

RAPPORT REGIONAL D'ORIENTATION BUDGETAIRE

CAMPAGNE BUDGETAIRE MEDICO-SOCIALE 2016

ÎLE-DE-FRANCE

ETABLISSEMENTS ET SERVICES

ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPEES

ET FINANCES PAR DES CREDITS DE L'ASSURANCE MALADIE

Le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) au titre de l'année 2016 reprend les orientations nationales et régionales pour la campagne budgétaire 2016 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) financés totalement ou partiellement par des crédits d'assurance-maladie, en application des principes définis par la circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016. Dans un souci de lisibilité et de simplification, cette circulaire intègre tant les directives de l'Etat que les instructions techniques de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

La campagne budgétaire est officiellement lancée par la publication au Journal Officiel du 19 mai 2016 de la décision de la directrice de la CNSA du 11 mai 2016, fixant pour l'année 2016 le montant des Dotations Régionales Limitatives mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le ROB présente un caractère opposable (art. R.314-22 5° du CASF).

Poursuivre la transformation du secteur médico-social en garantissant une prise en charge des personnes en situation de handicap efficiente

Eléments généraux sur la campagne budgétaire médico-sociale 2016	3
1. Le cadrage national de la campagne médico-sociale	3
2. La Dotation Régionale Limitative de l'Île-de-France	4
Priorités régionales et installations d'établissements et services en 2016	7
1. La poursuite de la mise en œuvre des plans nationaux et schémas régionaux	7
2. Le développement des CPOM et des tableaux de bord de la performance	13
La transformation du secteur dans un contexte financier contraint	16
1. La transformation du secteur via l'optimisation de la dépense	16
2. L'harmonisation et la simplification des pratiques	19
Annexes	22

Eléments généraux sur la campagne budgétaire médico-sociale 2016

1. Le cadrage national de la campagne médico-sociale

➤ Le contexte institutionnel

La campagne budgétaire 2016 repose sur un taux de progression de l'Objectif Global des Dépenses (OGD) qui reste favorable, marquant ainsi la volonté des pouvoirs publics de continuer à accompagner le développement de ce secteur : l'OGD progresse ainsi de 2,14% en 2016, porté à la fois par un apport de la CNSA de 160M€ et par un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social qui progresse en 2016 de 1,9 % par rapport à 2015 (contre 1,75% de progression de l'ONDAM général).

Cependant, l'OGD 2016 est construit sur une base réduite de 85M€, conformément à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2015.

Comme les années antérieures, en application des dispositions de l'article 10-III de la loi n°2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation de finances publiques pour les années 2012 à 2017, le secteur médico-social contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'ONDAM. Cette contribution s'élève à 111M€.

➤ Le contexte financier du champ du handicap

La base reconductible des Dotations Régionales Limitatives (DRL) fait l'objet d'une actualisation annuelle destinée à permettre la prise en compte par les autorités de tarification de l'évolution du coût de certains facteurs, notamment salariaux, dans le cadre de l'approbation budgétaire.

Le taux d'actualisation des DRL s'établit en moyenne à 0.66% sur l'ensemble des deux champs et l'actualisation des moyens des ESMS à destination des personnes en situation de handicap est pour la campagne budgétaire 2016 de **0.545%** au niveau national. Ce taux tient compte de l'actualisation de la masse salariale de 0,66% (75% du budget global des ESMS) et d'une progression de 0,2% des autres dépenses au regard de l'inflation.

Pour 2016, les crédits de paiement délégués à l'ensemble des ARS permettant la création de places nouvelles dans le secteur du handicap s'élèvent, pour l'ensemble des plans nationaux, à **85 232 848€**

Cette délégation de crédits de paiement s'accompagne d'un GEL de crédits d'un montant de **2 573 476€** au niveau national.

La circulaire nationale indique que cela ne remet pas en cause les engagements du Gouvernement en matière de création de places.

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

➤ Composition de la Dotation Régionale Limitative

La dotation régionale limitative pour le financement des établissements et services relevant des crédits d'assurance-maladie accueillant des personnes handicapées s'élève en 2016 pour l'Île-de-France à **1 575 808 028€**

Vous retrouverez ci-dessous la répartition des crédits supplémentaires répartis entre actualisation, crédits de paiement (CP) pour installation de places et crédits non reconductibles fléchés par le niveau national.

Actualisation des moyens	8 523 119€
Mesures Nouvelles	5 288 728€
CP 2016 au titre du plan Autisme	3 288 728€
CP 2016 au titre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités vers la Belgique	2 000 000€
CP 2016 au titre du Programme pluriannuel de création de places	0€
CP 2016 au titre du plan Handicaps rares	0€
GEL SUR TRESORERIE	2 271 813€
Crédits non reconductibles	1 380 357€
gratification des stagiaires	1 103 458€
permanents syndicaux	276 899€

Le GEL sur la trésorerie de l'ARS Île-de-France représente 88% du GEL imposé à l'ensemble des ARS.

➤ Taux d'actualisation

Le taux d'actualisation des DRL s'établit cette année à 0.545%, soit 8 523 119€.

L'ensemble des ESMS PH se verront attribués un taux d'actualisation de 0.545%.

Les MAS se verront attribuées un taux d'actualisation spécifique fondé sur le mécanisme de convergence qui continuera d'être appliqué en 2016. Le dispositif est détaillé en annexe 1.

Aucune marge de crédits issue d'une dégradation du taux ne sera constituée en 2016.

➤ Le recours aux Crédits Non Reconductibles

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » font l'objet d'une identification au titre de chaque exercice 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).

L'accord 2009-01 du 20 mai 2009 de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif relatif à la mise à disposition de salariés auprès d'une organisation syndicale de branche est actuellement en cours de renégociation. Dans ce cadre et dans l'attente d'ajustements, seuls 50% des crédits fléchés en direction des établissements seront délégués.

Les crédits dédiés aux « gratifications de stagiaire » 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 (ces nouvelles dispositions issues des lois du 22 juillet 2013 (dite loi Fioraso) et du 10 juillet 2014).

Dans ce cadre, je vous rappelle l'importance de votre participation à la formation des professionnels du champ social, notamment via l'accueil de stagiaires, qui doit s'effectuer en partenariat étroit avec les établissements de formation. Il est également essentiel que les établissements potentiellement concernés puissent anticiper en amont leur offre de stage, afin de donner une meilleure visibilité des terrains de stage pour les étudiants en se rapprochant des Délégations Territoriales de l'ARS Île-de-France.

Compte tenu de certains facteurs (et notamment du solde excédentaire des reprises de résultats dans le cadre de l'examen des comptes administratifs), des marges de gestion peuvent être dégagées temporairement au sein de la DRL.

L'allocation de crédits non reconductibles (CNR) reste un élément important de l'allocation de ressource (plus de 66M€ en 2015). En dehors du cas particulier des crédits non reconductibles à caractère national, les CNR ne constituent pas une sous-dotation identifiée au sein de la dotation régionale limitative et doivent respecter le cadre posé par la règlementation.

Les CNR correspondent à une disponibilité budgétaire temporaire et ne peuvent être compris comme étant dus. L'emploi de ces derniers aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrite (circulaire DGCS/DSS du 5 avril 2012).

Conformément au courrier envoyé aux ESMS de la région en date du 01/03/2016, les marges disponibles en 2016 sur la DRL seront prioritairement affectées sur des postes précis. Les CNR peuvent permettre la promotion et le soutien des efforts réalisés par les structures médico-sociales dans le cadre de la politique de restructuration impulsée par l'ARS.

En effet, sur le champ médico-social, l'ARS Île-de-France a initié une démarche volontariste d'adaptation de l'offre. Les structures en risque de fragilité (capacité insuffisante, faible activité, difficultés financières, vétusté des locaux...) sont repérées afin de les inciter à évoluer et à anticiper des difficultés importantes. L'objectif est de mobiliser l'ensemble des acteurs du secteur afin d'engager les mutations à venir et d'encourager les rapprochements, mutualisations et coopérations.

Dans la mesure des crédits disponibles, l'ARS Île-de-France accompagnera prioritairement ces projets techniquement, politiquement et financièrement.

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

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

Les CNR dédiés à l'investissement ont constitué en 2015, comme lors des exercices précédents, un levier massif d'accompagnement des projets d'investissements des ESMS (40M€).

J'attire votre attention sur le fait 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.

Le mode de budgétisation des crédits de mesures nouvelles en AE et CP va mécaniquement diminuer ces trésoreries d'enveloppes et réduire les possibilités d'accompagnement en CNR.

Priorités régionales et installations d'établissements et services en 2016

Dans le domaine du handicap, l'année 2016 est marquée par la poursuite du plan pluriannuel handicap et du plan autisme, du schéma handicaps rares ainsi que par la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique.

Les articles 74 et 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 introduisent des évolutions majeures pour le secteur la généralisation en 6 ans des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur PH et l'intégration des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) dans l'OGD à partir de 2017.

1. La poursuite de la mise en œuvre des plans nationaux et schémas régionaux

- Le Programme Pluriannuel de Création de Places pour les Personnes Handicapées

La mise en œuvre du programme pluriannuel qui se poursuit en 2016 constitue un engagement majeur de la politique de l'ARS. En renforçant et en diversifiant l'offre médico-sociale, il doit permettre de créer de meilleures conditions pour un libre choix de la personne en situation de handicap entre l'entrée dans un établissement spécialisé et le maintien à domicile avec l'ensemble des accompagnements nécessaires.

L'attribution de places nouvelles en 2016 sera l'expression de la programmation pluriannuelle telle que définie dans le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et dans le programme régional interdépartemental d'accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

- Le Schéma National pour les Handicaps Rares¹

Dans le cadre du Schéma national « Handicaps rares » les ARS sont notamment sollicitées afin de déployer une organisation intégrée au sein des territoires pour améliorer collectivement les réponses aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap rare. Ce modèle de fonctionnement repose sur une meilleure structuration territoriale pour un équilibre entre technicité et proximité des expertises et des interventions.

Dans cette perspective et conformément à l'instruction DGCS/SD3A/CNSA/2013/405 du 22 novembre 2013 relative au financement des équipes relais et de places nouvelles spécifiquement dédiées aux handicaps rares en établissements et services médico-sociaux, les années 2014 et 2015 ont été marquées par le déploiement de stratégies d'appui et d'expertises via la mise en place d'équipes relais dédiées aux handicaps rares.

¹ La notion de handicap rare est définie par l'article D 312-194 du CASF

En Ile de France, l'association CESAP a été sélectionnée pour porter cette équipe dans le cadre d'un appel à candidature lancé en juin 2014. Ce projet est financé à hauteur de 400 000€ par les crédits du plan handicaps rares.

