

Modulation des dotations au regard de taux d'occupation définis dans le CPOM et affectation des résultats

Les lois de financement de la Sécurité Sociale pour 2015 et 2016 ont généralisé le recours aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour les établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes en situation du handicap et tarifés par les Agences Régionales de Santé à titre exclusif ou conjointement avec les conseils départementaux.

Parallèlement, la loi d'adaptation de la société au vieillissement a généralisé le déploiement des CPOM dans les EHPAD et les Résidences Autonomie. Cette généralisation des CPOM a fait ensuite l'objet de différentes modifications législatives et réglementaires relatives à l'affectation des résultats ainsi qu'à la modulation des forfaits et dotations en fonction des taux d'occupation.

Le DECRYPTAGE de ce mois-ci est consacré à la présentation de ces différentes dispositions réglementaires. Après un rappel des différentes structures devant obligatoirement signer un CPOM dans les années à venir, il présente les conséquences du passage au CPOM sur la procédure budgétaire (passage à l'EPRD), les principes relatifs à l'affectation des résultats ainsi que les règles de modulations des dotations et/ou forfaits alloués par l'ARS et les conseils départementaux.

Texte de référence :

- Article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Article 75 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016
- Article 89 de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017
- Article 70 et 72 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018
- Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes relatifs aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats
- Arrêté du 4 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-174 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global dépendance des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 18 juin 2018 modifiant des modèles de documents prévus dans le chapitre IV du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles

SOMMAIRE

- A – Les différents Contrats Pluriannuels d’Objectifs et de Moyens obligatoires dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux
- B – Le passage au CPOM et le principe de libre affectation des résultats
- C – La modulation des dotations ou forfaits en fonction de taux d’activités

A – Les différents Contrats Pluriannuels d’Objectifs et de Moyens obligatoires dans les établissements et services médico-sociaux

Les Lois de financement de la sécurité sociale pour 2015 et 2016, ainsi que la Loi d’adaptation de la société au Vieillesse ont rendu obligatoire le recours à des contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens pour les gestionnaires de structures relevant du champ du handicap et des personnes âgées.

1. Les CPOM obligatoires dans le champ des établissements et services pour personnes en situation de handicap

Les établissements et services pour personnes en situation de handicap qui devront signer un CPOM sont ceux tarifés par le Directeur de l’Agence Régionale de Santé, soit à titre exclusif, soit conjointement avec le Président du Conseil Départemental et relevant des 2°, 3°, 5° et 7° du I de l’article L. 312-1 du Code de l’Action sociale et des familles à savoir :

- Les établissements ou services d’enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d’adaptation, c’est-à-dire les établissements accueillant des enfants en situation de handicap (IME, SESSAD, ITEP, IPEAP, CMPP...)
- Les Centres d’Accueil Médico-sociaux Précoces (CAMSP)
- Les Etablissements et Services d’Aide par le Travail (ESAT)
- Les Centres de Réadaptation Professionnelle (CRP) et les Centres Professionnels d’Orientation (CPO)
- Les établissements et les services, y compris les foyers d’accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l’insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ; c’est-à-dire les établissements et services généralement considérés comme des structures d’accompagnement d’adultes en situation de handicap (MAS, FAM, SAMSAH...)

L’ensemble de ces structures devra passer sous CPOM dans un délai de 6 ans. Un arrêté publié annuellement par le Directeur général de l’ARS et les Présidents des Conseils Départementaux fixe la liste des établissements et services devant signer un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens ainsi que la date prévisionnelle de cette signature.

REMARQUE

Les établissements et services relevant de la tarification exclusive du Président du Conseil Départemental ou d’une autre autorité de tarification (Préfet par exemple) peuvent également signer un CPOM mais celui-ci demeure facultatif.

2. Les CPOM obligatoires dans le champ des établissements et services pour personnes âgées

Dans le champ des établissements et services pour personnes âgées, les CPOM sont obligatoires pour les structures suivantes :

- Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- Les Résidences autonomes, c'est à dire les structures qui accueillent moins de 10% de GIR 1-2 et au maximum 15% de GIR 1 à 3

Les EHPAD doivent signer un CPOM avec le Directeur général de l'ARS et le Président du Conseil Départemental. Un arrêté publié annuellement par ces autorités fixe le calendrier prévisionnel de passage au CPOM sur un délai de 5 ans de tous les EHPAD de la Région.

Les Résidences autonomes doivent quant à elles signer un CPOM avec le Président du Conseil Départemental et, le cas échéant, le Directeur Général de l'ARS si la résidence autonomie bénéficie d'un forfait de soin courant. Ces CPOM doivent être signés d'ici le 1^{er} janvier 2021.

Si un gestionnaire gère à la fois des EHPAD et des Résidences autonomie, il pourra alors signer un CPOM commun à toutes les structures.

