin des usagers.

Les missions du médiateur santé pair sont d'agir pour favoriser l'accès aux soins et le maintien des usagers des soins en santé mentale dans leur environnement social, affectif et professionnel, participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé de soin en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et l'usager, participer à la mise en œuvre des plans de soin et d'insertion professionnelle et sociale, ainsi que du plan de rétablissement de l'usager, ou encore contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil de l'usager au sein des services et structures par la médiation.

- 9) Mettre en œuvre des formations croisées au bénéfice des professionnels du médico-social et de l'Education nationale :

Afin de renforcer le partenariat institutionnel et de faciliter la coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux, l'ARS Île-de-France et les trois Rectorats s'engagent, avec l'appui de l'OPCO Santé, dans la mise en œuvre d'un programme de formation conjoint. Une enveloppe de 400 000 € sera dédiée à cette action.

- 10) Soutenir la pratique sportive dans les établissements pour personnes en situation de handicap :

Dans le cadre des jeux olympiques 2024, l'Agence régionale de santé a conclu 3 partenariats spécifiques au bénéfice de la pratique sportive des personnes en situation de handicap :

A - Génération 2024, en lien avec les rectorats franciliens

Porté par le ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports et le ministère chargé des Sports, et développé depuis 2018 dans le contexte de la construction de l'héritage des Jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024, le label Génération 2024 est destiné à encourager la pratique physique et sportive des élèves et à favoriser les passerelles entre le monde scolaire et le mouvement sportif

En accord avec le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, le dispositif de labellisation a été élargi aux IME, aux IEM, aux ITEP, à l'INJA et à l'INJS à compter de la rentrée de septembre 2021. Le périmètre de cette extension est limité dans un premier temps aux seuls établissements d'Ile-de-France, avant une possible généralisation ultérieure.

Le label Génération 2024 est accordé pour une durée de trois ans aux ESMS qui en font la demande. Les dossiers de candidature devront décrire les moyens mis en œuvre pour encourager la pratique

physique et sportive des jeunes, en s'appuyant explicitement sur au moins deux des quatre volets du cahier des charges ci-joint.

***Pour candidater** : le dossier est à déposer sur démarche simplifiée : https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/dossier-de-candidature-a-la-labellisation-generati*

Une copie de votre dossier de candidature est à adresser également à l'Agence régionale de santé Ile-de-France, par mail, en précisant dans l'objet « Génération 2024 » : ars-idf-ami-ph@ars.sante.fr

B- *« ESMS et Clubs », en lien avec le comité paralympique sportif français*

Le Comité Paralympique et Sportif Français a initié en 2020 une opération intitulée "ESMS x CLUBS". L'objet de cette action est simple : mettre en lien des clubs sportifs et des établissements médico-sociaux qui n'ont pas de contacts réguliers avec le mouvement sportif fédéré afin d'impulser des actions de découverte des pratiques parasportives et d'accompagner leur pérennisation. En 2022, l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France s'associe au CPSF pour le déploiement et l'amplification de ce dispositif sur le territoire francilien.

La création de cette opération sert trois grandes ambitions à court et moyen termes :

. Accroître et pérenniser le nombre de personnes relevant d'un ESMS pratiquant une activité sportive régulière ;

. Favoriser les liens et interactions entre le milieu médico-social et les structures sportives fédérées afin de multiplier les passerelles ;

. Mieux intégrer le sport dans le projet d'accompagnement personnalisé des personnes accueillies en établissement.

« ESMS X Clubs » permet de proposer un accompagnement à la mise en lien entre un club sportif et un établissement social ou médico-social.

. Un financement de 1000 € pour le Club (CPSF) et un financement de 1000 € pour l'ESMS (ARS), pour finaliser le paiement du club.

. Un potentiel de 60 ESMS par an

Pour candidater, compléter l'appel à manifestation d'intérêt en ligne (AMI ouvert jusqu'au 1er juillet 2023) :
https://forms.office.com/pages/responsepage.aspx?id=GArXQ7hyrEO5xzvlcTqW7atVuUBe379DmjRCFM8lPBpUOVdXN1BMRUU3NENTRzg2VkxDQTVMNVJCTS4u

C - Soutenir *la pratique sportive adaptée, en lien avec la Fédération française de sport adapté d'Ile-de-France*

Le partenariat avec la FFSA a pour objectif d'optimiser la communication des projets sportifs. Dans ce cadre, le financement d'un poste pour 3 ans a été validé. Ce recrutement au sein de la Fédération permet des interventions auprès des établissements médico-sociaux et la réalisation d'un référencement des connaissances liées aux bienfaits des activités physiques et sportives, la valorisation des actions entreprises.

¬ 11) Expérimenter des séances de marche avec un exosquelette

APF conduit en Ile-de-France l'expérimentation de séances de marche avec exosquelette au sein de la MAS de Garches.

Pour soutenir cette démarche et l'étude qui sera réalisée, l'Agence régionale de santé Ile-de-France apporte un financement de 21 000 € en 2023.

****

Il convient de noter que les CNR alloués feront l'objet d'un suivi précis et seront repris si la dépense n'est pas effectuée (à l'exception des mises en réserve de provision autorisées) ou est inférieure au montant alloué. Il vous appartient d'apporter les justificatifs de la dépense.

L'ensemble des leviers budgétaires présentés visent à soutenir les établissements et services à s'adapter aux multiples enjeux de gestion et d'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation du handicap.

Je vous remercie pour votre contribution et votre implication à l'ensemble de ces actions qui permettront d'améliorer et de développer l'offre médico-sociale de la région Ile-de-France.

La Directrice Générale

de l'Agence régionale de santé

Ile-de-France

Amélie VERDIER

11 Annexe I : La campagne état prévisionnel/réalisé des dépenses et des recettes (EPRD/ERRD) 2023

Ce cadre budgétaire et comptable permet le suivi et l'analyse de l'utilisation des ressources des établissements et des engagements pris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Les supports électroniques des **cadres normalisés et document annexes mis à jour en 2023** sont accessibles sur le site de la DGCS à l'adresse suivante : **https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/reforme-de-la-tarification#Cadres-normalises**

1) La composition du dossier EPRD/ERRD

Le **dossier EPRD/ERRD** est constitué des documents règlementaires suivants :

- Un cadre normalisé EPRD/ERRD

Deux type de cadres normalisés (EPRD, ERRD) / (EPCP, ERCP) sont applicables en fonction du statut juridique des organismes gestionnaires :

- **EPRD/ERRD complet** : ESMS ayant signés un CPOM ;
- **Etat prévisionnel/réalisée des charges et des produits (EPCP /ERCP)**: activités médico-sociales gérées par un établissement public de santé.

Le cadre normalisé s'accompagne des annexes obligatoires suivantes :

- Annexe activité à transmettre en octobre N-1 ;
- Un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) ;
- Une annexe financière ;
- Un rapport budgétaire et financier (à l'exception des EPS).

Pour toutes autres informations concernant les documents à transmettre en fonction de votre situation veuillez consulter les liens suivants :
https://www.cnsa.fr/documentation/liste_des_pieces_du_dossier_eprd.pdf
https://www.cnsa.fr/documentation/liste_des_pieces_du_dossier_errd.pdf

La transmission du dossier EPRD est dématérialisée sur la plateforme ImportEPRD et vaut dépôt réglementaire et ne nécessite pas d'envoi supplémentaire par courrier ou par courriel. La procédure de validation des EPRD par les autorités de tarification est également réalisée par voie dématérialisée sur ImportEPRD et intervient dans un délai de 30 jours à compter du dépôt de l'EPRD sur la plateforme.

