



# Réforme de la contractualisation et de la tarification des EHPAD

## Réunions départementales d'information des EHPAD

# Ordre du jour

Introduction sur les principes généraux de la réforme

La forfaitisation dépendance et soins

CPOM : trame, procédure, rappel sur le tableau de bord ANAP

Le pilotage à la ressource par l'EPRD

Modalités d'accompagnement des ESMS (rôle de la Mars)

Déploiement de Viatrajectoire



► **Accompagnement  
des gestionnaires  
sur le nouveau modèle  
de tarification  
de la dépendance**

## Les services du Département

- ▶ Dans un premier temps ont reçu les représentants des fédérations,
- ▶ Dans un second temps ont eu la volonté d'expliquer à chaque gestionnaire, les méthodes d'application de cette réforme dans le contexte de la feuille de route du Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019 avec comme axes prioritaires :
  - La diversification de l'offre et l'accompagnement au répit
  - L'accompagnement des publics spécifiques

# Principes généraux de la réforme

- ❖ Une **réforme tarifaire** par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance ;
- ❖ Une **contractualisation renouvelée** à travers la substitution obligatoire d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite pluriannuelle (CTP) ;
- ❖ **Des dispositions transitoires en vue** de la montée en charge des CPOM (sur 5 ans) et de l'harmonisation du niveau de financement des soins des EHPAD (en 7 ans) ;
- ❖ **Un pilotage par les ressources** avec la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)

*Les USLD restent hors du périmètre de la réforme*

# Un impact sur la gouvernance et l'organisation des organismes gestionnaires

- ❖ Une **souplesse de gestion** facilitant le pilotage financier par les organismes gestionnaires des établissements et services ;
- ❖ Une interdépendance entre l'analyse globale et l'analyse de chaque ESMS
- ❖ Une **autonomie des gestionnaires** dans la mise en œuvre des objectifs qui ont été définis dans le cadre du CPOM;
- ❖ Un **recentrage du rôle des autorités de tarification** autour de l'accompagnement de l'OG, du diagnostic et de l'organisation territoriale, de la planification

## Cadre règlementaire

- ❖ Loi ASV du 29 décembre 2015
- ❖ 2 décrets (21/12/2016) relatifs aux dispositions financières applicables aux ESMS et aux principes généraux de la tarification des EHPAD
- ❖ Arrêtés du 27/12/2016 : cadres normalisés EPRD/ERRD et cadres normalisés transitoires 2017 pour les ESMS publics (complété par instruction du 28/12/2016)
- ❖ Arrêté du 3/03/2017 : cahier des charges CPOM
- ❖ Instructions :
  - Contractualisation (21/03/2017)
  - Réforme de la tarification, forfaits soins et dépendance (7/04/2017)
  - Mise en œuvre du décret relatif à l'EPRD

# Etat d'avancement des travaux régionaux

## ❖ Une méthode conjointe et concertée :

groupe contact (3 réunions) et groupes techniques ARS-CD (3 réunions) de juillet 2016 à février 2017

2 réunions de concertation avec les fédérations

## ❖ Travaux régionaux finalisés :

- Publication des 5 arrêtés de programmation CPOM conjoints 2017-2021
- Trame régionale CPOM PA
- Guide méthodologique de contractualisation
- Procédure EPRD commune



# Ordre du jour

Introduction sur les principes généraux de la réforme

La forfaitisation dépendance et soins

CPOM : trame, procédure, rappel sur le tableau de bord ANAP

Le pilotage à la ressource par l'EPRD

Modalités d'accompagnement des ESMS (rôle de la Mars, guide ANAP...)

Déploiement de Viatrajectoire

## Le forfait global de soins

### Résultat de l'équation tarifaire

**GMPS x HP x valeur de point**

*GMPS validés au 30/06/n-1*

*Révision à mi-parcours*

### Financements complémentaires

Modalités d'accueil particulières (AJ, HT, PASA, UHR, PFR, expérimentales)

Actions financées dans le cadre des CPOM (liste règlementaire) : prévention, situations sanitaires exceptionnelles, formation, accompagnement publics spécifiques (PHV, précaires)

*Avec une possible modulation liée à l'activité à partir de 2018 avec une montée en charge durant la période de convergence et une possible minoration en cas de refus de signature de CPOM*

Ouverture d'EHPAD : prise en compte du PMP moyen national et du GMP moyen départemental

Extension de places : prise en compte des PMP et GMP de l'EHPAD

# La suppression des clefs de répartition entre sections tarifaires

- ❖ **Suppression des sections tarifaires** au sein du compte de résultat prévisionnel
- ❖ **Suppression des clés fixes de répartition des charges communes**
  - Possibilité pour le gestionnaire de faire varier la répartition des charges communes entre financeurs dans la limite des forfaits notifiés et de la composition règlementaire des charges couvertes par chacun des tarifs
- ❖ **Contrôle de l'usage des financements par les autorités de tarification**
  - **Au prévisionnel**, l'annexe financière de l'EPRD comprend une présentation prévisionnelle par section tarifaire pour un EHPAD ;
  - **Au réalisé**, le compte d'emploi annexé à l'ERRD présente également la répartition réelle.



## La tarification des EHPAD: les tarifs hébergement

- Dans l'attente de la signature du CPOM : maintien de la procédure contradictoire,
- Dans le cadre du CPOM, 4 possibilités sont offertes aux départements :
  - Application d'un taux d'évolution sur les dotations, fixé annuellement par le Département ;
  - Application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation ;
  - Application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme ;
  - Conclusion d'avenant annuel d'actualisation ou de revalorisation (procédure contradictoire).
- Chaque département définit par conséquent la manière dont il souhaite tarifier l'hébergement.  
**En Sarthe:** application d'un taux d'évolution sur les dotations, fixé annuellement (Commission Permanente du 21/03/2017), procédure similaire à celle appliquée sur les autres secteurs.
- Périmètre du tarif hébergement inchangé: il couvre a minima l'ensemble des charges correspondant à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD + intégration de la prestation blanchisserie du linge personnel des résidents dans le tarif hébergement des EHPAD habilités. Modification du RDAS à venir.
- **Campagne budgétaire 2017 hébergement** : application d'un taux d'évolution de + 0,5 %.
  - ↪ Taux modulé en fonction de la situation propre de chaque établissement compte tenu de sa situation financière, des tarifs journaliers actuels, de son organisation et des efforts de gestion réalisés ou à venir.
  - ↪ Intégration des mesures nouvelles suivantes : impact des travaux de restructuration, extension de capacités, renouvellement des conventions tripartites.
  - ↪ **Les tarifs hébergement au titre de 2017 ont augmenté de + 1,13 %.**



## Un nouveau modèle de tarification de la dépendance

- Attribution d'un forfait à partir d'un « point GIR départemental » unique, arrêté une fois par an (avant le 1er avril) par le Département pour l'ensemble des établissements (point calculé à partir de la totalité des charges allouées en 2016 rapportée au niveau de dépendance départemental),
- Dotation versée à chaque EHPAD directement liée au niveau de dépendance de ses résidents,
- Convergence progressive sur 7 ans pour rapprocher le budget dépendance 2016 de chacun des EHPAD à leur forfait cible évalué.
- **Valeur du point GIR départemental sarthois à 6,81€ :**
  - ↳ Conforme à la valeur de point GIR de départements de même strate démographique que la Sarthe (0,5 à 0,6 millions d'habitants): Eure: 6,55€ / Côte d'Or: 6,63€ / Vendée: 6,75€ / Côte d'Armor: 6,81€ / Somme: 6,82€ / Drôme: 6,96€ / Saône et Loire: 6,98€.

## Calcul du forfait dépendance

### ➤ Mode de calcul du forfait global dépendance cible :

- ↪ Somme des points Gir majorés de l'établissement (divisée par le nombre de personnes hébergées et multipliée par la capacité autorisée et financée d'HP),
- ↪ Multiplié par la valeur du « point GIR départemental ».

### ➤ Est soustrait du montant obtenu, comme précédemment :

- ↪ le montant prévisionnel de la participation des résidents (tarif GIR 5-6),
- ↪ les tarifs journaliers dépendance opposables aux autres départements,
- ↪ la participation acquittée par les résidents de moins de 60 ans,
- ↪ les prestations non cumulables avec l'APA : MTP, ACTP, PCH.

### ➤ Possible modulation du forfait global dépendance :

- ↪ en fonction de l'activité réalisée (taux d'occupation inférieur à un seuil fixé par arrêté ministériel),
- ↪ Cette modulation en fonction de l'activité du forfait n'est pas applicable en 2017.

### ➤ Mode de calcul du forfait global dépendance pour les années 2017 à 2023 :

- ↪ Convergence sur 7 ans vers le forfait dépendance cible,
- ↪ Fraction évolutive de 2017 à 2023 : 2017 : 1/7, 2018 : 1/6, 2019 : 1/5...



## Politique du Département pour accompagner les EHPAD dans le cadre de la réforme

- **L'application du nouveau mode de calcul du forfait global dépendance conduisait théoriquement :**
  - ↪ à revaloriser le budget dépendance d'environ la moitié des établissements,
  - ↪ à diminuer ce budget pour l'autre moitié.
  
- **Le Département a octroyé pour l'année 2017 un taux directeur maximum de 0,5% sur les charges 2016. Ce taux permet de limiter les débasages.**
  
- **Le Département prend également en compte :**
  - ↪ les mesures nouvelles autorisées (conventions tripartites, situations particulières),
  - ↪ les autorisations d'extension de places,
  - ↪ ainsi que des reprises de résultats antérieurs.
  
