

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières et de la modernisation

Bureau gouvernance du secteur social et médico-social

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des établissements de santé et médico-sociaux

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Direction des établissements et services médico-sociaux

Circulaire DGCS/5C/DSS/CNSA n° 2013-106 du 15 mars 2013 relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

NOR : AFSA1307280C

Validée par le CNP le 15 mars 2013. – Visa CNP 2013-66.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente circulaire a pour objet de préciser les orientations pour l'exercice budgétaire 2013 dans les établissements et services accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Elle présente, d'une part, les priorités d'action dans le champ médico-social et, d'autre part, la détermination et les modalités de gestion des enveloppes déléguées aux agences régionales de santé.

Mots clés : actualisation – autorisations d'engagement (AE) – convention tripartite (CTP) – convergence tarifaire – coupe PATHOS – création de places – crédits de paiement (CP) – crédits non reconductibles (CNR) – dotations régionales limitatives (DRL) – équipes spécialisées Alzheimer (ESA) – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – établissements et services médico-sociaux (ESMS) – fonds d'intervention régional (FIR) – frais de transport – GALAAD – HAPI – loi de financement de sécurité sociale (LFSS) – médicalisation – mesures catégorielles – mesures nouvelles – objectif global de dépenses (OGD) – objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – option tarifaire – parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) – plan Alzheimer – plan autisme – plan de solidarité grand âge (PSGA) – plan pluriannuel de création de places pour personnes handicapées (PPCPPH) – pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) – schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour handicaps rares – SELIA – système d'information – unité d'hébergement renforcé (UHR) – valeur de points plafond.

Références :

Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L. 314-3 et L. 314-3-1 ;
Articles R. 314-170 à R. 314-171-3, R. 314-173 et R. 314-184 du CASF dans leur rédaction issue du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, notamment ses articles 48, 67 et 76 ;

Article 10-III de la loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

Arrêté du 26 février 2009 modifié fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

Annexes :

Annexe I. – Modalités de détermination des dotations régionales limitatives des ARS.

Annexe II. – Modalités de détermination des crédits de places nouvelles 2013.

Annexe III. – Notice technique relative à l'emploi des crédits de médicalisation et au processus d'articulation entre le renouvellement des conventions tripartites et la validation des coupes PATHOS.

Annexe IV. – Systèmes d'information de l'allocation de ressources.

Annexe V. – Gestion des crédits non reconductibles.

Annexe VI. – Clarification des règles applicables aux exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales prévues à l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

Annexe VII. – Aspects budgétaires de la mise en œuvre de la fin de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation « soins » des EHPAD.

Annexe VIII. – Prise en charge des frais de transport pour l'accueil de jour en MAS et FAM, ainsi que pour les accueils de jour personnes âgées. Revalorisation des forfaits soins aux accueils de jour autonomes personnes âgées et aux petites unités de vie.

Tableaux :

Tableaux 1 et 1 bis : Détermination de la base initiale au 1^{er} janvier 2013 (PA et PH).

Tableaux 2 et 2 bis : Calcul des dotations régionales limitatives (PA et PH).

Tableaux 3 et 3 bis : Suivi du débasage temporaire (PA et PH).

Tableaux 4 et 4 bis : Suivi des droits de tirage 2013 sur enveloppes anticipées et autorisations d'engagement (PA et PH).

Tableaux 5 et 5 bis : Calcul des crédits de paiement 2013 avec disponibles d'enveloppes (PA et PH).

Tableau 6 : Enquête d'évaluation du dispositif de prise en charge des frais de transport en accueil de jour MAS et FAM.

Tableau 7 : Maquette tarifaire pour 2013.

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le directeur de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).

La présente circulaire définit le cadre de la campagne budgétaire 2013 des établissements et services médico-sociaux relevant de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Elle présente les priorités d'actions et les éléments d'évolution de l'objectif global de dépense (OGD) à décliner dans la politique régionale d'allocation de ressources, en cohérence avec vos priorités de santé.

De manière nouvelle, dans un souci de lisibilité et de simplification pour les services chargés de la tarification, cette circulaire intègre tant les directives de l'État que les instructions techniques de la CNSA pour la mise en œuvre des campagnes budgétaires.

La campagne budgétaire 2013 se déroule dans un cadre préservé : l'ONDAM médico-social progresse en 2013 de 4 % par rapport à 2012, dans un contexte d'évolution de l'ONDAM général de 2,7 %. L'effort budgétaire ainsi consenti en faveur du secteur médico-social traduit la priorité donnée

par le Gouvernement à la qualité de la prise en charge des personnes âgées et handicapées et à la poursuite du développement et de la diversification de l'offre, en application des plans gouvernementaux.

Toutefois, comme l'an passé, le secteur médico-social contribue à hauteur de 100 M€ aux mises en réserve réalisées 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. Cette mise en réserve porte pour 52 M€ sur l'OGD et pour 48 M€ sur les crédits votés du plan d'aide à l'investissement (PAI) 2013.

Le contexte financier global doit vous conduire à être particulièrement attentifs au respect de vos dotations régionales limitatives, cependant que le dialogue tarifaire doit s'enrichir de la prise en compte de l'objectif de qualité des prises en charge, à la faveur du déploiement des évaluations des établissements et services médico-sociaux.

1. Les priorités d'action dans le champ des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes handicapées et les personnes âgées

La campagne budgétaire 2013 s'inscrit dans la poursuite de la mise en œuvre des grands plans nationaux : programme pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées, plan solidarité grand âge (PSGA), plan Alzheimer.

La quasi-totalité des moyens de créations de places nouvelles rattachées à ces trois plans a été allouée aux ARS par les notifications d'autorisations d'engagement de décembre 2011 et février 2012, à l'exception de mesures spécifiques pour le développement de l'offre médico-sociale pour les handicaps rares et du solde non alloué en 2012 pour ce qui concerne les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les équipes spécialisées Alzheimer (ESA).

Cependant, de nombreuses installations de places seront réalisées au cours de la période 2013-2016, du fait du volume important de crédits gagés dans les dotations régionales limitatives (DRL) et des crédits de paiement (CP) restant à allouer par la CNSA. Un des enjeux majeurs de la période consiste, à ce titre, à consolider le chaînage entre votre programmation à partir des différentes enveloppes notifiées, les processus d'autorisation et l'installation de places. Cela doit se traduire par le renseignement optimal des systèmes d'informations gérés par la CNSA. Cette démarche de sécurisation de l'utilisation des autorisations d'engagement (AE) et des crédits de paiement par les ARS a fortement progressé en 2012, comme l'ont montré les récents dialogues de gestion, même si des marges d'amélioration demeurent.

1.1. Développement de l'offre médico-sociale (secteurs PA et PH)

Les axes stratégiques de mise en œuvre des mesures nouvelles ont d'ores et déjà été explicités par les instructions antérieures et, à ce titre, la campagne 2013 doit se concentrer sur la poursuite des autorisations et installations de places nouvelles – y compris par la transformation et l'adaptation de l'offre existante –, pour concourir à l'objectif de réalisation des plans nationaux.

Sur le secteur du handicap, la mise en œuvre du programme pluriannuel 2008-2016 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées constitue un engagement majeur. Les principaux objectifs du programme visent la réduction progressive des listes d'attente, l'amélioration de l'accompagnement des handicaps lourds et la prise en compte de l'avancée en âge de la population accueillie en établissements. Au regard des délais de mise en œuvre, l'ouverture de ces places est échelonnée jusqu'en 2016.

De plus, la mise en œuvre du plan autisme et celle du schéma national pour les handicaps rares sont des composantes, dans leur volet de développement d'une offre médico-sociale adaptée, du programme pluriannuel pour les personnes handicapées. Même si leur développement précis fera l'objet d'orientations ultérieures, la présente notification permet la poursuite des stratégies précédemment explicitées :

- le plan autisme 2008-2012 a obtenu des résultats concrets, grâce à l'implication forte des ARS sur le terrain. Une part importante des CP dont l'allocation est prévue en 2013 par les ARS permet de maintenir l'effort de développement de l'offre dans ce champ. Le troisième plan autisme sera lancé au printemps 2013. Son élaboration associe régulièrement l'ensemble des parties prenantes représentées au comité national de l'autisme (CNA). Ce troisième plan sera axé sur les questions de dépistage et de prise en charge précoces, de recherche sur l'autisme et de développement d'une offre d'accompagnement visant l'insertion scolaire et professionnelle et le soutien des aidants familiaux. Des objectifs seront établis pour la période 2013-2017 en termes d'accompagnement au changement des structures, de formation, d'adaptation de l'offre médico-sociale, en articulation avec l'offre scolaire et sanitaire notamment ;
- pour la mise en œuvre du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares, des crédits de paiement sont notifiés en 2013 pour le financement des places relevant de la première vague de création de places dédiées, ainsi que pour la mise en place du centre national de ressources pour handicaps rares à composante épilepsie sévère, dont la tarification incombe à l'ARS Lorraine. Le second volet de déploiement des mesures programmées dans le schéma (incluant le développement des équipes relais) fera l'objet d'une instruction complémentaire en 2013.

Le suivi du financement des frais de transports des personnes en accueil de jour en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM) doit être considéré avec une attention particulière et fait l'objet à ce titre d'une annexe VIII. Pour consolider l'évaluation du dispositif initié par l'enquête réalisée en 2012 et affiner les critères d'allocation de ressources, un nouveau questionnaire est annexé à la présente circulaire (cf. tableau 6).

Sur le secteur des personnes âgées, hormis la poursuite de l'installation des places nouvelles relevant du PSGA, l'accent sera mis sur la poursuite du déploiement des mesures médico-sociales du plan Alzheimer, notamment la restructuration des accueils de jour et la finalisation des installations des plateformes d'accompagnement et de répit.

La notification de crédits de mesures nouvelles intègre, sur six mois, la dernière tranche de financement des PASA et des équipes spécialisées des services de soins infirmiers d'aide à domicile (SSIAD) pour la prise en charge à domicile des malades Alzheimer (ESA). En ce qui concerne les PASA et les unités d'hébergement renforcé (UHR), il est prévu de faire évoluer, pour l'assouplir, en 2013 le cahier des charges en un document de synthèse unique.

À la lumière des échanges relatifs aux crédits alloués pour la mise en œuvre du plan Alzheimer, dans le cadre du travail sur la sous-consommation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans le secteur « personnes âgées », qui a réuni plusieurs ARS au troisième trimestre 2012, il est précisé que :

- la décision de labellisation des PASA-UHR permet à l'établissement de bénéficier immédiatement du forfait à la place, sans attendre la visite de conformité qui précède l'édiction de l'arrêté d'autorisation modifié de l'établissement concerné ;
- les crédits alloués pour la mise en œuvre du plan Alzheimer qui viendraient à n'être pas consommés du fait de retards d'opérations peuvent être mobilisés :
 - sur des besoins ponctuels, à l'instar de l'ensemble des crédits non reconductibles (cf. *infra*) ;
 - en avance de trésorerie pour financer la médicalisation des EHPAD. Ces avances ne constituent néanmoins qu'une facilité de trésorerie temporaire au titre de l'année 2013 et devront être compensées dès 2014 par des crédits de paiement pérennes pour couvrir le financement des places médicalisées. Ainsi l'utilisation des crédits Alzheimer non consommés en 2013 sur d'autres priorités ne doivent pas *in fine* conduire à la création d'autorisations d'engagement supplémentaires par rapport à la programmation établie par l'ARS, en lien avec la CNSA. Par ailleurs, cette fongibilité ponctuelle en crédits de paiement au titre de l'année 2013 ne doit pas détériorer la capacité de l'ARS à réaliser ses objectifs de moyen terme concernant le plan Alzheimer.

De manière générale, l'emploi des crédits Alzheimer continuera de faire l'objet en 2013 d'un suivi tout particulier au regard de l'évaluation en cours de ce plan. La circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du Fonds d'intervention régional (FIR) en 2013, à paraître prochainement, précise en outre que le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) relèvera du FIR à compter de cette année.

S'agissant des accueils de jour, veuillez noter que l'arrêté de revalorisation globale des plafonds du forfait transport pour 2011, 2012 et 2013 sera publié prochainement. Nous vous rappelons les conditions du versement des forfaits journaliers de transport en annexe VIII. Pour les accueils de jour autonomes et les petites unités de vie (PUV), l'arrêté de revalorisation du forfait soins pour 2011, 2012 et 2013 sera publié prochainement.

1.2. Poursuite de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par le renouvellement des conventions tripartites

Le renforcement de la médicalisation des EHPAD reste une priorité absolue en 2013.

Pour ce faire, 155 M€ vous sont délégués, dont 50 M€ de crédits correspondant aux autorisations d'engagement notifiées le 13 juillet 2012 et 105 M€ de mesures nouvelles supplémentaires (dont 15 M€ de ressources dégagées par la non-application du taux d'actualisation aux établissements situés au plafond ou au-dessus du plafond de ressources GMPS). En outre, 7 M€ sont notifiés au titre des effets année pleine des conventions signées antérieurement à 2012.

Les EHPAD prioritaires sont ceux dont les conventions dites de première génération ont été signées entre 2000 et 2006. En cas d'atteinte de cette cible, les conventions signées en 2007 doivent être renouvelées en priorité.

En outre, lorsque vous aurez renouvelé toutes les conventions dites de première génération et en fonction des disponibilités au sein de votre DRL, vous pourrez alors renforcer le niveau de financement des structures existantes en fonction de l'évolution des besoins que vous constaterez.

Cette médicalisation doit s'effectuer à option tarifaire constante (1), comme depuis 2011. Il convient ainsi de ne pas signer de nouvelles conventions tripartites prévoyant le passage au tarif global et de maintenir l'option tarifaire en vigueur pour toute la durée de la convention.

(1) Le Conseil d'État statuant au contentieux le 12 décembre 2012 a reconnu la validité d'une instruction en ce sens. Ainsi, dans l'affaire n° 350479, le Conseil d'État a rejeté la demande d'annulation de la circulaire de campagne 2011 en reconnaissant le pouvoir aux ministres de donner instruction aux directeurs généraux des ARS de ne prendre aucun engagement conventionnel nouveau ayant des effets budgétaires sur l'année 2011, d'une part, et, d'autre part, de ne plus promouvoir auprès des gestionnaires d'établissements le développement de la formule du tarif global prévue à l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles.

En outre, dans la continuité des recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'octobre 2011 (1) relatif à l'évaluation de l'option tarifaire dite globale, qui pointait un « différentiel surcalibré » entre tarif partiel et tarif global, les valeurs de point du tarif global en 2013 ne seront pas actualisées.

Afin de déterminer au plus juste le montant de ce tarif et de définir les prochaines orientations en matière de développement du tarif global, le Gouvernement a décidé de lancer une nouvelle mission de l'IGAS, dont les conclusions sont attendues avant le 30 juin 2013. Les travaux de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur le coût des EHPAD participent également de cet objectif.

La médicalisation doit viser en priorité ceux des EHPAD dont la dotation de soins résultant de la tarification « DOMINIC » est la plus faible afin d'augmenter le financement des EHPAD dont les moyens budgétaires et humains sont les plus contraints.

Il vous appartient de veiller à ce que le processus de médicalisation en 2013 se traduise par une tarification dès 2013 de tout ou partie des engagements financiers attachés à la signature de la convention tripartite. La notification par anticipation en juillet 2012 de 50 M€ d'autorisation d'engagement de médicalisation répond à ce souci de traduction budgétaire rapide des engagements financiers de médicalisation.

Dans le but d'optimiser l'utilisation des enveloppes et de permettre la meilleure adéquation des financements aux besoins en soins des résidents des établissements, il vous est demandé par ailleurs de veiller à une bonne exploitation de l'outil GALAAD (dont vous trouverez la description dans l'annexe IV) et à un rapprochement du calendrier de validation des coupes PATHOS de celui du renouvellement des conventions.

Enfin, votre attention est attirée sur la mise en œuvre des dispositions des articles R. 314-170 à R. 314-171-3, R. 314-173 et R. 314-184 du CASF, dans leur rédaction issue du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, qui doit faire l'objet d'une articulation avec les conseils généraux en vue de la mise en place de la Commission régionale de coordination médicale (CRCM). Ce point fera l'objet d'une instruction spécifique prochaine.

Vous trouverez en annexe III des précisions quant à l'emploi des crédits de médicalisation.

1.3. Les travaux sur le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 prévoit un dispositif ambitieux, intégrant des dérogations législatives et réglementaires plus larges que le dispositif issu de l'article 70 de la LFSS pour 2012 et reprenant ainsi les préconisations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans ses rapports de 2010 et 2011. Ces dérogations concernent notamment la tarification des EHPAD et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Ces dispositions doivent permettre la mise en œuvre de « projets pilotes » sur un nombre limité de territoires, avec une implication forte des ARS concernées dans le cadre précisé par la lettre de la ministre des affaires sociales et de la santé du 19 février 2013.

1.4. Modalités de sortie du dispositif de l'expérimentation médicaments dans les tarifs soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur (PUI)

Aux termes de l'article 67 de la LFSS pour 2013 qui prévoit la fin de l'expérimentation de la réintégration du coût des médicaments dans le financement « soins » à compter du 1^{er} juillet 2013, les EHPAD expérimentateurs disposent d'un délai de six mois pour sortir de l'expérimentation. Ce délai doit faciliter la transition vers une nouvelle organisation ; l'annexe VII en précise les modalités opérationnelles.

Cette période de transition doit servir également à développer des orientations de politique publique en matière de maîtrise des risques sur le médicament en EHPAD. En ce sens, une mission a été confiée à M. Philippe Verger, directeur adjoint du centre hospitalier universitaire de Limoges, depuis le mois de décembre 2012 pour le suivi de la sortie de l'expérimentation, la capitalisation, le partage d'expériences et d'outils élaborés dans ce cadre et la réalisation d'un plan d'action. Les ARS dont les établissements sont partie prenante à l'expérimentation seront sollicités pour évaluer le dispositif auprès des EHPAD.

1.5. Le développement des emplois d'avenir

Le dispositif des emplois d'avenir, créé par la loi n° 2012-1189 du 26 octobre 2012 portant création des emplois d'avenir, a pour objectif de permettre à des jeunes de 16 à 25 ans (2) pas ou peu

(1) Rapport de l'IGAS, « Financement des soins dispensés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Évaluation de l'option tarifaire dite globale », octobre 2011, RM2011-113p.

(2) Jusqu'à 30 ans pour les jeunes reconnus travailleurs handicapés.

qualifiés de réussir une première expérience professionnelle et de leur ouvrir l'accès à une qualification professionnelle. Le dispositif vise en priorité les zones urbaines sensibles, les zones de revitalisation rurale et les départements et collectivités d'outre-mer.

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

Le secteur médico-social se mobilise autour de ce dispositif. La Croix-Rouge, l'UNIFED ont déjà signé des conventions d'engagement avec l'État fixant de grandes orientations en la matière. D'autres conventions sont en cours d'élaboration avec les OPCA du secteur (UNIFAF, ANFH, UNIFORMATION) par lesquelles la CNSA contribuera au financement de la formation professionnelle des salariés en emplois d'avenir.

Une circulaire relative à la mise en œuvre des emplois d'avenir dans le secteur sanitaire, social et médico-social vous sera adressée d'ici la fin du premier trimestre 2013.

2. Les éléments d'évolution de l'objectif global de dépenses à décliner dans les exercices budgétaires régionaux

Dans le respect du cadre réglementaire et des objectifs rappelés en première partie, il vous est demandé de faciliter par vos pratiques tarifaires le suivi infra-annuel par la CNSA de la gestion des crédits qui vous sont délégués, en vue de s'assurer du respect des DRL sur le champ des personnes handicapées et d'améliorer le taux de consommation sur le champ des personnes âgées.