Les décisions d'approbation ou de rejet de l'EPRD sont notifiées par mails automatiques à partir de la plateforme Import EPRD. Ces messages automatiques pourront être complétés de commentaires de l'ARS et/ou du Conseil départemental notamment pour les approbations faisant l'objet d'observations.

2) Points de vigilance :

- Les différentes annexes qui composent l'EPRD sont également très importantes pour l'étude de celui-ci et sa validation, il est important qu'il soit correctement rempli pour faciliter l'analyse.

- La soumission du dossier EPRD sur l'application fait courir le délai réglementaire d'approbation de trente jours dont disposent les autorités de tarification (ARS et/ou CD). Aucun document supplémentaire ne peut donc être déposé. Par conséquent, une attention particulière est à porter à la complétude et à la qualité de documents transmis avant validation définitive du dossier sur Import EPRD.

- Une fois que l'EPRD est soumis l'ARS procède à une étude en 3 phases :
    - Phase 1 : vérification de la transmission et du format

• Contrôle de l'envoi (respect du calendrier) ;

• Format retenu (choix du cadre et des établissements regroupés).

    - Phase 2 : vérification des données transmises

• Complétude des documents ;

• Sincérité et cohérence des informations communiquées.

    - Phase 3 : Analyse de l'EPRD et de ses annexes

• Analyse budgétaire (étude des comptes de résultat) N ;

• Contrôle de la valorisation des dotations et de leur usage, détection préventive des dépenses abusives, injustifiées, disproportionnées ;

• Analyse financière N ;

• Analyse des comptes de résultat en PGFP ;

• Analyse des ratios financiers du PGFP.

3) Principales évolutions des cadres

A) Nouveaux cadres pour l'ERRD :

- Annexe 3 : Bilan comptable applicable aux établissements et services sociaux et médico- sociaux privés (modèle type secteur privé commercial) (Obligatoire à partir de l'ERRD 2023) : Annexe3_Bilan_comptable_PC_xxx.xls ;

- Annexe 3 : Bilan comptable applicable aux établissements et services sociaux et médico- sociaux privés (modèle type secteur privé non lucratif (modèle type secteur privé commercial, obligatoire à partir de l'ERRD 2023) : Annexe3_Bilan_comptable_PNL_xxx.xls (Identique à l'annexe 3 du CA).

B) Evolutions TER/TPER hors EHPAD :

- TER/TPER hors EHPAD regroupement des emplois temporaire par catégorie ;
- Modification de la nomenclature des métiers ;
- Calcul des assiettes dans l'onglet charges sociales ;
- Nouveau référentiel des métiers ;
- Nouvelle codification des métiers vers ce référentiel ;
- Recodification des pré EPRD.

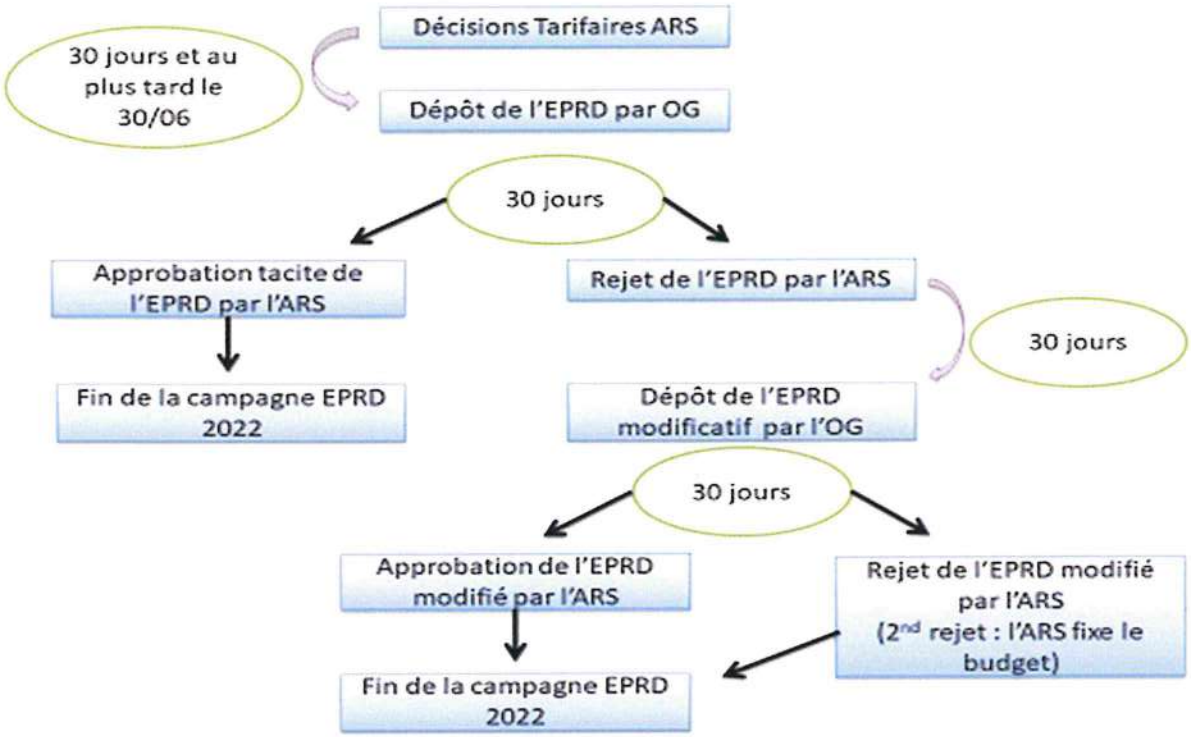
C) Autres évolutions :

- Quelques évolutions sur les plans comptables (Arrêtés du 14 décembre 2022) distinction du forfait global de soins et financements complémentaires pour les SSIAD, SPASAD et Service autonomie à domicile ;
- Distinction dotation globale et dotations complémentaires pour les SAAD ;
- Présentation tarifaires ajout compte 7312152 (Forfait de prise en charge des frais de transport en accueil de jour (FAM uniquement)) ;
- Mise à jour des lisez-moi ;
- Code couleurs onglets ERRD complet ;
- Contrôles de cohérence dans TER et activité (à venir) ;
- Onglet auto contrôle (ERRD complet, TER) ;
- PGFP automatisation des financements stables dans indicateurs du PGFP ;
- CRP_PGFP ajout de ligne par macro charges groupe III.

D) Compte administratif

- CA-PH : « CRCA-PH-SSIAD-2022_V2.xls : Modification du tableau des effectifs et du tableau des rémunération.

4) Calendrier de la compagne EPRD



12 Annexe II : « Mise en œuvre de la réforme tarifaire des services » / annexe 6 de l'instruction budgétaire

ANNEXE 6 : MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME TARIFAIRE DES SSIAD, AINSI QUE DES SPASAD ET DES SERVICES AUTONOMIE A DOMICILE POUR LES PRESTATIONS DE SOINS

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a créé les services autonomie à domicile. Ces services dispensent des prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile auprès de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap. Ces services concourent à préserver leur autonomie et à favoriser leur maintien à domicile. Ces dispositions ont été complétées par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et sont précisées par un décret *relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et pour personnes handicapées*[4]. Ces différentes mesures entrent en vigueur dès 2023 et impactent directement la conduite de la campagne budgétaire au titre de cet exercice pour les services qui délivrent des prestations de soins à domicile.