- **Au-delà de ces mesures d'accompagnement, le Département a décidé d'octroyer des dotations complémentaires notamment au regard des orientations du Schéma départemental unique 2015-2019, afin de prendre en compte certaines spécificités:**
  - ↪ accueil de jour et hébergement temporaire
  - ↪ UPHV et gérontopsychiatrie



## Modalités de financement des prises en charge spécifiques

- **Les charges liées à l'accueil de jour ont été déduites des charges nettes 2016 et cette activité sera financée :**
  - ↪ d'une part par les produits issus de la tarification,
  - ↪ d'autre part sous forme de dotation complémentaire (4 700 € par place), soit un surcoût de 165 500€.
    - ⇒ A compter de 2018, le versement de cette dotation complémentaire sera conditionnée à la réalisation d'une activité de 50% au minimum.
  
- **Les charges liées à l'hébergement temporaire seront :**
  - ↪ d'une part financées par les produits issus de l'activité réalisée,
  - ↪ d'autre part par une dotation complémentaire (1 500 € par place), soit un surcoût de 172 500€.
    - ⇒ Le Département a en effet fait le choix de ne pas déduire ces 1 500 € des charges N-1 et de les accorder en plus du budget afin de soutenir le développement de cette activité.
    - ⇒ A compter de 2018, le versement de cette dotation complémentaire sera conditionnée à la réalisation d'une activité de 60 % au minimum.
  
- **Un accompagnement a été réalisé pour les EHPAD qui disposent de places d'UPHV ou de gérontopsiatrie et qui du fait de la convergence subissent également un débasage :**
  - ↪ enveloppe de 154 000€ dédiée,
  - ↪ objectif : maintenir les moyens et éviter toute ou partie du débasage.





## Bilan de la campagne dépendance 2017

- Avec ces accompagnements, le nombre de débasages subis par les EHPAD a grandement été limité.
  
- Sur l'ensemble des budgets alloués :
  - ↪ 64 budgets sont revalorisés :
    - ⇒ dont 44 budgets supérieurs à 1%,
    - ⇒ dans ces 44 budgets, 32 budgets supérieurs à 3%.
  
  - ↪ 12 budgets débasés, dont 6 budgets diminués de moins de 1%.
  
- Au final, le Département finance en 2017 un surcoût global (APA) de plus de 780 000€ par rapport à l'année 2016 (+ 3%).



## Réorganisation de l'offre d'hébergement temporaire

- 158 places d'hébergement temporaire sont présentes sur le Département, réparties au sein de 39 établissements :
  - MAIA 1 (Sud Sarthe) : 33 places
  - MAIA 2 (Le Mans et couronne) : 95 places
  - MAIA 3 (Nord Sarthe) : 30 places
- 3 réunions intra-départementales ont été organisées fin 2015, par territoire MAIA, prolongées en 2016 par 3 réunions concernant les territoires de proximité du Sud Sarthe et du Nord Sarthe,
- Evolution du dispositif par transformation de places d'hébergement permanent en hébergement temporaire et inversement,
- Réorganisation de l'offre d'hébergement temporaire mise en attente fin 2016, afin d'étudier l'impact de la réforme de la tarification de la dépendance sur les différentes évolutions de capacités proposées,
- Validation prochaine des évolutions de capacités proposées, en lien avec les gestionnaires, afin que le Département et l'ARS puissent faire évoluer les autorisations,
- Mise en œuvre de ces évolutions de capacités : entrée en vigueur au 1er janvier 2018, pour permettre aux établissements de préparer ce changement.

# Ordre du jour

Introduction sur les principes généraux de la réforme

La forfaitisation dépendance et soins

CPOM : trame, procédure, rappel sur le tableau de bord ANAP

Le pilotage à la ressource par l'EPRD

Modalités d'accompagnement des ESMS (rôle de la Mars)

Déploiement de Viatrajectoire

A close-up photograph of a person's hands in a grey suit jacket and white shirt, writing on a document with a silver pen. The document is open and shows some text. The background is slightly blurred. The text 'Contrats Pluriannuels d' Objectifs et de Moyens' is overlaid on the image in a large, bold, blue and black font.

**C**ontrats

**P**luriannuels d'

**O**bjectifs et de

**M**oyens



# Une obligation législative et réglementaire

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) dans son article 58 prévoit l'obligation pour les EHPAD et les PUV de contractualiser avec le Directeur Général de l'ARS (DGARS) et le Président du Conseil départemental, dans le cadre de **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)** tripartites, à compter du **01/01/17 au 31/12/2021 (5 ans)**

L'article 75 de la **loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)** pour 2016 prévoit, quant à lui, que **les AJ autonomes et les SSIAD** intervenant auprès des personnes âgées et handicapées, **doivent signer un CPOM** sur la période du **1/01/2016 au 31/12/2021 (6 ans)**

## Qui est concerné ?

- Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
- Les Accueils de Jour autonomes (AJ)
- Les Petites Unités de Vie (PUV)

**Plus de 700 établissements et services accueillant des personnes âgées dans la région des Pays de la Loire.**

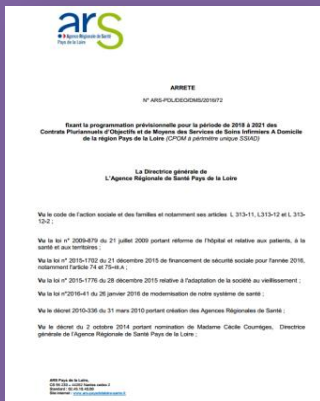


# Une programmation pluriannuelle

La généralisation des CPOM implique une programmation pluriannuelle qui s'est traduite par la publication avant le 30/12/2016 de **6 arrêtés de programmation CPOM** sur le champs des personnes âgées dans notre région.

Cette programmation a été conduite **conjointement** avec chaque Conseil Départemental, avec pour objectif un lissage sur les 5 ans au niveau régional et départemental.

## 1 arrêté régional « CPOM unique SSIAD »



## Ces arrêtés de programmation feront l'objet d'une révision annuelle

## 5 arrêtés départementaux « CPOM tripartites ARS/CD/OG »





# Les principes de la programmation

La logique de programmation de la région a été la suivante :

- Pour un même gestionnaire, intégration au sein du CPOM tripartite EHPAD de toutes les autres catégories d'ESMS gérés : SSIAD, AJ autonomes, HT autonomes, PUV, résidences autonomie ...
- Pour les 19 gestionnaires d'ESMS PA et PH, programmation la même année pour réalisation éventuelle d'un seul CPOM avec l'accord des parties

**Une entrée  
« organisme  
gestionnaire »**



- Priorisation de la programmation des nouveaux CPOM en fonction de la date d'échéance des CTP EHPAD  
[→ accéder à la répartition régionale par échéances](#)
- Pour les OG gérant plusieurs ESMS PA sous CTP, le renouvellement par CPOM unique est prévu dès l'année d'échéance de la 1ère CTP échue et pour tous les EHPAD gérés

**Le respect des  
échéances**



- Pour les 6 groupes privés commerciaux (Korian, Orpéa...), programmation de CPOM départementaux (*1 CPOM par département*)
- Logique départementale mais le CPOM peut être étendu à plusieurs départements avec l'accord des parties : 5 CPOM interdépartementaux (*quadripartites*) sont programmés à ce jour

**Une assise  
départementale**





# L'état des lieux régional

En région Pays de la Loire, sur le champ des personnes âgées, ce sont **465 CPOM** qui sont programmés sur les 5 prochaines années :

**44 CPOM « unique SSIAD »** et **421 CPOM « tripartites personnes âgées »**

Année de programmation des CPOM	Par département					interdépartemental		TOTAL REGION	
	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	44 - 49	53 - 72		
2017	CPOM tripartites PA	26	22	5	12	26	1	1	93
	CPOM unique SSIAD								
2018	CPOM tripartites PA	24	20	4	10	19		1	78
	CPOM unique SSIAD	4	2	2	2	1			11
2019	CPOM tripartites PA	26	18	4	10	19	1		78
	CPOM unique SSIAD	4	3	2	2				11
2020	CPOM tripartites PA	25	16	11	10	22			84
	CPOM unique SSIAD	6	2	1		1			10
2021	CPOM tripartites PA	16	18	21	17	15	1		88
	CPOM unique SSIAD	6	4	1	1				12
TOTAL REGION	CPOM tripartites PA	117	94	45	59	101	3	2	421
	CPOM unique SSIAD	20	11	6	5	2			44





# Les enjeux du CPOM



- **L'enjeu des parcours et de l'amélioration continue de la qualité** : « logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, de partenariats renforcés, conditions de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et d'un accès à la santé et à l'autonomie facilité, en référence aux recommandations ANESM et HAS »
- **La structuration de l'offre sur le territoire**, pour mieux répondre aux besoins identifiés
- **Un levier de performance pour les ESMS** : promotion des démarches engagées en matière d'efficacité des organisations



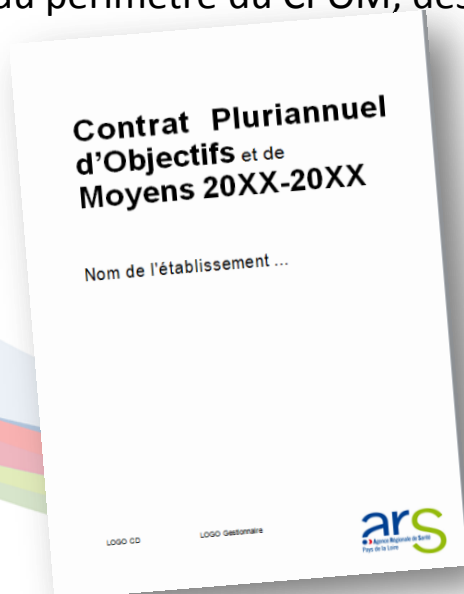
# Elaboration d'une trame régionale

A partir de septembre 2016, **un travail concerté entre l'ARS PdL et les 5 Conseils Départementaux**, sur le plan technique et politique, a permis la rédaction d'une trame régionale de CPOM, à l'instar de la convention tripartite régionale.