2.1. Les modalités de détermination des dotations régionales limitatives (DRL)

2.1.1. Le taux de reconduction des crédits récurrents

2.1.1.1. L'évolution de la masse salariale et l'effet prix

L'actualisation des moyens à destination des ESMS constitue une priorité forte, traduite dans le taux d'actualisation des dotations régionales limitatives, qui s'établit à 1,4 % (actualisation de la masse salariale et effet prix sur les autres facteurs).

Si ce taux d'actualisation ne saurait être appliqué uniformément à l'ensemble des ESMS, il vous appartiendra cependant de respecter un objectif d'évolution de la masse salariale du secteur médico-social de 1,4 % en moyenne (hors EHPAD convergents), conformément aux annonces faites à la conférence salariale du 4 février 2013.

Les EHPAD soumis à la convergence tarifaire n'étant pas bénéficiaires de l'actualisation de leurs dotations, les moyens consacrés à l'actualisation dans les dotations régionales sont ajustées en conséquence : les crédits dégagés par cette non-actualisation viennent alimenter l'enveloppe de médicalisation prévue pour 2013.

Vous trouverez en annexe I (et dans les tableaux y afférents) les éléments décomposant la structure des crédits d'actualisation et l'actualisation des valeurs de points plafond applicables aux EHPAD.

2.1.1.2. Les mesures catégorielles impactant les modalités de reconduction des DRL

La détermination du volume des DRL destinées au financement des dépenses récurrentes résulte également d'autres facteurs que les taux généraux, telle que la prise en compte de mesures catégorielles ou des efforts de convergence, en application du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Pour le financement de mesures catégorielles, les DRL sont abondées de crédits supplémentaires affectés à la prise en compte des conséquences financières pour les ESMS de divers accords nationaux relatifs à la revalorisation de certains actes infirmiers prévue par l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmiers libéraux dans les conditions précisées par l'instruction DGCS/3A/5C/DSS/1A n° 2013-30 du 23 janvier 2013, et à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière (FPH) des infirmiers et des professions paramédicales selon le modèle de formation et de qualification européen LMD. Ces deux enveloppes de crédits sont prises en compte par la CNSA dans la fixation des DRL figurant dans la présente circulaire selon le poids relatif de chacune des mesures dans les régions, tel que précisé en annexe I (et dans les tableaux y afférents).

Vous trouverez également, en annexe VI, une clarification des règles applicables aux SSIAD en matière d'exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, prévues à l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale (CSS).

2.1.1.3. La convergence tarifaire

En 2013, les DRL « personnes âgées » restent impactées par l'effort de convergence tarifaire de 13 M€ intégré dans la construction de l'OGD. Ce dispositif est le pendant de l'effort financier réalisé pour le renforcement de la médicalisation des EHPAD.

En conséquence, il vous appartient de poursuivre l'effort de convergence engagé depuis 2009, dans le strict respect de l'arrêté du 26 février 2009 modifié.

Nous vous rappelons que pour les régions qui rempliraient le niveau de convergence attendu, dans le respect du cadre fixé par arrêté ou par voie conventionnelle, toute économie supplémentaire liée à la convergence pourra être redéployée au bénéfice du renforcement de la médicalisation selon les priorités établies *supra* (cf. point 1.2 de la présente circulaire).

Il vous sera loisible, dans les limites de vos dotations régionales et selon les marges disponibles, d'accompagner par des CNR les établissements dans leurs réorganisations nécessitées par l'atteinte des objectifs de convergence.

L'annexe I (et les tableaux y afférents) consacrée à la construction des DRL précise les modalités de répartition des effets de la convergence entre celles-ci. Comme les années précédentes, vous veillerez à assurer la traçabilité de la mise en œuvre de ce dispositif.

2.1.2. Les mesures nouvelles

Au-delà de l'actualisation des facteurs de coûts, de la médicalisation et de la poursuite de la politique de convergence tarifaire des ESMS, les DRL intègrent un niveau de crédits de paiement qui vous permettent de réaliser les créations de places programmées.

Les crédits de paiement qui vous sont notifiés sont ainsi fonction des prévisions d'installations 2013 remontées par vos services, dans la limite du volume des droits de tirages notifiés par la CNSA jusqu'en 2012 (enveloppe anticipée, autorisation d'engagement et restitution du débasage temporaire de 2010).

Vous trouverez en annexe II (et dans les tableaux y afférents) le détail de ces montants.

2.2. *L'amélioration de la gestion prévisionnelle et du taux de consommation des enveloppes déléguées*

2.2.1. Les systèmes d'information de l'allocation de ressources

Des évolutions de HAPI sont intervenues, permettant de mettre à disposition de vos équipes une version optimisée de l'application pour la campagne tarifaire. Ces évolutions, mises au point en liaison avec les ARS, portent en particulier sur l'ergonomie et la performance de l'application. Après une année 2012 de montée en charge de l'application, il vous est impérativement demandé en 2013 de réaliser *ab initio* l'intégralité de la campagne tarifaire avec HAPI. L'utilisation en continu de cet outil pour la tarification constitue une priorité majeure pour améliorer la visibilité de la consommation par les ARS de leur dotation régionale limitative et fiabiliser les prévisions budgétaires nationales nécessaires, dans un calendrier compatible avec la construction de l'objectif national de dépenses pour le secteur médico-social de l'année $n + 1$.

Au-delà de HAPI, la fiabilité de la saisie des données dans les systèmes d'information est la condition indispensable à l'efficacité du pilotage régional et national de la dépense. C'est le cas notamment pour SELIA, dont les extractions font apparaître des marges de progrès importantes en matière de fiabilité des prévisions d'installation, qui servent en particulier à la construction de l'ONDAM. Il importe que cette prévision repose sur une analyse rigoureuse de la probabilité des ouvertures par l'ARS afin de prévenir un excès de budgétisation.

L'annexe IV vous rappelle l'architecture globale des systèmes d'information de l'allocation de ressources.

2.2.2. La gestion des résultats (reprise d'excédents/de déficits)

Le mécanisme de reprise des résultats constitue un paramètre important dans le pilotage de votre DRL : celle-ci est en effet consommée par la reprise des déficits et, à l'inverse, alimentée par la reprise des excédents.

Dans ce cadre, il importe que vous meniez une réflexion sur la stratégie régionale de reprise et d'affectation des résultats des ESMS. Cette gestion active des résultats doit reposer autant sur l'appréciation des résultats des établissements et services eux-mêmes que sur l'analyse des marges de manœuvres et des priorités régionales dans le respect des dispositions réglementaires et des périmètres tarifaires (affectation en réserve de compensation des déficits ; affectation au financement de dépenses non reconductibles...).

2.2.3. La transmission aux CPAM des arrêtés de tarification au plus tard le 10 décembre 2013

Il vous est rappelé qu'afin de permettre le versement effectif de l'ensemble de vos décisions tarifaires aux établissements sur l'exercice n , il est impératif que vos arrêtés soient transmis aux caisses pivots au plus tard le 10 décembre de l'année en cours.

Au-delà de cette date et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, les arrêtés reçus par les caisses pivots seront bien comptablement rattachés à l'exercice n , mais le paiement auprès de l'établissement ne sera généré qu'en janvier $n + 1$.

2.2.4. Les orientations pour l'emploi des crédits non reconductibles (CNR)

Compte tenu du mode de budgétisation en autorisations d'engagement et crédits de paiement (AE-CP), la diminution des CNR se confirme et devrait se poursuivre.

L'utilisation des CNR aux fins de financement de mesures pérennes est, en tout état de cause, par nature proscrite. Par ailleurs, le caractère non reductible de ces crédits n'autorise, en aucun cas, le recours à des pratiques dont la conformité réglementaire, budgétaire et comptable, n'est pas strictement établie. En particulier, le soutien de l'investissement des EHPAD au travers des CNR doit faire l'objet d'un suivi particulier.

Les modalités d'utilisation des CNR vous sont rappelées en annexe V. Vous veillerez à assurer strictement la traçabilité de ces crédits.

Pour la ministre des affaires sociales
et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,
S. FOURCADE

Pour le ministre de l'économie et des finances
et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

*Le directeur de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie,*
L. ALLAIRE

ANNEXE I

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES DES ARS

La présente annexe précise les modalités de détermination des dotations régionales limitatives (DRL).

Le montant de ces dernières est établi à partir du niveau de crédits reconductibles constaté au 31 décembre 2012 et réajusté, pour tenir compte notamment des éventuelles opérations de transfert d'enveloppe : ce montant ajusté est ensuite actualisé en fonction des paramètres de reconduction retenus pour 2013.

Pour l'OGD « personnes âgées », la fixation des dotations régionales limitatives prend en compte, comme l'an passé, la convergence tarifaire applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en application de l'arrêté du 26 février 2009 (1), modifié par l'arrêté du 6 février 2012 (2).

Les indications contenues dans la présente annexe explicitent, à des fins de mise en œuvre concrète, les orientations de principe fixées par la présente circulaire.

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

Cette étape a pour objet d'identifier le périmètre des dépenses à reconduire en 2013. Plusieurs opérations sont ainsi prises en compte dans le calcul du niveau initial 2013 de vos bases régionales :

- la réfaction des crédits non reconductibles nationaux notifiés en 2012 ;
- la prise en compte des opérations de fongibilité.

1.1. La réfaction des crédits non reconductibles nationaux

Les crédits notifiés à titre non reconductible en 2012 sont exclus de la base d'actualisation des DRL pour 2013.

Ces crédits sont de plusieurs ordres :

- les crédits « permanents syndicaux » (PA-PH) ;
- les crédits afférents à l'expérimentation médicaments dans les EHPAD (PA) ;
- les crédits de gratification de stage (PH) ;
- les crédits non reconductibles notifiés en 2012 pour les centres de ressources handicap rare ;
- les CNR notifiés en fin de campagne 2012 aux régions en ayant exprimé le besoin (PA) ;
- les avances de trésorerie notifiées en crédits non reconductibles en 2012 (PH).

Les crédits correspondant aux trois premiers dispositifs ainsi qu'au dernier sont toutefois pris en compte, après réévaluation éventuelle, et intégrés dans les dotations régionales limitatives 2013 (CNR dits « nationaux »).

1.2. La prise en compte des opérations de fongibilité

Les dotations pour 2013 intègrent le solde des transferts entre les différents sous-objectifs de dépenses d'assurance maladie sollicités par les ARS, après arbitrage et prise en compte par les directions et opérateurs nationaux, gestionnaires des enveloppes d'assurance maladie.

Les transferts d'enveloppe et les opérations de fongibilité reposent sur les changements de régime juridique à la suite desquels des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux viennent à relever d'un financement différent de celui sous lequel ils étaient placés antérieurement (ex. : conversions d'activités).

Les principes fixés par la circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C n° 2012-82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux restent applicables pour les opérations de fongibilité à instruire en 2013.

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

2. Les paramètres généraux d'actualisation 2013

2.1. Actualisation des dotations régionales limitatives (DRL)

La base reconductible des DRL fait l'objet, comme chaque année, d'une actualisation 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.

(1) Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul (exclut des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité (NOR : BCFS0904215A).

(2) Arrêté du 6 février 2012 portant modification de l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité (NOR : SCSA1201140A).

Le taux d'actualisation des dotations régionales en 2013 résulte de la combinaison des deux paramètres suivants :

- prise en compte de la progression salariale de 1,4 % pour l'ensemble du secteur, sans distinction du statut juridique des établissements, conformément aux annonces faites aux partenaires sociaux du secteur lors de la conférence salariale du 4 février 2013 ;
- revalorisation de l'agrégat « autres dépenses de fonctionnement » de 1,4 % afin de tenir compte des effets de l'inflation.

Ce taux global de 1,4 % se décompose en moyenne comme suit :

(En pourcentage.)

	MASSE SALARIALE	PROGRESSION budgétaire au titre des salaires	PROGRESSION budgétaire au titre des dépenses hors salaires	ACTUALISATION totale
PA (*)	89	1,25	0,15	1,40
PH	75	1,05	0,35	1,40

(*) Pour les PA, ce taux correspond à un taux brut, avant minoration de l'actualisation des EHPAD en convergence tarifaire fin 2012.

Votre attention est attirée sur le fait que le taux d'évolution salariale précité intègre l'éventuel effet de report « année pleine » des évolutions salariales de 2012 ainsi que la prise en compte du « GVT (1) solde » (évolution des carrières des personnels, variation de la pyramide des âges des effectifs salariés et effet de noria...).

Les tableaux 2 et 2 bis précisent les crédits qui vous sont alloués au titre de la reconduction dans les deux secteurs.

Il vous est rappelé que les décisions tarifaires ne doivent pas résulter, ni être motivées, par une simple application des taux précités : ceux-ci doivent être modulés, dans le cadre de la procédure contradictoire, au regard, d'une part, de votre politique de reconduction des tarifs formalisée dans vos rapports d'orientation budgétaire et, d'autre part, après analyse des propositions budgétaires dans le cadre fixé par les articles R. 314-22 et R. 314-23 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Enfin, votre attention est attirée sur le fait que, conformément aux exigences de l'article R. 314-113 du même code (rappelé dans la circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS n° 2011-120 du 22 mars 2011), l'approbation de l'activité prévisionnelle pour les structures relevant d'un financement non globalisé (ESMS à prix de journée ou prix de séance) doit être conforme à la moyenne d'activité constatée au cours des trois derniers comptes administratifs.

Concernant le secteur des EHPAD, les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds sont actualisées du taux de reconduction précité, hors les valeurs de point tarif global toujours gelées, et majorées de 20 % pour les départements d'outre-mer, afin de prendre en compte les contraintes locales spécifiques.

Par ailleurs, les dotations des EHPAD encore convergents fin 2012 ainsi que celles des EHPAD au tarif global ne sont pas actualisées du taux de reconduction 2013.

(En euros.)

LIBELLÉ	MÉTROPOLE	DOM
Tarif global avec PUI	13,10	15,72
Tarif global sans PUI	12,44	14,93
Tarif partiel avec PUI	10,32	12,38
Tarif partiel sans PUI	9,75	11,70

Il est rappelé que ces valeurs servent uniquement au calcul de la situation de l'EHPAD par rapport à la tarification plafond et à la détermination de la convergence tarifaire pour 2013 et en aucun cas au calcul de la dotation. Par conséquent :

- comme les dispositions de l'article L. 314-2 modifié du CASF, dans sa rédaction issue de l'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, ne sont pas entrées en vigueur, en l'absence de la réglementation nécessaire à son application (2), la tarification des EHPAD reste régie par les règles actuelles du paragraphe 3 « Fixation du tarif » de la sous-section 1 « Dispositions générales relatives à la comptabilité, au budget et à la tarification » de la section 2 « Règles budgétaires de financement » du chapitre IV « Dispositions financières », du titre I^{er} « Établissements et services soumis à autorisation » du livre III « Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services » de la partie réglementaire du CASF ;

(1) Glissement vieillesse technicité.

(2) Conformément à l'article 1^{er} du code civil, tel qu'appliqué par le Conseil d'État statuant au contentieux.

- cette analyse des propositions budgétaires doit toujours tendre vers un objectif d'amélioration du temps d'encadrement « soins » en EHPAD dans les limites permises par le niveau de la dotation régionale limitative ;
- la procédure d'approbation budgétaire ne peut être allégée que pour les EHPAD en tarification d'office et/ou en convergence tarifaire (soit ceux dont les dotations soins sont supérieures aux tarifs plafonds en vigueur) conformément aux dispositions de l'article L. 314-7-1 du CASF.

2.2. Mesures d'économie impactant les dotations régionales limitatives « personnes âgées »

2.2.1. Cadre général

Sur le secteur PA, l'OGD est construit en prenant en compte un objectif de 13 M€ d'économies, lié à l'application des règles de convergence : cette économie est impactée en mesure nouvelle « négative » dans vos dotations régionales limitatives.

L'impact régional de la convergence est fonction du poids relatif de chaque région dans le volume national de convergence (63,9 M€ pour la période de 2010 à 2016). Il est calculé à l'aide des données remontées par vos services dans le cadre de l'enquête tarifaire 2012. Après actualisation des tarifs plafonds, ce sont 949 EHPAD (89 815 places) qui restent soumis à la convergence en 2013.

Les 13 M€ précités correspondent à la mesure d'économie prise en compte dans la construction de l'OGD 2013 et s'établissent à un niveau inférieur à la stricte mise en œuvre de l'arrêté du 26 février 2009 susmentionné (récupération d'un quart du dépassement budgétaire constaté, soit 16 M€).

Par conséquent, dans l'hypothèse où une ARS récupérerait plus que l'objectif budgétaire pris en compte dans la construction de sa DRL, ce « gain » sera considéré comme disponible et aura vocation à être redéployé au profit de la politique de médicalisation (nouvelle signature de convention tripartite ; aménagement contractuel du rythme de convergence ; renforcement de structures au GMPS financées à un niveau inférieur au plafond de référence).

À l'inverse, si la réfaction est inférieure à la cible notifiée, l'ARS sera contrainte de dégrader une autre ligne budgétaire pour compenser les effets de la non-réalisation de l'objectif : si elle ne le faisait pas, l'équilibre de la DRL en fin d'exercice ne sera pas garanti.

2.2.2. Périmètre et modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire

En application de l'article L. 314-3-II du CASF, l'arrêté du 26 février 2009 susmentionné a défini les règles d'application de la convergence tarifaire des EHPAD. L'arrêté du 6 février 2012 susmentionné a restreint le périmètre de cette convergence. Ainsi la récupération de la convergence tarifaire 2013 porte exclusivement sur les structures disposant d'un PMP validé et pour lesquelles ce choix du référentiel PATHOS est validé par une convention tripartite (ou un avenant à ladite convention).

Depuis 2010, la convergence tarifaire est entrée dans un rythme de mise en œuvre automatique visant à ramener, à l'issue de la période 2010-2016, tous les tarifs en dépassement au niveau des valeurs plafonds. Ce rythme peut toutefois être aménagé par voie contractuelle, afin de déterminer le phasage annuel des montants à récupérer, dans la limite d'une résorption du dépassement au plus tard le 31 décembre 2016. Pour 2013, aux termes de l'arrêté précité, la dotation des établissements soumis à la convergence doit être réduite, en l'absence d'un tel contrat, d'un quart du montant résiduel du dépassement constaté à la fin de l'année 2012.

Comme l'an passé, dans le cadre de la contractualisation, les établissements concernés peuvent notamment proposer le développement d'une nouvelle offre de service, et plus particulièrement la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée (PASA et/ou UHR). Dans le suivi de la campagne, vous veillerez à imputer sur les crédits PASA-UHR le montant des crédits maintenus à ce titre dans les bases des établissements et à comptabiliser parallèlement ce montant dans l'effort de convergence réalisé.

Il vous est rappelé que l'arrêté du 26 février 2009 susmentionné prévoit un réexamen annuel de la situation de l'EHPAD au regard des tarifs plafond applicables en cas d'évolution de sa situation (exemple : nouvelle coupe PATHOS validée) et/ou de l'évolution des valeurs de point applicables.

3. Le financement pérenne de mesures catégorielles

La présente notification intègre le financement de mesures salariales catégorielles fixées par la DGCS dans le cadre des missions de la commission nationale d'agrément en charge de l'instruction des accords soumis à agrément ministériel aux termes de l'article L. 314-6 du CASF.

Il est rappelé que, sur le secteur PA, l'octroi des moyens nouveaux, qu'il s'agisse d'actualisation générale ou de mesures catégorielles, ne peut en aucun cas s'effectuer en dépassement des tarifs plafonds en vigueur.

L'instruction DGCS/3A/5C/DSS/1A n° 2013-30 du 23 janvier 2013 relative à l'opposabilité aux SSIAD des mesures de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux définit les conditions dans lesquelles les ARS doivent prendre en compte les revalorisations de certains actes effectués par les infirmiers libéraux. Vous veillerez, dans le cadre de la campagne de tarification, à vous y reporter.