La présente annexe a pour objectif de présenter les différentes phases de la procédure d'allocation des ressources au titre des soins à domicile[5], allant de la collecte des données relatives à l'activité de ces services jusqu'à la procédure de validation par les ARS des budgets prévisionnels :

- La collecte des données relatives à l'activité des services délivrant des prestations de soins infirmiers à domicile ;
- La détermination des dotations globales de soins et des forfaits globaux de soins-cibles et règles de convergence ;
- La notification des financements alloués par les ARS ;
- La transmission du budget prévisionnel des services ;
- La validation du budget prévisionnel par les ARS.

Par ailleurs, l'annexe rappelle les principales règles budgétaires et comptables du cadre de budget prévisionnel qui restent applicables aux services dispensant des prestations de soins à domicile.

1. La collecte des données relatives à l'activité des services délivrant des prestations de soins infirmiers à domicile :

Pour rappel, la dotation globale de soins de ces services comprend :

- Un forfait global de soins (comprenant d'une part un montant versé au titre des frais de structure et de déplacement et, d'autre part, un montant versé au titre des interventions à domicile auprès des personnes accompagnées, réalisées sur une période de référence) ;
- Le cas échéant, la dotation de coordination entre l'aide et le soin ;

[4] En cours de signature et de publication lors de la rédaction de cette annexe
[5] N'est donc pas concernée l'activité d'aide et d'accompagnement que certains services peuvent également exercer.

- Le cas échéant, des financements complémentaires.

La collecte des données d'activité a pour objet de déterminer le forfait global de soins pour sa composante « intervention à domicile auprès des personnes accompagnées ».

Pour cette collecte, il convient de distinguer le dispositif cible des dispositions transitoires applicables aux campagnes budgétaires 2023 et 2024, voire 2025.

1.1. Le dispositif cible :

En application de l'article L. 314-2-3 du CASF, les données d'activité seront à transmettre à la CNSA et aux ARS. Ces données seront complétées par celles transmises par les conseils départementaux.

Par ailleurs, l'article R. 314-138-1 du même code précise ces dispositions :

L'obligation de remontée des données d'activités s'applique aux services créés depuis au moins un an.

Ces services transmettent leurs données d'activité pour le 30 juin de l'année qui précède l'exercice sur lequel cette activité sera prise en compte dans la détermination de la composante « intervention auprès des personnes accompagnées ». L'activité concernée porte sur la période allant du 1er juin N-2 au 31 mai N-1. Les services disposent d'un délai d'un mois pour faire remonter leurs données.

En l'absence de transmission des données, ou si celles-ci sont incomplètes ou inexploitables, le directeur général de l'ARS enjoint le service d'effectuer/compléter cette transmission dans un délai de 15 jours.

A l'issue de ce délai, et en l'absence de communication des données manquantes, le directeur général de l'ARS fixe d'office le montant du forfait global de soins. Le forfait ainsi fixé est compris entre 90% et 100% du forfait alloué l'année précédente.

1.2. Mesures transitoires :

Le décret *relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et pour personnes handicapées* prévoit des dispositions transitoires pour les exercices 2023 à 2025.

1.2.1. Au titre de 2023 :

Le forfait global de soins est calculé sur la base du nombre de semaines de prise en charge effective des personnes accompagnées par le service en 2022 ou, dans le cas où ce nombre serait plus élevé, en 2019.

La collecte des données a été organisée par l'ATIH et réalisée sous forme de coupes en juin et septembre 2022. Les forfaits globaux de soins projetés Ces données doivent être transmises sur la plateforme e-SSIAD de l'ATIH avant le 31 mai 2023.

Pour l'exercice/la tarification 2025, les plages de collecte des données et leurs modalités de recueil seront précisées ultérieurement.

1.3. Procédures de contrôle des données transmises :

Les agents des ARS et des organismes payeurs de l'assurance maladie spécialement habilités peuvent procéder à des contrôles sur pièce et sur place des données déclarées par les services.

Ces contrôles donnent lieu à un rapport daté et signé qui mentionne notamment la période contrôlée, l'objet du contrôle et ses résultats. Même si le décret n'en fait pas mention, le service concerné par ce contrôle et son gestionnaire conservent la possibilité d'apporter leurs observations sur ce rapport.

En fonction des conclusions retenues, le directeur général de l'ARS peut procéder à une régularisation sur le montant du forfait global de soins.

2. La détermination des dotations globales de soins et des forfaits globaux de soins-cibles, et règles de convergence :

2.1. Détermination de la dotation globale de soins :

Comme indiqué précédemment, la dotation globale de soins comprend :

- Un forfait global de soins qui comprend lui-même :
  - Un montant versé au titre des frais de structure et de déplacement,
  - Un montant versé au titre des interventions à domicile auprès des personnes accompagnées,
- Le cas échéant, la dotation de coordination entre l'aide et le soin ;
- Le cas échéant, des financements complémentaires.

Ces trois composantes sont précisées comme suit.

2.1.1. Détermination du montant du forfait global de soins et convergence sur la période 2023-2027 :

Le forfait global de soins comprend :

- Une composante « frais de structure et déplacements », égale au produit d'un forfait annuel déterminé par arrêté, multiplié par le nombre de places autorisées au 31 décembre de l'année précédente ;
- Une composante « interventions au domicile des personnes accompagnées », égale à la somme des « forfaits usagers » des personnes prises en charge au cours de la période de recueil des données. Le « forfait usager » d'une personne accompagnée est calculé en multipliant le montant forfaitaire hebdomadaire fixé par arrêté[6] applicable à cette personne

[6] Article R. 314-138 : *« III. – Le montant versé au titre des interventions au domicile des personnes accompagnées est égal à la somme des « forfaits usagers » des personnes prises effectivement en charge par le service au cours de la période de recueil des données […] « Le « forfait usager » d'une personne prise en charge est calculé en multipliant le montant forfaitaire hebdomadaire applicable à cette personne par le nombre de semaines de sa prise en charge effective pendant la période de recueil des données. »*

par le nombre de semaines de sa prise en charge effective pendant la période de recueil des données. Certains de ces forfaits sont majorés en fonction de situations particulières (diabète insulinotraité, nécessité d'un accompagnement réalisé simultanément par deux intervenants, IDE ou aides-soignants).

La période 2023-2027 correspond à la montée en charge de la réforme du financement des forfaits globaux de soins pour ces services. A ce titre, et durant cette période, les financements alloués comprennent :

- Le montant des produits de la tarification pérennes de l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté interministériel[7] ;
- Une fraction de la différence entre ce montant et celui du forfait global de soins-cible (soit 1/5ème en 2023).

Pour les exercices 2023 et 2024, lorsque ce montant est inférieur à la dotation pérenne perçue en 2022 (le cas échéant, hors dotation de coordination et financements complémentaires), le forfait global de soins est fixé à hauteur du montant précité perçu en 2022.

Pour les services créés depuis moins de deux ans, la remontée des informations relatives à l'activité du service n'est pas obligatoire. Dans cette attente, l'ARS fixe le montant du forfait global de soins en fonction des montants forfaitaires fixés par la CNSA. Cette procédure peut s'appliquer également aux extensions de capacité des services existants.