Les missions principales de l'équipe relais consistent à :

- Etablir un état des lieux des besoins et des ressources du territoire, formaliser un réseau et apporter un appui aux professionnels ;
- Evaluer les situations et apporter un appui à l'élaboration de projets d'accompagnement individualisé ;
- Capitaliser un niveau d'expertise, organiser les connaissances et les savoirs acquis, assurer leur diffusion.

L'ARS s'appuiera notamment sur cet état des lieux territorial pour mettre en œuvre un programme de développement de l'offre en faveur des personnes en situation de handicaps rares. Ces créations de places, pour lesquelles l'Ile-de-France bénéficie d'une enveloppe de 4 435 112€, se feront de manière privilégiée par des extensions non importantes. Des appels à candidatures ou appels à projets pourront être engagés dans certains territoires en fonction du contexte local.

Ce programme de développement initié en 2013, s'est concrétisé par l'extension de 9 places de SESSAD prenant en charge des enfants polyhandicapés avec épilepsie sévère et par l'extension d'un IME prenant en charge des enfants avec un syndrome d'obésité syndromique et plus particulièrement avec le syndrome de Prader Willi.

Sans attendre le diagnostic attendu de l'équipe relais, si certains projets répondent au cahier des charges de création de places handicaps rares, vous pouvez dès-à-présent prendre attache avec la Délégation Territoriale qui instruira votre demande.

La création de places en service ou en établissement n'est pas l'unique réponse aux besoins des personnes en situation de handicaps rares et de leur famille. Pour ces situations complexes et évolutives, la collaboration entre acteurs est essentielle. En effet, les réflexions liées à l'élaboration des schémas nationaux ont fait apparaître de fortes disparités des ressources disponibles sur les territoires. Le 2nd schéma vise donc à structurer les expertises et les accompagnements médico-sociaux pour les rendre accessibles aux personnes en alliant technicité et proximité.

L'organisation intégrée dans le champ des handicaps rares repose sur une articulation entre les territoires nationaux, interrégionaux/régionaux et les niveaux de proximité à travers les CNRHR réunis au sein du GNCHR, les équipes relais et l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès des personnes.

Le développement du dispositif d'intégration, initiée par l'équipe relais handicaps rares en 2015, se poursuivra en 2016 et dans cette perspective, les structures concernées par l'accompagnement de personnes en situation de handicaps rares peuvent se rapprocher de l'équipe relais.

Les crédits issus du plan handicaps rares n'ont pas vocation à majorer le financement de structures accueillant déjà des personnes en situation de handicap rare.

➤ Le Plan Autisme 2013-2017

L'année 2015 a été marquée par la poursuite de la mise en œuvre du Plan d'Action Régional Autisme :

- Création d'une unité d'enseignement maternelle dans les départements de Seine et Marne et de l'Essonne
- Poursuite des appels à projets et extensions de structures pour des créations de places de SESSAD et d'IME
- Financement du CAMSP du Centre Hospitalier de Versailles, site pilote pour la mise en œuvre d'interventions très précoces à partir de 18 mois, selon l'Early Start Model Denver (modèle de Denver), et associé à un projet de recherches
- Poursuite de la Démarche d'Evaluation Concertée Territoriale dans les départements
- Lancement de l'appel à candidatures dispositifs intégrés de soins et de services (de type MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ des personnes âgées)

Par ailleurs la planification des appels à projets pour la création de places, notamment en ESMS pour personnes adultes avec autisme (FAM) continue à faire l'objet de concertation avec certains Conseils départementaux. Il en est de même pour la création dans les départements de plateformes de diagnostic et d'évaluation regroupant CMP, CAMSP/CMPP et professionnels libéraux.

La création d'unités d'enseignement en maternelle (UEM) pour enfants avec autisme et troubles envahissants du développement, de 3 à 6 ans se poursuit au travers de trois nouvelles UEM qui seront implantées dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis à compter de septembre 2016.

Des appels à candidature seront organisés en 2016 pour la mise en œuvre de plates-formes de diagnostic et d'évaluation autisme dans les territoires.

Les dispositifs Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide (MAIA) et de soins dans le champ de l'autisme seront mis en œuvre dans les départements de Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne et de Seine-Saint-Denis à compter de septembre 2016.

Concernant les crédits relatifs à l'adaptation de l'offre, les structures devront se référer à l'instruction N° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme.

Les structures médico-sociales concernées sont les suivantes :

- Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant et assurant le suivi des enfants, adolescents et adultes avec Troubles du spectre autistique (TSA),
- ESMS spécifiquement autorisés pour ce public (que l'autorisation soit spécifique - pour toutes les places de la structure, ou pour une partie ou unité dédiée),
- ESMS non spécifiquement autorisés pour l'accompagnement des personnes avec TSA, mais accueillant de facto des personnes avec TSA.

Toutes les structures se reconnaissant dans les critères énoncés ci-dessus devront se référer à l'annexe 2 qui précise les modalités de mise en œuvre du volet relatif à l'adaptation de l'offre et transmettre l'ensemble des documents demandés aux Délégations Territoriales avant le 31 octobre 2016.

Les crédits pérennes au titre de l'adaptation de l'offre seront notifiés en 2017. En 2016, seuls des crédits non reconductibles seront octroyés.

Des crédits non reconductibles pourront être attribués en 2016 pour permettre le renforcement de la formation initiale des unités d'enseignement en maternelle, le développement des formations continues relatives à l'état des connaissances et aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur ainsi que des prestations d'accompagnement au changement des organisations. Ces actions devront être conformes aux recommandations de bonnes pratiques sur les interventions éducatives et thérapeutiques chez l'enfant et l'adolescent (mars 2012) de la HAS et l'ANESM.

Enfin, certaines dépenses de formation liées à la structuration du triptyque « repérage - diagnostics – interventions précoces », en particulier les formations et mises à jour des connaissances en CAMSP et CMPP, mais aussi pour la formation et l'acquisition des outils et échelles de diagnostics validés scientifiquement peuvent être soutenus par des crédits non reconductibles. Ces formations doivent explicitement se référer aux documents élaborés par la HAS et l'ANESM, et cibler prioritairement des formations pluri professionnelles.

- Le renforcement des solutions d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap complexe ou critique
 - Mise en œuvre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Dans le cadre de la mission confiée à Madame Marie-Sophie Desaulle, « *Une réponse accompagnée pour tous* », qui vise à mettre en œuvre les préconisations du rapport « *Zéro sans solution* » établi par Denis Piveteau, différentes mesures sont identifiées afin de garantir un accompagnement global de la personne en situation de handicap.

Des journées de présentation de la démarche, actuellement expérimentée dans 23 sites pionniers en France (dont la Seine-et-Marne pour l'Ile-de-France), aux différents organismes gestionnaires sont organisées par Mme Desaulle et le CREA Ile-de-France en juin 2016.

L'article 89 de la loi santé met en place le dispositif d'orientation permanent qui repose sur la création, sur décision de la MDPH, d'un groupe opérationnel de synthèse (GOS) chargé de mettre en œuvre la réponse à la situation de la personne handicapée sur la base d'un plan d'accompagnement global (PAG) défini à partir des besoins de la personne handicapée et des ressources mobilisables.

La loi prévoit que le dispositif d'orientation permanent est mis en œuvre à la date décidée par la Comex MDPH, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017.

Par ailleurs, dans la continuité des priorités identifiées pour 2015, les actions suivantes seront poursuivies par l'ARS:

- Renfort de crédits non pérennes pour renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap critique ou complexe,
 - Mobilisation des CPOM pour garantir plus durablement l'accompagnement de ces situations complexes,
 - Mobilisation de places d'accueil temporaire ou séquentiel pour accueillir les personnes qui se trouvent sans solution ou confrontées à des risques de rupture de parcours.
- Le plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique

L'instruction du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique a prévu la constitution d'un fonds d'amorçage de 15 millions d'euros destiné à éviter ces départs, délégués en deux tranches en fonction du déploiement de la démarche.

L'Ile de France bénéficie, sur la 1^{ère} tranche nationale de 10 millions d'euros, d'une enveloppe de 2 millions d'euros, crédits qui doivent permettre de développer, pour les personnes susceptibles d'être orientées en Belgique, des solutions de proximité sur le territoire national selon trois axes :

- Interventions directes de professionnels spécialisés au domicile dont les modalités seront précisées par circulaire
- Renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux en proximité du domicile sur le territoire national
- Créations de places adaptées dans les établissements et services médico-sociaux

L'ARS Ile de France, compte tenu de son sous équipement, fait le choix de prioriser l'utilisation de ces crédits pour des extensions de capacités non importantes d'établissements (hors appel à projet) pouvant être installées dès 2016 et respectant les coûts médians régionaux.

En lien avec les MDPH et les Délégations Territoriales, les places nouvellement créées feront l'objet d'orientation de personnes susceptibles de partir en Belgique faute de réponse sur la région. Un engagement contractuel sera établi par voie d'avenant pour les organismes gestionnaires sous CPOM.

- La poursuite des renforts d'accompagnement en crédits non pérennes pour les situations critiques

Comme les années précédentes, l'ARS accorde une importance particulière à l'accompagnement des personnes en situation complexe voire critique de handicap afin que celles-ci ne se retrouvent pas sans solution de prise en charge, y compris pour les personnes s'orientant vers un départ en Belgique. De ce fait, des crédits non reconductibles (CNR) sont régulièrement accordés pour renforcer des accompagnements afin de travailler à la stabilisation des troubles et à la construction d'un projet de vie adapté.

Ces accompagnements renforcés s'inscrivent dans une phase transitoire et, compte tenu des contraintes budgétaires fortes, l'attribution de crédits non pérennes est subordonnée au respect des conditions suivantes par les organismes gestionnaires :

- L'aide ponctuelle est attribuée pour recruter à titre temporaire un personnel qualifié assurant un suivi régulier et individualisé de l'utilisateur en situation complexe de handicap
- 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. L'objectif recherché doit être le maintien dans un établissement médico-social.
- La durée de l'aide financière est de un an maximum : 3 à 6 mois renouvelable une fois
- Un bilan régulier de l'accompagnement sur la période devra être transmis à la délégation territoriale de l'ARS, à la MDPH, et à l'UMI pour les personnes avec autisme. Une table ronde ARS/ MDPH/direction de la structure/UMI peut éventuellement être organisée à la demande d'un des partenaires institutionnels.
- Les crédits non reconductibles sont attribués sous réserve des disponibilités d'enveloppe.
- Un projet d'accompagnement doit avoir été clairement défini pour la personne (avis UMI pour les personnes avec autisme, MDPH, contexte, profil de la situation, objectif de l'accompagnement). Le renfort temporaire peut notamment avoir pour objectif d'accompagner une période transitoire avant une hospitalisation ou s'inscrire dans une perspective de construction d'un projet de réorientation.