La trame régionale a été validée conjointement par l'ARS et les Départements en janvier 2017.

Elle est constituée :

- **d'un socle unique** resserré et identique pour tous les CPOM, ne faisant pas l'objet d'ajustement lors des négociations,
- **d'annexes thématiques** détaillées, opposables aux signataires, et modulables en fonction du périmètre du CPOM, des logiques d'acteurs, intégrant les éléments de personnalisation

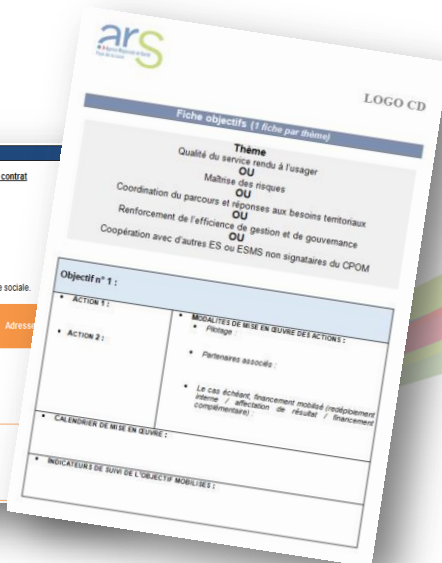


ANNEXE 1

Fiche signalétique présentant les caractéristiques des gestionnaires et des ESMS entrant dans le périmètre du contrat

- Présentation du gestionnaire :
  - o FINESS juridique :
  - o Statut :
  - o présentation des différentes activités de l'OG :
  - o organisation du siège :
- Périmètre du contrat :  
Pour les établissements habilités à l'aide sociale pour tout ou partie de leurs places, le CPOM vaut convention d'habilitation à l'aide sociale.

Catégorie d'ESMS	FINESS gco	Nom ESMS	Date du dernier arrêté d'autorisation	Capacité totale autorisée	Capacité habilitée à l'aide sociale	Adresse
EHPAD				<ul style="list-style-type: none"><li>• XX places hébergement permanent<ul style="list-style-type: none"><li>– dont XX PASA</li><li>– dont XX UHR</li></ul></li><li>• XX hébergement temporaire</li><li>• XX accueil de jour</li></ul>		
EHPAD				<ul style="list-style-type: none"><li>• XX hébergement permanent<ul style="list-style-type: none"><li>– dont XX PASA</li><li>– dont XX UHR</li></ul></li><li>• XX hébergement temporaire</li><li>• XX accueil de jour</li><li>• XX PHV, PFR...</li></ul>		





# La structuration détaillée du CPOM

## Le socle commun du CPOM

- PREAMBULE : rappel du contexte et des enjeux
- Titre 1 : OBJET DU CONTRAT
  - Article 1 – Identification du gestionnaire et périmètre du contrat
  - Article 2 – Diagnostic partagé
  - Article 3 – Objectifs stratégiques fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé
  - Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du contrat
- Titre 2 – MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT
  - Article 1 – Le suivi et l'évaluation du contrat
  - Article 2 – Le traitement des litiges
  - Article 3 – La révision du contrat
  - Article 4 – La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.
  - Article 5 – La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM.



## Les annexes opposables du CPOM

- ANNEXE 1 : Fiche signalétique présentant les caractéristiques du gestionnaire et des ESMS entrant dans le périmètre du contrat
- ANNEXE 2 : Synthèse du diagnostic partagé
- ANNEXE 3 : Diagnostic partagé en matière de coopérations/mutualisations avec d'autres ES ou ESMS non signataires du CPOM
- ANNEXE 4 : Tableau de Synthèse des objectifs du CPOM
- ANNEXE 5 : Eléments financiers
- ANNEXE 6 : Eléments du contrat ou convention liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM (CPOM sanitaire)



# L'importance du diagnostic partagé ...

Le diagnostic partagé constitue la base essentielle des réflexions qui seront menées autour des objectifs de l'organisme gestionnaire et des ESMS couverts par le contrat.

Il permet de décrire les modalités de fonctionnement afin d'identifier notamment des points forts et des axes d'amélioration sur les **5 thématiques** suivantes :

1. La qualité du **service rendu** à l'utilisateur
2. La maîtrise des **risques**
3. La coordination du **parcours** et la contribution aux besoins territoriaux
4. Le renforcement de l'efficacité de **gestion et la gouvernance**
5. **Coopérations/mutualisations** avec d'autres ES ou ESMS non signataires du CPOM  
(annexe 3)

ANNEXE 2			
<u>Synthèse du diagnostic partagé</u> <i>(Une annexe par catégorie de structure)</i>			
THEMES	ANALYSE <i>(Réalisé / Non Réalisé / Partiellement Réalisé)</i> R / NR / PR	COMMENTAIRES ET DEVELOPPEMENTS APPORTES PAR LE GESTIONNAIRE	INDICATEURS DE PILOTAGE MOBILISABLES AU T=0 <i>(année de signature du CPOM)</i> <i>(à renseigner par Finess géographique)</i>
<b>1 - Qualité du service rendu à l'utilisateur</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Projet d'établissement est-il actualisé ?</li> <li>- Comprend-il un projet spécifique pour l'accueil des personnes âgées présentant des troubles du comportement ?</li> <li>- Le cas échéant, existe-t-il un projet spécifique pour les unités PASA, UPAD, UHR ?</li> <li>- Existe-t-il un projet spécifique pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes ?</li> <li>- Le Projet d'établissement comprend-t-il une réflexion sur la liberté d'aller et venir des résidents ?</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Date d'actualisation du Projet d'établissement</li> <li>- Nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Projet de soins est-il actualisé ?</li> <li>- Inclut-il l'utilisation des thérapeutiques non médicales validées par la HAS ?</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Date d'actualisation du projet de soins</li> </ul>



# ... dont découlent les objectifs du CPOM

Réalisation du diagnostic partagé entre l'OG, l'ARS et le CD : un diagnostic documenté, étayé par des indicateurs de pilotage mobilisables à la signature du CPOM, dont découlent les objectifs du CPOM

**Annexes 2 et 3**

Objectifs stratégiques du CPOM synthétisés dans un tableau reprenant les 5 thèmes identifiés dans le diagnostic : avec mention du calendrier de réalisation, du TO et de la valeur cible des indicateurs mobilisés.

**Annexe 4**

Réalisation d'une fiche objectifs par thématique, déclinant les objectifs et les actions retenues sur chacun des 5 thèmes identifiés.

1 fiche objectifs par thème

**Fiches objectifs**



# Les outils du diagnostic partagé

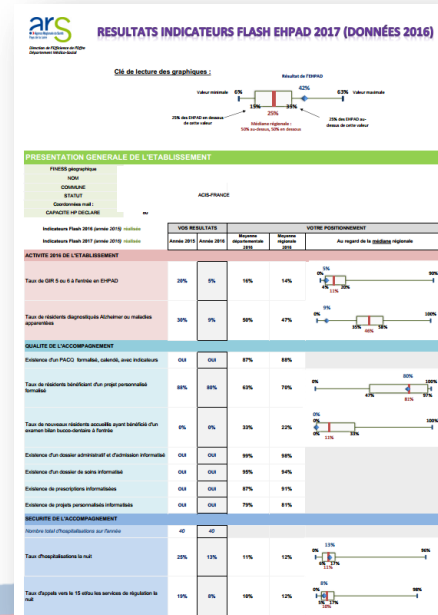
Le diagnostic partagé est documenté, étayé par des indicateurs de pilotage mobilisables à la signature du CPOM, principalement les indicateurs du tableau de bord de la performance ANAP et les indicateurs régionaux FLASH.

Les dernières fiches individuelles de restitution des indicateurs FLASH et ANAP sont annexées au CPOM et constituent les annexes 2b et 2c.

Le diagnostic partagé est enrichi par :

- le bilan de la dernière convention tripartite,
- les évaluations internes et externes
- le PACQ
- les éventuels contrôles et inspections réalisés,
- Le rapport annuel d'activités médicales (RAMA ),
- les indicateurs et les outils propres à l'établissement...

Annexe 2b : fiche Flash



Annexe 2c : fiche ANAP

## Tableau de bord 2015

Raison sociale de l'ESMS :  
Date : 04/11/2016  
Région: Pays de la Loire  
Nombre d'établissements : 73  
Groupe homogène : EHPAD de 100 à 199 places  
Format : Tableaux  
Type de restitution : Année courante  
Benchmark : Régional

## Axe n° 1 - Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes

### A - Niveau 1 : Dialogue

#### IPr1 - Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS ?

Score moyen dépendance GMP (dernier GMP validé)

Réponse de l'ESMS	Synthèse des réponses des ESMS du même GH (No Etablissements : 73)				
	Min	Q1	Médiane	Q3	Max
557	522	645	675.3	719	1393

Score moyen de l'échelle retenue de dépendance (dernier GMP connu)

Réponse de l'ESMS	Synthèse des réponses des ESMS du même GH (No Etablissements : 72)				
	Min	Q1	Médiane	Q3	Max
613.3	561	641	670	719	1393

Score moyen de l'échelle retenue de charge en soins (PMP validé)



# Les indicateurs Qualité/Sécurité FLASH

Suivi annuel des données clés en matière de qualité et sécurité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées



Taux de répondants moyen aux indicateurs FLASH en 2017 : **90 %**  
**1 050 ESMS répondants**  
**(PA, PH, SSIAD)**

95% des SSIAD (soit 100 SSIAD)  
90% des EHPAD (soit 525 EHPAD)  
87% des ESMS PH (soit 425 ESMS)