Pour la prise en compte du coût de la fonction de coordination, de continuité et d'environnement des soins assurée par un infirmier libéral ou par un centre de soins infirmiers, les SSIAD devront justifier de leur intervention, en l'absence ou à la demande de l'infirmier coordonnateur du SSIAD. Lorsque l'infirmier coordonnateur du SSIAD accomplit cette mission, le financement ne pourra pas rémunérer l'infirmier libéral ou le centre de soins infirmiers.

Au titre des justificatifs de la mission de coordination, pourront être produits, dans le respect des règles relatives au secret médical, les éléments suivants :

- l'information par l'infirmier libéral ou par le centre de soins infirmiers de l'engagement d'actes de soins justifiant de la majoration de coordination infirmier (MCI) ;
- le renseignement du dossier de soins infirmiers (fiche de suivi, transmissions ciblées, diagramme de soins) ;
- un document de type « fiche de liaison » permettant de transmettre les informations relatives au patient, au médecin traitant, aux autres intervenants paramédicaux à domicile, au SSIAD et à l'entourage de la personne prise en charge.

Les mesures catégorielles comprennent aussi les crédits nécessaires à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière (FPH) des infirmiers et des professions paramédicales selon le modèle de formation et de qualification européen LMD.

Les crédits intégrés à votre DRL pour la prise en compte des mesures catégorielles pérennes sont pris en compte dans les tableaux 2 et 2 bis.

4. Le financement non reconductible des dispositifs spécifiques ou expérimentaux

Certains dispositifs bénéficient d'un financement spécifique qui n'est pas consolidé dans les dotations régionales limitatives mais qui fait l'objet d'une réévaluation annuelle par l'échelon national.

Ces dispositifs spécifiques sont les suivants pour l'année 2013 :

4.1. Les crédits de mise à disposition des permanents syndicaux

Il existe trois types de mises à disposition syndicales de salariés dans le secteur social et médico-social :

- les articles L. 2135-7 et L. 2135-8 du code du travail disposent qu'un salarié peut être mis à disposition d'une organisation syndicale ou d'une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective ou un accord collectif de branche étendu.

Pour la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif, un accord de branche 2009-01 du 20 mai 2009, agréé par arrêté du 7 juillet 2009, prévoit la répartition du nombre de salariés par organisation syndicale représentative ;

- l'avenant n° 2002-2 du 25 mars 2002, agréé par arrêté du 6 mars 2003, modifiant la convention collective du 31 octobre 1951, a créé un comité national paritaire de modernisation et de développement du dialogue social (CMDS), pour lequel 4 ETP sont mis à disposition de chaque organisation syndicale le composant ;
- dans le secteur social et médico-social public, des mises à disposition auprès d'organisations syndicales représentant les agents publics hospitaliers travaillant dans des maisons de retraite publiques interviennent dans le cadre des dispositions de l'article 97 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et des articles 19 et suivants du décret n° 86-660 du 19 mars 1986.

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » font l'objet d'une identification annuelle et sont précisés au titre de chaque exercice par la DGCS.

Les montants 2013 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les dotations régionales limitatives sur la base du chiffrage établi par la DGCS au titre de sa mission de secrétariat de la commission nationale d'agrément (CNA) qui se prononce sur les accords collectifs de mise à disposition des permanents syndicaux.

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

La DGCS est chargée d'établir la liste des salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux mis à disposition, sur la base des conventions de mise à disposition signées entre les employeurs, les organisations syndicales et les salariés concernés, ainsi que les montants perçus par les salariés concernés.

Sur la base de ces informations, il vous appartiendra, en tant qu'autorité de tarification, de majorer les budgets des établissements du coût des salaires des salariés concernés, en utilisant les crédits spécifiques qui vous seront délégués par la CNSA.

4.2. Les crédits afférents aux gratifications de stage

Ces crédits, destinés à couvrir le coût des gratifications de stage versées par les ESMS dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux pour les stages d'une durée supérieure à deux mois, sont répartis sur le champ « personnes handicapées ». Ces crédits, d'un montant global de 4,7 M€, doivent être tarifés en CNR aux établissements ayant fait remonter leurs besoins aux ARS. Ces crédits spécifiques sont également précisés dans les tableaux 2 et 2 bis.

4.3. *Les crédits afférents à l'expérimentation « médicaments »*

Dans le cadre de l'achèvement de l'expérimentation médicaments, une dotation en CNR est intégrée dans chaque enveloppe régionale concernée pour 2013 (18 M€). Elle correspond à la somme des dotations des EHPAD expérimentateurs constatées à fin 2012, valorisées sur 6 mois. Les modalités de sortie du dispositif sont précisées en annexe VII.

ANNEXE II

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES CRÉDITS DE PLACES NOUVELLES POUR 2013

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

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

Ainsi, le mécanisme des autorisations d'engagement (AE) consiste pour l'échelon central à notifier de manière exclusivement anticipée les enveloppes qui constituent le cadre financier et juridique destiné à encadrer l'autorisation des établissements et services. Ces « autorisations d'engagement » sont un outil de régulation financière de la politique d'autorisation. Elles permettent une meilleure visibilité des autorisations et des crédits de paiement associés prévus sur la période des plans à échéance $n+1$ à $n+4$.

Corollaire de ce passage en AE-CP, les notifications des dotations régionales limitatives en année n sont constituées exclusivement des crédits de paiement correspondant aux installations effectives de l'année n .

L'objectif est un suivi au plus près de la dépense. Le changement important à prendre en compte à la fois au niveau national et à l'échelon des ARS réside dans la nécessité d'effectuer le recensement en $n-1$ des nouvelles structures qui entreront en fonctionnement en n . Ce recensement doit être effectué au premier semestre $n-1$ afin de permettre la remontée de ces prévisions d'installation (y compris sur les AE obtenues pour l'année n) au travers de l'application SELIA.

Ces prévisions sont fondamentales et constituent la base de la construction, au début du deuxième semestre $n-1$, de l'ONDAM et de l'OGD de l'année n . Les dialogues de gestion conduits entre novembre 2012 et février 2013 ont montré les progrès réalisés en la matière mais aussi les marges d'amélioration qui demeurent. Il est donc essentiel que les ARS fiabilisent au plus près cette prévision.

2. Modalités de calcul des crédits de paiement en 2013

Il faut souligner que plusieurs modes d'allocation des crédits de paiement coexistent encore en 2013 du fait du caractère récent du passage du mode d'allocation en AE-CP.

2.1. Les extensions en année pleine des crédits de paiement 2012 sur les enveloppes anticipées (EA) 2011 et 2012 notifiées en 2009 et 2010 et au titre de la restitution du débasage temporaire

Les crédits de paiement 2012 sur l'EA 2011 et 2012 et au titre de la restitution du débasage temporaire ont été notifiés en 2012 sur six mois. Les six mois d'extension en année pleine sont donc automatiquement intégrés dans les dotations régionales limitatives.

2.2. Les crédits de paiement 2013 sur les AE 2011 et 2012 notifiées en 2011 et 2012

Contrairement aux enveloppes anticipées 2011, 2012 et 2013, les notifications des AE sont accompagnées du calendrier de notification des crédits de paiement. Ces crédits de paiement, dits « cadencés », représentent un plafond annuel d'appel de CP mais n'exonèrent pas de « l'appel » des CP chaque année *via* l'outil SELIA.

Comme en 2012, les CP 2013 sur les AE 2011 et 2012 sont automatiquement inclus dans les DRL. Ils viennent donc abonder votre disponibilité budgétaire pour les installations 2013.

À ce titre :

- ils sont ajoutés aux DRL (tableaux 2 et 2 *bis*) et à la disponibilité budgétaire de l'ARS (tableaux 5 et 5 *bis*) ;
- les besoins 2013 que l'ARS a identifiés sur SELIA au titre des CP sur AE sont écrêtés au regard des AE disponibles (tableaux 4 et 4 *bis*) ;
- ces besoins écrêtés sont retirés de la disponibilité budgétaire (tableaux 5 et 5 *bis*).

Les CP 2013 sur les AE 2011 et 2012 ayant été notifiés en totalité, il n'y a plus de droit de tirage au titre de ces crédits de paiement pour les futures années.

Par contre, leur éventuelle sous-consommation par l'ARS conduit à la production d'un disponible budgétaire et par conséquent à un ajustement du niveau de la notification des CP sur EA 2011, 2012 et 2013 et au titre de la restitution du débasage temporaire (voir ci-dessous).

3. Les crédits de paiement 2013 sur les EA 2011, 2012 et 2013 notifiées en 2009 et 2010 et au titre de la restitution du débasage temporaire

La méthodologie de calcul des crédits de paiement 2013 est la suivante :

1^{re} étape : estimation des besoins au titre des EA 2011, 2012 et 2013.

Calcul d'un niveau plafond de CP 2013 sur EA 2011, EA 2012 et EA 2013 en fonction des besoins identifiés sur SELIA au 30 juin 2012 et fiabilisés au 31 décembre 2012. Les CP sont plafonnés à hauteur du montant du droit de tirage de chaque ARS sur les EA 2011, 2012 et 2013 (y compris réserve nationale et plan de relance) n'ayant pas encore fait l'objet d'une délégation de crédits de paiement. En effet, aucun CP ne peut être notifié une fois que la totalité de l'EA a fait l'objet d'une délégation de CP. Ce plafond est calculé pour une couverture des besoins sur six mois, et dans la limite des crédits prévus à cet effet dans l'ONDAM.

Voir tableaux 4 et 4 *bis* : suivi de la consommation des EA 2011, 2012 et 2013 et solde disponible.

2^e étape : estimation des besoins au titre de la restitution du débasage temporaire.

Calcul d'un niveau plafond de crédits sur enveloppe antérieure à 2010 ayant fait l'objet d'un débasage temporaire, en fonction des besoins identifiés sur la maquette tarifaire 2012. Ces CP sont également plafonnés à hauteur des crédits restant à restituer. Comme pour les enveloppes anticipées, aucun crédit supplémentaire ne peut être notifié une fois que l'ensemble des crédits débasés temporairement a fait l'objet d'une restitution. Ce plafond est calculé pour une couverture des besoins sur six mois, et dans la limite des crédits prévus à cet effet dans l'ONDAM.

Voir tableaux 3 et 3 *bis* : suivi de la restitution des crédits ayant fait l'objet d'un débasage temporaire.

3^e étape : prise en compte de la trésorerie disponible dans l'enveloppe

À partir des besoins écartés (voir 1^{er} et 2^e étapes), les crédits de paiement 2013 (sur les EA et le débasage temporaire) sont calculés en fonction du niveau de disponibilité budgétaire de chaque ARS.

Ce niveau de disponibilité budgétaire est estimé à partir de la trésorerie disponible en fin de campagne 2012, abondée des nouvelles notifications de CP en 2013 (EAP, CP sur AE) et diminuée des postes suivants :

- les crédits gagés pour d'autres dépenses que les installations de places (maquettes tarifaires) ;
- les prévisions d'EAP 2013 (maquettes tarifaires) ;
- les prévisions d'installations sur crédits déjà notifiés sur les enveloppes (maquettes tarifaires) ;
- les besoins identifiés par les ARS sur les CP sur AE (SELIA).

Voir tableaux 5 et 5 *bis* : calcul des CP PA et des CP PH.

4^e étape : deux cas de figure possibles :

- soit le disponible net de la région permet de couvrir les crédits faisant l'objet d'une demande au titre d'un rebasage ou au titre des nouvelles demandes de CP 2013 pour les installations 2013 sur EA 2011, 2012 et 2013 (plafonnées au montant de l'EA encore disponible). Dans ce cas, aucun crédit de paiement n'est notifié à l'ARS. En contrepartie, le droit de tirage de l'ARS sur les EA 2011, 2012 et 2013 et « débasage temporaire » reste identique. Cela signifie que l'ARS peut rappeler, pour les exercices budgétaires futurs, les CP à hauteur du solde encore disponible ;
- soit le disponible net de la région ne permet pas de couvrir les crédits faisant l'objet d'une demande au titre d'un rebasage ou au titre des nouvelles demandes de CP 2013 pour les installations 2013 sur EA 2011, 2012 et 2013 (plafonnées au montant de l'EA encore disponible). Dans ce cas, la CNSA notifie à l'ARS des CP 2013 au titre des EA 2011, 2012 et 2013 et au titre de la restitution du débasage temporaire à hauteur de ce qui n'est pas couvert par le disponible d'enveloppe. Ces CP viendront réduire le solde disponible sur les EA 2011, 2012 et 2013 et/ou sur la restitution des crédits ayant fait l'objet d'un débasage temporaire.

En tout état de cause, la CNSA ne peut couvrir les besoins de financement exprimés par les ARS qui dépassent les droits de tirage identifiés dans les tableaux 3, 3 *bis*, 4 et 4 *bis*.

4. Les crédits relatifs à la mise en œuvre du plan Alzheimer

Les modalités de développement, de labellisation et de tarification de nouveaux modes d'accompagnement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés ont fait l'objet de différentes circulaires (1). Le développement de ces nouvelles modalités d'accueil est décliné par une lettre ministérielle constituant la « feuille de route » régionale des objectifs à atteindre pour les années 2012 et suivantes.

En 2013, sont notifiées aux ARS les extensions en année pleine des mesures nouvelles de 2012 ainsi que, sur six mois, les mesures nouvelles de la tranche 2012 qui n'avaient pas été notifiées en 2012.

Par conséquent, l'enveloppe de crédits répartie en début de campagne par la CNSA correspond à :

- équipes spécialisées Alzheimer (ESA) :
205 000 € au titre de l'EAP 2013 des mesures nouvelles 2012 ;
10 275 000 € de mesures nouvelles 2013 correspondant à la tranche du plan non notifiée en 2012, sur six mois.

(1) Notamment les circulaires DGAS/DHOS/DSS du 6 juillet 2009, du 7 janvier 2010, DGCS/SD3A du 23 mars 2011, la circulaire DGCS/5C/DSS/1A n° 2011-160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées et la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-261 du 30 juin 2011 relative aux plates-formes d'accompagnement et de répit.

La circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 précise le contenu du cahier des charges des équipes spécialisées Alzheimer à domicile ;

- pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) :

536 436 € au titre de l'EAP 2013 des mesures nouvelles 2012 ;

18 491 863 € de mesures nouvelles 2013 correspondant à la tranche du plan non notifiée en 2012, sur six mois.

Les PASA, qui sont des dispositifs spécifiques conçus à partir d'une organisation structurée au sein d'un EHPAD, ne doivent pas faire l'objet d'une autorisation (1) et ne sont donc pas appelés à entrer dans le champ de la nouvelle procédure d'appel à projets :

- plates-formes de répit (PFR) : 3 450 000 € au titre de l'EAP 2013 des mesures nouvelles 2012 et qui viennent solder le volet « PFR » du plan Alzheimer. Ces crédits doivent permettre d'atteindre la cible de 150 plates-formes d'accompagnement et de répit inscrite dans la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-261 du 30 juin 2011. Il est rappelé que la répartition régionale de ces dispositifs a été fixée en annexe II de la circulaire précitée, sur la base du nombre de personnes malades en ALD 15 ;
- unités d'hébergement renforcé (UHR) : pas de financement en 2013. Les financements ont été notifiés en totalité aux ARS en 2010 pour les trois ans du plan.

(1) Ils font en revanche l'objet des procédures de labellisation décrites dans les circulaires du 6 juillet 2009 et du 7 janvier 2010 relatives aux mesures médico-sociales du plan Alzheimer, ainsi qu'en annexe de la circulaire interministérielle de campagne 2010.

ANNEXE III

NOTICE TECHNIQUE RELATIVE À L'EMPLOI DES CRÉDITS DE MÉDICALISATION ET AU PROCESSUS D'ARTICULATION ENTRE LE RENOUVELLEMENT DES CONVENTIONS TRIPARTITES ET LA VALIDATION DES COUPES PATHOS

La présente annexe précise les critères de répartition et les modalités de notification des crédits nécessaires en 2013 à la poursuite de la politique de médicalisation des EHPAD.

1. Les crédits notifiés en 2013

Le volume dédié en 2013 au renforcement de la médicalisation des EHPAD s'élève à 155 M€. Une partie (50 M€) a été notifiée aux ARS le 13 juillet 2012, en autorisation d'engagement (AE) répartie au prorata du besoin de financement à couvrir pour permettre le renouvellement des conventions de première génération signées entre 2000 et 2006 figurant dans la base SAISEHPAD.

Cette notification anticipée qui devait permettre aux ARS d'amorcer les travaux de renouvellement des conventions les plus anciennes est couverte en crédits de paiements 2013 pris en compte dans les dotations régionales limitatives pour 2013.

Le solde des crédits 2013 (105 M€) est également intégré dans vos dotations régionales limitatives. Ces crédits sont notifiés en année pleine pour permettre le renforcement des moyens en soins des EHPAD à la faveur de la poursuite du processus de médicalisation de deuxième génération (passage au GMPS ou PATHOS).

Par conséquent, aucune extension année pleine (EAP) ne devra être attendue en 2014. Les crédits qui vous sont notifiés doivent couvrir l'intégralité des engagements conventionnels pris en 2013. Il vous appartient par conséquent de gager au sein de votre enveloppe les crédits nécessaires à la couverture des EAP 2014 mais également à la couverture des effets financiers différés dans le temps (également sur plusieurs exercices des engagements financiers pris dans la convention).

Au regard de cette consigne, et pour la dernière fois, l'exercice 2013 donne lieu à l'abondement des DRL à hauteur de 6,7 M€ correspondant à des EAP des exercices antérieurs.

L'ensemble de ces crédits figurent au tableau 2 joint à la présente instruction.

2. Critères de répartition des crédits de médicalisation

Par cohérence avec les orientations précitées, les crédits répartis en 2013 sont ventilés sur des critères de répartition axés sur un objectif de couverture équitable du besoin de financement global des EHPAD. Cet élargissement des critères de répartition vise à soutenir à la fois l'objectif de renouvellement des conventions prévues à l'article 313-12 du CASF et la mise en œuvre des dispositions des articles R. 314-170 à R. 314-171-3, R. 314-173 et R. 314-184 du CASF dans leur rédaction issue du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

Ce volume financier global est déterminé par exploitation des données « établissements » de l'enquête tarifaire 2012 remontée par vos soins avec mise à jour au 31 décembre 2012.

La charge financière globale prise en compte pour répartir le solde des crédits de médicalisation repose sur deux paramètres :

- d'une part, la détermination du volume budgétaire nécessaire pour faire bénéficier de la tarification au groupe iso-ressources moyen pondéré de soins (GMPS) ceux des EHPAD dont le financement, faute de renouvellement de leur convention tripartite, reste assis sur les anciennes dotations minimales de convergence (DOMINIC) ;
- d'autre part, la détermination d'un volume budgétaire requis pour harmoniser, au niveau régional, le niveau de financement des EHPAD « pathossifiés ».

Le premier paramètre est construit, comme les années antérieures, au travers d'un PMP théorique. Le second est déterminé de manière à permettre un passage progressif aux plafonds de référence.

L'ensemble des ARS bénéficie de crédits dans ce cadre à due proportion, d'une part, de leur retard de conventionnement des EHPAD tarifés à la DOMINIC et, d'autre part, du niveau d'éloignement constaté entre le niveau de tarification des EHPAD et le plafond de référence.

3. La mise en œuvre en 2013 des priorités de médicalisation

Le contexte juridique consécutif à la publication du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes

hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles étend *de facto* le périmètre d'emploi des crédits de médicalisation nouveaux.