2.1.2. La dotation de coordination :

Cette dotation a été définie par le décret n° 2021-1932 du 30 décembre 2021 *relatif au tarif minimal applicable aux heures d'aide à domicile et à la dotation visant à garantir le fonctionnement intégré de l'aide et du soin au sein d'un service autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles*.

Cette dotation, qui bénéficie aux activités d'aide et de soins de la structure, couvre le coût des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence des interventions auprès de la personne accompagnée.

Le montant de cette dotation est déterminé par l'ARS en tenant compte notamment du nombre de personnes accompagnées par le service et du volume d'activité d'aide et de soins de la structure.

L'instruction de campagne budgétaire au titre de 2022 (1ère phase) a apporté des précisions sur cette dotation :

« La dotation peut en particulier servir à financer du temps d'infirmier coordonnateur (IDEC) nécessaire à la mise en place de réunions de coordination, de partenariats et de temps de partage de bonnes pratiques. Il est estimé qu'il convient de financer au moins un tiers temps d'IDEC toutes les 80 places.

---

[7] En 2023, ce taux est de 2,06% pour les personnes âgées et de 2,53% pour les personnes handicapées.

Cela peut également intégrer le financement de la gestion (développement, usage, accompagnement) d'un système d'information. En matière de coordination, l'une des actions phare est en effet le développement d'un système d'information partagé du SPASAD. Il s'agira ainsi de dépasser les difficultés liées aux contraintes techniques rencontrées dans la plupart des cas, et d'aider à faire évoluer les systèmes d'information des structures pour répondre à l'exigence de coordination des interventions. Cet aspect technique constitue un véritable enjeu d'avenir pour les SPASAD mais aussi, de manière plus générale, pour le développement des échanges sur le secteur médico-social, à l'instar des développements sur l'e-santé.

Vous vous attacherez à définir avec les services à domicile concernés les améliorations de la coordination attendues au moyen des crédits alloués. Vous vous assurerez de pouvoir mesurer la progression de la coordination entre les prestations d'aide et de soins à domicile qui aura été permise par les crédits versés. »

2.1.3. Les financements complémentaires :

Peuvent être financées à ce titre :

- Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Des interventions auprès de personnes présentant des besoins spécifiques (maladies neurodégénératives, des interventions à des horaires spécifiques) ;
- Des actions de prévention ;
- Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des mesures prises pour améliorer l'attractivité des postes offerts par le service et les conditions d'exercice de ses agents.

Ces financements sont définis dans le CPOM qui fixe les modalités de leur revalorisation annuelle. Dans l'attente de la signature du contrat, le DGARS en fixe le montant (hors procédure contradictoire)[8].

[8] Article 68(V) de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023

2.2. Les charges couvertes par la dotation globale de soins :

La dotation couvre les charges suivantes :

- La rémunération ainsi que les charges fiscales et sociales afférentes des auxiliaires médicaux (notamment infirmiers et infirmiers coordinateurs), des aides-soignants, des psychologues, des aides médico-psychologiques et des accompagnants éducatifs et sociaux ;
- Les prestations des infirmiers libéraux, à l'exception de la rémunération de l'évaluation de la personne accompagnée dans le cadre du bilan de soins infirmiers et la majoration de coordination infirmière ;
- Les frais de déplacement de ces personnels ;
- Les charges relatives aux fournitures et petit matériel médical dont la liste est fixée par arrêté[9] ;
- Les autres frais généraux de fonctionnement du service.

En revanche, ne peuvent être imputées sur cette dotation globale de soins :

- Les charges relatives aux prestations d'aide et d'accompagnement à domicile ;
- Les charges mentionnées aux article R. 314-26 et R. 314-167 du CASF ;
- Plus généralement, les charges manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale du service.

3. La procédure d'allocation des ressources par les ARS :

3.1. Une procédure budgétaire adaptée :

Par dérogation à l'article L. 314-7-1 du CASF, le passage à une tarification à la ressource, en application des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, ne s'accompagne pas d'un passage à l'EPRD. Ce passage reste soumis à la signature d'un CPOM, soit au titre du IV ter de l'article L. 313-12 (CPOM EHPAD « multi-activités »), soit au titre de l'article L. 313-12-2 (CPOM ESMS PA – hors EHPAD – et PH de la compétence des ARS).

Ainsi, les services déjà couverts par un tel CPOM appliquent les règles budgétaires du cadre EPRD[10]. En revanche, les services n'ayant pas encore conclu leur CPOM continuent d'appliquer le cadre de budget prévisionnel. Dans l'attente de la signature du contrat (et au plus tard au 1er janvier 2026, date de passage de l'ensemble des services à l'EPRD), certaines règles du cadre de budget prévisionnel ont dû être adaptées pour ces services, au regard de leurs nouvelles modalités de tarification.

Ces dispositions transitoires sont précisées ci-après.

---

[9] Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code (NOR : SJSS0812543A).

[10] Notamment, les dispositions précisées aux articles R. 314-210 et s. du CASF.

3.2. La notification des dotations globales de soins :

Les modalités de fixation de la dotation globale de soins, et notamment du forfait global de soins, applicables dès 2023, conduisent à une inversion du processus d'allocation des ressources avec, à titre principal, une dérogation à la procédure contradictoire de droit commun.

Ainsi, au regard notamment des données d'activité recueillies par l'ATIH[11], les ARS notifient leurs financements dans les 30 jours qui suivent la publication des dotations régionales limitatives par la CNSA. Ces notifications portent sur le montant de la dotation globale de soins au titre de l'exercice en cours (forfait global de soins et, le cas échéant, la dotation de coordination et les financements complémentaires), ainsi que le prix de journée nécessaire à l'exercice de compensation.

Au titre de l'exercice 2023, et afin de tenir compte de la situation individuelle de chaque service, les ARS peuvent s'appuyer sur les propositions budgétaires transmises au 31 octobre 2022, pour ce qui concerne notamment les mesures nouvelles inscrites dans ces budgets.

La notification des financements par l'ARS peut se faire par voie dématérialisée. Cette notification est adressée au représentant du service désigné à cet effet. Si cette personne n'est pas le gestionnaire, celui-ci est également destinataire de cette notification.

En complément, la décision du directeur général de l'ARS fixe également l'affectation des résultats comptables, conformément aux dispositions des articles R. 314-51 et R. 314-53 du CASF. A ce titre, la dotation globale de soins intègre, le cas échéant, l'affectation de tout ou partie du résultat en report à nouveau.

Les règles de calcul de la dotation globale de soins sont adaptées en conséquence. Elles appellent les remarques suivantes.

⇨ *S'agissant de la dotation globale de soins :*

- Le montant du forfait global de soins déterminé selon les modalités précisées au 2.1.1 (soit les crédits pérennes de l'année précédente revalorisés et un cinquième de l'écart entre ce forfait et le forfait-cible au titre de 2023) ;
- Le cas échéant :
    - La dotation de coordination entre l'aide et le soin ;
    - Des financements complémentaires ;
    - Un report à nouveau, selon les modalités définies infra.

⇨ *S'agissant de l'intégration d'un report à nouveau :*

Il convient de distinguer, les éventuels reports à nouveau découlant des exercices 2021 et 2022 (exercices précédents l'entrée en vigueur de la réforme) de ceux issus de l'affectation des résultats 2023 et suivants, jusqu'à l'exercice précédent l'entrée en vigueur du CPOM et le passage au cadre EPRD.

[11] A terme, par la CNSA.