Collecte des indicateurs : du 16 janvier au 17 mars 2017

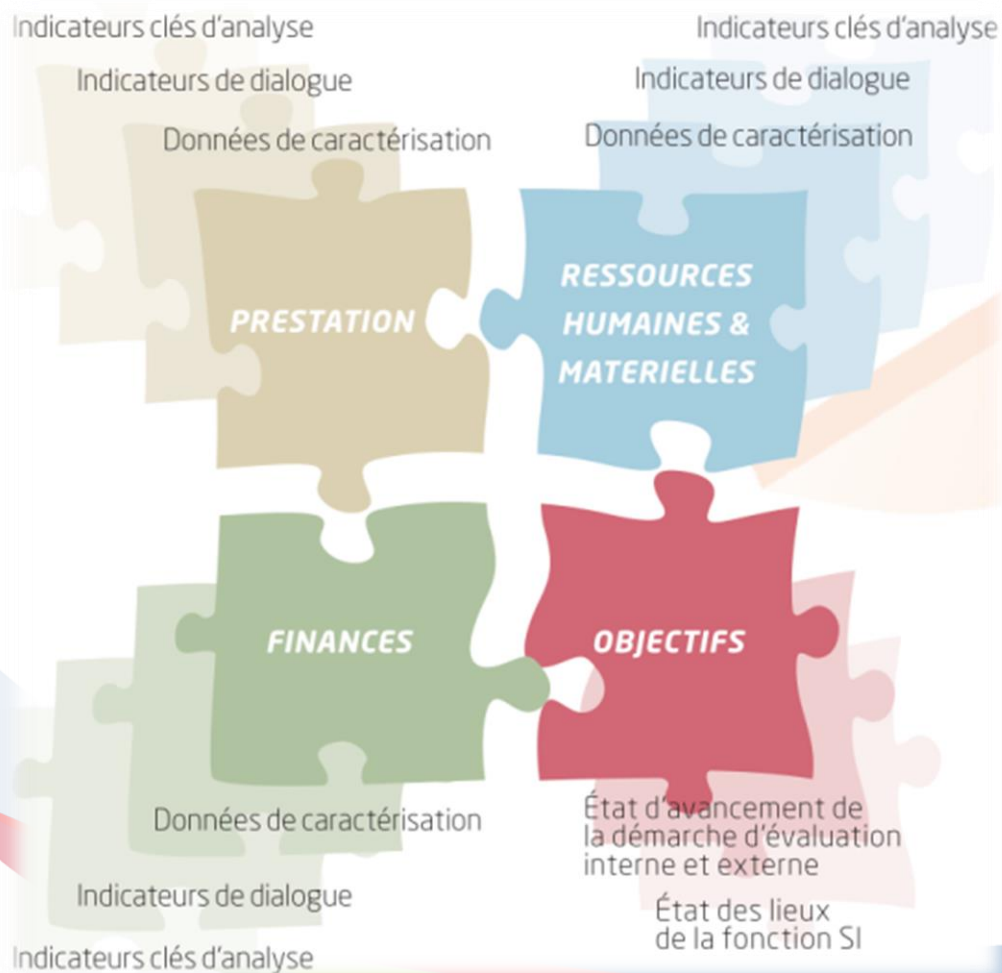
Fiches de restitutions individualisées : Début avril

Synthèse régionale : Mai - Juin





# Le tableau de bord de la performance ANAP



## Généralisation du tableau de bord ANAP en 2016

5ème campagne pour l'ARS Pays de la Loire : 1531 ESMS intégrés dans la plateforme (dont également des ESMS à compétence exclusive CD)



Très bonne implication des ESMS de la région : Plus de 1286 ESMS ont rempli leur campagne à plus de 70 %

**84%** des ESMS intégrés





# Le tableau de bord de la performance ANAP

Collecte des données dans la plateforme : **du 2 au 31 mai 2017**

Mise à disposition des restitutions : **en septembre**



## Les enjeux 2017

- Maintenir la mobilisation des ESMS et intégrer les non engagés
- Améliorer la fiabilisation des données saisies
- Favoriser l'appropriation du TDB (OG, ESMS, ARS/CD)
- Restitution régionale vers les ESMS

## Interopérabilité des SI avec le TDB

3 chantiers nationaux en cours

- Contact avec les éditeurs pour récupération de la donnée dans les logiciels métier des ESMS
- Test de cohérence des données TDB / SI CNSA en attendant une interopérabilité avec l'EPRD
- Intégration du fichier Excel de recueil de données dans TDB : fichier disponible uniquement à l'ouverture de la campagne 2017 car il reprend les éléments de la campagne précédente



# La démarche de contractualisation

*Mise en œuvre du processus*

## 2. La préparation

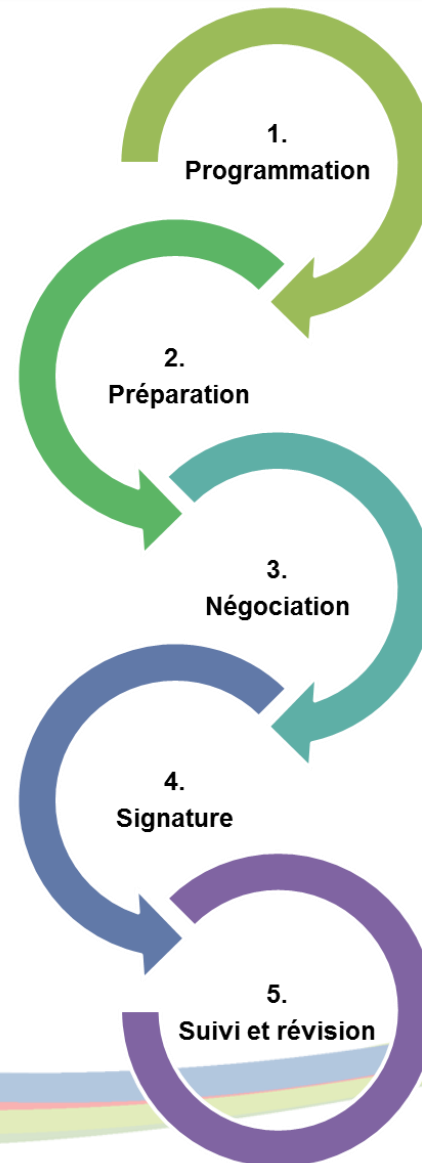
- Information par courrier de la période prévisionnelle de négociation du CPOM ainsi que de la procédure de constitution du dossier de contractualisation.
- Téléchargement de la trame de CPOM et des annexes : Remplissage du projet CPOM pour envoi à l'ARS et au CD
- Prise de RDV pour visite de négociation.

## 4. La signature

La signature du CPOM est un acte juridique qui engage les parties sur l'ensemble du document, annexes comprises.

Le CPOM est obligatoire, et en cas de refus de signature, le gestionnaire s'expose à un risque de minoration du forfait soins.

- *Circuit de signatures : OG → CD → ARS*



## 3. La négociation

- Rencontre de négociation : Partage du diagnostic et définition des objectifs des 5 ans à venir
- Identification par l'ARS et CD des objectifs au sein de l'annexe 4 et envoi à l'organisme gestionnaire
- Transmission des annexes 1 à 6 et des fiches objectifs complétées par le gestionnaire
- Validation conjointe (OG/ARS/CD)



# Le suivi et la révision du CPOM

*Les dialogues de gestion*

Le CPOM est conclu pour une durée de 5 ans, il peut être prorogé d'un an dans des conditions de formalités allégées et d'une seconde année au maximum par avenant.

Le suivi du CPOM s'effectue dans le cadre d'un dialogue de gestion qui se réunit à deux reprises : à mi-parcours, et pour le bilan final et la préparation du nouveau contrat.



**Le DG à mi-parcours du CPOM** examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés. Il prend la forme d'une rencontre entre les parties qui peuvent convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient.

Les derniers résultats des indicateurs FLASH et ANAP, un mémoire de situation et la revue des objectifs conforme à l'annexe 4 du CPOM, viendront nourrir le DG.

A l'issue, un compte rendu est rédigé par le gestionnaire pour reprendre les conclusions de ce point d'étape. Il met notamment l'accent sur les différentes actions restant à conduire sur la 2ème partie du CPOM. Il est validé et signé par l'ARS et le Département et a valeur d'avenant au CPOM.

**NB:** Dans le cadre de la transmission de l'**ERRD**, l'organisme gestionnaire devra joindre **annuellement l'annexe 4** actualisée, afin de suivre l'état d'avancement des objectifs du CPOM et contrôler l'affectation des résultats.



# Une affectation des résultats encadrée par le CPOM

L'organisme gestionnaire propose sur les 5 années du contrat, une affectation des résultats **globaux** prévisionnels, figurant dans son PGFP approuvé et annexé au CPOM. Les **priorités retenues conjointement** d'affectation du **résultat global** sont formalisées dans l'**annexe 5** du CPOM.