➤ La démarche régionale sur l'accompagnement en soins des personnes handicapées vieillissantes

Afin d'adapter l'offre d'accompagnement au public spécifique des personnes handicapées vieillissantes, la politique régionale portée par l'Agence, déclinée dans les actions du SROSMS, s'axe sur :

- l'évaluation des besoins de chaque territoire via des enquêtes ad hoc ciblées prioritairement sur les Foyers d'Accueils Médicalisés autorisés pour l'accompagnement de ce public (enquête CREAHI Ile de France 2015 diligentée par l'Agence) ;
- le parcours de soins de la personne handicapée vieillissante : accompagnement des maladies chroniques, éviter les hospitalisations itératives, repérer et suivre les signes de vieillissement précoce, favoriser l'accès aux soins palliatifs et améliorer l'accompagnement en fin de vie (réseaux de santé, HAD,...)

Aussi, l'Agence souhaite, dans le cadre d'un groupe de travail réunissant les acteurs du parcours de soins et les établissements médico-sociaux autorisés pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, élaborer, fin d'année 2016, un référentiel régional reposant sur un comparatif des pratiques innovantes mises en œuvre en Ile-de-France.

Cette démarche s'élargira dans un second temps sur l'ensemble des structures médico-sociales accompagnant, dans leur file active, un public vieillissant.

- La construction d'une filière partenariale sur l'accompagnement en soins des personnes ayant un handicap neurologique acquis

En parallèle du plan national des maladies neurodégénératives, l'ARS d'Île-de-France a fait le choix de développer et de renforcer les partenariats des acteurs (médico-sociale/sanitaire/ambulatoire) concourant à l'accompagnement des personnes ayant un handicap neurologique acquis sur les territoires.

A ce titre, l'Agence souhaite mettre en place, à l'aide de différents dispositifs et outils innovants, une filière d'accompagnement de soins coordonnés. Cette filière intègre prévention, soins aigus, réadaptation et accompagnement médico-social afin d'améliorer le parcours de la personne ayant un handicap neurologique acquis.

L'année 2016 sera marquée par l'appréhension des pratiques et besoins identifiés par les établissements médico-sociaux sur l'accompagnement en soins de ce public particulier. A ce titre, courant premier semestre 2016, une enquête ad hoc sera envoyée aux établissements médico-sociaux autorisés pour ce public.

2. Le développement des CPOM et des tableaux de bord de la performance

- Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

L'article L. 313-12-2 issu de la LFSS 2016 prévoit l'obligation de signature d'un CPOM à partir du 1er janvier 2016 pour une partie des établissements et services pour personnes handicapées de compétence tarifaire propre des ARS ou conjointe avec les conseils départementaux (2°, 5° et 7° du I de l'article L.312-1 du CASF), soit l'ensemble des IME, les ITEP, les SESSAD, les CMPP, les ESAT, les CRP, les CPO, les SSIAD PH, les MAS, les FAM et les SAMSAH. En conséquence une très grande majorité des gestionnaires sont concernés par l'obligation de signature d'un tel contrat.

Une programmation de la contractualisation avec toutes les structures médico-sociales concernées, doit être mise en place par l'ARS sur la période 2016 - 2021 conformément à ce que prévoit la LFSS 2016. En conséquence le Directeur général de l'ARS (le cas échéant avec les Présidents des conseils départementaux concernés) prendra un arrêté intervenant avant le 31 décembre 2016 listant pour chaque année les gestionnaires devant contractualiser. L'ARS a d'ores et déjà commencé à contacter des gestionnaires afin de lancer des négociations CPOM en 2016. De par l'importance du nombre de gestionnaires ayant des établissements ou services faisant l'objet d'une tarification commune ARS/Conseils départementaux, une démarche de travail commune a été initiée avec les Conseils départementaux.

En sus d'un passage, au gré de la contractualisation (à partir du 1^{er} janvier 2017) en dotation globale, le CPOM s'accompagne d'une substitution des cadres budgétaires à un état prévisionnel des recettes et des dépenses. Il s'agit d'un changement important dans le mode de financement des ESMS, visant à une plus grande responsabilisation des gestionnaires. Ces deux éléments seront définis par des dispositions réglementaires dont la publication est prévue pour septembre 2016.

L'annexe 3 présente l'organisation et les principes que l'ARS Île-de-France compte suivre pour les années à venir sur le champ de la contractualisation.

➤ Les tableaux de bord de la performance

Le généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, co-construit avec les acteurs du secteur, a été confirmée par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droites des femmes. Cette généralisation est prévue sur trois ans entre 2015 et 2017.

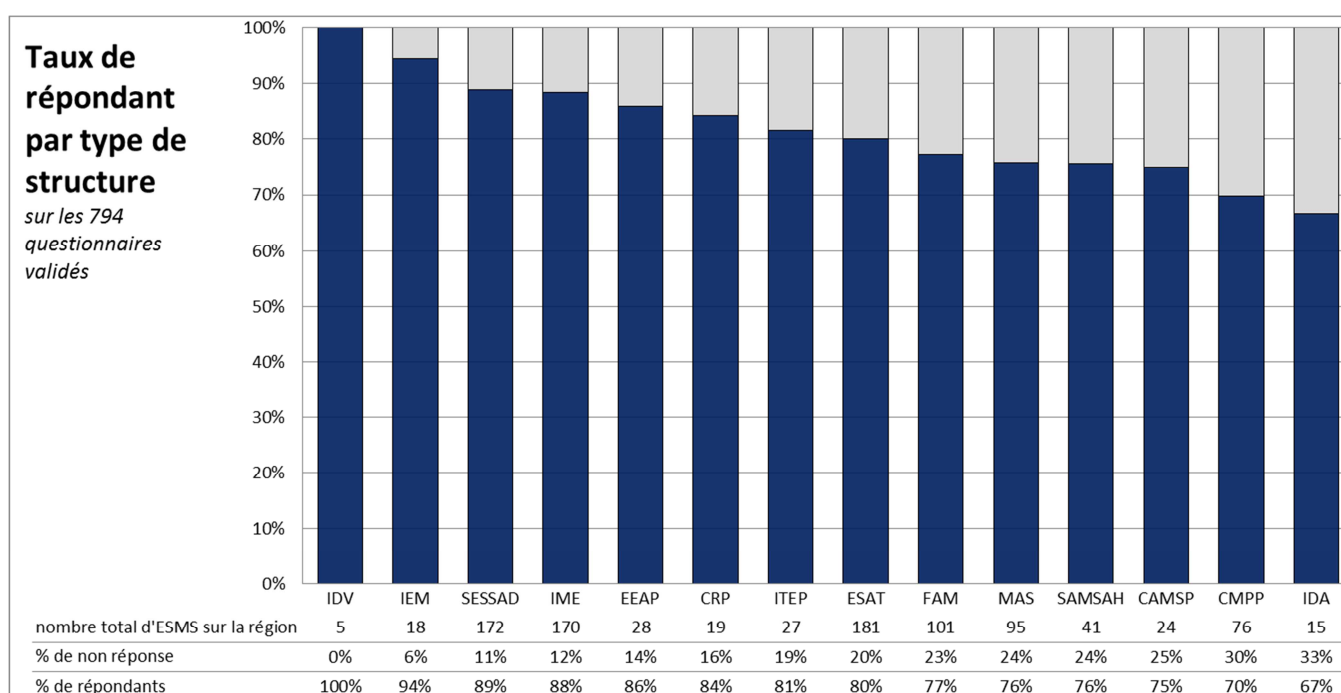
L'ARS Ile-de-France est entré dans la démarche du Tableau de bord de la performance en 2015 avec les établissements et services pour personnes handicapées.

Le tableau de bord de la performance regroupe un ensemble d'indicateurs de moyens, de ressources et d'activité des ESMS recueillis sur une plateforme web sécurisée.

- Bilan de la campagne 2015

Sur l'ensemble des ESMS pour personnes handicapées attendu, environ 80 % ont remplis et validé leur questionnaire au titre de la campagne 2015.

Ce taux de répondants est variable selon la catégorie de structure



Vous trouverez en annexe 3 un focus sur les données relatives aux évaluations internes et externes et aux outils de loi 2002-2. Un rapport complet et détaillé est en préparation, il vous sera communiqué lors des journées opérateurs et sera disponible sur le site internet de l'ARS Ile de France.

- Campagne 2016

Cette année ce sont l'ensemble des ESMS pour personnes handicapées et personnes âgées qui entrent dans la démarche en Ile-de-France.

Le calendrier de la campagne 2016 se normalise par rapport au calendrier 2015 qui était bouleversé en raison de la réécriture de la plateforme pour pouvoir faire face à la généralisation de l'outil au niveau national.

Ainsi, pour la campagne 2016, et pour toutes les campagnes à venir, le calendrier est le suivant :

- Une saisie des données sur la plateforme du 2 mai au 10 juin
- Une fiabilisation des données saisies de juin à août
- Les restitutions seront accessibles à partir de mi-septembre 2016

Vous retrouverez toutes ces précisions de calendrier dans le support des journées de transfert de compétence, organisées cette année pour les ESMS pour personnes âgées qui entraînent pour la première fois dans la démarche.

Ce support est téléchargeable sur le site de l'ARS :

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Tableau-de-bord-de-la-performa.183973.0.html>

Sont également téléchargeables en suivant ce lien :

- Le guide des indicateurs, qui décrit pour chaque donnée et indicateur sa définition, son mode de calcul, les sources des données pour le renseigner, et la façon de l'interpréter.
- La grille de saisie Excel, qui recense l'ensemble des données et indicateurs présents sur la plateforme, et qui permet pour chaque campagne d'anticiper la saisie des données.
- Les notices utilisateurs de la plateforme en elle-même.
- Les notices d'utilisation de PLAGE (plateforme de gestion des comptes utilisateurs).
- La Foire aux questions qui répond aux questions les plus fréquemment posées.

Pour toute question d'ordre méthodologique sur le remplissage du tableau de bord, sur les restitutions, le calendrier de la campagne ou la gestion des comptes sur PLAGE, une seule adresse mail : ars-idf-indicateurs-medicosoc@ars.sante.fr.

La transformation du secteur dans un contexte financier contraint

1. La transformation du secteur via l'optimisation de la dépense

- Une prévision de dépense devenue essentielle

Le passage à la gestion en AE-CP, basée sur une association entre prévision d'autorisation et réalisation des installations comme seule modalité de détermination des besoins en mesures nouvelles rend désormais essentielle la prévision fine des installations de places en établissements et service médico-sociaux.