Les dotations globales de soins déterminées au titre de l'exercice 2023 et 2024 (éventuellement 2025) intègrent, le cas échéant, un report à nouveau excédentaire (en diminution de la dotation) ou déficitaire (en augmentation de la dotation) issu du résultat des exercices 2021 et 2022, en application de l'article R. 314-51 du CASF.

Les éventuels déficits constatés sur les exercices 2023, 2024, voire 2025 sont couverts conformément à l'article R. 314-51 précité, ce qui peut conduire à majorer le montant de la dotation sur laquelle ces déficits sont reportés. Cette obligation découle des règles d'équilibre réel définies à l'article R. 314-15 du CASF. En revanche, les éventuels reports à nouveaux excédentaires issus de l'affectation du résultat des exercices 2023 à 2025 ne seront pas pris en compte dans la détermination de la dotation globale de soins.

⇨ *S'agissant de la fixation d'un prix de journée (et de la transmission des informations nécessaires) :*

Cette information est obligatoire en application de l'article R. 314-112 du CASF[12].

Pour 2023, ce prix de journée est calculé à partir des données d'activité (exprimées en journées) transmises avec les propositions budgétaires au 31 octobre 2022. Il est égal à la dotation globale de soins, divisée par le nombre de journées réalisées moyen sur les trois derniers exercices. Lorsque le service est ouvert depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières, le nombre de journées à retenir est l'activité prévisionnelle de ce service au titre de l'exercice 2023.

A partir de 2024, les services n'ayant pas encore signé leur CPOM ont l'obligation de transmettre l'onglet « activité » du budget prévisionnel pour le 15 mars de l'année en cours, indépendamment d'une notification des financements (la transmission au 15 mars a d'ailleurs vocation à précéder cette notification). Les services relevant de l'EPRD (après signature du CPOM) transmettent l'annexe « activité » applicable à cet environnement budgétaire.

Ces documents peuvent être transmis à l'ARS par voie dématérialisée.

4. La transmission du budget prévisionnel des services :

Dans l'attente de la signature du CPOM, les services continuent d'appliquer le cadre de budget prévisionnel, tout en bénéficiant d'une tarification à la ressource.

Compte tenu du nouveau schéma de notification des crédits, les règles de transmission du budget prévisionnel, en tant que document tarifaire, sont adaptées.

---

[12] Article R. 314-112 : « *Afin de permettre l'exercice des compensations entre régimes et de facturer les prestations délivrées aux personnes qui ne sont pas assurées sociales, l'autorité de tarification procède, pour les dotations globales de financement et les forfaits globaux de soins qui relèvent de l'assurance maladie, au calcul d'un prix de journée, dans les conditions fixées à l'article R. 314-113.* »

Dans ce cadre, par dérogation à l'article R. 314-3 du CASF, la transmission du budget prévisionnel à l'autorité de tarification ne s'effectue plus pour le 31 octobre de l'année précédente[13], mais dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision tarifaire par l'ARS. Dans ce document, qui est uniquement à visée tarifaire, le service ou son gestionnaire doit reprendre le montant des financements qui lui a été notifié. Notamment, l'anticipation de crédits supplémentaires ne saurait lier l'autorité de tarification.

Ces prévisions budgétaires sont accompagnées d'une annexe qui permet de déterminer la capacité d'autofinancement (CAF) prévisionnelle dégagée par ces prévisions budgétaires. Le modèle de cette annexe est fixé par arrêté interministériel (en cours de signature et de publication lors de la rédaction de la présente annexe).

Les gestionnaires ou leurs services devront également transmettre, dans les 30 jours qui suivent la notification des crédits par l'ARS, la totalité des documents énumérés à l'article R. 314-17[14] du CASF. Pour l'exercice 2023, les gestionnaires ou les services eux-mêmes ont déjà transmis leurs propositions budgétaires au 31 octobre 2022. Cette obligation est donc réputée satisfaite pour 2023 si les documents ont bien été transmis pour le 31 octobre 2022. Les services ou leurs gestionnaires conservent la possibilité de mettre à jour le dossier déposé précédemment, notamment en ce qui concerne les prévisions relatives à la section d'investissement.

La transmission des propositions budgétaires aux ARS peut se faire par voie dématérialisée.

Pour les SSIAD et SPASAD publics, la notification des financements peut conduire à adopter une décision modificative si le budget prévisionnel a déjà été voté (notamment pour les établissements publics autonomes qui doivent voter leur budget N au 31 octobre N-1 au plus tard). Dans ce cas, le gestionnaire doit transmettre à l'autorité de tarification le budget prévisionnel initial et la décision modificative.

---

[13] Pour les SPASAD, la transmission du budget prévisionnel N au conseil départemental dans le cadre de la procédure de fixation des tarifs relatifs à l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile reste effectuée au 31 octobre N-1

14 *« I.-Les propositions budgétaires de l'établissement ou du service comportent, en annexe, les documents suivants : / 1° Le rapport budgétaire mentionné à l'article R. 314-18 ; / 2° Le classement des personnes accueillies par groupes homogènes au regard de la mobilisation des ressources de l'établissement ou du service, dits groupes iso-ressources, lorsque la réglementation applicable à l'établissement ou au service prévoit un tel classement ; / 3° Le tableau des effectifs du personnel défini à l'article R. 314-19 ; / 4° Le bilan comptable de l'établissement ou du service, relatif au dernier exercice clos ; / 5° Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ou au service mentionnés à l'article R. 314-28, pour l'exercice prévisionnel ;*
II.-Sont également joints, le cas échéant : / 1° Le plan pluriannuel de financement actualisé, présenté conformément à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale ; / 2° Le tableau de répartition des charges et produits communs mentionné au II de l'article R. 314-10 ; [...] »

5. La validation du budget prévisionnel par les ARS :

Le principe général est une validation tacite. Mais le directeur général de l'ARS peut rejeter ces prévisions budgétaires si la CAF[15] dégagée par ces prévisions est négative (ce qui correspond à une insuffisance d'autofinancement – IAF) ou si son montant, bien que positif, ne couvre pas le remboursement en capital des emprunts du service dû au titre de l'année en cours.

Il est rappelé que la CAF prévisionnelle du service est calculée à partir des données du budget prévisionnel. Elle correspond à la différence entre le montant des produits d'exploitation et celui des charges d'exploitation[16], majorée des charges non décaissables et minorée des produits non encaissables et du produit des cessions d'éléments d'actif.

En cas de rejet, l'ARS notifie sa décision à la personne désignée pour représenter le service dans le cadre de la procédure budgétaire. Si cette personne n'est pas le gestionnaire, celui-ci est également informé de ce rejet. Le service ou son gestionnaire dispose alors d'un nouveau délai de 30 jours pour élaborer et transmettre un budget prévisionnel, ainsi que l'annexe permettant de déterminer la CAF prévisionnelle, prenant en compte le motif de rejet opposé par le directeur général de l'ARS.

En cas de nouveau rejet, le directeur général de l'ARS fixe le montant des différents groupes fonctionnels du budget du service, pour les structures sous statut privé. Pour les SSIAD/SPASAD sous statut public, si le budget[17] ne remplit pas les conditions relatives à l'équilibre réel défini à l'article R.314-15 du CASF, l'ARS, qui agit en tant qu'autorité de tarification, saisit le représentant de l'Etat dans le département pour une mise en œuvre d'une procédure de contrôle budgétaire. Dans le cas des activités médico-sociales gérées par un établissement public de santé, les dispositions du code de la santé publique s'appliquent.