En lien avec ses objectifs, le CPOM encadre les modalités d'affectation des résultats compte tenu de l'évolution prévisionnelle des ratios financiers du PGFP, et conformément aux règles d'affectation fixées par le CASF (*art R314-234*):



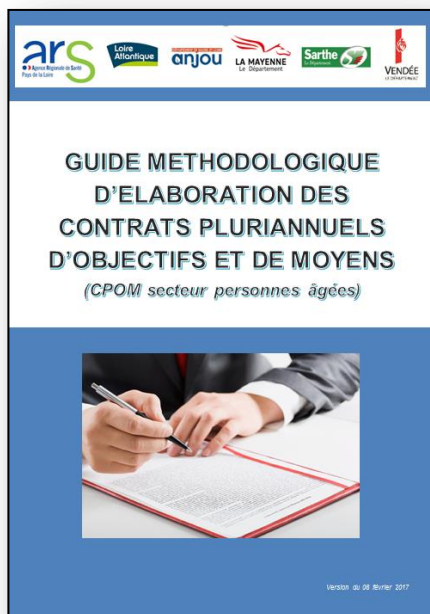


# Les outils pour la préparation des CPOM

## Le guide méthodologique ANAP (janvier 2017)



## Le guide méthodologique PdL (février 2017)



## Les indicateurs du tableau de bord ANAP



## Les indicateurs Qualité/Sécurité Flash PdL



# Ordre du jour

Introduction sur les principes généraux de la réforme

La forfaitisation dépendance et soins

CPOM : trame, procédure, rappel sur le tableau de bord ANAP

Le pilotage à la ressource par l'EPRD

Modalités d'accompagnement des ESMS (rôle de la Mars)

Déploiement de Viatrajectoire

## Les enjeux de la mise en place de l'EPRD

- Un **outil de pilotage et de dialogue de gestion**, à visée budgétaire et financière (et non tarifaire)
- Un **pilotage par la ressource**, passant par l'application d'équations tarifaires
- Une **approche de la situation financière globale et des grands équilibres financiers** des ESMS du CPOM (le cas échéant multi-activités, y compris le secteur « personnes handicapées ») :
  - Une analyse de l'équilibre de fonctionnement courant et de la structuration des besoins de long terme (PGFP)
  - Une analyse financière prospective sur la soutenabilité de l'activité financière de l'OG au regard des objectifs du CPOM
  - Une analyse des interdépendances entre exploitation et investissement

# Les points de vigilance lors de l'élaboration de l'EPRD

- ❖ **Vérification du périmètre de l'EPRD**
- ❖ **Vérification de la complétude et de la conformité aux cadres réglementaires**
- ❖ **Vérification de la conformité aux critères d'élaboration de l'EPRD :**
  - Respect de l'équilibre réel par chaque CRP
  - Prise en compte des engagements prévus au CPOM
  - En cas de situation financière dégradée, intégration de mesures de redressement adaptées



## Modalités du passage à l'EPRD

Statut	Modèle d'EPRD	Périmètre
EHPAD privés non HAS	Cadre allégé	EHPAD gérés par le même OG sur le département
EHPAD privés HAS	Cadre complet	
EHPAD public autonome	Cadre transitoire (cadre complet en 2018)	Ensemble des ESMS gérés par le même établissement public (transmission d'un BP et procédure contradictoire pour ESMS hors EHPAD)
EHPAD public territorial	Cadre transitoire (cadre complet en 2018)	1 EPRD/budget annexe
EHPAD gérés par un EPS	EPCP	
ESMS-PH, AJA, SSIAD	Voir ci-dessus	Privés : périmètre du CPOM Publics : voir ci-dessus

# Composition générale de l'EPRD

## 1 fichier Excel

nombre d'onglets = nombre d'ESMS inclus dans l'EPRD

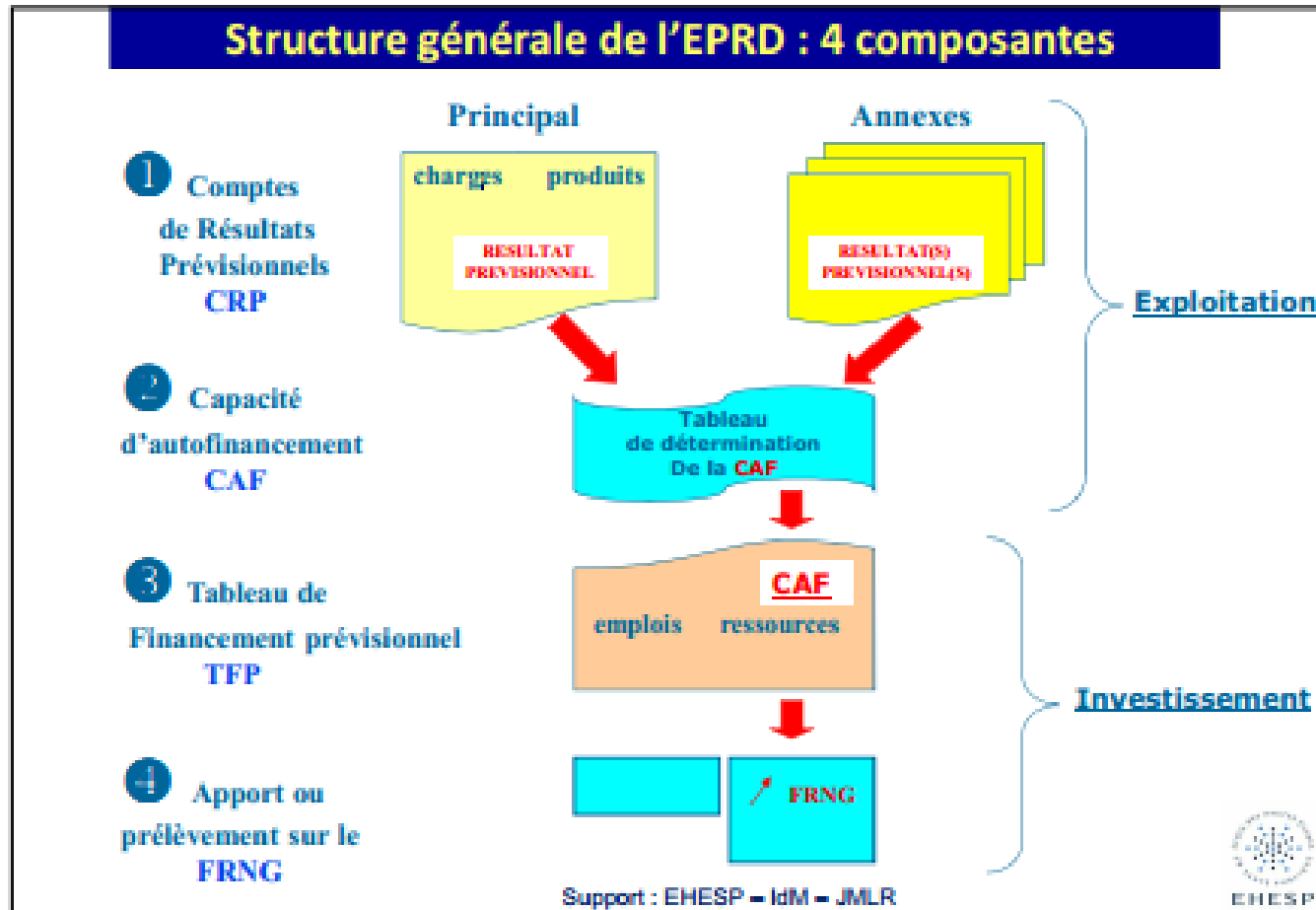
## Des annexes obligatoires :

- **Rapport budgétaire et financier** (analyse des grands équilibres, activités prévisionnelles/moyens, évolution masse salariale)
- **Par ESSMS/activité** : une annexe financière (charges couvertes par les différents financeurs ou sections tarifaires), tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, données nécessaires au calcul des indicateurs

Le cas échéant :

**Le plan pluriannuel d'investissement actualisé **validé****

# La composition de l'EPRD complet (1/2)



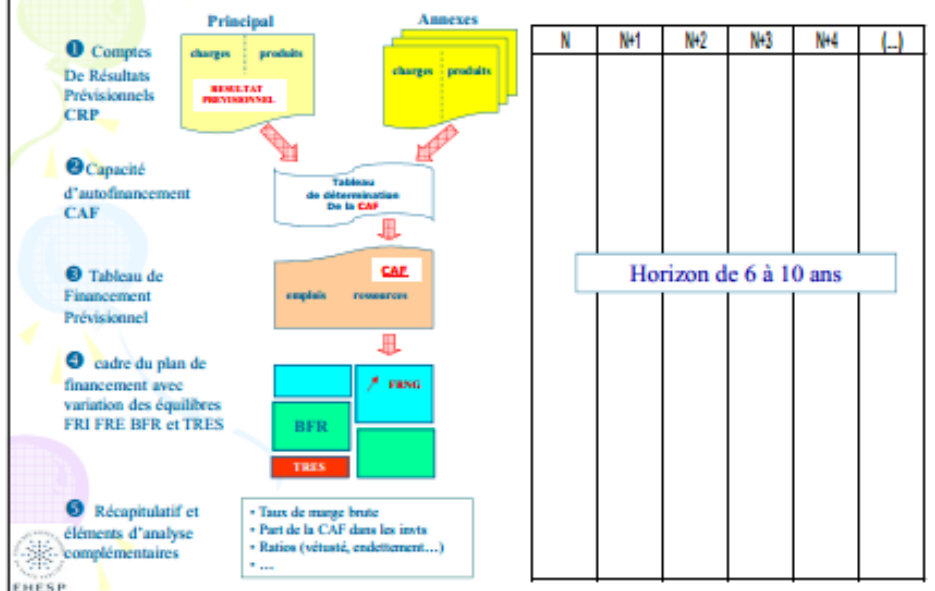
# La composition de l'EPRD complet (2/2)

## Le PGFP des ESMS

- Le PGFP est joint à l'EPRD (art.R.314-212 CASF)
  - Trajectoire financière sur une **période glissante de 6 ans**
  - Incidences d'exploitation et d'investissement du programme d'invest.
  - Dates de remise identiques à celles de l'EPRD : **30 avril au 30 juin**
- Il comprend les documents suivants
  - Les CRP des établissements et services
  - Le Plan Global de Financement Pluriannuel :
    - » CRP consolidés
    - » Tableau de détermination de la CAF
    - » Tableau de financement
    - » **PPI** : liste des acquisitions d'immobilisations (art.R.314-222 CASF)
    - » Incidences sur les équilibres financiers et ratios prévisionnels
- Pièce annexe du CPOM !?