Conformément à la présente instruction, deux axes de mise en œuvre sont donc identifiés :

3.1. *Le renouvellement des conventions échues*

Comme l'an passé, il vous est demandé de procéder en priorité au renouvellement des conventions tripartites tarifées à la DOMINIC et signées entre 2000 et 2006, puis 2007, échues entre 2005 et 2013. Les crédits 2013 doivent être tout particulièrement consacrés au renouvellement des conventions de première génération signées entre 2000 et 2006 non encore renouvelées à ce jour et, après achèvement de cette cible, au renouvellement des conventions signées en 2007. Il vous est rappelé que ce renouvellement doit être effectué dans le cadre défini en 2011. En d'autres termes, l'instruction de surseoir au développement du tarif global n'étant pas levée, la signature de nouvelles conventions doit se faire à option tarifaire inchangée et ne pas permettre de passage au tarif global. Ce sursis concerne les renouvellements de convention comme les avenants signés en cours de convention, notamment à la faveur de la révision du GMPS.

3.2. *L'accompagnement de la mise en œuvre des dispositions de la partie réglementaire du CASF issues de la publication du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 précité*

La mise en œuvre des articles R. 314-170 à R. 314-171-3, R. 314-173 et R. 314-184 du CASF vous conduira à consacrer une fraction de vos crédits de médicalisation à l'harmonisation des dotations des moyens en soins des EHPAD dans le cadre des renouvellements du GMPS conjointement avec les conseils généraux (CG).

Sur ce point, votre attention est attirée sur le fait que le décret précité ne met en aucun cas en place un « droit ouvert » en crédits de médicalisation : le dispositif tarifaire en vigueur reste en effet inchangé. Ainsi, la tarification au GMPS reste un plafond indépassable mais ne constitue pas un niveau opposable de dotation automatique.

Toutefois, à la faveur du renouvellement des coupes, il vous appartient de poursuivre un objectif d'allocation de ressource homogène entre établissements, objectivé par leur niveau de GMPS.

Ainsi, il vous est recommandé d'utiliser les crédits encore disponibles pour renforcer les moyens des structures tarifées au GMPS dont le niveau de ressource, à la faveur de l'actualisation de leur GMPS, est à la fois inférieur à leur plafond de référence dans le respect des dispositions du décret du 8 janvier 2013 et inférieur au niveau moyen de financement de la région. Le calcul d'une « valeur de point GMPS » régionale constitue ainsi un indicateur de nature à illustrer les écarts de dotation entre établissements à GMPS donné.

4. **Déclinaison opérationnelle de la politique de médicalisation**

4.1. *Rechercher une programmation pragmatique des coupes PATHOS*

La mise en œuvre du décret du 8 janvier 2013 susmentionné oblige à concevoir un programme de travail pragmatique entre le service chargé de l'allocation de ressources au sein de chaque ARS et les médecins valideurs de l'agence, afin de garantir le caractère opérationnel des coupes PATHOS. Celles-ci doivent prioritairement concerner les EHPAD dont les conventions ont été signées entre 2000 et 2007 et non renouvelées à ce jour.

Au regard des orientations précitées, votre programme de travail doit reposer sur une priorisation de votre action sur les conventions les plus anciennes ou celles dont la dotation actuelle vous paraît la plus faible au regard de la dotation moyenne calculée sur la base d'un PMP moyen régional.

Au-delà de la problématique du renouvellement, il importe d'intégrer, dans la programmation des coupes, la mise en œuvre des dispositions afférentes à l'actualisation du niveau de GMPS (avec validation conjointe du GMP par l'ARS et le conseil général) une fois au cours de la convention.

Sur ce point, la circulaire d'application du décret du 8 janvier 2013 à paraître permettra une montée en charge sur deux ans qui reposerait, pour 2013, sur l'ordre de priorité suivant :

- 1° Établissements en attente de renouvellement de conventions échues, prioritaires en 2012 mais non retenus faute de moyens suffisants.
- 2° Établissements nouvellement créés.
- 3° Établissements dont la convention vient à échéance en 2013.
- 4° Établissements dont la convention tripartite a pris effet en 2011.

En tout état de cause, votre attention est attirée sur le fait qu'une nouvelle coupe peut se concrétiser par une augmentation du GMPS sans que celle-ci soit suivie d'effet au niveau tarifaire. Le GMPS d'un EHPAD, dans l'état actuel de la réglementation tarifaire, sert à définir le plafond de ressources potentiel d'un EHPAD (et partant le niveau de mesures nouvelles auquel il peut élarger) mais ne définit pas une dotation soins opposable.

Ainsi le cadre financier de votre politique d'allocation de ressources aux EHPAD reste conditionné par le respect du caractère limitatif de votre DRL.

4.2. Rechercher un emploi ciblé des crédits de médicalisation

La traduction budgétaire des coupes PATHOS devra tout particulièrement tenir compte d'un objectif d'amélioration du cadre de fonctionnement des EHPAD : ainsi, vous devrez tenir compte du relèvement du temps minimum de présence du médecin coordonnateur (art. D. 312-156 du CASF). Le déploiement de l'indicateur GDR relatif au ratio d'encadrement de médecin coordonnateur, généralisé dans le cadre de la politique de gestion du risque en EHPAD, constitue ainsi un indicateur central.

Au-delà, la coordination des pôles chargés de l'allocation de ressources médico-sociales des ARS avec les médecins valideurs des coupes PATHOS devra permettre :

- une analyse des profils de soins caractérisant le PMP des établissements ;
- au terme de cette analyse, une identification des postes de soins correspondant aux besoins de la population accueillie dans l'établissement concerné, de manière à pouvoir veiller à l'utilisation adéquate par l'établissement des éventuels crédits complémentaires obtenus dans le cadre du passage à la tarification au GMPS.

Il convient toutefois de souligner que le référentiel PATHOS ne permet que l'estimation de la charge en soins médicaux et techniques requis auprès du patient, exprimés en points PATHOS et en « minutes par semaine » par poste de ressources du référentiel PATHOS : il ne prend pas en compte les autres tâches qui sont effectuées par les personnels des EHPAD et des ULSD en dehors du simple aspect « soins ».

Cependant, si les niveaux de soins requis ne permettent donc pas de mettre en place une correspondance mathématique entre le résultat des coupes et une structure idéale de personnel dans l'établissements, ils permettent tout de même d'éclairer le profil des résidents par les soins qu'ils requièrent d'après PATHOS, et donc d'appréhender les professionnels dont l'intervention serait la plus adaptée. Ainsi, une forte estimation d'un temps requis de gériatre ou d'infirmiers correspond plus particulièrement à des soins somatiques. Un temps requis important de psychothérapie est lié à la présence de résidents atteints de pathologies démentielles et/ou psychiatriques stabilisées, et nécessite une prise en charge par un psychologue et une équipe soignante encadrée par ce professionnel.

L'interprétation des bilans PATHOS sera utilement complétée par l'expertise du médecin valideur de la coupe, grâce à son expérience de l'établissement et de la lecture des coupes.

En conclusion, l'appréciation des moyens humains à disposition par structure constitue un indicateur de nature à vous permettre de mobiliser les crédits de médicalisation vers les structures les plus mal dotées. En ce sens, les indicateurs de gestion du risque en EHPAD peuvent être utilement employés pour décrire la situation des EHPAD en fonctionnement.

ANNEXE IV

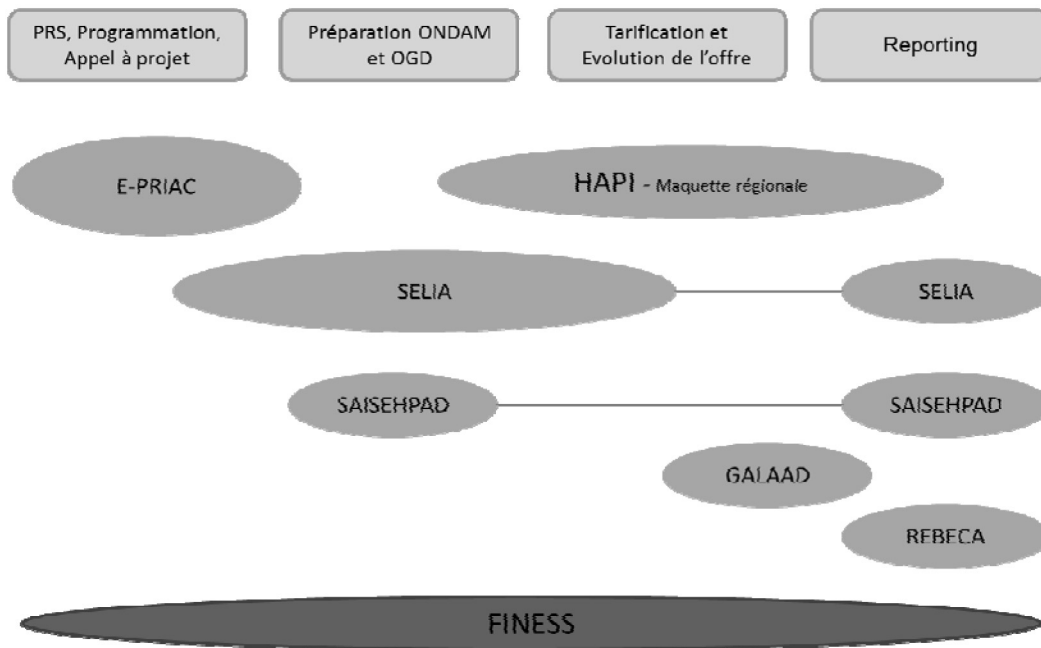
SYSTÈMES D'INFORMATION DE L'ALLOCATION DE RESSOURCES

La présente annexe présente l'organisation du système d'information (SI) métier utilisé par la CNSA ainsi que les échéances pour 2013.

La direction des établissements et services médico-sociaux de la CNSA a lancé fin 2012 un chantier visant à l'urbanisation de son système d'information, en lien avec des ARS qui ont participé, pour certaines, au comité stratégique du projet et, pour d'autres, aux ateliers visant à définir une cible et une trajectoire. L'objectif de la démarche est de rationaliser le système d'information du secteur en fonction des besoins des différents acteurs (ESMS, ARS, CNSA, administration centrale). Ont été notamment identifiés le besoin de référentiels communs, la collecte à la source des informations, la saisie unique des données et l'amélioration du pilotage du SI.

Cette démarche conduira à des évolutions importantes du SI de la CNSA dans les prochaines années, en vue de le rendre plus intégré, moins chronophage et plus apte à accompagner la prise de décision régionale ou nationale par la production de données et d'indicateurs directement exploitables par les différents acteurs concernés.

L'organisation du système d'information métier de la CNSA



1. Suivi des plans gouvernementaux

1.1. Suivi en ligne des installations et des autorisations

SELIA	
Objectifs.	<p>Suivi de l'exécution des plans et des programmes nationaux.</p> <p>Suivi du rythme et du niveau de consommation des enveloppes de créations de places.</p> <p>Détermination, en $n - 1$, du niveau des crédits de paiement (CP) nécessaires pour couvrir les installations prévues en n.</p> <p>Notification en n des crédits de paiement (CP) correspondant aux installations prévues en n.</p>
Modalités de saisie.	<p>En flux, tout au long de l'année :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dès qu'une autorisation est prévue et réalisée ; - dès qu'une installation est prévue.

SELIA	
Exploitations extractions.	Extraction du 31 mai pour la préparation de l'ONDAM $n+1$. Extraction du 31 décembre pour le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux et la notification des CP de l'année n .
Points de vigilance.	Pour la détermination des crédits de paiement n et $n+1$, une attention particulière doit être portée sur le suivi détaillé des montants et dates de référence (année d'enveloppe, d'autorisation, d'installation prévisionnelle...) La nouvelle version de l'application permet de préciser les enveloppes de rattachement en fonction de leur année de notification et de leur année de réalisation ou traduction en crédits de paiement. Cette nouveauté, ainsi que d'autres nouvelles fonctionnalités, ont fait l'objet à l'automne 2011 de formations en format inter-régional, dont le support peut être demandé aux personnes formées en ARS, ou à poleprogrammation@cnsa.fr. Pour le suivi des plans, il est indispensable d'avoir l'exhaustivité des opérations réalisées, même celles n'engageant pas de notifications de crédits complémentaires.
Personne référente.	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle programmation de l'offre, Aurélie NEVEUX et Patrice DIJOUX.

1.2. Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

E-PRIAC	
Objectifs.	Rendre compte de la programmation physique et financière pluriannuelle de création et de transformation de places dans la région, sur 5 ans, qu'il s'agisse des autorisations prévisionnelles, ou des installations prévisionnelles.
Modalités de saisie.	La campagne 2013 de saisie doit s'ouvrir en mars 2013 : la première année pour l'installation sera 2013 et la dernière année 2017. La saisie dans e-PRIAC s'opère par action. Elle correspond à la programmation de la réalisation (et, le cas échéant, de l'autorisation) des places nouvelles financées : - sur enveloppe antérieure à 2011 ; - sur autorisations d'engagement notifiées en 2011 et en 2012. Elle correspond également à la programmation de la transformation de places (qu'elles soient issues du secteur sanitaire ou en redéploiement du secteur médico-social). Les volets contractualisation, valorisation en ETP, articulation avec les SROS, les réseaux et le PRSP n'ont pas à être remplis par les ARS en 2013. Les « crédits spécifiques » ne peuvent plus être programmés.
Exploitations.	Actualisation du PRIAC le 30 avril 2013. Reporting de l'utilisation des autorisations d'engagement et crédits de paiement sur la période 2013-2017 : - lisibilité sur les modalités de mise en œuvre du solde des plans (en matière de public visé, de type de structure) ; - lisibilité sur la répartition dans le temps des crédits de paiement et des pics d'installation ; - lisibilité sur l'activité à prévoir en matière d'appel à projet.
Points de vigilance.	Évolution indispensable pour répondre aux objectifs de la loi HPST : comme pour la campagne 2012, e-PRIAC doit permettre la programmation de l'ensemble des places qui doivent s'installer sur la période et non plus seulement des places qui doivent être autorisées sur la période.
Personne référente.	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle programmation de l'offre, Hélène MARIE.

Éclairages sur des points sensibles concernant e-PRIAC

Les échanges techniques au cours des dialogues de gestion ont mis en avant la nécessité de clarifier certains points importants concernant e-PRIAC. Une saisie fiable des opérations programmées dans e-PRIAC est en effet essentielle pour assurer la visibilité pluriannuelle sur l'évolution de l'offre.

Durée du PRIAC actualisé en 2013

La première année de la programmation 2013-2017 dans l'application e-PRIAC est 2013 : cela signifie que les données relatives aux informations 2012 disparaissent de l'application (elles sont visibles uniquement en archive). La mise à jour des reports éventuels de 2012 à 2013 doit donc faire l'objet d'une nouvelle saisie. Les années 2013 et suivantes doivent également être mises à jour.

La dernière année de la programmation 2013-2017 est 2017 : en effet, pour ce qui est des CP sur AE 2011 et 2012 (notamment dans le champ PH), la chronique mentionnée dans le tableau 4 (synthèse régionale de la notification du 13 février 2012) continue d'être l'objectif auquel les ARS doivent tendre. Toutefois, le PRIAC doit aussi éclairer la CNSA sur la réalité des décalages dans le temps à prévoir pour les installations sur la période.

Saisie par action dans e-PRIAC

Dans e-PRIAC, une action correspond à :

- des données générales (catégorie de structure, de public et type de public) uniformes ;
- et un territoire uniforme.

Cette action est l'échelle du « projet » qui donne lieu à un appel à projet (AAP) (le cas échéant).

Les fenêtres « appels à projet » qui ne sont pas remplies correspondent soit :

- à des projets qui sont déjà autorisés et qui n'ont pas fait l'objet d'un AAP (majoritairement les projets financés sur crédits notifiés avant 2011, soit en « 2010 » dans e-PRIAC, voire, pour partie, des projets financés sur AE mais entrant dans la catégorie des projets ayant reçu un avis favorable du CROSMS et « classés » par l'ARS (voire la DDASS), dont l'autorisation est possible sans AAP jusqu'en juillet 2013) ;
- à des projets qui ne vont pas faire l'objet d'AAP car il s'agit d'extensions non importantes ;
- à des projets de transformation d'ESMS entraînant un changement de catégorie d'activités au sens du I de l'article L. 312-1 du CASF, différés dans l'attente de l'éventuelle modification du régime des AAP sur ce point.

Ainsi, pour tous les projets pour lesquels a eu lieu ou doit avoir lieu un AAP, la mention de l'année d'AAP doit être mentionnée (sous le format mm/aa).

Cette même action peut être :

- financée sur plusieurs années ;
- réalisée sur plusieurs années ;
- financée avec des enveloppes différentes.

Programmation de la réalisation (et, le cas échéant, de l'autorisation) des places nouvelles financées sur enveloppe antérieure à 2011

L'année de financement dans e-PRIAC est 2010.

Il s'agit de programmer la réalisation (l'installation) des places financées sur :

- crédits gagés en début de campagne 2013 (soit les colonnes F + G + H - N des tableaux 5 et 5 bis) ;
- droits de tirage sur EA 2011, 2012 et 2013 (soit les colonnes L des tableaux 4 et 4 bis) ;
- droits de tirage au titre du débasage temporaire (soit les colonnes F des tableaux 3 et 3 bis).

La mention de l'année de l'AAP doit être précisée dès lors qu'il en est prévu un.

Votre vigilance est appelée quant à la programmation des réserves nationales (PA et PH) et des projets financés sur les enveloppes handicaps rares. Si un quelconque doute subsistait quant à l'imputation de l'année de financement de ces réserves nationales, merci de contacter la CNSA (pole-programmation@cnsa.fr).

Programmation de l'autorisation et de l'installation des places nouvelles financées sur autorisations d'engagement notifiées en 2011 et sur autorisations d'engagement notifiées en 2012

L'année de financement dans e-PRIAC est 2011 ou 2012 selon les cas.

Ces crédits doivent correspondre aux montants figurant dans le tableau 4 (synthèse régionale) de la notification du 13 février 2012, auxquels vous devez ajouter les crédits de réserve nationale. Toutefois, leur répartition dans le temps, pour ce qui concerne les années de réalisation, doit, conformément à ce qui a été mentionné *supra* (« points de vigilance » du tableau ci-dessus), éclairer la CNSA sur la réalité des décalages dans le temps à prévoir pour les installations sur la période. Ainsi, si la chronique de CP qui prévaut est bien celle qui figure dans le tableau 4 mentionné ci-dessus, vous devez mentionner la réalité des installations prévisionnelles si le décalage est d'ores et déjà prévu.

Votre vigilance est en outre appelée sur la programmation des réserves nationales (PA et PH) et des enveloppes handicaps rares dont les notifications sont intervenues à partir de 2012. Si un quelconque doute subsistait quant à l'imputation de l'année de financement de ces crédits, merci de contacter la CNSA (pole-programmation@cnsa.fr).

Programmation de la transformation des places

Il peut s'agir de places issues du secteur sanitaire ou de places transformées au sein du secteur médico-social.

Les transformations qui doivent impérativement être inscrites comme telles au PRIAC :

- médicalisation des foyers de vie ;

- toutes opérations de fongibilité asymétrique issues du secteur sanitaire, dont les projets non encore validés par le niveau national ;
- toutes opérations de fongibilité entre les OGD PA et PH, dont les projets non encore validés par le niveau national ;
- toutes opérations de transformation au sein de l'OGD PH et au sein de l'OGD PA.

Pour chaque opération de transformation :

- le « nombre total de places nouvelles » correspond aux places créées, issues de la transformation ;
- le financement peut figurer soit dans « mesures nouvelles des plans nationaux » (exemple de la médicalisation des foyers de vie), soit dans « redéploiement de l'enveloppe médico-sociale » (exemple du redéploiement de places d'IME), soit dans « transfert du sanitaire » (exemple de créations de places issues de la psychiatrie). Pour toute incertitude face à laquelle vous vous trouveriez, contacter la CNSA (poleprogrammation@cnsa.fr) ;
- la fenêtre « origine des réalisations par transformation » correspond aux places transformées ; elle ne s'ouvre que si la nature de l'opération saisie est « transformation ».