Point de vigilance : Pour les SSIAD et SPASAD publics, les nouvelles modalités de transmission et d'approbation du budget prévisionnel par l'ARS, en tant que document tarifaire, sont à distinguer des procédures de vote et de contrôle du budget par l'autorité de tutelle (contrôles budgétaire et de légalité).

De même, sous réserve des dispositions susmentionnées, les règles budgétaires et comptables propres à chaque établissement ou service restent applicables.

Ainsi, pour les établissements publics autonomes et les établissements et services rattachés à une collectivité territoriale, un CCAS ou un CIAS, ces règles sont fixées par le CASF et le code général des collectivités locales.

Pour les établissements et services sociaux rattachés à un établissement public de santé, ces règles relèvent du code de la santé publique.

---

[15] Capacité d'AutoFinancement
[16] Hors lignes de report à nouveau (ligne 002) et d'équilibre des amortissements comptables excédentaires différés (ligne 005).
17 Budget prévisionnel initiale et éventuelles décisions modificatives.

Enfin, pour les gestionnaires privés (non lucratifs ou commerciaux), ces dispositions relèvent des lois et règlements qui leur sont respectivement applicables et, le cas échéant, des dispositions statutaires qui leur sont propres.

6. Dispositions budgétaires et comptables du CASF applicables aux services relevant du cadre de budget prévisionnel pour lesquelles il n'est pas dérogé :

A l'exception des dispositions présentées aux 3, 4 et 5, les règles budgétaires, tarifaires et comptables prévues dans le CASF demeurent applicables aux services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile tant qu'ils n'ont pas conclu de CPOM au titre des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du CASF.

6.1. Règles de présentation et d'adoption du budget :

Le budget prévisionnel est présenté selon les règles prévues aux articles R. 314-9 à R. 314-13 du CASF.

Ainsi, le budget est présenté en deux sections. Dans la première section sont retracées les opérations d'exploitation de l'établissement ou du service, sous la forme d'un budget principal, qui retrace les opérations d'exploitation afférentes à l'activité principale de l'établissement ou du service et, le cas échéant, de budgets annexes qui retracent l'ensemble des opérations d'exploitation de chacune des activités annexes de la structure.

Dans la seconde section sont retracées l'ensemble des opérations d'investissement de l'établissement ou du service. Ainsi, la section d'investissement regroupe les opérations d'investissement du budget principal et de chaque budget annexe,

Ce budget constitue, pour les établissements et services publics, le document réglementaire voté et transmis à l'autorité de tutelle et au comptable public.

Par ailleurs, le calendrier de vote du budget prévisionnel est inchangé. Ainsi, le budget prévisionnel N sera voté au plus tard au 31 octobre N-1 pour les établissements et services autonomes (article L.315-15 du CASF)[18].La notification des financements par l'ARS au cours de l'année N pourra donc conduire, le cas échéant, à l'adoption d'une décision modificative[19]

De même, les règles d'équilibre budgétaire définies à l'article R. 314-15 du CASF s'appliquent indépendamment de la procédure d'approbation du budget par l'ARS qui conduit cette dernière à vérifier le niveau de la CAF de ces services.

---

18 Pour les structures rattachées à une collectivité territoriale, un CCAS ou un CIAS, le vote s'effectue selon le calendrier applicable à la collectivité ou à l'établissement de rattachement. Il interviendra donc au plus tard le 15 avril N (ou le 30 avril N l'année du renouvellement du conseil d'administration) en application des dispositions de l'article L. 1612-2 du code général des collectivités territoriales.
19Décision modificative adoptée dans les conditions prévues à l'article R.314-46 du CASF.

De plus, les articles R. 314-17 à R. 314-19 du CASF, qui listent les documents devant accompagner les propositions budgétaires, sont applicables[20] ; seule la date de transmission est modifiée (dans les 30 jours suivant la date de notification des financements par l'ARS au lieu du 31 octobre de l'année précédente).

S'agissant des plans pluriannuels d'investissement et leur plan de financement, ceux-ci restent soumis à autorisation préalable de l'autorité de tarification, autorisation qui conditionne l'opposabilité des surcoûts d'exploitation liés à ces investissements. Ces demandes doivent être établies conformément à l'article R. 314-20 du CASF.

6.2. Règles relatives à la fixation pluriannuelle du budget :

Lorsque qu'un établissement ou un service relève d'un CPOM signé au titre de l'article L. 313-11 (CPOM « historique »), les dispositions de ce contrat ont vocation à s'appliquer. En revanche, afin de se conformer à la loi, un avenant est nécessaire pour préciser les nouvelles modalités de détermination des tarifs annuels. En application de ces dispositions et de l'article R. 314-40 du CASF, l'avenant devra viser le 4° de cet article : « *4° soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme* ».

6.3. Règles relatives au compte administratif et à l'affectation du résultat :

Le compte administratif reste établi dans les conditions de présentation, de vote et de contrôle définies dans le CASF aux articles R.314-49 et suivants du CASF.

L'affectation du résultat comptable du SSIAD ou du SPASAD est décidée par l'autorité de tarification dans les conditions mentionnées à l'article R. 314-51 du CASF, sous réserve des dispositions transitoires relatives aux reports à nouveau précisées au point 3.2.

20 La condition relative à la transmission des données relatives aux indicateurs est réputée remplie avec la transmission des données du tableau de bord de la performance médico-sociale au titre de la campagne de collecte de l'année précédente.

13 Annexe III : « Tarifs plafonds applicables aux ESAT en 2023 » / Annexe 5 de l'instruction budgétaire

ANNEXE 5

TARIFS PLAFONDS APPLICABLES AUX ESAT EN 2023

Rappel du contexte

En 2009, des tarifs plafonds pour les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ont été introduits dans le but de mieux adapter les dotations attribuées à la réalité des coûts des structures et à leurs besoins de financement.
L'objectif poursuivi était l'amélioration de l'allocation des ressources afin qu'il n'y ait pas d'inégalité de tarif entre les 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.

Règles applicables au titre de l'année 2023

En 2023, 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 +2,53%, soit le taux d'actualisation appliqué au secteur PH au titre de cet exercice.
Par conséquent, sur la base de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), un arrêté interministériel fixe, pour 2023, 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 **14 160 €** par place autorisée ;
- Pour les ESAT accueillant des personnes en situation de handicap infirmes moteurs cérébraux dans une proportion égale ou supérieure à 70% du nombre total de personnes reçues, le tarif plafond est de **17 698 €** ;
- Pour les ESAT accueillant un nombre de personnes en situation de handicap 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 **16 988€**;
- Pour les ESAT accueillant 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 **14 867 €** ;
- Pour les ESAT accueillant des personnes en situation de handicap 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 **14 867 €.**

Les tarifs plafonds susmentionnés peuvent être majorés de 20% pour l'outre-mer.

Modalités d'application

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 2022 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 (2022), 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), ainsi que des revalorisations salariales accordées au niveau national. Ces charges d'exploitation sont également diminuées des produits d'exploitation du même budget autres que ceux relatifs à la tarification, et 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 reconductibles autorisé au titre de l'exercice 2022. 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.
Pour les ESAT soumis à l'état des prévisions de de recette et de dépenses (EPRD), la notification des crédits prévue à l'article R.314-220 du CASF est effectuée dans les mêmes conditions.