Support : JMLR – IdM – EHESP

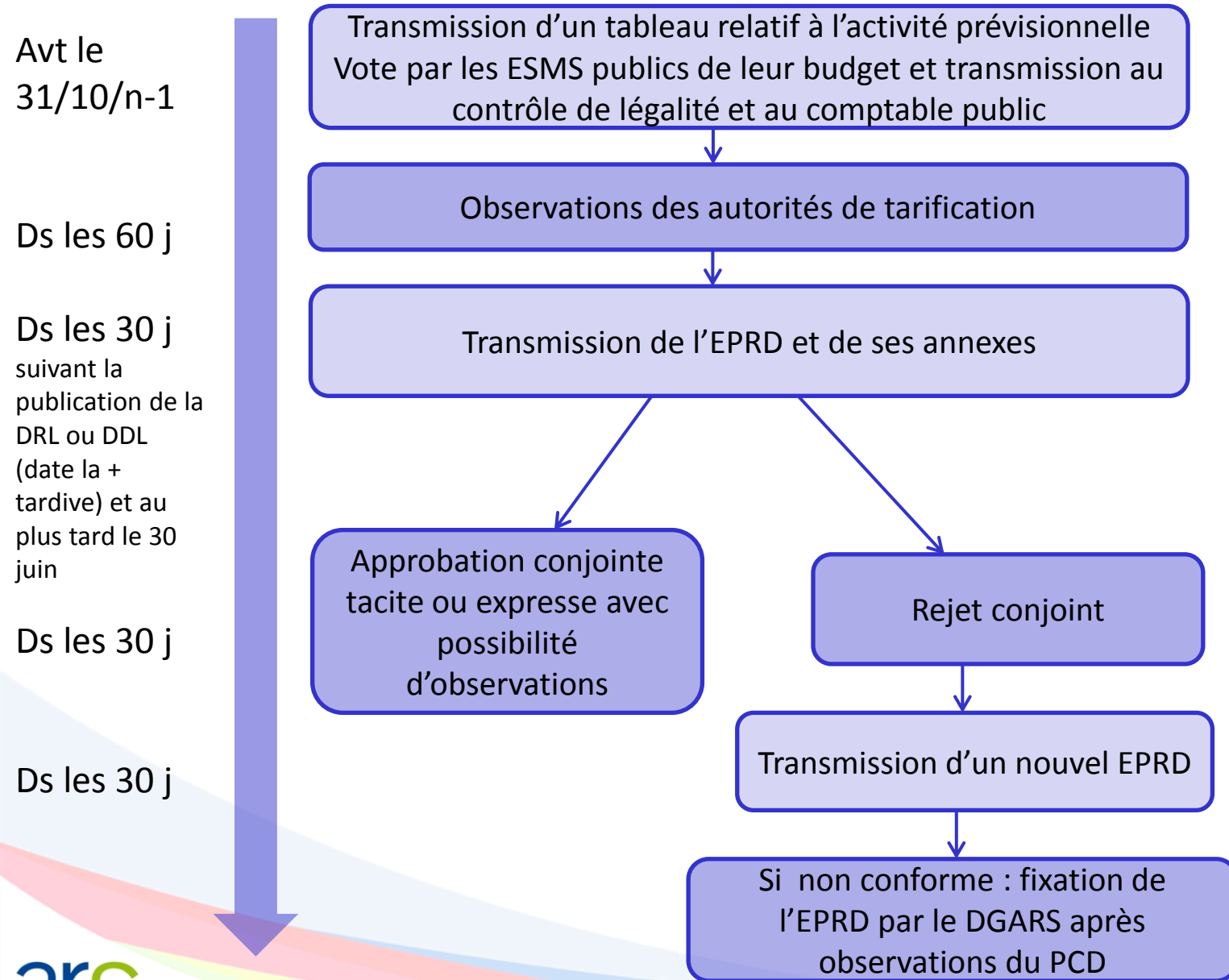
## Structure générale du plan de financement sous EPRD



	<b>PPI</b>	<b>PGFP</b>
Objectif	Disposer d'une vision par EMS	Suivre le programme d'investissement au niveau du CPOM (trajectoire financière sur une période glissante de 6 ans)
Délais de transmission	Dépôt à tout moment (non étudié par les AT dans le cadre de la campagne EPRD)	Transmis avec l'EPRD ( <b>intègre les PPI validés</b> ), annexé au CPOM

Travaux nationaux en cours pour supprimer les doublons entre PPI et PGFP

# Calendrier de la procédure EPRD



## Modalités de dépôt de l'EPRD

S'agissant d'une **transmission au plus tard le 30 juin, en l'absence de notification des décisions tarifaires** :

- l'EPRD peut inclure des sommes escomptées ;
- L'absence d'observations de l'autorité de tarification ne vaut pas engagement de notification de ces financements.

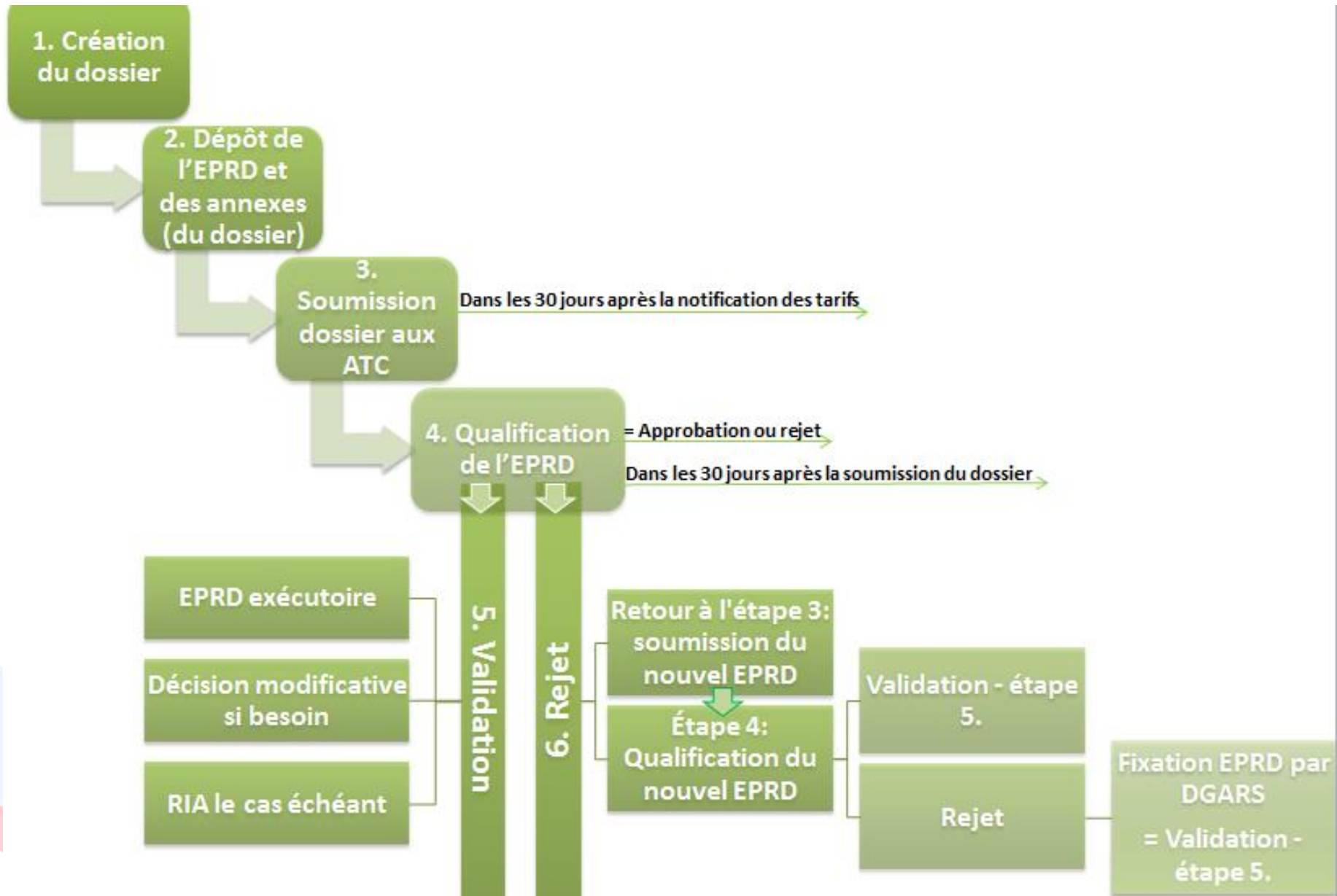
**L'ensemble de la procédure est dématérialisée** (dépôt et approbation)

<http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/reforme-de-la-tarification>

Téléchargement des cadres sur le site de la DGCS;

Un dépôt des EPRD via la plateforme ImportEPRD

# Cycle de vie du dossier dans ImportEPRD





## Au cours du cycle de vie du dossier

- A la création:
  - **1 dossier créé par EPRD** devant être déposé par l'OG (pour un seul et même compte)
  - Contrôles de conformité des fichiers
- Après soumission:
  - réception d'un mail accusant réception par les ATC, à partir duquel le **délai des 30 jours** commence à courir;
- Au moment de la qualification:
  - Décision qui porte sur **l'ensemble du dossier**;
  - Réception d'un mail par l'OG l'informant de la qualification de son dossier;
  - En cas de rejet, le **délai des 30 jours** commence à courir à réception de ce mail.

# Équilibre réel, équilibre strict et équilibre des DNA

## 5 conditions d'équilibre réel pour les EHPAD :

1. Les produits de la tarification sont ceux notifiés
2. Les recettes et les dépenses sont évaluées de façon sincère
3. Le remboursement de la dette en capital ne doit pas être couvert par le produit des emprunts, sauf dans le cas de renégociation de ceux-ci
4. La capacité d'autofinancement est suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice
5. Les recettes affectées doivent être employées à l'usage auquel elles sont prévues.