2. Suivi des éléments budgétaires

2.1. Éléments de la tarification

MAQUETTE RÉGIONALE	
Cette maquette vise à identifier, de manière globale et synthétique, l'état et la structure des crédits disponibles dans les DRL en fin de campagne. Elle identifie également les prévisions de mise en œuvre pour l'exercice suivant qui sont prises en compte par la CNSA dans la répartition des moyens de l'exercice.	
Modalités de saisie.	En flux.
Exploitations.	Remontées de la maquette : 31 octobre avec l'état de la tarification au 31 octobre et les projections au 31 décembre 2013.
Points de vigilance.	À la différence des deux derniers exercices, la remontée de la maquette portera en 2013 exclusivement sur l'onglet de synthèse.
Personnes référentes.	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire (polebudgetaire@cnsa.fr).

HAPI (HARMONISATION ET PARTAGE D'INFORMATION)	
Objectifs.	Disposer d'un système d'information partagé permettant de suivre précisément (niveau ESMS) le déroulé des campagnes budgétaires pour garantir : <ul style="list-style-type: none"> - une allocation de ressources plus efficiente ; - un dialogue budgétaire et de gestion pertinent entre les ARS et le niveau national. En : <ul style="list-style-type: none"> - optimisant le processus d'allocation de ressources ; - harmonisant les pratiques ; - optimisant la gestion des dotations régionales et assurant la traçabilité de l'information ; - automatisant la production des documents de notification ; - organisant le partage d'information et facilitant le pilotage régional et national.
Exploitations.	Des extractions seront faites régulièrement au niveau de la CNSA pour : <ul style="list-style-type: none"> - le suivi de l'avancée de la campagne ; - le suivi de la consommation des dotations limitatives régionales ; - la préparation des dialogues de gestion ; - le calibrage des enveloppes $n+1$ en lien avec la maquette régionale.
Personnes référentes.	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire, Delphine FAUCHET et Pierre-Yves LENEN.

2.2. Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs

REBECA	
Objectifs.	<p>Suivre l'évolution des dépenses des établissements et services médico-sociaux du secteur du handicap (ESMS périmètre CNSA et les ESAT) ainsi que les SSIAD.</p> <p>Analyser les coûts de fonctionnement et leurs évolutions par grands agrégats.</p> <p>Disposer d'indicateurs de comparaisons entre départements/régions/France entière servant d'aide à la décision (niveau local) et à l'allocation de ressources plus efficiente (niveau national).</p> <p>Constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.</p> <p>Permettre des focus sur l'activité, la masse salariale et ses composantes, les crédits non reconductibles, les résultats des ESMS.</p>
Modalités de saisie.	Entre juin et octobre 2013 pour les CA 2012.
Exploitations extractions.	Analyse nationale des données au premier semestre $n + 1$.
Personne référente.	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire, Delphine FAUCHET et Antoine PHILIPPS.

3. Les systèmes spécifiques aux EHPAD

3.1. Suivi des conventionnements

SAISEHPAD	
Objectifs.	<p>S'assurer de la bonne application des principes de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, et notamment l'état du conventionnement tripartite.</p> <p>Appréhender les stratégies de négociation des services (programmation pluriannuelle des crédits, niveau des moyens accordés...) et la structure d'emploi des conventions tripartites (recrutement soins et autres sections tarifaires).</p> <p>Chiffrer les besoins financiers afférents au renouvellement des conventions tripartites des EHPAD.</p>
Modalités de saisie.	En flux dès la signature d'une convention tripartite ou d'un avenant.
Exploitations extractions.	<p>En mai et en décembre pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la répartition des enveloppes de médicalisation (mesures nouvelles et EAP) ; - la production des synthèses régionales et nationale ; - le suivi du processus de conventionnement de seconde génération (PATHOS).
Points de vigilance.	<p>Avertissement : un défaut de saisie dans la base de données risque de se répercuter dans les notifications de crédits de médicalisation à venir.</p> <p>Seuls les conventions et avenants dont l'état est « recevable financièrement » ou « valide et signé » seront pris en compte dans les exploitations statistiques et financières.</p> <p>Limiter autant que possible le nombre de fiches avec un état « invalide ».</p> <p>Nécessité de disposer de données fiables, exhaustives et de qualité sur le conventionnement (dates, crédits engagés...).</p>
Personne référente.	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle programmation de l'offre, Hammadi ABHIZAT, Najib EL AMRAOUI, Saisehpad2@cnsa.fr.

3.2. Collecte et validation des coupes PATHOS et AGGIR

GALAAD	
Objectifs.	<p>Recenser les évaluations AGGIR-PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des EHPAD et des USLD.</p> <p>Permettre aux médecins chargés du contrôle et de la validation de déterminer le niveau de GMPS pour procéder à la tarification.</p> <p>Permettre le partage sécurisé des données de validation AGGIR avec les conseils généraux.</p> <p>Permettre d'élaborer une cartographie des caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD, de déterminer des groupes homogènes de patients, ou des personnes ayant des besoins de soins techniques approfondis (notion de SMTI).</p>

GALAAD	
Modalités de saisie.	En flux par les médecins coordonnateurs.
Points de vigilance.	Sécurisation des données contenues sur la plateforme.
Personnes référentes.	CNSA, direction des établissements et services médico-sociaux, avec les docteurs Emmanuelle ODINET-ROLIN et Yannick EON animant le dispositif des médecins référents en ARS.

4. Gestion du risque (GDR)

GRILLE D'ANALYSE DES DÉPENSES DE SOINS	
Objectifs.	<p>Dans le cadre de l'axe efficacité des EHPAD inscrit au titre des priorités de GDR ARS, élaborer une grille d'analyse des dépenses de soins des EHPAD, à destination des ARS, basée sur des données disponibles dans les comptes administratifs et des données de remboursement soins de ville dont disposent les CPAM grâce à la transmission des listes de résidents. Le calendrier est le suivant :</p> <p>2011 : expérimentation de tous les ratios sur 6 ARS.</p> <p>2012 : sur les CA 2010, généralisation de trois ratios à l'ensemble des ARS, à raison d'un département par région (taux de consommation du forfait soins, taux d'occupation, temps du médecin coordonnateur).</p> <p>Premier trimestre 2013 : sur les CA 2011, application par les ARS de quatre ratios d'analyse aux EHPAD d'un département par région (taux de consommation du forfait soins, taux d'occupation, temps du médecin coordonnateur, structure de la dépense financée par la dotation soins).</p> <p>Second semestre 2013 : sur les CA 2012, déploiement des huit ratios de la grille sur au moins un département par région.</p>
Références.	Circulaire DSS/MCGR/DGCS/CNSA n° 2012-336 du 12 octobre 2012 relative au déploiement de quatre ratios de la grille d'analyse des dépenses de soins en EHPAD.
Modalités.	Remontée du masque de saisie et d'une synthèse des actions identifiées pour le 28 février 2013.
Personne référente.	CNSA, direction établissements et services médico-sociaux, pôle allocation budgétaire, Delphine FAUCHET et Antoine PHILIPPS en lien avec la DSS et la CNAMTS.

5. Les autres sources d'information

a) Le suivi de l'offre de service : la nécessité de la mise à jour permanente de FINESS

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

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

Il est rappelé que le processus de répartition des dotations régionales par la CNSA intègre les éléments relatifs à l'offre médico-sociale à partir de l'exploitation annuelle de la base FINESS.

De plus, les informations identitaires des ESMS qui sont chargées dans HAPI (logiciel de tarification) sont issues du système d'information FINESS.

b) Le suivi de la conjoncture : le suivi des dépenses liées aux versements aux ESMS

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

c) Le suivi des dépenses de santé : le SNIIRAM

La CNSA utilise le SNIIRAM (2) pour extraire des données agrégées de dépenses de santé sur le champ de la perte d'autonomie, comme par exemple le montant des actes infirmiers de soins (AIS) réalisés par des IDE libéraux sur les personnes âgées de 75 ans et plus.

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

(2) Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie.

Calendrier 2013 du système d'information métier de la CNSA

2013		
e-PRIAC	Actualisation pour le 30 avril 2013	
SELIA	Extraction au 31 mai 2013 pour la calibration de l'ONDAM 2014.	Extraction au 31 décembre 2013 pour le reporting annuel (suivi des plans et notifications des CP 2014).
SAISEHPAD	Alimentation au fil de l'eau et extractions à tout moment en cours d'année.	Extraction au 31 décembre 2013 pour bilan de la médicalisation.
Maquete tarifaire	Remontée au 31 octobre 2013 de la tarification 2013 (intégrant les prévisions tarifaires au 31 décembre 2013), à confronter avec l'extraction HAPI.	
HAPI	Alimentation au fil de l'eau et extractions à tout moment en cours de l'année.	Extraction pour exploitation au 31 décembre 2013.
REBECA	Juin à octobre 2013 : période d'ouverture de l'application aux ARS pour chargement des fichiers CA 2012.	Extraction pour exploitation au 31 décembre 2013.

ANNEXE V

GESTION DES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES

Il ressort des échanges techniques entre la CNSA et les agences régionales de santé (ARS) que, dans le cadre de la campagne budgétaire 2012, l'allocation de crédits non reconductibles (CNR) est restée importante. Ces montants significatifs justifient que soient rappelées l'origine et les modalités d'emploi de ces crédits. Par ailleurs, il vous est demandé d'assurer une traçabilité de l'utilisation de ces crédits et de transmettre aux caisses pivot une extraction de HAPI listant, par ESMS, le montant des CNR octroyés (les arrêtés de tarification ne permettant plus d'isoler ces montants).

1. L'origine des crédits non reconductibles

Les crédits dits « non reconductibles » (CNR) n'ont pas d'existence juridique à proprement parler. Il peut s'agir de crédits non reconductibles fléchés au niveau national afin de faire face à des dépenses spécifiques et inégalement réparties entre l'ensemble des établissements et services (ex. : remboursement des salaires et charges des personnels des établissements ou services mis à disposition des organisations syndicales, gratification des stagiaires dans le champ PH...), ou à des circonstances exceptionnelles. Ces crédits nationaux, détaillés en annexe I, ne sont pas l'objet de la présente annexe.

Les CNR peuvent également provenir de la trésorerie d'enveloppe, c'est-à-dire de marges de gestion dégagées en cours d'exercice au sein des dotations régionales limitatives (DRL) par les ARS. En effet, les ARS sont parfois en mesure de dégager un volant de crédits non affectés de leur DRL du fait de certains événements de gestion :

- le décalage dans l'installation effective de places nouvelles en établissement ou service ou bien dans la réalisation de mesures issues des plans nationaux tel que le plan national Alzheimer ;
- la sous-consommation de crédits de médicalisation liée à des retards dans la signature des conventions tripartites ;
- un solde de reprise de résultats positif dans le cadre des dialogues budgétaires (reprise d'excédents supérieure à la reprise de déficits) ;
- d'autres événements imprévus peuvent dégager des marges : fermeture provisoire ou définitive non planifiée d'un établissement ou service, par exemple.

La marge ainsi dégagée a bien vocation à rester dans la base de la DRL déléguée, car elle correspond à des dépenses réelles et pérennes à couvrir, à terme. Pour ces raisons, ces crédits provisoirement libres d'affectation ne peuvent financer des dépenses pérennes auxquelles ils n'étaient pas initialement destinés (en respect du principe de sincérité budgétaire et de respect des engagements).

Compte tenu du mode de budgétisation des crédits mesures nouvelles (créations de places et médicalisation) en autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiement (CP), la diminution des CNR se confirme et devrait se poursuivre.

2. Les modalités d'emploi de ces crédits

Le caractère non reconductible de ces marges impose la plus grande rigueur dans leur emploi. L'utilisation des CNR aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrite. Par ailleurs, le caractère non reconductible de ces crédits n'autorise en aucun cas le recours à des pratiques dont la conformité réglementaire, budgétaire et comptable, n'est pas strictement établie. Il vous est notamment rappelé que ces crédits doivent financer des dépenses qui relèvent juridiquement du périmètre tarifaire des établissements auxquels ils sont alloués.

2.1. Dans le cadre de l'investissement

Les conditions d'utilisation des CNR à l'appui d'opérations d'investissement doivent à nouveau être rappelées. L'examen d'un projet d'investissement doit s'accompagner de l'analyse de la situation financière de l'établissement, permettant d'identifier notamment sa capacité d'autofinancement.

Les leviers privilégiés de l'aide à l'investissement (aides en capital) en faveur des établissements et des services médico-sociaux relèvent principalement des collectivités locales (régions-départements), mais aussi du plan d'aide à l'investissement de la CNSA.

Pour les ESMS engagés dans un projet d'investissement à court terme, vous pouvez également avoir recours au II (2^o) de l'article R. 314-51 du CASF, qui permet l'affectation de l'excédent d'exploitation au financement de mesures d'investissement, augmentant ainsi sa capacité d'autofinancement. Conformément au paragraphe 3 de l'article R. 314-104 du CASF, cette affectation n'est pas possible pour les EHPAD relevant de l'article L. 342-1 du CASF.

Ces leviers permettent de limiter le recours à l'emprunt.

Dès lors que le projet d'investissement a été réalisé, celui-ci impacte inévitablement les charges de fonctionnement de l'ESMS à travers l'amortissement et les frais financiers liés à l'emprunt. Deux dispositifs (1) peuvent toutefois limiter cet impact :

L'article D. 314-206 du CASF permet aux ESMS de réaliser des provisions réglementées pour le renouvellement des immobilisations et des amortissements dérogatoires avant détermination du résultat comptable. Ce dispositif est soumis à la disponibilité des crédits au sein de la DRL et à l'accord de l'ARS. Il permet ainsi de limiter l'impact des amortissements sur le budget de fonctionnement par l'octroi de CNR (ou par l'affectation du résultat excédentaire, II [6°] de l'article R. 314-51) qui sont alors provisionnés. La provision fait l'objet d'une reprise chaque année en vue de neutraliser ou d'atténuer ces charges d'amortissement.

Pour les EHPAD, ce dispositif ne concerne que les dépenses d'amortissement relatives au matériel médical, conformément au III de l'article R. 314-162 du CASF qui définit le périmètre de la section soins.

L'article D. 314-205 du CASF permet la prise en charge des frais financiers des EHPAD (2), sous réserve de l'accord de l'ARS et des crédits disponibles (CNR) au sein de la DRL. Certaines conditions doivent toutefois être remplies :

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

« Les crédits affectés à la compensation des frais financiers sont imputés en charges de la section tarifaire afférente aux soins en procédant à une dotation au compte de provision réglementée pour le renouvellement des immobilisations.

Afin de couvrir les frais financiers, ils sont, ensuite, imputés en produits de la section tarifaire afférente à l'hébergement par une reprise sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations » (3).

Des difficultés ont été identifiées avec des CPAM, en raison de la rédaction de certains arrêtés tarifaires. Avec le déploiement de HAPI, une uniformisation et une simplification des arrêtés tarifaires est réalisée.

Vous veillerez toutefois à respecter les dispositions réglementaires de l'article D. 314-205 du CASF dans l'octroi de ces crédits. En particulier, il n'est pas possible d'envisager la compensation de tout ou partie des frais financiers d'un projet d'investissement qui n'a pas au préalable été approuvé par le département qui tarifie l'hébergement.

Par ailleurs, compte tenu des montants en jeu, il paraît important d'attirer votre attention sur le respect du formalisme dans l'examen des demandes et l'octroi de ces crédits, comme suit :

- les frais financiers pouvant être pris en charge doivent être consécutifs à un emprunt, dans ce cadre vous vous assurerez qu'une procédure de mise en concurrence a été conduite par l'établissement et que le taux d'intérêt correspond au niveau moyen en vigueur sur le marché ;
- vous prioriserez les dossiers qui présentent un surcoût d'exploitation sur le tarif hébergement imputable aux frais financiers de 2 € minimum par jour et par place en moyenne sur les cinq premières années ;
- la participation aux frais financiers pris en charge pendant cinq ans devra correspondre pendant ces cinq années au montant de frais financiers de $n + 5$ prévu au tableau des remboursements de l'emprunt contracté ;
- ce dispositif doit donner lieu à une convention fixant la durée de la prise en charge à cinq ans. Cette convention est renouvelable une fois si le surcoût d'exploitation à compenser reste supérieur à 2 € par jour et par place à l'issue des cinq ans.

Bien évidemment, au titre de sa responsabilité sur le tarif hébergement, le conseil général doit être associé à cette démarche et recevoir une copie de la convention. De la même façon, la CPAM devrait en être destinataire.

(1) Dispositifs prévus par l'article 86 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et dont les modalités de mise en œuvre ont été définies aux articles D. 314-205 et D. 314-206 du CASF issus du décret n° 2007-1554 du 31 octobre 2007.

(2) Les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu une convention tripartite.

(3) Derniers paragraphes de l'article D. 314-205 du CASF.

2.2. *Les autres possibilités d'emploi des CNR*

Comme les années précédentes, les CNR peuvent permettre le financement de diverses actions. Il est important d'anticiper ces financements afin d'assurer une consommation optimale de votre DRL. Les priorités d'emploi des CNR peuvent notamment être définies dans le rapport d'orientation budgétaire (1) de l'ARS.

Ainsi, l'annexe V de la circulaire du 29 avril 2011 est toujours applicable : la rémunération des professionnels de santé libéraux participant à la commission de coordination gériatrique en EHPAD, le dispositif de formation des formateurs autisme et la gratification des stages étudiants (lorsque les crédits délégués par le niveau régional dans vos DRL s'avèrent insuffisants).

Les CNR peuvent également financer des aides ponctuelles ou des aides au démarrage en vue de la contractualisation ou de la constitution d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) concernant, le cas échéant, des actions de mutualisation, des actions innovantes ou expérimentales (2).

Ils peuvent contribuer au financement par les établissements et services de l'évaluation externe ainsi que des actions de formation (comprenant le remplacement du personnel en formation).

Les CNR peuvent enfin permettre de soutenir les efforts de restructuration rendus nécessaires par l'application des règles de convergence tarifaire aux EHPAD concernés.

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

(2) Sans préjudice des dispositions du I (12°) de l'article L. 312-1 et de l'article L. 313-7 du CASF.

ANNEXE VI

CLARIFICATION DES RÈGLES APPLICABLES AUX EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES D'ASSURANCES SOCIALES ET D'ALLOCATIONS FAMILIALES PRÉVUES À L'ARTICLE L. 241-10 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Nous tenons à vous transmettre une information de l'ACOSS nous alertant sur des pratiques d'exonération de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales au titre des services à la personne. Il doit être rappelé aux SSIAD que les exonérations de cotisations sont strictement encadrées par la loi et que les SSIAD ne peuvent y prétendre dans l'exercice de leur activité de soins.

Le champ d'application de l'exonération de cotisations

En vertu du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les associations et les entreprises déclarées au titre de l'article L. 7232-1-1 du code du travail (mais également les CCAS et CIAS ainsi que les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale) sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales pour les rémunérations versées aux aides à domicile (en CDI ou en CDD en cas de remplacement d'un titulaire) lorsque ces aides à domicile ont des activités d'assistance aux publics dits fragiles.

Pour bénéficier de ces exonérations, ces organismes doivent par conséquent et de manière cumulative :

- être déclarés (dans les conditions fixées par l'article L. 7232-1-1 du code du travail ; procédure de déclaration auprès de la DIRECCTE compétente) ;
- intervenir au domicile des publics fragiles.