3. Les CPOM obligatoires pour les Services de Soins Infirmiers à Domicile ou des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

Les gestionnaires de SPASAD et ou de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), qui accompagnent à leurs domiciles des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap, doivent eux aussi signer un CPOM avec le Directeur Général de l'ARS dans un délai de 6 ans. Un arrêté annuel du Directeur Général de l'ARS fixe le calendrier de passage au CPOM des SSIAD de la Région.

REMARQUE

Un gestionnaire de structures relevant à la fois du secteur des personnes âgées et du handicap pourra :

- Soit regrouper l'ensemble des différents CPOM, chacun d'entre eux continuant à produire ses propres effets
- Soit intégrer les différents CPOM dans un CPOM unique, avec le cas échéant des objectifs transversaux et des objectifs propres à chaque type de structure

B – Le passage au CPOM et le principe de libre affectation des résultats

La généralisation des CPOM pour les établissements et services financés en toute ou partie par l'ARS dans le secteur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap modifie en profondeur la procédure budgétaire applicable ainsi que les modalités d'affectation des résultats.

1. Le CPOM et le passage à la procédure d'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et d'Etat de Réalisation des Recettes et des Dépenses (ERRD)

Le passage au CPOM a pour conséquence de profondément modifier la capacité d'action du gestionnaire des établissements et services médico-sociaux.

Ainsi, d'une logique d'approbation de charges, suite à la présentation d'un budget prévisionnel au 30 octobre de l'année N-1, les structures devront adresser un Etat Prévisionnel des Recettes et des

Dépenses qui est un document visant à présenter comment le gestionnaire entend utiliser les dotations qui lui sont allouées.

En fin d'exercice budgétaire, en lieu et place d'une approbation effective des dépenses suite à la présentation d'un Compte administratif, les gestionnaires devront adresser un Etat de Réalisation des Recettes et des Dépenses (ERRD). Le principe posé est celui de la non reprise des résultats (excédentaires ou déficitaires) et de la libre affectation de ces dernières, dans certaines limites.

Ainsi, d'un contrôle budgétaire à priori, le passage à l'EPRD et à l'ERRD conduit à un contrôle à postériori des dépenses des établissements et services sous CPOM.

REMARQUE

Si le passage à la procédure de l'EPRD/ERRD (ou à l'EPCP et à l'ERCP pour les EHPAD rattachés à une structure sanitaire) est effectif pour l'ensemble des EHPAD, cette nouvelle procédure budgétaire ne s'appliquera pour les établissements et services relevant du secteur du handicap (ainsi que pour les SSIAD et les SPASAD) qu'à compter de la signature du CPOM.

2. Le calendrier applicable à l'EPRD et à l'ERRD :

Le passage de la procédure à l'EPRD et à l'ERRD modifie profondément le calendrier budgétaire applicables aux gestionnaires.

a) L'annexe activités

Au 30 octobre de l'année précédente, le gestionnaire devra adresser un tableau relatif à l'activité prévisionnelle de l'année à venir, dont le modèle est fixé par arrêté.

b) L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

Le calendrier d'envoi de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses est le suivant :

- ✓ Si les autorités de tarification ont notifié les crédits avant le 31 mars de l'année d'exécution budgétaire, l'EPRD doit être déposé avec le 30 avril
- ✓ Si les autorités de tarification ont notifié les crédits après le 31 mars de l'année d'exécution budgétaire, l'EPRD doit être envoyé dans les 30 jours suivant la notification et au plus tard le 30 juin.

c) Le contenu de l'EPRD

L'envoi de l'EPRD (dont le modèle est fixé par arrêté) doit être accompagné des documents suivants :

- ✓ Un rapport budgétaire et financier portant sur
 - L'analyse globale des équilibres généraux, qui explicite les hypothèses retenues en matière de dépenses et de recettes et retrace les principales évolutions par rapport à l'année précédente
 - L'activité prévisionnelle et les moyens du ou des établissements et services, comparés aux derniers exercices clos, au regard notamment des objectifs du CPOM
 - L'analyse et l'évolution de la masse salariale
- ✓ En cas de cofinancement, une annexe financière permettant de retracer les charges couvertes par les différents financeurs ou les différentes sections tarifaires de chaque établissement et service
- ✓ Un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés de chaque établissement et service

- ✓ Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à chaque établissement et service
- ✓ Le cas échéant, le plan pluriannuel d'investissement actualisé
- ✓ Pour les foyers d'accueil médicalisé et les Centres d'adultes handicapés assurant un accueil de jour (cf. article L. 344-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles), un plan détaillant les modalités de transport.

d) L'approbation de l'EPRD

L'EPRD doit être approuvé par le Conseil départemental et l'Agence Régionale de Santé. Il fait l'objet d'une approbation tacite en l'absence de réponse des autorités de tarification dans un délai de 30 jours à compter de la réception de l'EPRD.