L'ARS doit s'assurer de la mise en œuvre effective de l'ensemble des projets autorisés afin d'optimiser la planification et l'organisation de l'offre sur le territoire régional.

Dans cette optique, les autorisations délivrées feront l'objet d'un suivi régulier de la part de la Délégation Territoriale avant sa mise en œuvre. Vous communiquerez avec mes services sur l'état d'avancement précis des opérations par le biais de la fiche de liaison jointe à l'arrêté d'autorisation.

Cette fiche devra être transmise :

- **chaque trimestre** dès le dépôt du permis de construire et dès lors que l'on s'approche de la date prévisionnelle de livraison,
- **chaque semestre** dès le début du chantier et pendant toute sa durée pour nous permettre d'avoir une vision de la mise en œuvre du projet jusqu'à son aboutissement ;

Un suivi rapproché sera effectué l'année prévisionnelle d'installation et vous devrez, avant l'ouverture de la structure, prendre attache avec mes services afin d'organiser la visite de conformité prévue par les nouvelles dispositions des articles L313-6 et D313-11 à D313-14 du code de l'action sociale et des familles

Par ailleurs, vous voudrez bien me faire savoir sans délai dès qu'un élément est susceptible de venir compromettre le bon avancement de la mise en œuvre de l'autorisation. Mes services pourront le cas échéant venir en appui pour vous aider à lever les obstacles dans la perspective d'ouvertures rapides au bénéfice des personnes handicapées d'Île-de-France.

En l'absence d'informations précises sur l'état d'avancement de l'opération, et en cas de dépassement du délai d'autorisation visé dans l'arrêté précité, dans ce contexte d'ONDAM de plus en plus contraint, je me verrais dans l'obligation de considérer l'opération comme abandonnée et de constater la caducité dans les délais réglementaires de l'autorisation délivrée (3 ans).

Dès lors, cette décision permettra à l'ARS de redéployer les crédits qui avaient été gagés pour les repositionner vers un autre opérateur susceptible de mettre en œuvre très rapidement un projet en cours et permettre ainsi la poursuite de l'objectif de rééquilibrage territorial de l'offre médico-sociale sur le territoire francilien.

➤ Une meilleure définition de la dépense

Comme prévu par l'article R.314-31 du CASF, vous trouverez ci-dessous les valeurs moyennes et médianes des coûts à la place des ESMS d'Île-de-France. Basés sur une extraction de HAPI, ces coûts régionaux à la place correspondent à la base pérenne de tarification des ESMS au 01/01/2015 divisé par le nombre total de places de chaque ESMS. Ils sont le reflet du coût d'une place d'établissement ou de service en Île-de-France. La signification des catégories d'ESMS se trouve en annexe 2.

Echelle des coûts à la place franciliens au 01/01/2016

Structures pour adultes

Catégorie d'ESMS	Nb d'ESMS	Nb de places installées	Coût à la place MIN	Coût à la place MAX	Coût à la place MOYEN	Coût à la place MEDIAN
CPO	4	107	27 617 €	53 506 €	35 291 €	30 020 €
CRP	19	2 748	15 654 €	51 208 €	31 536 €	33 549 €
EATAH	2	24	45 267 €	100 946 €	73 107 €	73 107 €
FAM	109	3 760	10 219 €	41 657 €	24 058 €	24 167 €
MAS	96	4 035	48 386 €	141 893 €	91 522 €	91 121 €
SAMSAH	42	1 436	1 673 €	20 112 €	11 891 €	11 819 €
SPASAD	12	156	9 687 €	16 441 €	12 384 €	12 156 €
SSIAD	99	789	7 549 €	18 726 €	12 067 €	11 937 €

Structures pour enfants

Catégorie d'ESMS	Nb d'ESMS	Nb de places installées	Coût à la place MIN	Coût à la place MAX	Coût à la place MOYEN	Coût à la place MEDIAN
CAFS	11	333	22 939 €	78 908 €	51 789 €	51 834 €
EATEH	1	12	66 779 €	66 779 €	66 779 €	66 779 €
EEAP	28	1 122	53 768 €	105 523 €	74 234 €	72 554 €
IDA	15	853	20 690 €	66 254 €	38 624 €	36 099 €
IDV	5	254	22 865 €	73 841 €	45 455 €	49 979 €
IEM	18	1 333	19 589 €	84 966 €	57 240 €	61 005 €
IESPESA	1	32	96 077 €	96 077 €	96 077 €	96 077 €
IME	171	9 389	20 130 €	116 474 €	44 081 €	38 591 €
ITEP	27	1 229	31 003 €	85 225 €	53 737 €	53 663 €
SESSAD	171	7 135	7 467 €	51 061 €	20 215 €	19 506 €

Structures expérimentales pour adultes et enfants

Catégorie d'ESMS	Nb d'ESMS	Nb de places installées	Coût à la place MIN	Coût à la place MAX	Coût à la place MOYEN	Coût à la place MEDIAN
EEAH	2	26	35 511 €	85 255 €	60 383 €	60 383 €
SEAH	4	508	3 385 €	16 469 €	6 908 €	3 888 €
EEEH	10	192	24 686 €	111 008 €	75 590 €	73 814 €
SEEH	3	94	16 721 €	48 810 €	37 325 €	46 444 €

A titre de comparaison, vous retrouverez aussi les coûts à la place nationaux (extractions HAPI) et l'écart entre les données nationales et franciliennes.

Comparaison des coûts à la place IdF / Nationaux (HAPI) au 01/01/2016

Structures pour adultes

Catégorie d'ESMS	Coût à la place MOYEN (IdF)	Coût à la place MOYEN (National)	Ecart	
			€	%
CPO	35 291 €	34 752 €	539 €	1,5%
CRP	31 536 €	30 332 €	1 204 €	4,0%
EATAH	73 107 €	24 095 €	49 012 €	203,4%
FAM	24 058 €	26 385 €	-2 327 €	-8,8%
MAS	91 522 €	69 666 €	21 856 €	31,4%
SAMSAH	11 891 €	10 543 €	1 348 €	12,8%
SPASAD	12 384 €	11 692 €	692 €	5,9%
SSIAD PH	12 067 €	12 513 €	-446 €	-3,6%

Structures pour enfants

Catégorie d'ESMS	Coût à la place MOYEN (IdF)	Coût à la place MOYEN (National)	Ecart	
			€	%
CAFS	51 789 €	34 415 €	17 374 €	50,5%
EATEH	66 779 €	52 224 €	14 555 €	27,9%
EEAP	74 234 €	72 768 €	1 466 €	2,0%
IDA	38 624 €	40 963 €	-2 339 €	-5,7%
IDV	45 455 €	45 319 €	136 €	0,3%
IEM	57 240 €	52 364 €	4 876 €	9,3%
IESPESA	96 077 €	54 135 €	41 942 €	77,5%
IME	44 081 €	37 004 €	7 077 €	19,1%
ITEP	53 737 €	47 113 €	6 624 €	14,1%
SESSAD	20 215 €	16 515 €	3 700 €	22,4%

Hors structures expérimentales les ESMS franciliens ont un coût supérieur de 30% pour les structures adulte au coût moyen national et de 21% pour les structures enfant.

Toujours selon l'article R.314-31, « ces valeurs moyennes et médianes peuvent être utilisées à titre indicatif par l'autorité de tarification dans le cadre de la procédure contradictoire de fixation du tarif », ces données ne peuvent être considérées comme des éléments suffisants pour justifier un rebasage.

Pour des raisons de définition et de comptabilisation de l'activité, les CMPP et CAMSP ne sont pas intégrés à ces tableaux.

➤ Un meilleur suivi de la dépense et de sa facturation

La circulaire DGCS du 5 avril 2012 rappelle la nécessité d'assurer un suivi effectif de l'activité des établissements tarifés au prix de journée, que le rapport IGAS de mars 2011 a particulièrement mis en avant comme facteur de dépassement de l'OGD.

Le nombre de journées ou de séances retenu doit être établi sur la base de la moyenne du nombre de journées ou de séances constaté sur les trois derniers exercices (Art R.314-113 du CASF), sauf ouverture depuis moins de trois ans et sauf circonstances particulières qu'il appartient aux Délégations Territoriales d'apprécier. Le prix de journée peut être modulé en fonction des modalités de prises en charge des personnes accueillies (accueil temporaire, externat, internat, semi-internat) et de l'activité effective.

Tout constat d'évolution importante du nombre de journées peut ainsi conduire à modifier la décision tarifaire prise initialement de manière à ajuster le prix à la progression du volume.

Une remontée d'information sur le niveau d'activité retenue dans le calcul des tarifs 2015, intégrant l'activité réalisée depuis le 1^{er} janvier, peut être demandée au cours de l'année par les Délégations Territoriales afin d'anticiper toute mesure de régulation à prendre pour assurer le respect de l'OGD.

Un établissement ou service dont le taux d'occupation est inférieur à 90% du total réalisable (nombre de places x nombre de journées d'ouverture) et ce depuis au moins deux exercices, sous réserve de l'absence de situations conjoncturelles comme une restructuration immobilière, peut voir ses produits de tarification impactés à la baisse à due concurrence de sa sous-occupation.

2. L'harmonisation et la simplification des pratiques

➤ L'harmonisation des modalités de tarification

- La stratégie régionale de reprise et d'affectation des résultats des ESMS

Conformément à l'article R.314-51 du CASF, l'ARS Île-de-France a défini, pour les comptes administratifs, les possibilités d'affectation de résultats.

En cas d'excédents, les affectations de résultats sont prioritairement réalisées sur les postes suivants :

- Réserve de compensation des déficits dans la limite des 10 % de la base pérenne
- Réduction des charges d'exploitation de l'année N+2 (compte 110 établissements publics ou 11510 établissements privés).
- Réserve de trésorerie sauf pour les ESMS privés lucratifs conformément à l'article R314-104 du CASF.

En cas de déficit et conformément à l'article R.314-51 du CASF, si le déficit est retenu :

- Celui-ci doit être couvert en priorité par la reprise sur le compte de réserve de compensation des déficits (compte 10686).

- Le surplus est ajouté aux charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel le déficit est constaté, ou de l'exercice qui suit.
- La tarification liée à l'accueil temporaire

Pour les ESMS PH assurant une prestation d'accueil temporaire, il ressort des dispositions du CASF une différence de mode de tarification applicable – prix de journée ou versement globalisé (DGF/Forfait) – en fonction de l'existence ou non d'un budget annexe pour l'activité d'accueil temporaire et du nombre de places de cet accueil.