Ces activités font l'objet d'une liste limitative, qui comprend notamment l'assistance aux personnes fragiles qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux (cf. art. D. 7231-1 du code du travail). Enfin, les activités d'aide et d'accompagnement à domicile auprès de publics fragiles sont soumises à condition d'agrément au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail ou d'autorisation dans les conditions prévues au code de l'action sociale et des familles.

Les services de soins infirmiers à domicile ne peuvent pas bénéficier de cette exonération

Les SSIAD dispensent aux personnes fragiles des soins infirmiers sous la forme de soins techniques et de soins de base et relationnels. Ces soins et l'ensemble des actes qu'ils impliquent constituent des actes paramédicaux en raison du caractère médical de leur prescription, et de leur mode de financement.

Des soins qui ne peuvent être dispensés que sur prescription médicale

Un SSIAD ne peut intervenir au domicile d'une personne que dans le cadre d'une prescription médicale (art. D. 312-1 du CASF). C'est donc le médecin, en général le médecin traitant ou le médecin hospitalier, qui déclenche l'intervention d'un SSIAD lorsqu'il estime que l'état de santé de la personne nécessite un recours à ce type de service.

Contrairement à ce qui se passe dans le cadre d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile, l'intervention du service ne résulte pas de la volonté de l'intéressé ou sur la base d'un plan d'intervention réalisé par l'équipe médicosociale du conseil général, mais de celle de son médecin.

Des catégories de dépenses définies et financées par l'assurance maladie

Le code de l'action sociale et des familles définit les dépenses des SSIAD prises en charge dans la cadre de la dotation globale de soins qui relèvent de l'assurance maladie (art. R. 314-137 et R. 314-111 du CASF).

Ces dépenses comprennent les dépenses relatives à la rémunération des infirmiers libéraux, des personnels salariés (infirmier, aide-soignant, aide-médecino-psychologique, psychologue, autres auxiliaires médicaux), les charges relatives aux déplacements de ces personnels, aux fournitures et au petit matériel défini par arrêté ainsi que les autres frais généraux de fonctionnement du service (cf. art. R. 314-138 du CASF).

Les charges liées à la rémunération des aides-soignants sont donc prises en charge totalement par la dotation globale de soins. Elles ne peuvent par conséquent pas bénéficier de l'exonération « aide à domicile », car celle-ci entraînerait un cumul de financement.

L'exclusion des dépenses liées à l'activité des services d'aide à domicile du champ des dépenses couvertes par la dotation globale par le II de l'article R. 314-138 du CASF confirme l'impossibilité, pour un SSIAD, de bénéficier des exonérations « service à domicile » pour les rémunérations versées à ses aides-soignants.

Pour ces raisons, dans le cas où vous avez autorisé des dépenses nouvelles (personnel, projets innovants...) gagées sur les exonérations de cotisations consécutives à un rescrit de l'URSSAF, vous veillerez à prendre les mesures les plus adaptées s'agissant de la poursuite ou non de l'autorisation de ces charges, qui ne pourront plus être financées par ces exonérations dans le cadre de la dotation régionale limitative qui vous est déléguée.

ANNEXE VII

ASPECTS BUDGÉTAIRES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA FIN DE L'EXPÉRIMENTATION
DE LA RÉINTÉGRATION DES MÉDICAMENTS DANS LA DOTATION « SOINS » DES EHPAD

L'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a mis fin à l'expérimentation visant à la réintégration des médicaments dans la dotation « soins » des EHPAD. Un délai de six mois à compter du 1^{er} janvier 2013 est donné aux EHPAD expérimentateurs et à leurs tarificateurs afin de définir les modalités de sortie du dispositif. Ce délai doit permettre de faciliter la transition vers une nouvelle organisation, adaptée au retour au droit commun pour la prise en charge des médicaments. Dans ce délai, il est bien prévu un financement sur l'ONDAM des frais des établissements expérimentateurs concernant l'achat du médicament.

18 M€ sont prévus pour 2013 afin d'assurer, pour les six premiers mois de l'année (jusqu'au 30 juin 2013 inclus) :

- la consommation des médicaments dans le cadre de la dotation globale de soins ;
- le financement des missions du pharmacien référent.

À compter du 1^{er} juillet 2013, toute ordonnance délivrée fera l'objet d'un paiement sur les soins de ville et non plus sur la dotation de l'établissement. Les caisses primaires d'assurance maladie seront avisées par leur réseau de ce changement de modalités de paiement. Vous veillerez par ailleurs à ce que les établissements expérimentateurs avisent par avance leurs résidents ou les représentants légaux de ceux-ci, notamment pour qu'ils puissent anticiper les effets de la sortie d'expérimentation au regard des droits qu'ils ont ouverts auprès d'une complémentaire santé.

Les établissements devront également informer les pharmaciens référents de l'arrêt de l'expérimentation.

À l'instar de 2011 et 2012, les crédits correspondant à six mois de consommation de médicaments sont délégués aux établissements sous forme d'une dotation globale. Ils sont calculés selon les mêmes critères que ceux retenus en 2011 (consommation constatée en 2010 et missions du pharmacien référent).

Afin de prendre en compte la possibilité pour les établissements de faire des demandes de sauvegarde (demande de complément au forfait médicaments), les règles de réévaluation des dotations médicaments restent inchangées : maintien de la clause de sauvegarde au premier euro dès lors que ce dépassement est justifié par la production, par le pharmacien, d'une facture actant la dépense supplémentaire engagée au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2013 au 30 juin 2013.

Les demandes de réévaluation sont transmises à la CNSA au plus tard le 15 juillet 2013.

ANNEXE VIII

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT POUR L'ACCUEIL DE JOUR EN MAS ET FAM, AINSI QUE POUR LES ACCUEILS DE JOUR PERSONNES ÂGÉES. REVALORISATION DES FORFAITS SOINS AUX ACCUEILS DE JOUR AUTONOMES PERSONNES ÂGÉES ET AUX PETITES UNITÉS DE VIE

Prise en charge des frais de transports des personnes handicapées en accueil de jour en MAS et en FAM

Pour le secteur des adultes, depuis 2010, l'article L. 344-1-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que les frais de transport correspondant aux trajets quotidiens entre le domicile et l'établissement des personnes en accueil de jour dans les MAS et les FAM sont inclus dans le budget des établissements. L'article R. 314-208 du même code précise que ces frais de transport sont à inscrire dans les dépenses d'exploitation de ces établissements sur la base du nombre de places d'accueil de jour installées. Pour les FAM, ces frais sont inclus dans le forfait annuel global de soins.

Les résultats de l'exploitation de l'enquête réalisée en 2012 et portant sur les mesures 2011 montrent que seulement 52 % des établissements ont transmis aux ARS le plan d'organisation des transports prévu à l'article R. 314-208 du CASF, détaillant, d'une part, les modalités d'organisation du transport des personnes handicapées entre leur domicile et l'établissement et leur justification au regard des besoins des personnes accueillies, d'autre part, les moyens permettant de maîtriser les coûts correspondants. Aussi, vous veillerez à ce que tous les établissements concernés vous transmettent ce plan en 2013.

Il vous est rappelé que le montant fixé par l'arrêté du 15 septembre 2010 fixant le montant et les modalités de revalorisation du plafond de dépenses de transport mentionné à l'article R. 314-208 du CASF (1) est un plafond unitaire et non une allocation forfaitaire. En effet le montant des crédits alloués à l'établissement n'est pas définitif et fait l'objet d'une renégociation annuelle, de façon à vérifier son adéquation aux besoins réels et, si nécessaire, à permettre son ajustement au vu des dépenses constatées au compte administratif de l'année précédente.

Pour consolider l'évaluation du dispositif initiée par l'enquête réalisée en 2012 et affiner davantage les critères d'allocation de ressources, un nouveau questionnaire fait l'objet du tableau n° 6 annexé à la présente circulaire. Il prend en compte, d'une part, la question de l'activité prévisionnelle et réelle en accueil de jour et, d'autre part, le coût global des transports, lorsqu'ils sont organisés en interne par l'établissement. Vos services, en relation avec les gestionnaires d'établissements concernés, sont invités à renseigner ce formulaire et à l'envoyer à l'adresse électronique : patrice.perroteau@social.gouv.fr avant le 30 juin 2013, délai de rigueur.

Prise en charge des frais de transport dans les accueils de jours personnes âgées

Pour les accueils de jour, nous vous rappelons que le versement des forfaits journaliers de transport est subordonné à la mise en œuvre d'une solution de transport adaptée aux besoins des usagers qui fréquentent l'accueil de jour. Dans le cas où l'accueil de jour organise, directement ou par l'entremise d'un prestataire, une solution de transport adaptée, les familles ne font pas l'objet d'un remboursement à ce titre. À défaut d'une telle organisation, le gestionnaire de l'accueil de jour rembourse aux personnes accueillies ou à leurs familles les frais de transport qu'elles supportent, dans la limite du forfait journalier de transport mentionné au V de l'article D. 312-9 du CASF. Les forfaits journaliers de transport font l'objet d'une valorisation annuelle. Un arrêté de revalorisation globale pour 2011, 2012 et 2013 sera publié prochainement.

Versement du forfait soins aux accueils de jour autonomes personnes âgées et aux petites unités de vie (PUV)

Un forfait de soins est versé aux accueils de jour autonomes (mentionnés à l'article D. 313-20 du CASF) ainsi qu'aux petites unités de vie (mentionnées à l'article D. 313-17) Le plafond du forfait fait l'objet d'une revalorisation annuelle. Un arrêté de revalorisation globale pour 2011, 2012 et 2013 sera publié prochainement.

(1) NOR : M TSA1021572A.

TABLEAU 1
Détermination de la base initiale PA au 1^{er} janvier 2013

PERSONNES AGÉES	DETERMINATION DE LA BASE INITIALE AU 1 ^{er} JANVIER 2013									
	DRL au 31 décembre 2012	CNR expérimentation médicaments 2012	CNR permanents syndicaux 2012	CNR complémentaires de fin d'année	Base au 31-12-2012 hors CNR nationaux, alloués en 2012	Opérations de fongibilité (crédit)	Opérations de fongibilité (débit)	Opérations de fongibilité (solde)	Base initiale au 1 ^{er} janvier 2013	
Sources	Notifications CNSI du 06 avril, 13 juillet et 30 octobre 2012	Notifications CNSI du 06 avril, 13 juillet et 30 octobre 2012	Notification CNSI du 06 avril 2012	Notification CNSI du 30 octobre 2012		ARRÊTÉ ET VALIDATION D'OGDS				
ALSACE	236 226 336	755 932	0	1 500 000	233 970 404	0	0	0	233 970 404	
AQUITAINE	489 955 812	2 330 409	58 015	3 600 000	483 967 388	0	0	0	483 967 388	
AUVERGNE	276 511 675	1 003 542	0	0	275 508 133	0	0	0	275 508 133	
BASE-NORMANDIE	241 181 793	602 286	0	0	240 579 507	0	0	0	240 579 507	
BOURGOGNE	325 038 575	1 350 393	0	0	323 688 182	0	0	0	323 688 182	
BRETAGNE	578 841 098	1 774 017	0	0	577 067 081	0	0	0	577 067 081	
CENTRE	432 281 837	1 698 285	0	0	430 583 552	0	0	0	430 583 552	
CHAMPAGNE-ARDENNE	180 115 449	513 038	0	0	179 602 411	0	0	0	179 602 411	
CORSE	33 088 404	0	0	0	33 088 404	0	-445 000	-445 000	32 643 404	
FRANCHE-COMTE	165 620 434	461 281	0	0	165 159 153	0	0	0	165 159 153	
GUADLOUPE	27 080 854	0	0	0	27 080 854	0	0	0	27 080 854	
GUYANE	8 930 891	0	0	0	8 930 891	0	0	0	8 930 891	
HAUTE-NORMANDIE	247 673 277	382 714	0	1 000 000	246 290 563	0	0	0	246 290 563	
ILE-DE-FRANCE	1 050 782 410	5 124 884	1 59 883	0	1 045 497 643	0	0	0	1 045 497 643	
LANGUEDOC-ROUSSILLON	397 274 179	1 746 425	0	3 900 000	391 627 754	0	0	0	391 627 754	
LIMOUSIN	153 392 501	1 435 567	0	0	151 956 934	0	0	0	151 956 934	
LORRAINE	299 739 974	1 808 510	0	0	297 931 464	0	0	0	297 931 464	
MARTINIQUE	29 767 526	0	0	0	29 767 526	0	0	0	29 767 526	
MIDI-PYRENEES	481 629 008	4 361 710	0	0	477 267 298	263 066	0	263 066	477 530 364	
NORD PAS-DE-CALAIS	443 830 453	2 269 736	0	0	441 560 717	0	0	0	441 560 717	
OCEAN INDIEN	33 891 997	0	0	0	33 891 997	0	0	0	33 891 997	
PAYS DE LA LOIRE	590 492 134	1 809 183	0	0	588 682 951	0	0	0	588 682 951	
PICARDIE	249 356 380	441 440	0	0	248 914 940	0	0	0	248 914 940	
POTOU-CHARENTES	328 213 959	1 324 312	0	0	326 889 647	0	0	0	326 889 647	
PROVENCE ALPES CÔTE-D'AZUR	644 018 853	1 385 643	0	0	642 433 210	0	0	0	642 433 210	
RHÔNE-ALPES	854 389 720	2 341 473	0	0	851 968 247	0	0	0	851 968 247	
FRANCE	8 759 248 529	35 120 779	217 898	10 000 000	8 753 906 852	263 066	-445 000	-181 934	8 753 724 918	

Deuxième partie

PERSONNES AGÉES DROIT DE TIRAGE SUR AE 2011 ET 2012	MONTANT DES CP 2013 SUR AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT 2011 ET 2012		MONTANT DES CP SUR AE DÉJÀ NOTIFIÉS SUR LES DRL		APPEL DE CP SUR AE POUR 2013						CP SUR AE NOTIFIÉS EN 2013		DROIT DE TIRAGE SUR AE EN FIN DE CAMPAGN E 2013		
	TOTAL CP 2012 et 2013 SUR AE 2011 TOTAL CP 2013 SUR AE	AA	AB	AC=AA+AB	AD	AE=AC+AD	AF	AG	AH	AI=AF+AG+AH	AJ=AI dans la limite de AE	AK		AL	AM
Sources	Total des CP 2012 et 2013 sur AE 2011 y compris RN	Total des CP 2013 sur AE 2012 y compris RN	Total CP 2013 SUR AE	Notification de 06 avril 2012	Droit de tirage sur AE déjà notifiés sur campagne 2013	Appel de CP sur CP 2013 des AE 2011	Données SIA em 31 décembre 2012	Appel de CP sur CP 2013 des AE 2012	Données SIA em 31 décembre 2012	Total des appels de CP sur AE pour 2013 des AE 2011 et 2012	Préfinancement de l'appel de CP au regard des droits de tirage	CP 2013 sur AE 2011 (RN)	CP 2013 sur AE 2011	CP 2013 sur AE 2012	Droit de tirage sur CP 2013 des AE 2011 et 2012
Personnes âgées	AA	AB	AC=AA+AB	AD	AE=AC+AD	AF	AG	AH	AI=AF+AG+AH	AJ=AI dans la limite de AE	AK	AL	AM	AN=AE-AK-AL-AM	
ALSACE	275 601	156 657	432 258	139 251	293 007	134 496	134 496	155 088	424 080	293 007	0	136 350	156 657	0	0
AQUITAINE	1 608 497	657 580	2 266 077	584 515	1 681 562	0	0	0	0	0	355 644	668 338	657 580	0	0
AUVERGNE	143 138	81 363	224 501	72 322	152 179	0	40 453	81 363	121 816	121 816	0	70 816	81 363	0	0
BASSE-NORMANDIE	38 605	33 312	91 917	29 611	62 306	0	0	0	0	0	0	28 994	33 312	0	0
BOURGOGNE	164 811	93 694	258 505	83 285	175 242	0	0	168 800	168 800	168 800	0	81 548	93 694	0	0
BRETAGNE	324 886	184 672	509 558	164 153	345 405	270 496	213 733	158 912	643 141	345 405	0	160 733	184 672	0	0
CENTRE	925 714	526 195	1 451 909	467 729	984 180	0	457 985	526 195	984 180	984 180	0	457 985	526 195	0	0
CHAMPAGNE-ARDENNE	282 200	160 408	442 608	142 585	300 023	0	136 500	157 500	294 000	294 000	0	139 615	160 408	0	0
CORSE	13 104	7 448	20 552	6 621	13 931	0	0	0	0	0	0	6 483	7 448	0	0
FRANCHE-COMTE	318 083	180 805	498 888	160 716	338 172	0	157 235	180 805	338 040	338 040	0	157 367	180 805	0	0
GUIADELORPE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUIANE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HAUTE-NORMANDIE	501 618	285 130	786 748	253 449	533 299	0	248 169	285 131	533 300	533 299	0	248 169	285 130	0	0
ILE-DE-FRANCE	1 274 720	724 578	1 999 298	644 069	1 355 229	0	45 624	0	43 624	43 624	0	630 651	724 578	0	0
LANGUEDOC-ROUSSILLON	49 265	28 003	77 268	24 892	52 376	404 000	21 000	38 400	553 400	52 376	0	24 373	28 003	0	0
LIMOUSIN	145 809	82 881	228 690	73 672	155 018	0	72 136	82 881	155 017	155 017	0	72 137	82 881	0	0
LORRAINE	292 653	166 350	459 003	147 867	311 136	0	105 000	244 740	349 740	311 136	0	144 786	166 350	0	0
MARTINIQUE	8 954	5 089	14 043	4 524	9 519	0	0	0	0	0	0	4 430	5 089	0	0
MID-PYRENNES	800 474	455 006	1 255 480	404 450	851 030	168 000	0	0	168 000	168 000	0	396 024	455 006	0	0
NORD-PASSE-CALAIS	218 864	124 407	343 271	110 584	232 687	0	105 000	126 000	251 000	251 000	0	108 280	124 407	0	0
OCEAN INDIEN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PAYS DE LA LOIRE	226 566	128 785	355 351	114 475	240 876	0	112 091	0	112 091	112 091	0	112 091	128 785	0	0
PICARDIE	38 127	283 104	321 231	18 759	302 472	0	0	0	0	0	0	19 368	283 104	0	0
POTIOTU-CHARENTES	553 167	314 432	867 599	279 495	588 104	0	105 000	54 530	159 530	159 530	0	273 672	314 432	0	0
PROVENCE ALPES CÔTE-D'AZUR	254 400	144 607	399 007	128 539	270 468	65 436	126 000	145 900	337 336	270 468	0	128 861	144 607	0	0
RHÔNE-ALPES	636 017	575 495	1 211 512	264 440	947 072	0	66 646	502 275	508 921	508 921	0	371 577	575 495	0	0
FRANCE	9 115 293	5 400 001	14 515 294	4 320 000	10 195 294	1 132 128	2 145 068	2 908 520	6 186 016	5 150 710	355 644	4 439 648	5 400 001	0	0