Les CRP des EHPAD inclus dans le périmètre du CPOM peuvent présenter un déficit prévisionnel qui doit rester compatible avec le plan global de financement pluriannuel (PGFP);

**Équilibre strict** (charges = produits après correction du résultat) : activités relevant de la compétence du Préfet ou celles relevant d'une compétence DGARS et/ou PCD et non incluses dans le CPOM

Les CRP relatifs aux services industriels et commerciaux (SIC) et aux dotations non affectées (DNA) sont présentés en équilibre ou en excédent

# Les critères d'analyse financière de l'EPRD par les autorités de tarification (1/3)

## 1. L'analyse des grands équilibres du bilan financier

<table border="1"><tr><td>FR</td></tr><tr><td>BFR</td></tr></table>	FR	BFR	FR nul Trésorerie nulle	OK	
FR					
BFR					
<table border="1"><tr><td>FR</td></tr><tr><td>BFR</td></tr><tr><td>Trésorerie</td></tr></table>	FR	BFR	Trésorerie	FR positif Trésorerie positive	OK
FR					
BFR					
Trésorerie					
<table border="1"><tr><td>FR</td></tr><tr><td>BFR</td></tr><tr><td>Trésorerie</td></tr></table>	FR	BFR	Trésorerie	FR positif Trésorerie négative	Attention
FR					
BFR					
Trésorerie					
<table border="1"><tr><td>FR</td></tr><tr><td>BFR</td></tr><tr><td>Trésorerie</td></tr></table>	FR	BFR	Trésorerie	FR négatif Trésorerie positive	Attention
FR					
BFR					
Trésorerie					
<table border="1"><tr><td>FR</td></tr><tr><td>BFR</td></tr><tr><td>Trésorerie</td></tr></table>	FR	BFR	Trésorerie	FR négatif Trésorerie négative	Refus
FR					
BFR					
Trésorerie					

# Les critères d'analyse financière de l'EPRD par les autorités de tarification (2/3)

## 2. L'analyse des ratios financiers incontournables

Durée apparente de la dette	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ &lt; 10 ans</li> </ul>
CAF Nette	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ &gt; 0</li> <li>✗ &lt; 0</li> </ul>
Taux CAF	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ + 7 %</li> <li>⚠ Entre 7 % et 5 %</li> <li>✗ &lt; 5 %</li> </ul>
Marge Brute d'exploitation	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ &gt; 8 %</li> <li>⚠ Entre 8 % et 5 %</li> <li>✗ &lt; 5 %</li> </ul>
Vétusté des immobilisations : - Construction - Autres immo corporelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ &lt; 40 %</li> <li>⚠ Entre 40 % et 75 %</li> <li>✗ &gt; 70 %</li> </ul>

# Les critères d'analyse financière de l'EPRD par les autorités de tarification (3/3)

## 3. Au besoin, l'analyse des ratios financiers complémentaires

Vétusté des immobilisations : - Construction	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ &lt; 50 %</li> <li>⚠ Entre 50 % et 75 %</li> <li>✘ &gt; de 75 %</li> </ul>
Vétusté des immobilisations : - Des installations techniques, matériel et outillage	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ &lt; 50 %</li> <li>⚠ Entre 50 % et 75 %</li> <li>✘ &gt; de 70 %</li> </ul>
Trésorerie en jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ &gt; 40 jours</li> <li>⚠ Entre 30 jours et 40 jours</li> <li>✘ &lt; de 30 jours</li> </ul>
FR en jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ &gt; 40 jours</li> <li>⚠ Entre 30 jours et 40 jours</li> <li>✘ &lt; de 30 jours</li> </ul>
BFR en jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>✔ &gt; 40 jours</li> <li>⚠ Entre 30 jours et 40 jours</li> <li>✘ &lt; de 30 jours</li> </ul>

## Approbation des décisions modificatives dans les mêmes conditions que l'EPRD

Initiative	Conditions
Par l'OG, dans un délai d'un mois	<ul style="list-style-type: none"><li>- Un groupe fonctionnel ayant un caractère limitatif est insuffisamment doté (établissements publics)</li><li>- Une dépense engagée sur un compte insuffisamment doté est de nature à bouleverser l'économie générale du budget</li><li>- Évolutions de l'activité de l'EMS ou de son niveau de dépenses incompatibles avec le respect de l'économie générale du budget</li></ul>
Par l'autorité de tarification, par décision motivée	<ul style="list-style-type: none"><li>- modification, postérieurement à la fixation du tarif, des dotations limitatives</li><li>- Prise en compte d'une décision du juge des tarifs</li><li>- Affectation du résultat non conforme aux objectifs du CPOM</li><li>- Demande de reversement de certains montants (dépenses sans rapport ou hors de proportion, recettes non comptabilisées)</li></ul>

# Documents de clôture de l'exercice comptable

## L'ERRD : composition (art.R.314-231/232 du CASF)

### 1. Un cadre proche de celui de l'EPRD

- 4 composantes : CRP – CAF – Tableau Financement – Equilibres financiers et ratios

### 2. Un compte d'emploi pour chaque CRP

- Une Annexe Activité
- Détail des charges couvertes pour chaque financeur (exemple : forfait Soins, Dépendance et Charges Hébergement pour un EHPAD)
- Tableau des effectifs, rémunérations et charges
- PPI actualisé : liste des acquisitions d'immobilisations mises à jour

### 3. Un rapport financier

- Exécution budgétaire
- Activité et fonctionnement suivant objectifs du contrat
- L'affectation du résultat par CRP

#### **Point d'attention :**

*Le compte d'emploi détaille les charges couvertes par chacun des financeurs. Pour les EHPAD, la répartition par section tarifaire de certains postes est moins encadrée (fournitures hôtelières, AS/AMP) !?!*

Support : EHESP – IdM – JMLR



Transmission avant le 30/04/N+1

Pour les EPS : 1 document à visée tarifaire, transmis avant le 8/07/N+1

# L'affectation du résultat (hors EPS) 1/2

## Dans l'attente du CPOM :

- Affectation des résultats liés à l'hébergement des EHPAD HAS par le CD
- Possibilité des autorités de tarification de s'opposer à l'affectation des résultats

**2017-2018** : possibilité de minorer ou majorer les forfaits soins par la reprise du résultat

## Dans le cadre du CPOM :

- Affectation des résultats conformément aux objectifs du CPOM
- Possibilité d'affecter le résultat en diminution du tarif en cas d'affectation non conforme au CPOM ou si le CPOM le prévoit ou en cas de dépenses sans rapport ou manifestation hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables
- Possibilité d'une affectation croisée entre ESMS si le CPOM le prévoit

Attente de travaux nationaux sur l'apurement du compte 114



## L'affectation du résultat (hors EPS) 2/2

Les résultats du compte de résultat principal et de chaque compte de résultat annexe sont affectés, au cours de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte, selon les modalités suivantes :

- **L'excédent d'exploitation est affecté :**

1. En priorité, à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. A un compte de report à nouveau ;
3. Au financement de mesures d'investissement (**sauf EHPAD lucratifs**);
4. À un compte de réserve de compensation ;
5. À un compte de réserve de trésorerie dans la limite de la couverture du BFR (**sauf EHPAD lucratifs**);
6. A un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité (**sauf EHPAD lucratifs**)

- **Le déficit de chacun des comptes de résultat est :**

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

## Rappel des obligations spécifiques aux établissements publics

Documents	Soumission contrôle de légalité	Transmission au comptable public
Budget voté le 31/10/N-1	Pour être rendu exécutoire	Pour mise en œuvre au 1/01/N
Décisions modificatives (délibération du CA)	X	X
Virements de crédits abondant le GII (limitatif) : délibération du CA	X	X
Virements de crédits abondant les GI et III (évaluatifs, sauf EPRD fixé d'office) : compétence du directeur		X

# Rappel des obligations spécifiques aux établissements publics de santé

- Transmission d'un Etat Prévisionnel des Charges et des Produits (EPCP) = document tarifaire complétant l'EPRD sanitaire
- L'EPCP n'est pas soumis à approbation, mais peut faire l'objet d'observations
- Il se compose :
  - d'un ou plusieurs CRPA par activités médico-sociales
  - D'une fiche récapitulative à titre d'information portant sur la contribution de chacun des résultats comptables et annexes à la construction de la CAF globale et le tableau de financement prévisionnel de l'ensemble consolidé
  - D'un tableau de répartition des charges communes

Un seul EPCP est à transmettre pour l'ensemble des activités médico-sociales incluses dans le CPOM

- Il est à transmettre de manière distincte de l'EPRD sanitaire
- Transmission d'un état réalisé des charges et des produits et d'un compte d'emploi des activités médico-sociales pour le 8/07/N+1

# Ordre du jour

Introduction sur les principes généraux de la réforme

La forfaitisation dépendance et soins

CPOM : trame, procédure, rappel sur le tableau de bord ANAP

Le pilotage à la ressource par l'EPRD

Modalités d'accompagnement des ESMS (rôle de LaMars)

Déploiement de Viatrajectoire



La **MARS**

Mission d'Appui Régional Secteur médico-social

# Demi-journées d'information départementales 2017

# Préambule

**LaMARS** : missionnée par l'ARS PdL pour apporter son **appui** auprès des ESMS dans le cadre de la mise en place de **l'EPRD Médico-social** (en priorité pour les EHPAD et PUV puis progressivement les autres catégories).

Il s'agit d'accompagner les acteurs du secteur à **l'appropriation de l'EPRD**, ses composantes, ses enjeux, ses modalités de mise en place.