Dans ce contexte, en cas de budget annexe pour l'accueil temporaire, le cumul des textes favorise la coexistence de deux modalités de versement pour un même établissement, avec une décision tarifaire en prix de journée pour les activités de type internat / semi-internat / externat et une autre en DGF ou forfait global pour le financement de l'activité d'accueil temporaire. La mise en œuvre pratique de ce type de tarification peut susciter des difficultés de suivi de la tarification.

A la faveur d'une simplification du mode de financement des établissements assurant une prestation d'accueil temporaire, **il est possible pour les ESMS assurant – partiellement ou intégralement – une prestation d'accueil temporaire de faire évoluer la tarification vers le dispositif de prix de journée globalisé mentionné à l'article R314-115 et suivants du CASF.**

- La tarification liée à l'accueil des résidents en amendements Creton

L'article L.242-4 du CASF permet le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissement ou en service d'éducation spéciale (IME, IEM etc...) dans l'attente d'une place disponible dans un établissement pour adultes. La CDAPH prononce alors le maintien dans l'établissement ou le service d'éducation spéciale dans lequel les jeunes étaient accueillis avant l'âge de 20 ans faute de disposer de places pour adulte.

L'accueil de jeunes adultes en amendement Creton ne s'effectue pas au-delà de la capacité autorisée des ESMS assurant l'accueil effectif de ces jeunes et la tarification se fait en fonction de l'établissement vers lequel la CDAPH oriente le jeune adulte, et en fonction du mode d'accueil du jeune dans l'établissement.

A ce titre, c'est à l'établissement de se retourner vers le financeur responsable afin de se faire facturer l'ensemble des recettes ; aucune compensation d'une non-facturation auprès des Conseils départementaux, sur des crédits relevant de l'Assurance maladie ne pourra être demandée.

Vous retrouverez en annexe 4 les conditions indispensables à remplir pour voir la tarification évoluer vers le prix de journée globalisé ainsi qu'une notice technique spécifique à la tarification des résidents accueillis en amendements Creton.

- Les systèmes d'information au service du médico-social

En application des arrêtés du 5 septembre 2013 relatif à la transmission des propositions budgétaires et des comptes administratifs, le dépôt du budget sur HAPI et le dépôt du CA sur Import-CA sont dorénavant obligatoires.

- Import-CA, <http://import.cnsa.fr>

Sont concernés tous les ESMS recevant un financement de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'assurance maladie et du conseil général : établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap.

- HAPI, <http://hapi.cnsa.fr>

Conformément à la réglementation, la dotation N+1 n'est pas mentionnée. Jusqu'à la prise d'un nouvel arrêté tarifaire, vos dotations sont payées sur la base de la dotation de l'année précédente, qui comprend les résultats et d'éventuels CNR. Aussi, nous attirons votre attention sur les conséquences que cela peut avoir sur votre trésorerie.

Pour toutes questions relatives aux applications HAPI et Import-CA vous pouvez joindre le support technique par courriel à l'adresse support@cnsa.fr ou par téléphone au 01.74.73.09.80.

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 Île-de-France.

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France

Christophe DEVYS

Annexes

Annexe 1 : Le dispositif de convergence tarifaire dans les MAS

ELEMENTS DE CADRAGE SUR LE DISPOSITIF

Pour éviter les biais statistiques, les MAS dont l'ouverture est prévue cette année ainsi que les MAS qui faussaient l'ensemble des données avec des coûts à la place sans commune mesure avec le panel élaboré ne sont pas intégrées au calcul des coefficients de pondération.

Pour 2016, le budget consacré aux MAS du dispositif (82 établissements) représente une enveloppe totale de 315 933 937 €. Le taux d'actualisation 2016, de 0.545%, représente 1 712 507 €.

	Budget MAS global	Budget MAS supérieure à la moyenne	budget MAS inférieure à la moyenne
2015	314 221 431 €	118 339 613 €	195 881 818 €
Crédits d'actualisation	1 712 507 €	644 951 €	1 067 556 €
2016	315 933 937 €	118 339 613 €	197 594 325 €
		= budget 2015	= budget 2016 + 1 712 507 €

Sur la base des critères développés dans la suite du document, l'intégralité du taux d'actualisation est réparti entre les MAS sous-dotées.

Les MAS sous-dotées vont se voir appliquer le taux d'actualisation de 0.545% majoré, en fonction de l'écart à la moyenne régionale des coûts à la place, d'une somme dite de « réallocation ».

Ainsi, les crédits d'actualisation ne sont plus répartis en fonction du poids financier des MAS (héritage historique) mais sont affectés aux MAS dont le coût à la place « neutre » est inférieur au coût moyen régional modulés en fonction de l'écart à la moyenne de chaque MAS.

LES CRITERES DE PONDERATION ET LE CALCUL DE L'INDICE GLOBAL

1. Les critères de pondération

Les travaux menés ont permis de déterminer les différentes composantes du coût à la place :

- La catégorie de population accueillie,
- Les modalités de prise en charge,
- Le nombre de jours d'ouverture,
- Le coût du foncier ;

a. Le coefficient de pondération « Population Accueillie »

L'étude des agréments dans les arrêtés d'autorisation des établissements fait ressortir une dizaine de déficiences différentes : VIH, déficience psychique, déficience intellectuelle, déficience motrice, le public cérébrolésé, le polyhandicap, l'affection respiratoire, le public atteint de sclérose en plaque, l'autisme et toutes déficiences.

L'objectif du dispositif est d'objectiver que les différentes déficiences nécessitent une prise en charge adaptée, qui se matérialise par des charges différentes.

L'étude détaillée du groupe 2 des comptes administratifs fait ressortir des chiffres précis sur les différents coûts au sein d'une structure, de façon pluriannuelle. Pour 2016, l'étude porte donc sur les comptes administratifs 2012, 2013 et 2014.

En se basant sur les coûts à la journée et en prenant comme indice de base (1) la déficience avec le coût à la journée le plus faible, la pondération est la suivante :

Déficience	Coût à la place	Coût à la journée	Coefficient
VIH	57 261 €	167 €	1,00
Cérébrolésés	52 810 €	171 €	1,02
Déficience psychique	57 541 €	194 €	1,16
Déficience Motrice	69 853 €	205 €	1,22
Polyhandicap	62 919 €	208 €	1,24
Déficience Intellectuelle	66 070 €	223 €	1,33
Toutes déficiences	71 368 €	229 €	1,37
Autisme	80 384 €	268 €	1,60
Sclérose en plaque	95 113 €	273 €	1,63
Affection respiratoire	98 311 €	289 €	1,72

b. Le coefficient de pondération « Modalités d'accueil »

Deux modalités d'accueil sont définies, l'internat et le semi-internat (accueil de jour), leur pondération est la suivante :

- Accueil en internat (y compris AT) = 1
- Accueil en semi-internat (accueil de jour) = 2/3
- Accueil en externat = 1/2

Le calcul de cet indice permet de constater la spécificité de chaque établissement via son organisation (Internat/Semi-internat). Ainsi l'indice est calculé à partir du nombre de places en internat multiplié par 1 additionné au nombre de places de semi-internat multiplié par 2/3, le tout divisé par le nombre de places total.

$$= \frac{(Nb \text{ Places d'internat} \times 1 + Nb \text{ places de semi-internat} \times 0,66 + Nb \text{ de places d'externat} \times 0,5)}{Nb \text{ Total de Place}}$$

c. Le coefficient de pondération « Nombre de jour d'ouverture »

Le groupe de travail a estimé important de prendre en compte le nombre de jours d'ouverture de l'établissement et a défini la pondération suivante :

- Pour l'internat, un accueil de 365 jours = 1
- Pour le semi-internat, un accueil de 240 jours = 1

Une modulation est ensuite opérée pour prendre en compte toutes les situations particulières et possibles.

d. Le coefficient de pondération « Coûts de l'immobilier »

Pour l'ensemble de l'agglomération parisienne la hausse des loyers est en moyenne de + 0,8 % en 2014.

Au cours de l'année 2014, les loyers du parc locatif privé ont augmenté en moyenne de 1,0 % à Paris et dans les départements de la petite couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) et de 0,2 % dans ceux de la grande couronne (partie agglomérée - Essonne, Seine-et-Marne, Val-d'Oise et Yvelines).

Cette évolution globale est la plus faible constatée depuis 2001, première année de mesure des loyers sur le périmètre de l'agglomération. Elle est en retrait sur celle de 2013 (2,3 %) et traduit à la fois la moindre hausse de l'Indice de Référence des Loyers (IRL) et une modération certaine des loyers de relocation, en application du décret annuel, dans l'agglomération.

Pour le dispositif de convergence ce sont les chiffres clés des loyers mensuels moyens rapportés au plus petit loyer pour l'année 2014 qui sont pris en compte en déterminant trois zones géographiques (Paris, la petite couronne et la grande couronne).

Evolution des loyers du parc privé							
		Paris (75)		petite couronne (92, 93, 94)		grande couronne (77, 78, 91, 95)	
loyer mensuel moyen 2014	1 109 €	1,404	846 €	1,071	790 €	1	

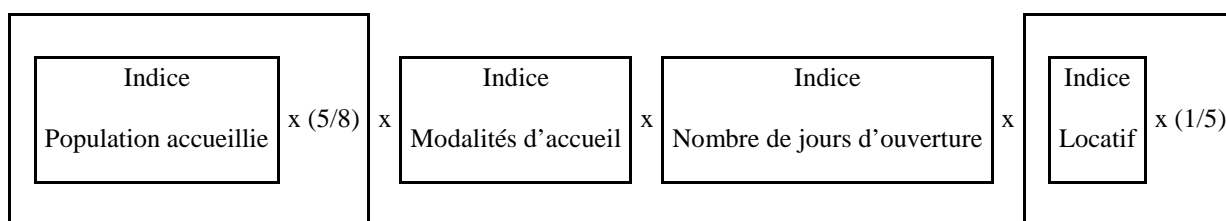
2. Le calcul de l'indice global

Une fois ces indices définis et calculés pour chaque établissement, un « indice global de pondération » est calculé à partir des parts respectives des groupes budgétaires 2 et 3 (Groupe 2 : Charges afférentes au personnel et Groupe 3 : Charges afférentes à la structure) dans le budget global d'un établissement. Un coefficient de (2/3) est affecté à l'indice Population accueillie et un coefficient de (1/5) à l'indice Locatif.

Les tableaux issus de l'étude des comptes administratifs permettant d'élaborer ces coefficients.