- ***Les établissements en dessous du plafond***

Si le taux d'actualisation des enveloppes régionales des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées est fixé à +2,53% 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 et services pour personnes handicapées. 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 en situation de handicap 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 en situation de 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 contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM).
En effet, l'article R. 314-40 du CASF 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 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.

Moratoire sur les créations de places d'ESAT

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 pouvant 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 en situation de handicap en milieu de travail ordinaire. De plus, aucuns crédits supplémentaires ne sont prévus au sein du programme 157 pour financer l'augmentation des aides aux postes qu'entrainerait la création de nouvelles places d'ESAT.

14 Annexe IV : L'activité des établissements et des services

Des cibles d'activités minimales sont fixées dans le cadre des CPOM : 90% de l'activité théorique pour les établissements et 100% pour les services. En deçà, une retenue financière pourrait intervenir. La négociation du CPOM permettra un dialogue avec le gestionnaire pour fixer une trajectoire visant à atteindre la cible.

Modalités de calcul de l'activité théorique

- Établissements pour enfants : capacité autorisée x Nombre de journées d'ouverture (210 jours minimum).
- CAMSP : Dotation globale / médiane du coût moyen d'une intervention 2017-2019 (257€).
- CMPP : Dotation / médiane du coût moyen d'un acte 2017-2019 (127€).
- SESSAD : 3 actes directs x Nombre de semaines d'ouverture x capacité autorisée (42 semaines minimum).
- ESAT et ESRP : capacité autorisée x Nombre de journées d'ouverture (225 jours minimum).
- MAS et EAM : capacité autorisée x Nombre de journées d'ouverture (365 jours).
- SAMSAH : capacité autorisée x Nombre de journées d'ouverture (250 jours en attente des conclusions du groupe de travail).

Activité des CAMSP

La variété des autorisations des CAMSP (autorisation en file active, en places, en nombre de familles accompagnées ou sans plus de précisions) n'a pas permis jusqu'à présent de déterminer le niveau d'activité attendu et de faire des comparaisons.

Néanmoins, à dotation équivalente, il est légitime d'attendre une activité similaire entre les différentes structures.

Le rapport d'activité standardisé des CAMSP a permis d'obtenir une vision plus précise de leur activité à la fois qualitative et quantitative et a permis de valider une méthode de comptabilisation de l'activité. Des données semblables ont pu être agrégées puisque des termes relatifs à l'activité ont été clairement définis. Ainsi, une intervention est considérée comme l'action d'un ou plusieurs professionnels auprès d'un ou plusieurs enfants/familles. Un rendez-vous individuel, une séance collective compte donc pour une intervention.

La cible d'activité est calculée en fonction de la dotation globale (Dotation compilée Assurance Maladie et Conseil Départemental) de l'établissement avec la médiane du coût moyen d'une intervention observée sur les CAMSP franciliens sur la période 2017 à 2019 (les données sont issues des rapports d'activité des CAMSP). La médiane du coût moyen d'une intervenue retenue 2017-2019 s'élève à 257€.

Dans le cadre des négociations CPOM, le coût moyen peut être réévalué de 5,80 % correspondant au coût du Ségur octroyés aux CAMSP depuis 2020.

Activité des CMPP

La variété des autorisations des CMPP (autorisation en file active, en places, en nombre de familles accompagnées ou sans plus de précisions) n'a pas permis jusqu'à présent de déterminer le niveau d'activité attendu des CMPP et de faire des comparaisons.

Néanmoins, comme pour les CAMSP, à dotation équivalente, il est légitime d'attendre une activité similaire entre les différentes structures.

Le rapport d'activité standardisé des CMPP a permis d'avoir une vision plus précise de leur activité à la fois qualitative et quantitative.

Concernant l'activité, il a permis, en principe, d'agréger des données semblables puisque les termes relatifs à l'activité ont été clairement définis. Ainsi, pour simplifier la mesure de l'activité de tous les CMPP, quel que soit leur mode de tarification, l'unité de mesure commune est l'acte.

L'acte est défini dans les consignes de remplissage et nomenclature des données relatives aux CMPP de la manière suivante : entretiens, consultations, examens et rééducations en présence des bénéficiaires (de l'enfant, de l'enfant accompagné de ses parents - ou responsable légal - des parents seuls ou du responsable légal seul ou de l'entourage de l'enfant). L'inscription administrative n'est pas considérée comme un acte.

Tous les actes, y compris externes, sont comptés :

- Si un professionnel anime une activité avec 5 enfants, il y a 5 actes.
- Si deux professionnels animent une activité avec 5 enfants, il y a 5 actes.

Plusieurs scénarios ont été envisagés pour déterminer la cible d'activité la plus juste : prise en compte de la file active, du nombre d'enfants présents mais la très grande hétérogénéité du travail réalisé dans les CMPP a conduit à écarter ces solutions.

Il a donc été choisi de retenir une cible d'activité en fonction de la dotation de l'établissement avec la médiane du coût moyen d'un acte observée sur les CMPP franciliens sur la période 2017 à 2019 (les données sont issues des rapports d'activité des CMPP). La médiane du coût moyen d'un acte retenue 2017-2019 s'élève à 127 €. Dans le cadre des négociations CPOM, le coût moyen peut être réévalué de 4,44 % correspondant au coût du Ségur octroyés aux CMMP depuis 2020.

Des travaux complémentaires seront menés avec l'analyse des données relatives à la facturation effective des CMPP, afin de prendre en compte les phénomènes de sur et de sous activité dans le coût des actes. Si la prise en compte de ces données faisait apparaître un coût à l'acte différent du coût médian régional, il en sera tenu compte pour la détermination de la cible d'activité.

Lors de l'élaboration des CPOM et de l'analyse de l'activité dans le cadre du dialogue de gestion, il sera tenu compte I des possibles spécificités des structures et notamment de la proportion du groupe III dans le total des charges.

Activité des SESSAD

L'activité prévisionnelle doit être calculée sur la base de l'activité théorique indiquée dans le tableau supra. Néanmoins, pour les SESSAD dont le coût/place a été majoré (notamment les SESSAD autisme), l'activité cible attendue pourra être supérieure à celle mentionnée ci-dessus.

Chaque SESSAD pourra déterminer dans ce cadre :

- Sa file active.
- Le nombre d'actes par enfants suivis en fonction de ses besoins.
- Le nombre de semaines d'ouverture.

Dans le calcul des actes, doivent être comptabilisés :

Uniquement les « actes directs », c'est-à-dire les interventions directes d'un professionnel auprès d'un enfant/jeune à l'exception de l'intervention d'un professionnel du SESSAD au domicile de l'enfant pour de la guidance parentale, qui doit être comptée comme un « acte direct ».

En cas de prise en charge collective :

- Si plusieurs enfants sont présents avec un ou plusieurs professionnels, sont comptés autant d'actes que d'enfants présents.
- Si un enfant est présent avec plusieurs professionnels, est compté un seul acte.

Est ainsi valorisée la prestation directe auprès de l'enfant.

Points particuliers :

- Un enfant peut bénéficier de plusieurs actes dans une même journée, dans la mesure où plusieurs professionnels interviennent successivement.
- L'acte est à dissocier de la notion de durée, pas de modulation du nombre d'actes pour une seule et même prise en charge.

Des cibles d'activités minimales sont fixées dans le cadre des CPOM : 90% de l'activité théorique pour les établissements et 100% pour les services. En deçà, une retenue financière pourrait intervenir. La négociation du CPOM permettra un dialogue avec le gestionnaire pour fixer une trajectoire visant à atteindre la cible.