## Moyens :

- Proposer des **fiches pratiques et synthétiques** pour faciliter l'appropriation de l'EPRD.
- Encourager en région la culture de gestion, rappeler l'importance de l'analyse financière, et souligner la complémentarité des outils (CPOM/TDB Performance/EPRD).



## Actualités nationales

MàJ : 04/2017

### ----- EPRD -----

#### Cadre normalisé de présentation de l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) sous format Excel

Retrouvez différentes annexes sous format excel sur le site du [Ministère des Affaires sociales et de la Santé](#).  
*Point d'attention* : à l'ouverture des documents, seule la page de garde s'affiche. Il convient de la compléter (Finess, Catégorie), puis de cliquer sur le "+" vert (après renseignement de vos CRPA, si vous en avez) pour démasquer les onglets.

#### Cadre budgétaire de l'EPRD transitoire pour les ESMS publics dotés ou non de la personnalité juridique

Publication de l'INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux **établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1** du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du même code (cadre budgétaire M22).

Téléchargez le document : [ICI](#)

#### Plateforme Import ERPD

La CNSA développe actuellement une plateforme de collecte des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) à l'intention des établissements et services médico-sociaux concernés.  
Il s'agit d'une application web, dite Import EPRD. Cette dernière intégrera l'ensemble du processus de gestion de dépôt et de validation des documents budgétaires et financiers prévisionnels (EPRD et annexes). La plateforme sera opérationnelle au lancement de la campagne tarifaire 2017.  
Les procédures de connexion à la plateforme aux gestionnaires, aux conseils départementaux et aux ARS seront communiquées dans les jours à venir.


# Boîte à outils – L'espace Documentations-outils

## Espace Documentations-Outils


### Flash-info


04/2017 : EPRD :  
publication de  
nouvelles fiches  
repères dans l'espace  
Documentations-outils  
et plus d'informations  
dans les Actualités  
Nationales.


Déconnexion


 **ANAP : tableau de bord médico-social**


 **Indicateurs Flash : qualité et sécurité**


 **Étude régionale sur les SSIAD**


 **SESSAD de coordination**


 **Analyse des coûts en EHPAD - ENC**

 **Analyse financière : outil AutoDiagFi**


 **Investissement en ESMS**

 **Tarification et contractualisation**

 **Réforme de la tarification : EHPAD**

 **Réforme de la tarification : ESMS-PH**

 **Nomenclature RH des ESMS**

 **LaMARS : missions, rapports d'activité, interventions**






# Boîte à outils

## L'espace Documentations-outils



### Cadre et contenu de l'EPRD :

-  [Annexe "activité"](#)
-  [Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents à transmettre](#)
-  [Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents transitoires](#)

*Fiches pratiques de LaMARS (susceptibles d'être mises à jour selon les instructions nationales) :*

-  [Synthèse des modèles \(Arrêté du 27-12-2016\) par type de structure \(NEW\)](#)
-  [Fiche pratique LaMARS - Contenu de l'EPRD \(NEW\)](#)
-  [Fiche pratique LaMARS - Le PGFP \(NEW\)](#)

### Calendrier et procédure budgétaire :




-  [Circulaire du 10 octobre 2016 - calendrier de campagne budgétaire 2016-2017-2018](#)
-  [Article Hospimedia - 17 octobre 2016 - modalités de transmission des EPRD applicables aux Ehpad](#)

*Fiches pratiques de LaMARS (susceptibles d'être mises à jour selon les instructions nationales)*

-  [Fiche pratique LaMARS - Calendrier type](#)
-  [Fiche pratique LaMARS - par Catégorie \(NEW\)](#)
-  [Fiche pratique LaMARS - par Statut \(NEW\)](#)
-  [Fiche pratique LaMARS - Analyse ARS \(NEW\)](#)

### Logique de l'EPRD :

*Fiches pratiques de LaMARS (susceptibles d'être mises à jour selon les instructions nationales)*

-  [Fiche pratique LaMARS - Comprendre la logique \(NEW\)](#)
-  [Fiche pratique LaMARS - Les enjeux de l'EPRD \(NEW\)](#)
-  [Fiche pratique LaMARS - Equilibre financier - BRF - FRNG- Trésorerie \(NEW\)](#)



## Boîte à outils – Les fiches pratiques

- ❖ Trois fiches focalisées sur le contenu EPRD : Contenu / Comprendre la logique / PGFP.  
*Avoir une vision synthétique de l'EPRD : je comprends les documents qui composent l'EPRD ainsi que son déroulé.*



Fiches pratiques\_EPRD\_Contenu



Fiches  
pratiques\_EPRD\_Comprendre\_la\_logique



Fiches pratiques\_EPRD\_Le\_PGFP

Liste des documents et annexes de l'EPRD classique

Explications du déroulé de l'EPRD synthétique

Présentation du PGFP, composante de l'EPRD

## Boîte à outils – Les fiches pratiques

❖ Trois fiches récapitulatives : Enjeux / Equilibre Financier /Analyse

*Adopter une nouvelle posture : je m'approprie la réforme et la démarche et j'intègre les grands équilibres financiers à respecter dans le cadre du dialogue de gestion*



Fiches pratiques\_EPRD\_Les\_Enjeux



Fiches pratiques\_EPRD\_Equilibre\_Financier



Fiches pratiques\_EPRD\_Analyse ARS

Intégrer les changements méthodologiques et les impacts de l'EPRD

Les ratios essentiels :  
FR ; BFR ; TN ...

Les points d'attention  
Analyse ARS

# Boîte à outils – Les fiches pratiques

## ❖ Complément : la synthèse des modèles : quelles annexes pour quelles structures

Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents prévus pour les ESMS relevant d'un EPRD

Annexe	Modèles	Références CAF	Observations
Annexe 1	EPRD classique (Etat des prévisions de recettes et de dépenses)	<a href="#">B.314-211</a>	Tous ESMS hors Etablissements commerciaux (articles L.342-1 à L.342-6) - EPRD transitoires pour les structures relevant de l'article L.315-1
Annexe 2	EPRD simplifié	<a href="#">B.314-216</a>	Etablissements commerciaux assurant l'hébergement de personnes âgées (articles L.342-1 à L.342-6)
Annexe 3	Tableau de répartition de charges communes	<a href="#">B.314-216</a>	
Annexe 4	Tableau relatif à l'activité prévisionnelle	<a href="#">B.314-219</a>	4A: EHPAD et PUV (1 ou 2 <sup>e</sup> article 313-12) 4B: ESMS-PH (2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> , 5 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> du/de l'article L.312-1) et SSIAD (6 <sup>e</sup> du/de l'article L.312-1) 4B + 4C: pour ESMS accueillant des jeunes au titre de l'amendement Creton (article L.342-4) 4B + 4D: Services à domicile (R.314-130 et R.314-136)
Annexe 5	Annexes financières: Charges couvertes et sections tarifaires	<a href="#">B.314-223</a>	5A: Présentation tarifaire d'un EHPAD (1 ou 2 <sup>e</sup> article 313-12) 5B: Présentation tarifaire d'un EHPAD non habilité aide sociale (L.342-1 à L.342-6) 5C: Présentation tarifaire d'un ESMS bénéficiant d'un forfait soins (autres établissements relevant d'un cofinancement)
Annexe 6	Tableau prévisionnel des effectifs rémunérés	<a href="#">B.314-224</a>	6A: EHPAD et PUV (1 ou 2 <sup>e</sup> article 313-12) 6B: ESMS cofinancés: FAM et SAMSAH (5 <sup>e</sup> de l'article L.314-1) 6C: Autres ESMS
Annexe 7	Relevé infra- annuel	<a href="#">B.314-225</a>	7A: Autres ESMS (sauf relevant d'un EPS) 7B: Etablissements relevant de l'article L.342-1 à L.342-6 (non habilité aide sociale)
Annexe 8	ERRD (Etat réalisé des recettes et des dépenses)	<a href="#">B.314-232</a>	Tous ESMS (sauf relevant d'un EPS)
Annexe 9	Compte d'emploi	<a href="#">B.314-232</a>	Annexe relative à l'activité réalisée
			Tableau de présentation des charges et des produits
			Tableau d'affectation du résultat
			Tableau des effectifs et des rémunérations
			Tableau des charges fiscales sur rémunérations
Annexe 10	ERRD simplifié	<a href="#">B.314-233</a>	Etablissements commerciaux assurant l'hébergement de personnes âgées (articles L.342-1 à L.342-6)
Annexe 11	Etat réalisé des charges et des produits (ERCP)	<a href="#">B.314-233</a>	ESMS relevant d'un établissement public de santé (article R.314-242)
Annexe 12	Etat prévisionnel des charges et des produits (EPCP)	<a href="#">B.314-242</a>	ESMS relevant d'un établissement public de santé (article R.314-242)

# Boîte à outils – Cartographie des outils LaMARS

## Catalogue d'outils et supports au profit des ESMS

Enquêtes Indicateurs (Anap, Flash...)
Suivi d'activité (SSIAD, SESSAD...)
Réformes tarification (Serafin, EHPAD)
Cadre budgétaire
Analyse financière
Comptabilité analytique
Enquêtes de coûts
Dialogue de gestion
Investissement
Organisation
Autres

- **Quoi**
- **Information/Communication**
- **Supports pédagogiques créés par LaMARS**
- **Outils créés par LaMARS (excel)**



La **MARS**

Mission d'Appui Régional Secteur médico-social

**Aude Venière**

Contrôleur de gestion

**Marine Lebréquier**

Chargée de Mission

**11, bd Jean Sauvage, C.S. 40329 -  
49103 Angers Cedex 02**

Mail : [lamars@les-capucins-angers.fr](mailto:lamars@les-capucins-angers.fr)

Tél : 02 41 35 17 85

Site internet :

<http://lamars.fr/>