TABLEAU 1 B/S
Détermination de la base initiale PH au 1^{er} janvier 2013

PERSONNES HANDICAPÉES	DETERMINATION DE LA BASE INITIALE AU 1 ^{er} JANVIER 2013									
	DRI au 31 décembre 2012	CNR Centres de ressources Handicap rare	CNR Gratification des stagiaires 2012	CNR permanents validés au 2012	Avances de trésorerie	Base au 31-12-2012 Base CSR antérieures à 2012	Opérations de fiabilité (crédit)	Opérations de fiabilité (débit)	Opérations de fiabilité (solde)	Base initiale au 1 ^{er} janvier 2013
	Notification CNSI du 06 avril 2012 jusqu'au 30 octobre 2012	Notification CNSI du 06 avril 2012	Notification CNSI du 06 avril 2012	Notification CNSI du 06 avril 2012	Notification CNSI du 06 avril 2012	ARRSST - validation DORS et transferts pour mise en place de GACTIR				
Sources										
ALSACE	232 694 062	0	128 173	87 365	0	232 478 824	0	0	0	232 478 824
AQUITAINE	442 094 128	0	247 176	14 107	0	441 832 845	1 076 849	0	1 076 849	442 909 694
AUVERGNE	181 874 494	0	108 541	0	0	181 765 953	0	0	0	181 765 953
BASSE-NORMANDIE	252 033 756	0	151 615	103 177	0	251 778 864	0	0	0	251 778 864
BOURGOGNE	200 924 168	0	104 598	0	0	200 819 570	0	0	0	200 819 570
BRETAGNE	392 206 103	0	241 746	29 867	0	391 934 490	0	0	0	391 934 490
CENTRE	366 802 932	0	202 572	0	0	366 600 360	3 024 327	0	3 024 327	363 624 687
CHAMPAGNE-ARDENNE	206 981 528	0	118 613	0	0	206 862 915	0	0	0	206 862 915
CORSE	35 305 585	0	20 307	0	0	35 285 278	445 000	0	445 000	35 730 278
FRANCHE-COMTE	185 619 780	0	112 152	0	0	185 507 628	0	0	0	185 507 628
GUADALOUPE	63 639 016	0	30 529	0	0	63 608 487	0	0	0	63 608 487
GUYANE	24 211 640	0	8 727	0	0	24 202 913	0	0	0	24 202 913
HAUTE-NORMANDIE	239 019 928	0	130 801	0	0	238 889 127	0	0	0	238 889 127
ILE-DE-FRANCE	1 418 140 624	263 000	609 446	385 661	7 000 000	1 409 882 517	1 786 462	0	1 786 462	1 411 668 979
LANGUEDOC-ROUSSILLON	386 263 168	0	218 039	0	0	386 045 129	0	0	0	386 045 129
LIMOUSIN	139 298 962	0	81 613	0	0	139 217 349	0	0	0	139 217 349
LOTTRE	352 623 254	0	156 154	86 106	7 000 000	345 540 994	625 000	0	625 000	345 965 994
MARTINIQUE	57 968 739	0	22 445	0	0	57 946 294	0	0	0	57 946 294
MID-PYRENEES	507 982 107	0	319 457	120 565	0	507 542 085	0	0	0	507 542 085
NORD-PAS-DE-CALAIS	577 196 152	0	333 289	299 608	0	576 563 255	2 418 468	0	2 418 468	578 981 723
OCEAN INDIEN	122 077 822	0	63 735	0	840 000	121 174 087	0	0	0	121 174 087
PAYS DE LA LOIRE	471 260 908	0	262 123	108 376	0	470 890 409	0	0	0	470 890 409
PIE-MONTE	284 214 949	0	118 797	0	0	284 096 152	0	0	0	284 096 152
POTOU-CHARENTES	219 955 222	0	124 850	56 615	0	219 774 857	0	0	0	219 774 857
PROVENCE ALPES CÔTE-D'AZUR	594 014 662	0	328 894	0	0	593 685 768	381 333	0	381 333	594 067 101
RHÔNE-ALPES	732 560 568	0	415 608	87 342	0	732 057 718	1 100 000	0	1 100 000	733 157 718
FRANCE	8 679 964 256	263 000	4 700 000	1 378 089	14 840 000	8 658 783 167	10 857 439	0	10 857 439	8 669 640 606

TABLEAU 2 BIS
Calcul des DRL 2013 (PH)

PERSONNES HANDICAPÉES	BASE INITIALE AU 1 ^{er} JANVIER 2013	ACTUALISATION		MESURES CATEGORIQUES		EXTENSIONS ANNEE PLEINE		MESURES NOUVELLES 2013					CREDITS NON RECONDUCTIBLES NATIONAUX		DRL AU 15 MARS 2013			
		Reproduction de la 4 ^{ème} sur Fonctionnement des dépenses	Credits spécifiques dédiés à la réforme LMD	Mesures dédiées à la réforme LMD SSAD	Evolution des CP validés en 2013, 2012, 2011 et 2010 décharge temporaire	Mesures dédiées (N de 06 avril 2012)	Regulation décharge dédiée	Avance de trésorerie	Mesures nouvelles (N de 06 avril 2011)	Credits de paiement 2013 sur décharge (sur 6 mois)	CP 2013 sur AE 2011 (complet RN)	CP 2013 sur AE 2011 "IR"	CP 2013 sur AE 2012 (complet RN)	Gratification des stagiaires (CNS)		Permanents nationaux (CNS)		
Source	Tableau 2 bis																	
ALSACE	232 478 524	3 254 699	13 961	12 995	0	0	0	1 000 000	0	0	0	2 399 388	278 161	0	443 608	139 139	53 300	240 073 774
AQUITAINE	442 909 094	6 200 736	21 638	34 422	1 844 887	3 210 335	0	0	0	0	784 633	1 541 097	392 531	0	626 002	221 212	14 448	457 808 074
AUVERGNE	101 265 853	2 547 723	8 982	15 156	0	631 184	0	0	0	0	0	603 606	142 977	0	278 017	103 389	0	186 093 088
BASSE-NORMANDIE	251 778 984	5 524 905	8 153	16 890	0	0	0	0	0	0	316 450	484 878	119 051	0	189 860	80 711	56 576	256 578 657
BRETAGNE	200 819 570	2 811 424	11 140	16 547	1 033 900	1 020 656	0	0	0	0	0	0	206 649	0	329 561	86 773	0	206 336 249
BRETAGNE	391 934 490	5 487 083	30 681	29 473	953 782	1 889 108	0	0	0	0	399 561	2 007 302	682 840	0	1 110 419	227 758	60 163	404 812 639
GENÈVE	303 624 687	5 090 746	10 376	23 890	0	531 940	0	1 514 000	0	0	0	686 999	255 370	0	420 019	178 245	0	372 373 872
CHAMPAGNE-ARDENNE	208 862 215	2 882 081	15 973	13 479	0	942 831	0	0	0	0	0	1 517 697	197 186	0	464 470	72 003	0	214 104 638
CORSE	30 739 278	509 224	1 660	3 186	0	0	0	0	0	0	0	130 820	73 931	0	117 965	4 807	0	36 862 839
FRANCHE-COMTE	185 907 628	2 597 107	7 364	13 547	917 672	800 748	0	0	0	0	0	1 156 210	82 391	0	149 630	21 483	0	191 067 683
GUIPHE-LOUPE	63 608 467	890 519	0	3 568	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65 932 288
GUIPHE-LOUPE	24 208 213	338 841	2 074	474	0	0	0	0	0	0	0	2 668 525	198 348	0	360 220	24 169	0	27 798 544
HAUT-NORMANDIE	238 809 127	3 344 448	21 469	14 390	2 071 579	1 751 595	0	0	0	0	0	699 583	378 539	0	1 031 875	101 781	0	248 312 326
ILE-DE-FRANCE	1 411 688 979	19 783 866	31 636	71 099	1 082 566	15 753 501	0	0	0	0	3 805 443	17 327 788	2 237 542	500 000	4 407 589	1 132 443	236 370	1 478 021 031
LANGUEDOC-ROUSSILLON	380 045 129	5 404 632	4 355	27 765	0	0	1 288 000	0	0	0	0	2 381 674	472 962	0	491 027	142 999	0	396 290 712
LANGUEDOC-ROUSSILLON	139 217 349	1 940 043	8 982	12 880	0	417 705	688 000	0	0	0	100 660	208 156	51 109	0	81 507	59 751	0	142 813 142
LEMOANS	345 065 994	4 843 524	22 259	22 286	1 076 425	3 113 953	0	6 299 531	350 000	0	16 395	1 244 247	227 560	110 000	365 909	176 715	8 669	360 920 427
LOIRHAINE	57 946 294	811 248	3 506	2 495	0	0	0	0	0	0	0	0	201 400	0	365 761	24 008	0	59 185 711
MID-PYRENEES	507 542 085	7 105 589	13 236	36 041	1 164 564	2 218 581	0	0	0	0	212 254	1 200 080	259 397	125 000	399 330	192 344	100 734	520 552 255
NORD-PAS-DE-CALAIS	578 081 723	8 105 744	42 962	43 187	4 573 882	3 109 348	0	0	0	0	0	0	648 926	0	1 034 899	41 417	302 161	597 286 258
OCEAN-INDEN	121 174 087	1 698 437	0	3 590	1 033 375	2 795 562	0	1 324 282	0	0	0	1 357 214	350 924	0	673 312	76 199	0	138 428 911
PAYS-DE-LA-LOIRE	470 800 499	6 592 466	30 619	33 145	0	0	0	0	0	0	0	2 370 934	456 982	380 000	653 110	269 799	51 297	481 854 761
PECAUDE	284 096 152	3 977 366	14 418	16 932	1 032 388	1 278 152	0	0	0	0	444 531	1 501 809	237 459	0	378 697	99 025	0	293 676 908
POTIUS-CHARANTES	219 714 857	3 076 841	13 816	14 791	1 245 483	1 296 662	1 644 000	0	0	0	300 810	315 799	198 128	0	488 840	69 821	56 324	233 912 276
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	594 067 191	8 116 959	22 529	50 556	0	0	0	0	0	0	0	3 320 328	1 294 444	0	1 210 413	313 691	0	688 596 002
RIIONE-ALPES	533 877 718	10 364 238	29 001	60 936	1 860 446	6 038 962	0	0	0	0	1 419 230	4 202 407	869 233	0	1 306 241	422 787	157 657	759 586 925
FRANCE	8 609 540 606	121 374 068	400 000	592 000	19 973 956	46 812 266	8 334 000	7 623 813	350 000	0	7 799 965	49 948 158	10 596 000	2 000 000	17 583 386	4 700 000	1 183 659	8 968 917 895

TABLEAU 3 B/S
Suivi du débasage temporaire (PH)

PERSONNES BÉNÉFICIAIRES	MONTANT DE DÉBASAGE TEMPORAIRE		Montant restant à PAIRS en 2011		Montant restant à PAIRS en 2012		SOLDE RESTANT À RESTITUER A L'ISSUE DU CAMPAIGNE 2012		EAP 2013 des CP modifiés en 2012		SOLDE RESTANT À RESTITUER APRÈS PRESSIONS COMPLÉMENTAIRES EN 2013		Précision des installations 2013 de pièces autorisées avant 2010 ayant fait l'objet d'un débasage temporaire en 2013		PERSONNES BÉNÉFICIAIRES PLACÉES EN FONCTION DE LEUR DROIT DE TIRAGE SUR 6 MOIS		PERSONNES BÉNÉFICIAIRES PLACÉES EN FONCTION DE LEUR DROIT DE TIRAGE SUR 6 ANS EN PLEINE		CP 2013 NOTIFIÉS EN 2013 en prenant en compte le disponible d'enveloppe		SOLDE RESTANT À RESTITUER A L'ISSUE DU CAMPAIGNE 2013	
	A	B	C	D = A-B-C	E	F = D-E	G	H = G dans la limite de F	I = H-I	J	K = F-J	L	M = L-H	N = M-L	O	P	Q	R	S	T	U	V
Source	Montants cumulés au 31 septembre 2011		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012		Montants cumulés au 30 avril 2012	
Alsace	5 673 554	5 673 554	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Auvergne	70 891	70 891	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Basse-Normandie	2 462 371	1 771 494	0	690 876	0	690 876	0	690 876	0	690 876	0	690 876	0	690 876	0	690 876	0	690 876	0	690 876	0	690 876
Bourgogne	3 742 544	1 674 745	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900	1 033 900
Bretagne	3 464 247	0	953 762	2 489 486	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724	953 762	1 496 724
Centre	2 310 255	2 310 255	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Champagne-Ardenne	1 412 036	1 412 036	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Corse	593 061	593 061	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Franche-Comté	2 670 646	89 639	917 672	1 663 330	917 672	744 658	917 672	744 658	917 672	744 658	917 672	744 658	917 672	744 658	917 672	744 658	917 672	744 658	917 672	744 658	917 672	744 658
Guadeloupe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guyane	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Haute-Normandie	6 654 118	2 510 960	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579	2 071 579
Ile-de-France	45 734 393	23 010 497	1 082 566	21 641 331	1 082 566	20 558 765	1 082 566	20 558 765	1 082 566	20 558 765	1 082 566	20 558 765	1 082 566	20 558 765	1 082 566	20 558 765	1 082 566	20 558 765	1 082 566	1 082 566	1 082 566	1 082 566
Languedoc-Roussillon	7 123 629	7 071 698	0	51 931	0	51 931	0	51 931	0	51 931	0	51 931	0	51 931	0	51 931	0	51 931	0	51 931	0	51 931
Languedoc-Roussillon	944 423	743 113	0	201 310	0	201 310	0	201 310	0	201 310	0	201 310	0	201 310	0	201 310	0	201 310	0	201 310	0	201 310
Lorraine	7 464 718	5 279 079	1 076 425	1 109 215	1 076 425	32 791	1 109 215	32 791	1 076 425	32 791	1 076 425	32 791	1 076 425	32 791	1 076 425	32 791	1 076 425	32 791	1 076 425	1 076 425	1 076 425	1 076 425
Maritimes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Midi-Pyrénées	3 053 755	0	1 164 564	1 879 171	1 164 564	765 607	1 164 564	765 607	1 164 564	765 607	1 164 564	765 607	1 164 564	765 607	1 164 564	765 607	1 164 564	765 607	1 164 564	1 164 564	1 164 564	1 164 564
Nord-Pas-de-Calais	23 814 594	197 395	4 575 892	19 042 308	4 575 892	14 466 416	14 466 416	14 466 416	4 575 892	14 466 416	4 575 892	14 466 416	4 575 892	14 466 416	4 575 892	14 466 416	4 575 892	14 466 416	4 575 892	4 575 892	4 575 892	4 575 892
Océan Indien	2 026 756	0	1 013 375	1 013 375	1 013 375	0	1 013 375	0	1 013 375	0	1 013 375	0	1 013 375	0	1 013 375	0	1 013 375	0	1 013 375	0	1 013 375	0
Pays de la Loire	2 024 887	2 024 887	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Picardie	4 596 266	1 642 821	1 032 388	1 921 451	1 032 388	889 062	889 062	889 062	1 032 388	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062	889 062
Poitou-Charentes	7 201 043	3 647 215	1 248 483	2 308 345	1 248 483	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 248 483	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862	1 062 862
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	5 137 699	5 137 699	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhône-Alpes	15 812 596	9 033 155	1 960 446	4 798 985	1 960 446	2 838 459	2 838 459	2 838 459	1 960 446	2 838 459	1 960 446	2 838 459	1 960 446	2 838 459	1 960 446	2 838 459	1 960 446	2 838 459	1 960 446	1 960 446	1 960 446	1 960 446
France	161 000 000	74 993 986	19 972 936	66 033 078	19 972 936	46 060 142	46 060 142	46 060 142	19 972 936	46 060 142	19 972 936	46 060 142	19 972 936	46 060 142	19 972 936	46 060 142	19 972 936	46 060 142	19 972 936	19 972 936	19 972 936	19 972 936