Déficience	G1 / Budget total	G2 / Budget total	G3 / Budget total
Affection respiratoire	10%	77%	13%
Autisme	14%	67%	19%
Cérébrolésés	20%	55%	25%
Déficience Intellectuelle	15%	54%	13%
Déficience Motrice	14%	69%	18%
Déficience psychique	15%	60%	23%
Polyhandicap	16%	63%	19%
Sclérose en plaque	15%	55%	16%
Toutes déficiences	14%	64%	18%
VIH	26%	57%	17%
Total général	16%	63%	19%
		64%	19%
		5/8	1/5

Le calcul de l'indice global est le suivant :



La convergence tarifaire dans les MAS est un jeu à somme nulle (sans impact sur les autres établissements) ce qui nécessite d'avoir une moyenne des indices globaux égale à 1. Chaque indice global est donc divisé par la moyenne précédemment obtenue (1.126).

LA MOYENNE REGIONALE ET LA REALLOCATION DE CREDITS

1. Le calcul du coût à la place théorique et de l'écart à la moyenne régionale

De manière à obtenir le coût à la place « neutre » c'est-à-dire qui prend en compte tous les facteurs de pondération le coût à la place « brut » (issu de la division de la dotation reçu par l'établissement l'année antérieure par la capacité totale) est divisé par l'indice global de pondération.

$$= \text{Coût à la place « brut »} / \text{indice global de pondération} = \text{Coût à la place « neutre »}$$

Une fois ces coûts à la place neutres réalisés, une moyenne régionale « nette » des coûts à la place peut être calculée et un écart à la moyenne régionale spécifique à chaque MAS est obtenu.

Cet écart calculé en pourcentage par rapport à la moyenne permet de séparer les MAS de la région en deux groupes, les MAS dont le coût à la place est supérieur à la moyenne régionale et les MAS dont le coût à la place est inférieur à la moyenne régionale.

2. Modalités de réallocation

5 étapes sont nécessaires pour déterminer de manière précise les moyens alloués à chaque MAS :

- Isoler toutes les MAS avec un coût à la place neutre inférieur à la moyenne régionale.
- Calculer en fonction du taux d'actualisation régional (0.545%) le montant des crédits d'actualisation pour les MAS « sous-dotées »
- Calculer en fonction de l'écart à la moyenne du coût à la place une « part » du montant total à réallouer
- Calculer en fonction de cette « part », le montant précis de l'actualisation dégagée à réallouer à la MAS
- Rajouter les (0.545%) d'actualisation en fonction de la base budgétaire 2016

Pour obtenir le taux d'actualisation 2016 définitif de la MAS il faut additionner les crédits d'actualisation (0.545%) et le montant calculé par le dispositif de convergence et diviser l'ensemble par la base budgétaire au 01/01/2016.

Les effets du dispositif sur les MAS lors de la campagne budgétaire 2016

Vous trouverez ci-dessous les données de cout à la place des MAS intégrées au dispositif :

➤ Avant le mécanisme de convergence tarifaire :

<u>Coût à la place 2016</u>		<u>Coût à la place "neutre" 2016</u>	
Min =	51 108 €	Min =	62 485 €
Max =	141 893 €	Max =	183 054 €
Moy =	91 863 €	Moy =	93 481 €
Med =	92 905 €	Med =	89 678 €
Nb MAS < moy	39	Nb MAS < moy	50
Nb MAS > moy	43	Nb MAS > moy	32

➤ L'impact du dispositif sur les crédits et les taux d'actualisation délégués :

	Actu 2016 (€)	Actu 2016 (%)
Moyenne	34 250 €	0,94%
Min	4 387 €	0,56%
Max	73 653 €	2,24%

➤ Après mise en œuvre de la convergence tarifaire :

<u>Coût à la place 2016 après actualisation</u>		<u>Coût à la place "neutre" 2016 après actualisation</u>	
Min =	51 474 €	Min =	63 244 €
Max =	141 893 €	Max =	183 054 €
Moy =	92 155 €	Moy =	93 946 €
Med =	91 885 €	Med =	90 310 €
Nb MAS < moy	42	Nb MAS < moy	50
Nb MAS > moy	40	Nb MAS > moy	32

L'application du dispositif de convergence tarifaire a un fort impact sur la distribution des coûts à la place des MAS de la région et donc un fort impact sur les dotations des MAS :

- Avant actualisation, la médiane des coûts à la place des MAS est supérieure à la moyenne. Le « poids » des coûts à la place des MAS inférieures à la médiane (50% de l'échantillon) est supérieur au « poids » des MAS supérieures à la médiane. Les MAS sous-dotées sont plus sous-dotées que les MAS sur-dotées sur-dotées. Cette tendance s'inverse après l'application des crédits d'actualisation.
- Le nombre de MAS dont le coût à la place « neutre » est supérieur ou inférieur à la moyenne régionale ne change pas après l'application du dispositif alors que la moyenne et la médiane régionale augmentent. Le fait que ces deux variables augmentent signifie une augmentation globale des coûts à la place.

Annexe 2 : l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme.

Concernant les crédits relatifs à l'adaptation de l'offre, les structures devront se référer à l'instruction N° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme.

1. Les structures médico-sociales concernées sont les suivantes :

- Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant et assurant le suivi des enfants, adolescents et adultes avec Troubles du spectre autistique (TSA) :
- ESMS spécifiquement autorisés pour ce public (que l'autorisation soit spécifique - pour toutes les places de la structure, ou pour une partie ou unité dédiée)
- ESMS non spécifiquement autorisés pour l'accompagnement des personnes avec TSA, mais accueillant de facto des personnes avec TSA

2. L'outil d'appui à l'évolution de l'offre :

Les ESMS devront renseigner l'outil d'appui à l'évolution de l'offre. Il s'intègre dans la démarche d'amélioration continue de la qualité (démarche d'évaluation interne et évaluation externe).

L'évaluation doit être une démarche collective et participative, afin de faire émerger des constats partagés au sein d'une équipe pluridisciplinaire, avec les personnes accompagnées et leurs proches. Il s'agit bien de mener un diagnostic qualitatif partagé par l'ensemble des parties prenantes concernées. Cet outil ne doit donc pas être renseigné sans concertation, seulement par les cadres sur la base de remontées d'informations ou l'affaire d'un prestataire externe qui serait mobilisé pour le faire

- La nécessité d'une forte implication de l'encadrement (direction, chefs de services) à tous les stades du processus.
- Il est important que l'ensemble du personnel soit contributif.

A cet égard, l'outil étant issu des recommandations de bonne pratique professionnelle, il est nécessaire que le personnel, en amont du travail évaluatif, soit ait accès et soit directement sensibilisé aux textes de référence, en particulier l'état des connaissances (HAS, 2010), la recommandation « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » (ANESM, 2010), et la recommandation « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent » (ANESM-HAS, 2012).

3. Le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) :

A partir des constats de l'outil d'appui à l'évolution de l'offre, les ESMS devront élaborer un PAQ.

Le plan d'amélioration de la qualité, structuré autour des leviers (ressources humaines, formations, supervision, participation des familles, organisation matérielle, coopération avec les ressources du territoire) listés en dernier onglet de l'outil d'appui à l'évolution de l'offre, doit :

- Faire l'objet d'une estimation quantitative et qualitative.
- Etre accompagné d'un calendrier de mise en œuvre, même prévisionnel.

Il constitue un préalable à l'allocation des crédits de renforcement du 3^e plan autisme

Le PAQ devra se présenter sous la forme du tableau suivant :

leviers	N° actions	Objectifs	action	pilote	résultat attendu	indicateur	échéance	commentaires

4. L'attribution des crédits médico-sociaux relatifs au renforcement de l'offre

Les crédits pérennes de renforcement au titre du plan autisme 2013-2017 ne seront attribués qu'à certains ESMS, sur la base de PAQ précis, ambitieux et permettant de juger de l'engagement du gestionnaire dans la démarche.

Critères de sélection pour l'obtention de crédits pérennes :

Nombre de personnes avec TSA : les crédits pérennes seront attribués en priorité aux structures accueillant (ou s'engageant à accueillir) au minimum 6 personnes avec TSA.
 Pourcentage de personnes avec TSA sur la capacité installée
 Coût à la place /coût médian : après obtention des crédits, il devra être inférieur ou égal au coût médian à la place pour structures pour TSA

Dans une note d'accompagnement, l'ESMS devra :

- Expliciter la méthodologie utilisée pour renseigner l'outil d'appui à l'évolution de l'offre et élaborer le PAQ
- démontrer qu'il s'inscrit dans une démarche territoriale de réponse à des besoins (tranche d'âge, coopérations, modalité d'accueil (urgence, AT, internat...))
- présenter un projet global et cohérent répondant aux Recommandations de Bonnes pratiques, de plan de formations, supervision, guidance parentale et soutien parents et fratrie, mise en œuvre d'interventions comportementales et développementales, d'aménagement éventuel de locaux, de coopération ...
- préciser si l'ensemble du personnel (encadrement, personnel éducatif, para-médical..) est partie prenante de l'évolution des pratiques et si l'association soutient le projet et s'inscrit dans les RBP.

- préciser s'il a répondu favorablement aux situations commission cas critiques, situations complexes en lien avec les UMI, (si des crédits de renforcement sont attribués, l'ESMS devra s'engager à répondre à ces situations).

Si SESSAD : le SESSAD devra préciser les objectifs de nombre d'heures hebdomadaire moyen d'interventions et objectifs d'interventions en fonctions des âges.

Si une demande d'accompagnement au changement par une prestation extérieure est sollicitée, il conviendra de préciser les objectifs, les modalités d'accompagnement, la connaissance du champ de l'autisme par le prestataire et de transmettre un devis.

Les crédits supplémentaires de renforcement et les objectifs auxquels ils sont associés feront l'objet d'une contractualisation avec l'ARS, le cas échéant par le biais d'un avenant si un CPOM existe déjà.