Activité des SAMSAH

L'activité des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) est aujourd'hui comptabilisée en nombre de journées. Ce mode de comptabilisation paraît insatisfaisant au regard des particularités de fonctionnement de ce type de service.

En 2017, une enquête a été adressée aux SAMSAH franciliens, distinguant les notions d'acte « direct » et « indirect ». Cette distinction ayant présenté des difficultés pour les services et compte tenu des résultats disparates, il a été décidé de soumettre aux SAMSAH franciliens en 2018, un rapport d'activité.

Ce rapport d'activité a été élaboré en groupe de travail constitué des délégations départementales et des conseils départementaux. Ce rapport d'activité a évolué à la marge en 2020.

Les données exploitées de 2020 n'ont pas permis d'établir un mode de comptabilisation de l'activité des SAMSAH.

Un nouveau travail sera conduit, en concertation avec les Conseils Départementaux, les organismes gestionnaires et les délégations départementales en 2022.

15 Annexe V : La tarification et la facturation au titre de l'amendement Creton

Dans l'hypothèse d'une orientation MDPH vers un établissement relevant de la compétence (exclusive ou conjointe) du Conseil départemental, il est rappelé que la facturation du jeune adulte accueilli au titre de l'amendement Creton (L.242-4 CASF) doit être adressée au Conseil départemental concerné.

- La participation financière des personnes accueillies est la règle dans le secteur adulte, contrairement au secteur enfant. Une participation est donc demandée au jeune majeur maintenu en IME dans des proportions qui ne peuvent pas dépasser la participation qui lui serait demandée s'il était accueilli dans l'ESMS correspondant à son orientation.
- Cette participation est fixée par arrêté ministériel pour les orientations MAS (forfait journalier, exception possible si AAH à taux réduit), par le règlement départemental d'aide sociale pour les Conseils départementaux, et par arrêté ministériel pour les orientations en ESAT. En application de la loi de financement pour la sécurité sociale 2022, le montant du forfait journalier est de 20€.
- Les établissements concernés doivent veiller tout particulièrement au respect de ces circuits de facturation et à la valorisation des recettes et participations afférentes au jeune adulte accueilli au titre de l'article L.242-4 CASF.
- En effet, depuis le 1er janvier 2017, le XVI du R.314-105 CASF dispose que, s'agissant des établissements et services financés en dotation globale accueillant régulièrement des jeunes adultes handicapés, la dotation initiale est modulée tous les ans en fonction des produits à la charge des Conseils départementaux sur l'exercice précédent.
- Le montant des produits constatés est transmis par l'établissement ou le service au directeur général de l'ARS, **au plus tard le 31 janvier de l'année en cours au moyen de l'annexe 4C relative à l'activité « Creton ».**
- Les organismes gestionnaires n'ayant pas répondu ont fait l'objet d'une relance de la part des délégations départementales de l'ARS. Le montant des produits facturés au Conseil départemental sert en effet de base de calcul pour déterminer la part assurance maladie versée en N+1 à chaque ESMS accueillant des jeunes en amendement Creton. La répartition entre financeurs peut être modifiée en cours d'année sur demande motivée de l'établissement ou du service.
- En d'autres termes, pour les organismes gestionnaires sous CPOM, la dotation qui leur sera versée à compter de l'exercice 2021 sera égale à la différence entre la dotation globale et la part des financements pris en charge par les conseils départementaux, telle que définie ci-dessous :

Part maladie versée à l'OG = Dotation globalisée commune – recettes Creton facturées (et non perçues) aux CD en N-1 renseignées dans l'annexe 4C.

16 Annexe VI : L'appui aux situations individuelles complexes

En subsidiarité de la mobilisation de l'ensemble des acteurs, l'ARS Ile-de-France peut accorder à un établissement ou service médico-social (ESMS) des crédits non reconductibles (CNR) pour faciliter l'accueil (ou le maintien d'un accompagnement) médico-social pour une personne dont la situation est identifiée comme complexe. Les CNR régionaux correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire, ils ne peuvent être compris comme étant dus de manière pérenne. Par conséquent, l'emploi de ces derniers aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrit.

La circulaire N°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013, relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes qualifie une situation de « critique » si deux conditions se cumulent:

- la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement ;

- l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Les prérequis avant toute demande sont rappelés :

- **La situation doit être critique et connue de la MDPH**.

- **Un projet d'accompagnement doit avoir été clairement défini pour la personne.** Si le projet pour la personne intègre une hospitalisation (USIDATU ou autre), l'établissement s'engage à la réintégrer à l'issue de cette période et à assurer un suivi de la situation durant cette hospitalisation afin de permettre un retour dans les meilleures conditions possibles. L'objectif recherché doit être le maintien dans un établissement médico-social.

- **L'octroi d'un CNR ne peut jamais être une condition préalable** à l'admission d'un usager, ou à son retour en établissement.

- Les CNR « situation individuelle critique » permettent de soutenir l'ESMS dans un projet d'accompagnement individualisé, pour résoudre une problématique ponctuelle. **Ils n'ont pas vocation à compenser une sous-dotation de l'établissement ou un problème de formation des équipes à la gestion des situations complexes** qui par ailleurs peuvent faire l'objet d'une demande de CNR portant sur l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles lors de la campagne de CNR annuelle.

- **Ces financements sont apportés de façon subsidiaire**, une fois toutes les autres possibilités de financement étudiées (aides légales ; droit commun ; etc).

- L'établissement ne doit pas disposer des ressources nécessaires à la prise en compte des besoins de la personne accompagnée ou à accompagner. Le CNR ne pourra être attribué que

si l'ESMS n'est pas en capacité d'autofinancer la dépense et si ce dernier n'est pas surdoté au regard du coût place médian régional.

- Bien que les ESMS ayant contractualisé un CPOM ne contribuent plus à l'enveloppe CNR régionale, ces derniers pourront effectuer des demandes de CNR pour les situations individuelles critiques. Néanmoins, ces demandes seront étudiées au regard des disponibilités financières mobilisables par l'organisme gestionnaire. Ainsi avant de formuler une demande de CNR auprès de l'ARS Ile-de-France, **un ESMS sous CPOM devra préalablement solliciter son organisme gestionnaire. Ce dernier devra procéder à l'analyse de la demande et mobiliser l'ensemble des leviers disponibles pour accompagner l'ESMS**. Si l'organisme gestionnaire estime ne pas être en capacité de financer la demande de l'ESMS, une demande de CNR dument justifiée pourra être formulée auprès de l'ARS Ile-de-France, elle devra être accompagnée du retour circonstancié de l'organisme gestionnaire.

- Les CNR sont un financement non pérenne :

    - La durée de l'aide financière est de **3 mois à 12 mois** (exceptionnellement renouvelable **1 fois uniquement**).
    - Les CNR mobilisés pour les situations complexes individuelles sont un soutien provisoire qui ne peut se substituer à une solution pérenne. Le caractère non pérenne de ce soutien doit être parfaitement intégré par la direction et l'équipe qui accompagne le jeune. **A ce titre, les modalités de sortie du dispositif transitoire doivent être intégrées dans la demande.**
    - **Un bilan régulier de l'accompagnement sur la période devra être transmis à la délégation départementale de l'ARS et à la MDPH à minima tous les 3 mois**. De surcroit, une réunion de suivi ou un bilan circonstancié peuvent être demandé par l'ARS.