TABLEAU 4 BIS
Suivi des droits de tirage 2013 sur EA et AE (PH)
Première partie

PERSONES HANDICAPÉES DROIT DE TIRAGE SUR EA LA 2013 ET 2013 notifiés en 2009 et 2010	MONTANT DES ENVELOPPES ANTICIPÉES 2011, 2012 et 2013										MONTANT DES CP SUR EA DÉJÀ NOTIFIÉS SUR LES DRL										DROIT DE TIRAGE SUR EA EN DÉBIT DE CAMPAGNE 2013										APPEL DE CP SUR EA POUR 2013										CP SUR EA NOTIFIÉS EN 2013										DROIT DE TIRAGE SUR EA EN FIN DE CAMPAGNE 2013																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DP	DR	DS	DT	DU	DV	DW	DX	DY	DZ	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EK	EL	EM	EN	EO	EP	EQ	ER	ES	ET	EU	EV	EW	EX	EY	EZ	FA	FB	FC	FD	FE	FF	FG	FH	FI	FJ	FK	FL	FM	FN	FO	FP	FQ	FR	FS	FT	FU	FV	FW	FX	FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GG	GH	GI	GJ	GK	GL	GM	GN	GO	GP	GQ	GR	GS	GT	GU	GV	GW	GX	GY	GZ	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HH	HI	HJ	HK	HL	HM	HN	HO	HP	HQ	HR	HS	HT	HU	HV	HW	HX	HY	HZ	IA	IB	IC	ID	IE	IF	IG	IH	II	IJ	IK	IL	IM	IN	IO	IP	IQ	IR	IS	IT	IU	IV	IW	IX	IY	IZ	JA	JB	JC	JD	JE	JF	JG	JH	JI	JJ	JK	KL	KM	KN	KO	KP	KQ	KR	KS	KT	KU	KV	KW	KX	KY	KZ	LA	LB	LC	LD	LE	LF	LG	LH	LI	LJ	LK	LM	LN	LO	LP	LQ	LR	LS	LT	LU	LV	LW	LX	LY	LZ	MA	MB	MC	MD	ME	MF	MG	MH	MI	MJ	MK	ML	MM	MN	MO	MP	MQ	MR	MS	MT	MU	MV	MW	MX	MY	MZ	NA	NB	NC	ND	NE	NF	NG	NH	NI	NJ	NK	NL	NM	NN	NO	NP	NQ	NR	NS	NT	NU	NV	NW	NX	NY	NZ	OA	OB	OC	OD	OE	OF	OG	OH	OI	OJ	OK	OL	OM	ON	OO	OP	OQ	OR	OS	OT	OU	OV	OW	OX	OY	OZ	PA	PB	PC	PD	PE	PF	PG	PH	PI	PJ	PK	PL	PM	PN	PO	PP	PQ	PR	PS	PT	PU	PV	PW	PX	PY	PZ	QA	QB	QC	QD	QE	QF	QG	QH	QI	QJ	QK	QL	QM	QN	QO	QP	QQ	QR	QS	QT	QU	QV	QW	QX	QY	QZ	RA	RB	RC	RD	RE	RF	RG	RH	RI	RJ	RK	RL	RM	RN	RO	RP	RQ	RR	RS	RT	RU	RV	RW	RX	RY	RZ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI	SJ	SK	SL	SM	SN	SO	SP	SQ	SR	SS	ST	SU	SV	SW	SX	SY	SZ	TA	TB	TC	TD	TE	TF	TG	TH	TI	TJ	TK	TL	TM	TN	TO	TP	TQ	TR	TS	TT	TU	TV	TW	TX	TY	TZ	UA	UB	UC	UD	UE	UF	UG	UH	UI	UJ	UK	UL	UM	UN	UO	UP	UQ	UR	US	UT	UU	UV	UW	UX	UY	UZ	VA	VB	VC	VD	VE	VF	VG	VH	VI	VJ	VK	VL	VM	VN	VO	VP	VQ	VR	VS	VT	VU	VV	VW	VX	VY	VZ	WA	WB	WC	WD	WE	WF	WG	WH	WI	WJ	WK	WL	WM	WN	WO	WP	WQ	WR	WS	WT	WU	WV	WW	WX	WY	WZ	XA	XB	XC	XD	XE	XF	XG	XH	XI	XJ	XK	XL	XM	XN	XO	XP	XQ	XR	XS	XT	XU	XV	XW	XX	XY	XZ	YA	YB	YC	YD	YE	YF	YG	YH	YI	YJ	YK	YL	YM	YN	YO	YP	YQ	YR	YS	YT	YU	YV	YW	YX	YY	YZ	ZA	ZB	ZC	ZD	ZE	ZF	ZG	ZH	ZI	ZJ	ZK	ZL	ZM	ZN	ZO	ZP	ZQ	ZR	ZS	ZT	ZU	ZV	ZW	ZX	ZY	ZZ	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DP	DR	DS	DT	DU	DV	DW	DX	DY	DZ	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EK	EL	EM	EN	EO	EP	EQ	ER	ES	ET	EU	EV	EW	EX	EY	EZ	FA	FB	FC	FD	FE	FF	FG	FH	FI	FJ	FK	FL	FM	FN	FO	FP	FQ	FR	FS	FT	FU	FV	FW	FX	FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GG	GH	GI	GJ	GK	GL	GM	GN	GO	GP	GQ	GR	GS	GT	GU	GV	GW	GX	GY	GZ	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HH	HI	HJ	HK	HL	HM	HN	HO	HP	HQ	HR	HS	HT	HU	HV	HW	HX	HY	HZ	IA	IB	IC	ID	IE	IF	IG	IH	II	IJ	IK	IL	IM	IN	IO	IP	IQ	IR	IS	IT	IU	IV	IW	IX	IY	IZ	JA	JB	JC	JD	JE	JF	JG	JH	JI	JJ	JK	KL	KM	KN	KO	KP	KQ	KR	KS	KT	KU	KV	KW	KX	KY	KZ	LA	LB	LC	LD	LE	LF	LG	LH	LI	LJ	LK	LM	LN	LO	LP	LQ	LR	LS	LT	LU	LV	LW	LX	LY	LZ	MA	MB	MC	MD	ME	MF	MG	MH	MI	MJ	MK	ML	MM	MN	MO	MP	MQ	MR	MS	MT	MU	MV	MW	MX	MY	MZ	NA	NB	NC	ND	NE	NF	NG	NH	NI	NJ	NK	NL	NM	NN	NO	NP	NQ	NR	NS	NT	NU	NV	NW	NX	NY	NZ	OA	OB	OC	OD	OE	OF	OG	OH	OI	OJ	OK	OL	OM	ON	OO	OP	OQ	OR	OS	OT	OU	OV	OW	OX	OY	OZ	PA	PB	PC	PD	PE	PF	PG	PH	PI	PJ	PK	PL	PM	PN	PO	PP	PQ	PR	PS	PT	PU	PV	PW	PX	PY	PZ	QA	QB	QC	QD	QE	QF	QG	QH	QI	QJ	QK	QL	QM	QN	QO	QP	QQ	QR	QS	QT	QU	QV	QW	QX	QY	QZ	RA	RB	RC	RD	RE	RF	RG	RH	RI	RJ	RK	RL	RM	RN	RO	RP	RQ	RR	RS	RT	RU	RV	RW	RX	RY	RZ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI	SJ	SK	SL	SM	SN	SO	SP	SQ	SR	SS	ST	SU	SV	SW	SX	SY	SZ	TA	TB	TC	TD	TE	TF	TG	TH	TI	TJ	TK	TL	TM	TN	TO	TP	TQ	TR	TS	TT	TU	TV	TW	TX	TY	TZ	UA	UB	UC	UD	UE	UF	UG	UH	UI	UJ	UK	UL	UM	UN	UO	UP	UQ	UR	US	UT	UU	UV	UW	UX	UY	UZ	VA	VB	VC	VD	VE	VF	VG	VH	VI	VJ	VK	VL	VM	VN	VO	VP	VQ	VR	VS	VT	VU	VV	VW	VX	VY	VZ	WA	WB	WC	WD	WE	WF	WG	WH	WI	WJ	WK	WL	WM	WN	WO	WP	WQ	WR	WS	WT	WU	WV	WW	WX	WY	WZ	XA	XB	XC	XD	XE	XF	XG	XH	XI	XJ	XK	XL	XM	XN	XO	XP	XQ	XR	XS	XT	XU	XV	XW	XX	XY	XZ	YA	YB	YC	YD	YE	YF	YG	YH	YI	YJ	YK	YL	YM	YN	YO	YP	YQ	YR	YS	YT	YU	YV	YW	YX	YY	YZ	ZA	ZB	ZC	ZD	ZE	ZF	ZG	ZH	ZI	ZJ	ZK	ZL	ZM	ZN	ZO	ZP	ZQ	ZR	ZS	ZT	ZU	ZV	ZW	ZX	ZY	ZZ	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DP	DR	DS	DT	DU	DV	DW	DX	DY	DZ	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EK	EL	EM	EN	EO	EP	EQ	ER	ES	ET	EU	EV	EW	EX	EY	EZ	FA	FB	FC	FD	FE	FF	FG	FH	FI	FJ	FK	FL	FM	FN	FO	FP	FQ	FR	FS	FT	FU	FV	FW	FX	FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GG	GH	GI	GJ	GK	GL	GM	GN	GO	GP	GQ	GR	GS	GT	GU	GV	GW	GX	GY	GZ	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HH	HI	HJ	HK	HL	HM	HN	HO	HP	HQ	HR	HS	HT	HU	HV	HW	HX	HY	HZ	IA	IB	IC	ID	IE	IF	IG	IH	II	IJ	IK	IL	IM	IN	IO	IP	IQ	IR	IS	IT	IU	IV	IW	IX	IY	IZ	JA	JB	JC	JD	JE	JF	JG	JH	JI	JJ	JK	KL	KM	KN	KO	KP	KQ	KR	KS	KT	KU	KV	KW	KX	KY	KZ	LA	LB	LC	LD	LE	LF	LG	LH	LI	LJ	LK	LM	LN	LO	LP	LQ	LR	LS	LT	LU	LV	LW	LX	LY	LZ	MA	MB	MC	MD	ME	MF	MG	MH	MI	MJ	MK	ML	MM	MN	MO	MP	MQ	MR	MS	MT	MU	MV	MW	MX	MY	MZ	NA	NB	NC	ND	NE	NF	NG	NH	NI	NJ	NK	NL	NM	NN	NO	NP	NQ	NR	NS	NT	NU	NV	NW	NX	NY	NZ	OA	OB	OC	OD	OE	OF	OG	OH	OI	OJ	OK	OL	OM	ON	OO	OP	OQ	OR	OS	OT	OU	OV	OW	OX	OY	OZ	PA	PB	PC	PD	PE	PF	PG	PH	PI	PJ	PK	PL	PM	PN	PO	PP	PQ	PR	PS	PT	PU	PV	PW	PX	PY	PZ	QA	QB	QC	QD	QE	QF	QG	QH	QI	QJ	QK	QL	QM	QN	QO	QP	QQ	QR	QS	QT	QU	QV	QW	QX	QY	QZ	RA	RB	RC	RD	RE	RF	RG	RH	RI	RJ	RK	RL	RM	RN	RO	RP	RQ	RR	RS	RT	RU	RV	RW	RX	RY	RZ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI	SJ	SK	SL	SM	SN	SO	SP	SQ	SR	SS	ST	SU	SV	SW	SX	SY	SZ	TA	TB	TC	TD	TE	TF	TG	TH	TI	TJ	TK	TL	TM	TN	TO	TP	TQ	TR	TS	TT	TU	TV	TW	TX	TY	TZ	UA	UB	UC	UD	UE	UF	UG	UH	UI	UJ	UK	UL	UM	UN	UO	UP	UQ	UR	US	UT	UU	UV	UW	UX	UY	UZ	VA	VB	VC	VD	VE	VF	VG	VH	VI	VJ	VK	VL	VM	VN	VO	VP	VQ	VR	VS	VT	VU	VV	VW	VX	VY	VZ	WA	WB	WC	WD	WE	WF	WG	WH	WI	WJ	WK	WL	WM	WN	WO	WP	WQ	WR	WS	WT	WU	WV	WW	WX	WY	WZ	XA	XB	XC	XD	XE	XF	XG	XH	XI	XJ	XK	XL	XM	XN	XO	XP	XQ	XR	XS	XT	XU	XV	XW	XX	XY	XZ	YA	YB	YC	YD	YE	YF	YG	YH	YI	YJ	YK	YL	YM	YN	YO	YP	YQ	YR	YS	YT	YU	YV	YW	YX	YY	YZ	ZA	ZB	ZC	ZD	ZE	ZF	ZG	ZH	ZI	ZJ	ZK	ZL	ZM	ZN	ZO	ZP	ZQ	ZR	ZS	ZT	ZU	ZV	ZW	ZX	ZY	ZZ	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK

Deuxième partie

PERSONNES HANDICAPÉES DROIT DE TIRAGE SUR AE 2011 ET 2012 milliers 2011 et 2012	MONTANT DES CP 2013 SUR AUTORISATIONS D'ENGAGEMENT 2011 ET 2012				APPEL DE CP SUR AE POUR 2013						CP SUR AE NOTIFIÉS EN 2013			DROIT DE TIRAGE SUR AE EN FIN DE CAMPAGN E 2013
	TOTAL CP 2013 SUR AE 2011	TOTAL CP 2013 SUR AE 2011 (BR)	TOTAL CP 2013 SUR AE 2012	TOTAL CP 2013 SUR AE	CP BR (considérés comme appelés même s'ils ne sont appelés dans SILIA)	Appel de CP sur AE 2011	CP 2013 sur AE 2011 Dynamique SELIA au 31 décembre 2011	CP 2013 sur AE 2012 Dynamique SELIA au 31 décembre 2012	CP 2013 sur AE 2011	CP 2013 sur AE 2011 "IR"	CP 2013 sur AE 2012	Droit de tirage sur CP 2013 sur AE 2011 et 2012		
Formules	AA	AB	AC	AD = AA+AB+AC	AE	AF	AG	AH-AE-AF+AG	AJ	AK	AL	AM = AD-AJ-AK- AL		
Sources	Total des CP 2013 sur AE 2011 et 2012 y compris les	CP 2013 sur AE 2011 "IR"	Total des CP 2013 sur AE 2012 y compris les		Appel de CP sur AE 2011	CP 2013 sur AE 2011 Dynamique SELIA au 31 décembre 2011	Total des appels de CP 2013 sur AE 2011 et 2012	Plafonnement de l'appel de CP au regard des droits de tirage	Tableaux 2 bis	Tableaux 2 bis	Tableaux 2 bis			
Alsace	278 161	0	443 608	721 769	278 162	0	285 022	563 184	278 161	0	443 608	0		
Aquitaine	392 531	0	626 002	1 018 533	286 186	0	626 002	912 188	392 531	0	626 002	0		
Auvergne	142 977	0	278 017	420 994	142 977	0	278 017	420 994	142 977	0	278 017	0		
Basse-Normandie	119 051	0	189 860	308 911	119 051	0	124 311	243 362	119 051	0	189 860	0		
Bourgogne	206 649	0	329 561	536 210	206 649	0	329 561	536 210	206 649	0	329 561	0		
Bretagne	682 840	0	1 110 419	1 793 259	682 840	0	1 110 419	1 793 259	682 840	0	1 110 419	0		
Centre	263 370	0	420 019	683 389	263 370	0	420 019	683 389	263 370	0	420 019	0		
Champagne-Ardenne	197 186	0	464 470	661 656	197 186	0	464 469	661 655	197 186	0	464 470	0		
Corse	73 931	0	117 905	191 836	0	0	0	0	73 931	0	117 905	0		
Franche-Comté	104 820	885 000	1 071 165	1 156 985	104 820	885 000	1 071 165	1 156 985	104 820	885 000	1 071 165	0		
Guadeloupe	82 391	0	149 630	232 021	82 391	0	0	82 391	82 391	0	149 630	0		
Guinée	198 348	0	360 220	558 568	0	0	0	0	198 348	0	360 220	0		
Haute-Normandie	376 539	0	1 031 875	1 408 414	376 539	0	1 031 875	1 408 414	376 539	0	1 031 875	0		
Île-de-France	2 237 542	500 000	4 407 389	7 145 131	2 155 852	500 000	4 677 729	7 333 591	2 237 542	500 000	4 407 389	0		
Languedoc-Roussillon	472 902	0	493 027	965 929	519 792	0	547 511	1 067 303	472 902	0	493 027	0		
Limousin	51 109	0	81 507	132 616	132 616	0	0	132 616	51 109	0	81 507	0		
Lorraine	227 560	110 000	362 909	700 469	337 560	110 000	362 909	810 469	227 560	110 000	362 909	0		
Martinique	201 400	0	365 761	567 161	0	0	0	0	201 400	0	365 761	0		
Midi-Pyrénées	250 397	125 000	399 330	774 727	375 396	125 000	399 330	899 726	250 397	125 000	399 330	0		
Nord-Pas-de-Calais	648 926	0	1 034 899	1 683 825	476 823	0	413 223	892 046	648 926	0	1 034 899	0		
Océan Indien	350 924	0	637 312	988 236	350 924	0	637 312	988 236	350 924	0	637 312	0		
Pays de la Loire	456 982	380 000	655 110	1 470 092	600 084	380 000	407 635	1 477 719	456 982	380 000	655 110	0		
Picardie	237 459	0	378 697	616 156	237 459	0	362 697	600 156	237 459	0	378 697	0		
Poitou-Charentes	198 328	0	488 840	687 168	305 113	0	384 055	687 168	198 328	0	488 840	0		
Provence Alpes Côte-d'Azur	1 294 444	0	1 210 413	2 504 857	1 294 444	0	1 038 913	2 333 357	1 294 444	0	1 210 413	0		
Rhône-Alpes	869 233	0	1 386 241	2 255 474	869 233	0	1 386 241	2 255 474	869 233	0	1 386 241	0		
France	10 596 000	2 000 000	17 588 386	30 184 386	10 483 467	2 000 000	15 456 425	27 939 892	10 596 000	2 000 000	17 588 386	0		

TABLEAU 6
Enquête d'évaluation du dispositif de prise en charge
des frais de transport en accueil de jour MAS et FAM (fragment)

Identifiant	situation géographique		Etablissement				plan d'organisation	Activité en accueil de jour 2012				Dotation allouée par l'ARS / Budget exécutoire (BE) / Compte administratif (CA)				véhicule personnel	
	régions	départements	nom de l'établissement	Catégorie d'Etb	Public accueilli	Nbre places installées en accueil de jour		plan d'organisation formalisé transmis à l'ARS	Activité Théorique (nombre de jours)	Activité prévisionnelle (nombre de jours)	Activité réalisée en 2012 (nombre de jours)	Dotation 2012 frais de transport allouée par l'ARS	Frais de transport BE 2012 (comptes 6242 2 et 6242 3) er	Frais de transport CA 2012 (comptes 6242 2 et 6242 3) er	Frais de transport CA 2011 (comptes 6242 2 et 6242 3) er	nombre de personnes concernées	dépenses réalisées (en €)
670797687	ALSACE	BAS-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	def Intellectuelle	def Intellectuelle	14											
670009398	ALSACE	BAS-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	Polyhandicap		5											
670006808	ALSACE	BAS-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	def Intellectuelle		7											
670015338	ALSACE	BAS-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	Toutes Déf P.H. SAI		12											
670005818	ALSACE	BAS-RHIN	F.A.M.	Polyhandicap		5											
670005768	ALSACE	BAS-RHIN	FOYER D'ACCU F.A.M.	def Intellectuelle		5											
670006113	ALSACE	BAS-RHIN	FOYER D'ACCU F.A.M.	def Intellectuelle		4											
670013879	ALSACE	BAS-RHIN	FAM PERSONNEL F.A.M.	def Intellectuelle		10											
670014034	ALSACE	BAS-RHIN	FOYER D'HEBE F.A.M.	Autistes		5											
670013663	ALSACE	BAS-RHIN	FOYER D'ACCU F.A.M.	Def Motrice		11											
680004132	ALSACE	HAUT-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	def Intellectuelle		8											
680017472	ALSACE	HAUT-RHIN	M.A.S.	def Intellectuelle		2											
680018090	ALSACE	HAUT-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	Polyhandicap		24											
680013794	ALSACE	HAUT-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	Toutes Déf P.H. SAI		12											
680003670	ALSACE	HAUT-RHIN	MAISON D'ACCUM.A.S.	Toutes Déf P.H. SAI													
680016177	ALSACE	HAUT-RHIN	FOYER D'ACCU F.A.M.	def Intellectuelle													
680016177	ALSACE	HAUT-RHIN	FOYER D'ACCU F.A.M.	Autistes		1											
240006866	AQUITAINE	DORDOGNE	F.A.M.	Toutes Déf P.H. SAI		5											
240013904	AQUITAINE	DORDOGNE	F.A.M.	def Intellectuelle		10											
240013912	AQUITAINE	DORDOGNE	F.A.M.	def Intellectuelle		1											
240014159	AQUITAINE	DORDOGNE	FOYER D'ACCU F.A.M.	def Intellectuelle													
240008508	AQUITAINE	DORDOGNE	ADHP - FOYER F.A.M.	Def Motrice		5											
240003558	AQUITAINE	DORDOGNE	F.A.M.	def Intellectuelle		2											
240008482	AQUITAINE	DORDOGNE	MAISON D'ACCUM.A.S.	Polyhandicap		4											
330057845	AQUITAINE	GRONDE	MAISON D'ACCUM.A.S.	Autistes		10											
330056433	AQUITAINE	GRONDE	FOYER A DOUVE F.A.M.	Autistes		1											
330056454	AQUITAINE	GRONDE	FOYER A DOUVE F.A.M.	Def du Psychisme		4											
330793779	AQUITAINE	GRONDE	MAISON D'ACCUM.A.S.	Polyhandicap		9											
330794009	AQUITAINE	GRONDE	MAISON D'ACCUM.A.S.	Polyhandicap		6											
330792466	AQUITAINE	GRONDE	FOYER DE VIE F.A.M.	def Intellectuelle		2											
330793639	AQUITAINE	GRONDE	MAISON D'ACCUM.A.S.	Polyhandicap		6											
330057142	AQUITAINE	GRONDE	FOYER A DOUVE F.A.M.	Polyhandicap		8											
330042979	AQUITAINE	GRONDE	F.A.M.	Def du Psychisme		2											
330602703	AQUITAINE	GRONDE	MAISON D'ACCUM.A.S.	Polyhandicap		6											
330056094	AQUITAINE	GRONDE	FOYER D'ACCUM.A.S.	Def du Psychisme		2											

TABLEAU 7
Maquette tarifaire pour 2013

MAQUETTE TARIFAIRE 2013			
		Personnes Agées	Personnes Handicapées
1	Dotation Régionale Limitative		
2	dont Crédits Non Reconductibles Nationaux (permanents syndicaux, gratification stagiaire, exp. médicaments)		
3	Total des dépenses autorisées avant reprise des résultats (classe 6 nette approuvée)		
4	dont Crédits non reconductibles (CNR nationaux et régionaux)		
5	Niveau de disponibilité budgétaire (1-2-(3-4))	0 €	0 €
6	Crédits gagés en base à l'issue de la campagne N (somme 7 à 14)	0 €	0 €
7	pour EAP N+1 des places installées en N		
8	pour EAP N+1 des places installées en N (Alzheimer)		
9	pour installation de places		
#	pour installation de places (Alzheimer)		
#	pour fermeture provisoire ou partielle		
#	autres (actualisation réservée...)		
#	pour médicalisation future		
#	pour CPOM signés		
#	RELIQUAT (5-6)	0 €	0 €
#	Prévisions d'installation et de médicalisation en N+1		
#	EAP N+1 des places installées en N		
#	EAP N+1 des places installées en N (Alzheimer)		
#	EAP N+1 des conventions entrées en vigueur en N (médicalisation)		
#	Installation N+1 de places autorisées sur MN ou CP notifiés		
#	Installation N+1 de places autorisées sur MN ou CP notifiés (Alzheimer)		
#	Installation N+1 de places autorisées avant 2010 débasées temporairement		
#	Effets financiers des conventions arrivant à échéance en N+1 (médicalisation)		

Commentaires

Personnes Agées

Personnes Handicapées