Toutefois, il peut également faire l'objet d'une approbation expresse dans des délais plus court. Si le gestionnaire est soumis à un plan de retour à l'équilibre arrêté dans le cadre du CPOM, l'approbation doit être expresse.

L'approbation de l'EPRD peut être assortie d'observations de la part des autorités de tarification, ainsi que d'une demande de relevé infra-annuel.

Dans la mesure où l'EPRD serait rejeté, un nouvel EPRD devra être envoyé dans les 30 jours suivants la notification de rejet.

Si cet EPRD est à nouveau rejeté, les autorités de tarification fixent alors l'EPRD dont les crédits par section tarifaire auront alors un caractère limitatif.

d) Les conditions d'approbation de l'EPRD

Afin que l'EPRD soit approuvé, celui-ci doit respecter les conditions suivantes :

- ✓ Chaque compte de résultat doit respecter l'équilibre réel
- ✓ Les produits de la tarification sont ceux notifiés
- ✓ Les recettes et les dépenses sont évaluées de façon sincère
- ✓ Les recettes affectées sont employées à l'usage auquel elles sont prévues
- ✓ Les comptes de résultats prévisionnels des ESMS inclus dans un CPOM peuvent présenter un déficit compatible avec le plan global de financement pluriannuel.
- ✓ Hors CPOM (pour les EHPAD), ils doivent être présentés à l'équilibre

e) L'ERRD

L'ERRD doit être envoyé au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'exercice budgétaire.

L'ERRD (dont le modèle est fixé par arrêté) doit être accompagné des documents suivants :

- ✓ Pour chaque compte de résultat :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, qui différencie le cas échéant les charges couvertes par les différents financeurs,
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, incluant les charges sociales et fiscales,
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats
 - Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ou au service
 - Le cas échéant le plan pluriannuel d'investissement
- ✓ Un rapport financier et d'activité portant sur :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du CPOM

- L'affectation des résultats

3. CPOM, ERRD et libre affectation des résultats :

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit la possibilité pour les gestionnaires publics et privés des structures d'établissements et services pour personnes en situation de handicap de définir, dans le cadre du CPOM, les modalités d'affectation des résultats.

Cette disposition avait été introduite pour les gestionnaires publics et privés d'EHPAD dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Cette affectation des résultats, qui demeure définie par la réglementation, devra être effectuée en lien avec les objectifs du CPOM.

Ainsi, les excédents pourront être affectés :

- ✓ En priorité, à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat
- ✓ A un compte de report à nouveau
- ✓ Au financement de mesures d'investissement
- ✓ A un compte de réserve de compensation
- ✓ A un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement
- ✓ A un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installation de mise aux normes de sécurité

Le déficit de chacun des comptes de résultats sera quant à lui :

- ✓ Couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat
- ✓ Le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat
- ✓ Pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat

REMARQUE 1

Dans l'attente de la signature d'un CPOM, l'autorité de tarification peut décider de l'affectation des résultats.

Par ailleurs, et en toute logique, l'apurement des déficits demeure prioritaire.

Enfin, l'autorité de tarification conserve son pouvoir d'affectation des résultats si celui-ci n'est pas conforme aux objectifs du CPOM. Elle pourra dès lors modifier une notification budgétaire.

REMARQUE 2

La réglementation précise que les résultats du compte de résultat principal et des comptes de résultat annexes sont affectés aux comptes de résultat dont ils sont issus.

Toutefois, une dérogation est possible pour les gestionnaires privés d'établissements et services dans la mesure où le CPOM le prévoit. Ils peuvent alors affecter les résultats entre les différents comptes de résultats c'est-à-dire entre différents établissements ou services relevant du CPOM.

C – La modulation des dotations ou forfaits en fonction des taux d'activités

Le législateur a introduit un principe de modulations des dotations ou forfaits alloués aux gestionnaires au regard de leurs taux d'activités.

Il convient de distinguer ici les règles applicables aux établissements et services pour personnes en situation de handicap de celles des EHPAD.

1. Les règles applicables aux établissements et services pour personnes en situation de handicap:

Il convient de distinguer ici les modalités de calcul des taux d'activités des conséquences de ceux-ci en matière de tarification.

a) Les modalités de calcul des taux d'activité

Dans la mesure où les activités des établissements et services pour personnes en situation de handicap peuvent être très diverses, la réglementation ne pose pas de principe sur les modalités de l'activité des structures.