Les demandes de crédits devront être inscrites dans le tableau suivant (Excel)

5. Documents à transmettre et calendrier :

Les ESMS devront transmettre les documents suivants à la DT avant le 31 octobre 2016 :

- Note d'accompagnement (20 pages maximum), reprenant les items listés au paragraphe 4 « l'attribution des crédits médico-sociaux relatifs au renforcement de l'offre »
- Outil d'évolution de l'offre (cf instruction du 18 décembre 2015)
- Leviers (cf instruction du 18 décembre 2016)
- Plan d'amélioration de la qualité (cf instruction du 18 décembre 2016)
- Eventuellement tableau de demande de crédits (cf tableau ci-dessous)

**Les crédits pérennes au titre de l'adaptation de l'offre seront notifiés en 2017.
En 2016, seuls des crédits non reconductibles seront octroyés.**

Département :

NOM DE LA STRUCTURE	Ressources Humaines		Formations		Supervisions		Actions auprès des familles		organisation matérielle		coopérations		Total		Total CR + CNR
	CR*	CNR'	CR	CNR	CR	CNR	CR	CNR	CR	CNR	CR	CNR	CR	CNR	
													0	0	0

CR* = Crédits Reconductibles

CNR' = Crédits Non Reconductibles

Annexe 3 : Organisation et principes de la contractualisation

L'offre régionale et la programmation CPOM en Ile-de-France

306 organismes gestionnaires du secteur du handicap en Ile-de-France sont concernés par l'obligation de contractualisation :

- 34 de ces organismes gestionnaires ont déjà un contrat pour tout ou partie de leur offre ;
- 272 organismes gestionnaires doivent contractualiser avec l'ARS dans les 6 ans. Cela représente une signature sur la région de 45 contrats en moyenne chaque année sans compter les renouvellements opérants sur cette période.

Compte tenu du délai imparti pour la réalisation de cette démarche nationale de contractualisation, l'ARS a retenu quelques critères permettant d'organiser ce calendrier pluriannuel.

En conséquence, la priorité est donnée :

- Au volontariat et la maturité des organismes gestionnaires ;
- Au volume de places conséquent ;
- Aux organismes gestionnaires renouvelant leur précédent CPOM ;
- Aux organismes gestionnaires renouvelant leur autorisation de prélèvement de frais de siège ;

A contrario, l'ARS entend donner plus de temps :

- Aux organismes gestionnaires mono-établissement
- Aux organismes gestionnaires en cours de restructuration

Principes et méthodologie de la démarche de contractualisation

Cette politique globale de contractualisation nécessite que soit déterminés certains principes pour les contrats à venir ainsi que la fixation d'une méthodologie plus cadrée pour les négociations à venir.

➤ Principes

A ce titre, les CPOM à venir seront dans la continuité de ceux conclus depuis quelques années soit :

- Des contrats à volume financier constant. En effet aucune enveloppe de contractualisation n'est prévue ;
- Des contrats prévoyant une libre affectation des résultats par le gestionnaire. L'ARS souhaite cela afin de répondre aux enjeux auxquels les organismes gestionnaires sont confrontés et notamment les engagements pris dans le cadre des CPOM ;

Il sera également prévu que :

- ces contrats reflètent un travail commun sur l'adéquation entre l'offre proposée et le volume financier du gestionnaire. Le CPOM permet notamment des ajustements entre les financements des structures au sein d'un même contrat ;
- ces contrats prévoient la conclusion d'un nombre raisonnable d'objectif a contrario d'une quantité trop importante d'engagements peu définis. A ce titre l'ARS inclura notamment des objectifs d'activité et de qualité de la prise en charge comme le prévoit la LFSS 2016.

➤ Méthodologie

Afin de mener à bien cette politique de contractualisation, l'ARS s'appuie sur une organisation du pilotage des CPOM identifiant trois types de CPOM selon leur étendue géographique :

- Les CPOM départementaux pilotés par la DT concernée.
- Les CPOM bi-départementaux pilotés par la DT ayant la dotation la plus importante pour le gestionnaire correspondant.
- Les CPOM régionaux pilotés au niveau du Siège de l'ARS (gestionnaire ayant des ESMS dans au moins 3 départements).

Cet enjeu de contractualisation passe également par l'élaboration d'outils permettant une négociation simplifiée et structurée. Sera proposé à chaque gestionnaire entrant en négociation avec l'ARS :

- Une trame type CPOM reprenant les éléments juridiques d'un CPOM et ceux organisationnels ;
- Un modèle de rapport de diagnostic partagée, préalable à toute négociation.

Conscient contraintes administratives des structures et organismes gestionnaires, l'ARS a souhaité que ce rapport utilise dans une très large majorité les indicateurs et données issues de la complétude des tableaux de bord de la performance. A ce titre les périodes de complétude du rapport et du tableau seront également les mêmes. A terme, les rapports de diagnostics pourront être remplis en amont par l'ARS. Les gestionnaires ne devant que compléter les données les plus récentes et commentées ainsi les tendances et élément demandés.

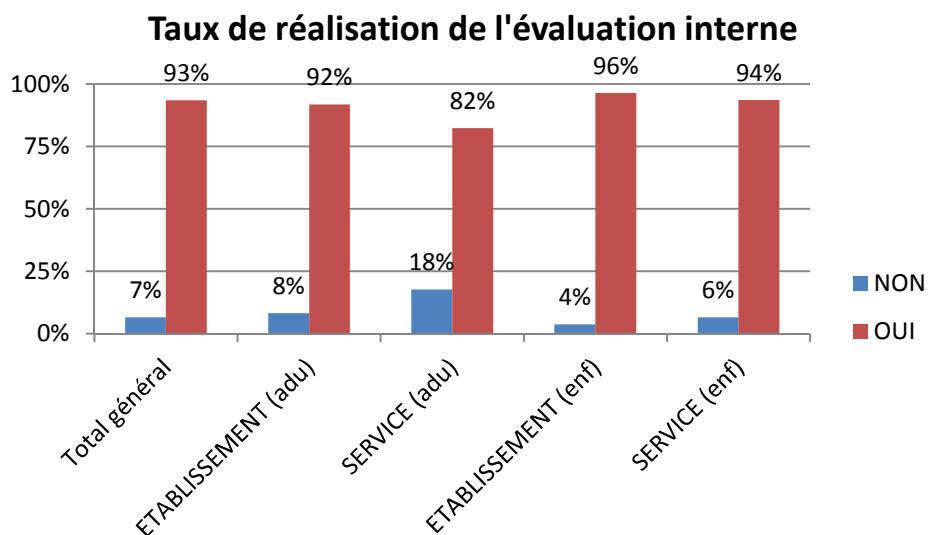
Dans la mesure du possible, il sera travaillé à un alignement de la périodicité des CPOM avec celles d'autres outils tels que les autorisations de prélèvement de frais de siège, les plans pluriannuels d'investissement et les projets d'établissement.

Annexe 4 : Focus sur les tableaux de bord de la performance

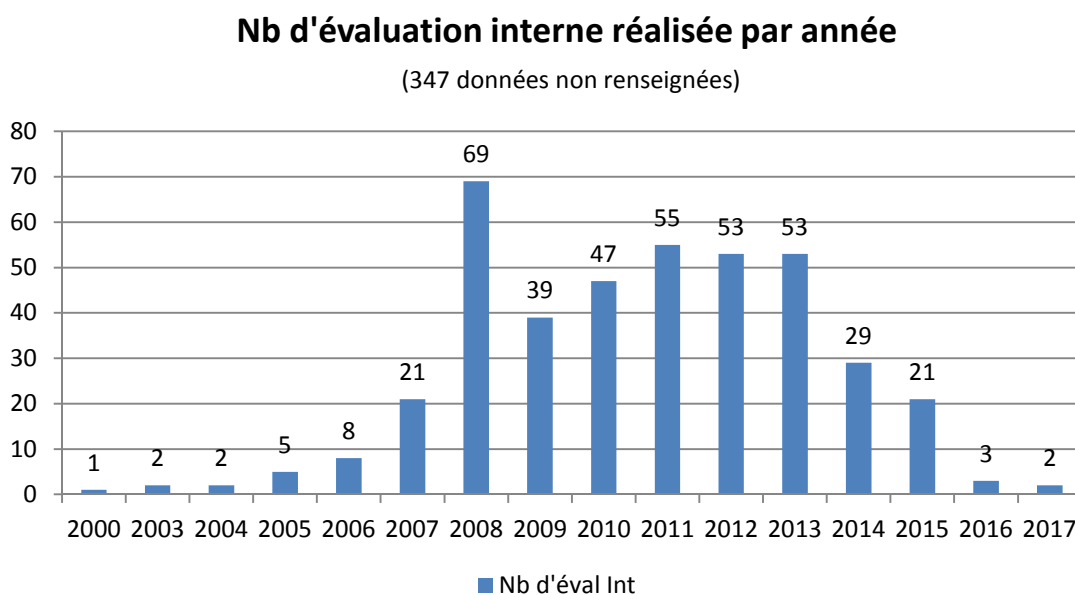
Etat d'avancement de la démarche d'évaluation interne et externe

- L'évaluation interne :

Sur les 810 ESMS dont les données sont utilisables dans ce chapitre, 757 d'entre eux ont réalisés leur évaluation externe. Vous retrouvez le détail par public et catégorie de structures ci-dessous.

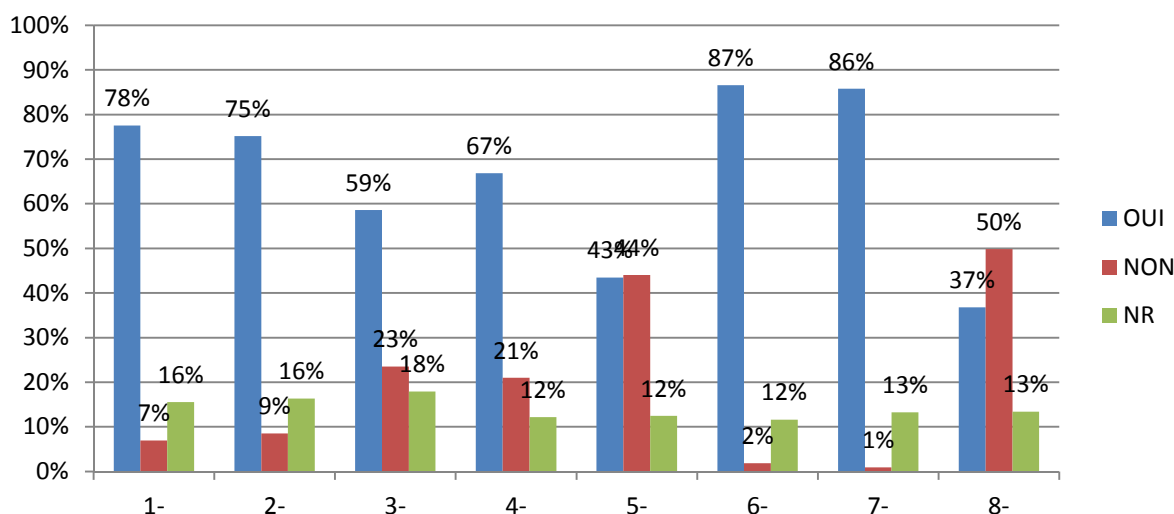


Sur les 757 ESMS ayant réalisés leur évaluation externe, 410 d'entre eux ont renseignés l'année à laquelle l'évaluation externe a été réalisée. Vous retrouverez les résultats ci-dessous.



- L'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne

L'état d'avancement de la démarche d'évaluation interne

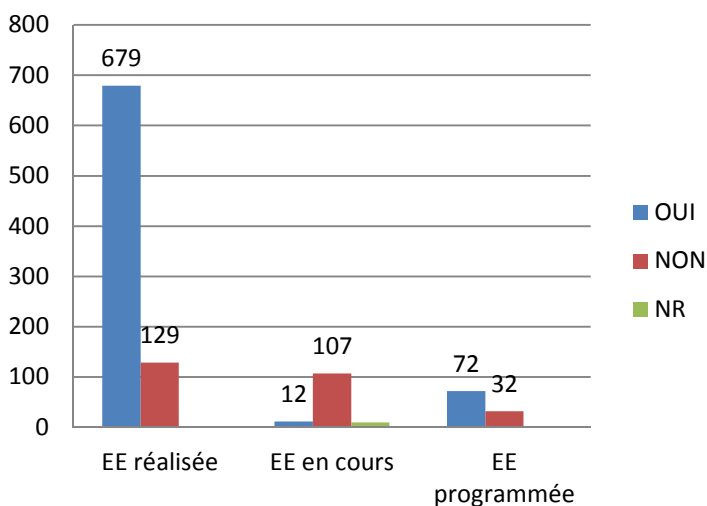


Les points qui ressortent négativement sont les points 5 et 8 qui concernent l'association des proches des usagers et des partenaires à la démarche d'évaluation de l'ESMS

- 1- Le plan d'amélioration et son suivi ont-ils été formalisés?
- 2- Les résultats de votre démarche d'évaluation interne ont-ils été transmis aux autorités de contrôle et de tarification ?
- 3- La démarche d'évaluation continue est-elle retracée chaque année dans le rapport d'activités ?
- 4- Les usagers et leurs représentants sont-ils impliqués dans la démarche d'évaluation interne?
- 5- Les proches des usagers sont-ils impliqués dans la démarche d'évaluation interne?
- 6- Les professionnels (salariés et libéraux) de la structure sont-ils impliqués dans la démarche d'évaluation interne?
- 7- Les différentes catégories de professionnels ont-elles été impliquées dans la démarche?
- 8- Les partenaires de la structure sont-ils associés à la démarche d'évaluation interne?

- L'évaluation externe :

la réalisation des EE



Sur les 810 ESMS dont les données sont utilisables, 679 ESMS déclarent leur évaluation externe comme réalisée, pour 12 d'entre l'évaluation externe est en cours et 72 évaluations externes sont programmées.

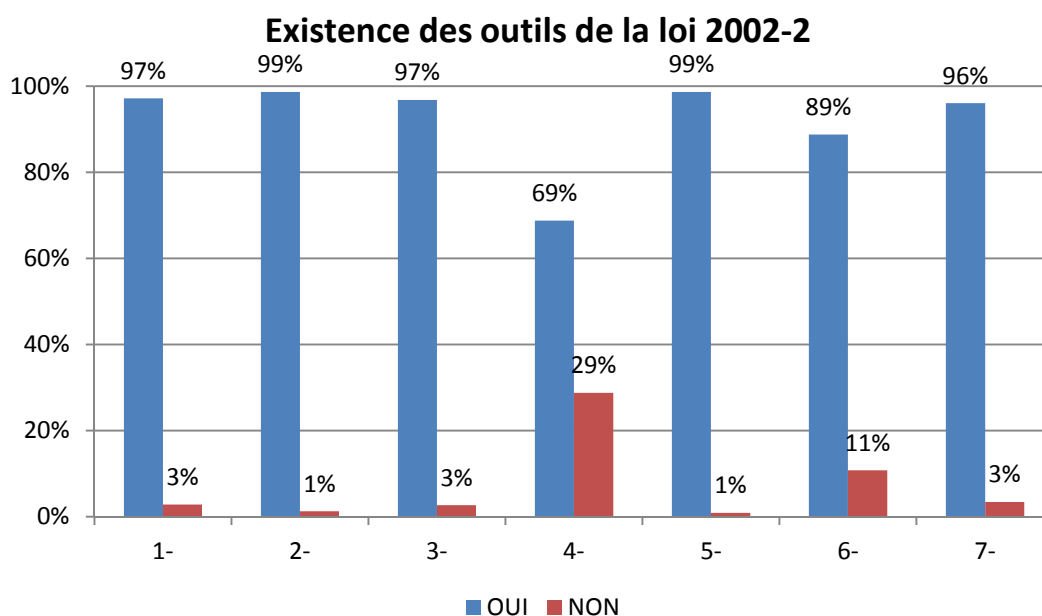
32 ESMS déclarent ne pas avoir programmé leur évaluation externe.

Les outils de la loi 2002-2 :

Vous retrouverez ci-dessous les données recueillies pour l'ensemble des ESMS

Outils de loi 2002-2	OUI	NON	NR
1- Livret d'accueil	794	23	0
2- Charte des droits et des libertés	806	10	1
3- Contrat de séjour	791	22	4
4- Personnes Qualifiées	562	235	20
5- Règles de fonctionnement	806	7	4
6- Conseil de la vie sociale	725	88	4
7- Projet d'établissement	785	28	4

Vous retrouverez ci-dessous la représentation graphique de l'existence des différents outils de la loi 2002-2



Vous retrouverez ci-dessous le détail de l'existence des outils en fonction du type de structures puis du public.

Outils de loi 2002-2	ETABLISSEMENT		SERVICE		ADULTE		ENFANT	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Livret d'accueil	612	18	182	5	344	12	450	11
Charte des droits et des libertés	621	9	185	1	351	5	455	5
Contrat de séjour	608	18	183	4	344	10	447	12
Personnes Qualifiées	434	181	128	54	259	90	303	145
Règles de fonctionnement	622	5	184	2	351	4	455	3
Conseil de la vie sociale	576	50	149	38	344	10	381	78
Projet d'établissement	601	25	184	3	331	22	454	6

Annexe 5 : L'harmonisation des modalités de tarification

La tarification en prix de journée globalisé de l'accueil temporaire (AT)

Conformément à l'article D 312-8 du CASF, l'accueil temporaire « s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour ».

L'accueil séquentiel n'est donc qu'une modalité d'accueil, parmi d'autres, de l'accueil temporaire.

L'AT peut constituer :

- Un temps de répit, pour l'usager ou pour son entourage;
- Une période de transition entre deux prises en charges;
- Une réponse à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse à une modification ponctuelle ou momentanée des besoins de l'usager;
- Une réponse à une situation d'urgence;
- Un relai à l'entourage familial et/ou professionnel.

Ce que l'AT n'est pas :

- Un internat séquentiel pour des usagers pris en charge en externat/semi-internat de manière permanente dans l'ESMS de rattachement;
- Une prise en charge préalable à une prise en charge permanente dans l'ESMS de rattachement;
- 90 jours programmés et échelonnés sur toute l'année, afin de compenser un calendrier d'ouverture restreint de l'ESMS de rattachement;
- Des places exclusivement dédiées à de la prise en charge programmée, sans possibilité de faire face à des situations urgentes;
- Un mode d'accueil dédié exclusivement aux usagers de l'ESMS de rattachement.

Pourquoi un lien entre l'Accueil temporaire et le Prix de Journée Globalisé?

- Pour tenir compte de la *nécessité de sécuriser le financement de l'accueil temporaire* qui par nature génère des taux d'occupation moins importants (risque de trésorerie)
- Pour *simplifier l'allocation de ressource* (unicité du mode de financement de l'EMS) et *fiabiliser le suivi de la dépense* (suivi plus précis des ressources versées par la CPAM à l'EMS, versement des 1/12 de la dotation)

Conditions de réalisation d'une tarification en « PJ G »

- Uniquement sur demande de l'ESMS (*R314-119 et R314-147*)
- Conditions d'organisation et budgétaire relatives à l'AT respectées (*R314-194; D312-8 à D312-10*)
- Formalisation de l'option par convention ARS-ESMS-CPAM (*convention type CNSA/CNAM-TS*) (*R314-115*)

La tarification liée à l'accueil des résidents en amendements CRETON

Conformément à l'article L242-4 du CASF, lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement ou service mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission mentionnée à l'article L. 146-9, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 siégeant en formation plénière.

La définition du financeur redevable :

Orientation en maison d'accueil spécialisée: les frais resteront à la charge de l'assurance maladie, mais l'usager devra s'acquitter du forfait journalier (FJ)² ;

Orientation dans un foyer d'accueil médicalisé: il s'agit d'une catégorie d'établissements dont les frais autres que médicaux relèvent de l'aide sociale. Le département aura à sa charge le prix de journée de l'établissement pour mineurs diminué du forfait journalier plafond afférent aux soins de l'article R.314-140 du CASF fixé pour l'exercice précédent. L'usager devra participer aux frais d'hébergement et d'entretien, dans les conditions prévues à l'article R.344-29 du CASF ;

Orientation dans un foyer d'hébergement: l'intégralité du tarif journalier de l'établissement pour mineurs sera pris en charge par le département, mais avec, là encore, une contribution aux frais d'hébergement et d'entretien pour l'usager au titre de l'article R.344-29 du CASF ;

Orientation en ESAT: les frais resteront à la charge de l'assurance maladie, mais l'usager devra s'acquitter du forfait journalier et devra participer aux frais de repas lorsqu'il est accueilli en semi-internat (si repas)

Hypothèse du maintien d'un jeune adulte handicapé dans un établissement pour mineurs sans hébergement, mais avec une orientation dans un établissement pour adultes avec hébergement. Par construction, n'est exigible ni le forfait journalier de l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale (placement en maison d'accueil spécialisée) ni la contribution de l'article R.344-29 du CASF (autres placements) ;

Modes de prise en charge en structures relevant du 2° du I de l'article L.312-1 du CASF	Orientation donnée par la CDAPH	Participation / Facturation	
		Usager	Conseil départemental
Internat	MAS	Montant du FJ	-
	FAM	Contribution aux frais d'hébergement et d'entretien prévue par le RDAS	PJ de l'établissement pour mineurs diminué du forfait journalier plafond
	Foyer de vie/ d'hébergement	Contribution aux frais d'hébergement et d'entretien prévue par le RDAS	PJ de l'établissement pour mineurs
	ESAT	Montant du FJ	-
Semi-internat	ESAT	Participation aux frais de repas (si repas)	-

² FJ : Forfait journalier de 18€ fixé par l'arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'art. L.174-4 du code de la sécurité sociale