Ainsi, des indicateurs de suivi de l'activité devront être inscrits dans le cadre du CPOM. A l'exception d'éventuelles clauses contraires justifiées par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, le taux d'activité sera évalué au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants :

- ✓ Le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service,
- ✓ Le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile
- ✓ Le nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile

Les taux d'activité à réaliser devront être définis entre les parties au CPOM.

b) Conséquences tarifaires d'un taux d'activité inférieur

Dans la mesure où l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le CPOM, et sous réserves de circonstances susceptibles de justifier toute ou partie de cette sous activité, la dotation globale ou le forfait global pourront faire l'objet d'un abattement qui sera préalablement communiqué au gestionnaire.

Ce pourcentage d'abattement devra être défini par établissement et service et ne pourra être supérieur à la moitié de la différence entre l'objectif d'activité fixé dans le CPOM et l'activité effectivement constatée.

EXEMPLE

Le gestionnaire et l'ARS ont défini un taux d'occupation d'une MAS à 96%. Si le gestionnaire réalise un taux d'occupation de 95%, sa dotation pourra être minorée de 0,5% maximum. Si le taux d'occupation est de 94%, la dotation pourra être minorée de 1%.

La minoration sera notifiée par le Directeur général de l'ARS et/ou le Président du Conseil Départemental lors de la notification de la dotation et/ou du forfait suivant l'exercice au cours duquel le taux d'activité fixé n'aura pas été atteint.

2. Les règles applicables aux EHPAD

a) Le principe posé par la réglementation au titre de l'hébergement permanent

L'activité des EHPAD étant, au titre de leur hébergement permanent, identique sur l'ensemble du territoire national, les seuils définissant les taux d'occupation ont été fixés au plan national.

Ainsi, tout EHPAD dont le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent sera inférieur à 95% se verra appliquer une minoration de ses forfaits soins et dépendances équivalent à la moitié de la différence entre le taux réalisé et le taux de 95%.

EXEMPLE

Si le gestionnaire a réalisé un taux d'occupation de 94%, ces forfaits soins et dépendance, au titre de l'hébergement permanent, seront minorés de 0,5 %.

REMARQUE 1

L'application du taux de minoration pourra ne pas être appliquée si le gestionnaire justifie de circonstances particulières n'ayant pas permis l'atteinte de ce taux d'occupation.

REMARQUE 2

Les absences de moins de 72 heures d'un résident (pour convenance personnelle ou en raison d'une hospitalisation) ne sont pas décomptées.

Ainsi, l'absence d'un résident pendant deux jours n'aura pas d'incidence sur le taux d'occupation. Par contre, s'il est absent 4 jours, il conviendra alors de comptabiliser ces 4 jours d'absence dans le calcul du taux d'occupation annuel.

b) Les exceptions au principe de la modulation sur l'hébergement permanent :

Dans la mesure où l'ensemble des EHPAD ne bénéficient pas à l'heure actuelle de forfaits plafonds, au titre de l'hébergement permanent, sur le soin et/ou la dépendance, la réglementation prévoit une montée en charge progressive du dispositif :

- ✓ si le forfait soin alloué au titre de l'hébergement permanent est supérieur ou égal à 100%, le principe de minoration s'applique. Il en est de même sur la dépendance,
- ✓ si le forfait soin alloué au titre de l'hébergement permanent est compris entre 90% et 100%, le seuil à partir duquel la modulation s'appliquera sera de 90% en 2018, 91% en 2019, 92% en 2020, 93% en 2021, 94% en 2022 et 95% en 2023. Cette règle s'applique également pour le forfait dépendance,
- ✓ si le forfait soin alloué au titre de l'hébergement est inférieur à 90%, aucune modulation ne peut être appliquée. Il en est de même pour le forfait dépendance.

c) La modulation applicable au titre de l'accueil temporaire ou des PASA/UHR

Concernant les prestations d'accueil temporaire ou au titre des PASA/UHR, des indicateurs de suivi de l'activité devront être inscrits dans le cadre du CPOM. A l'exception d'éventuelles clauses contraires justifiées par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, le taux d'activité sera évalué au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants :

- ✓ Le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service,
- ✓ Le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile
- ✓ Le nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile

Les taux d'activité à réaliser devront être définis entre les parties au CPOM.

Dans la mesure où l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le CPOM, et sous réserves de circonstances susceptibles de justifier toute ou partie de cette sous activité, la part du forfait global de soins et/ou de dépendance allouée au titre de l'accueil temporaire et/ des PASA/UHR pourra faire l'objet d'un abattement qui sera préalablement communiqué au gestionnaire.

Ce pourcentage d'abattement devra être défini par établissement et service et ne pourra être supérieur à la moitié de la différence entre l'objectif d'activité fixé dans le CPOM et l'activité effectivement constatée.

d) Conséquences tarifaires d'un taux d'activité inférieur

La minoration sera notifiée par le Directeur général de l'ARS et/ou le Président du Conseil Départemental lors de la notification de la dotation et/ou du forfait suivant l'exercice au cours duquel le taux d'activité fixé n'aura pas été atteint.