

Foire aux questions

Réforme de la tarification des EHPAD

Juillet 2017

TABLE DES MATIÈRES

CPOM

- Dans le cadre des CPOM des résidences autonomes, le gestionnaire qui a plusieurs RA sur un territoire peut-il signer un seul CPOM ?
- Des indicateurs de la qualité de la prise en charge sont-ils prévus dans les cadres ? Par exemple, le non recrutement d'effectifs qui entraînerait une dégradation de la prise en charge ?
- Il est fait référence dans plusieurs articles à la date de conclusion des CPOM. Cela concerne-t-il la date de signature ou la date d'effet du contrat (qui peut être antérieure à la date de signature) ?
- L'abattement appliqué dans le cadre d'une minoration est-il temporaire ? Sur quel exercice s'opère la retenue ? Doit-on faire une décision modificative en cours d'exercice ? Est-ce qu'il est entendu que la retenue est définitive ?
- L'abattement appliqué dans le cadre d'une minoration est-il temporaire ? Sur quel exercice s'opère la retenue ? Doit-on faire une décision modificative en cours d'exercice ? Est-ce qu'il est entendu que la retenue est définitive ?
- La durée de CPOM de 7 ans est dite maximale, donc cela veut dire qu'on ne peut pas aller au-delà même sur le secteur PH. A l'inverse peut-t-on prévoir des durées de CPOM plus courtes ?
- Les dispositifs HT et AJ rattachés à un EHPAD sont-ils soumis à l'EPRD ? Doivent-ils signer un CPOM ?
- Les accueils de jour autonomes doivent-ils signer un CPOM ?
- Signature des CPOM par les groupes commerciaux. Comment fait-on pour identifier le périmètre des CPOM des groupes et la « personne » qui est compétente pour signer le CPOM ?
- Une MARPA doit-elle signer un CPOM pour toucher forfait autonomie ?
- Un établissement de santé ayant des EHPAD (sites) sur 2 départements peut-il conclure 2 CPOM ou doit-il en conclure un seul ? Comment cela se passe pour l'EPRD ?
- Un même gestionnaire pour un SPASAD et un EHPAD : doit-on faire 1 seul CPOM ?
- Pouvez-vous « décoder » le II de l'article 5 (dans les dispositions diverses et transitoires) du décret 2016-1815 .
- Est-il possible de « lisser » les déficits relatifs aux exercices 2015 et 2016 sur 3 ans ?
- Pour les USLD. Sont-ils pris en compte dans le calcul du point GIR départemental ? On les tarifie normalement ? Peuvent-elles signer des CPOM ?
- Qui rédige et quel est le contenu de la proposition de CPOM transmise à l'organisme gestionnaire pour déclencher les délais de la procédure de minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature par l'organisme gestionnaire ?
- Si le CPOM est signé au 31 décembre N-1 avec effet au 1er janvier N, en quelle année se fait le passage à l'EPRD (basé sur la date de la signature, la date d'effet, ou la date la plus tardive des deux) ?
- Sur quelle programmation les SSIAD qui sont concernés par la conclusion d'un CPOM au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF doivent-ils être inscrits : PA, PH ou peuvent-ils faire l'objet de leur propre programmation ?
- Les SSIAD étaient « rattachés » dans leur ensemble (PA, ESA et PH) au cadre budgétaire PH. Avec la réforme, basculent-ils en EPRD selon leur nature ?

EPRD et PGFP

- Un gestionnaire public autonome gérant un EHPAD et d'autres services (FAM...), et n'ayant signé aucun CPOM doit-il déposer un EPRD avec un CRP EHPAD et un CRP FAM dès 2017 ? Si oui, quel est l'article qui fonde la réponse ?
- Dans le cas d'un EPRD à examiner conjointement, quelle procédure appliquer si une AT souhaite rejeter l'EPRD et que l'autre souhaite le valider ou ne pas se prononcer ?
- Doit-on prévoir un CRP par établissement (par FINESS ET) ou par catégorie d'établissement ? Dans l'exemple d'un CPOM avec 35 établissements, devons-nous avoir 35 CRP (soit autant que d'ET) ou 12 CRP (1 pour IME, 1 pour SESSAD, 1 pour IEM...)
- Si un gestionnaire gère plusieurs EHPAD, avant la signature d'un CPOM, doit-il déposer en 2017 un EPRD par EHPAD ou peut-il (ou doit-il) déposer un seul EPRD pour l'ensemble de ses EHPAD avec un CRP principal et des CRP annexes ?
- Un gestionnaire public non doté de la personnalité morale (CCAS) gérant 2 EHPAD et 1 SSIAD ayant pas signé de CPOM L. 313-12 IV ter doit-il déposer 1 EPRD avec 3 CRP ou 3 EPRD avec 1 CRP chacun ?

ERRD

- Quelle sera l'année de dépôt du 1er ERRD ?

ESLD

- Les ESLD sont-elles concernées par la réforme de la tarification ?

GMP et PMP

- En cas de pénurie de médecin valideur au sein du conseil départemental, est-ce que cela implique de prendre directement le GMP proposé par le médecin coordonnateur de l'établissement ? Si le GMP est trop ancien que se passe-t-il ?
- Quels PMP et GMP faut-il prendre en compte pour les EHPAD pour les cas d'ouverture d'EHPAD ou d'extension de l'établissement ?

Forfait global dépendance

- Les conseils départementaux (CD) ont-ils encore la possibilité de revoir les données prévisionnelles proposées par les établissements dans l'annexe activité, notamment lorsque celles-ci ne sont pas en adéquation avec l'activité réalisée et/ou le dernier GMP validé ?
- Quelle répartition des résidents retenir pour calculer notre somme des points GIR de 2017 (base de calcul aux tarifs dépendance) ? S'agit-il de la répartition déclarative proposée dans l'annexe activité ou de la répartition validée au dernier GMP ?
- Comment prend-on en compte les résidents de moins de 60 ans dans le calcul du forfait dépendance ?
- Le Département doit-il tenir compte du taux d'occupation prévisionnel de l'établissement pour calculer le montant de la participation des résidents et le montant des tarifs journaliers afférents à la dépendance applicables aux autres départements ?
- Le forfait versé à l'établissement doit-il déduire les participations des personnes hébergées : s'agit-il seulement du tarif GIR 5-6 ou faut-il déduire la participation liée aux ressources des usagers ? Celle-ci disparaît-elle ?

- Pour le calcul du forfait dépendance, doit-on valoriser les points GIR à partir de la colonne C ou la colonne E de l'annexe 3-6 ?
- Le décret prévoit que le rythme de mise en œuvre de la convergence des financements dépendance peut être aménagé dans le cadre des CPOM : est-il possible d'étendre cette possibilité aux établissements hors CPOM ?
- Comment appliquer la convergence dès 2017 alors que certaines CTP conclues en 2016 attribuent des crédits supplémentaires pour des recrutements ?
- Faut-il incorporer les résultats pour le calcul de la convergence des établissements ?
- Le forfait global relatif à la dépendance étant calculée par la somme des points GIR obtenus issus de la colonne E de l'annexe 3-6 du nombre de personnes hébergées et multiplié par la capacité autorisée HP, comprend-il les personnes de moins de 60 ans ?
- Le forfait global relatif à la dépendance inclut des financements complémentaires. Quelles dépenses peuvent être couvertes par les financements complémentaires négociés dans le cadre du forfait global dépendance ?
- Pour évaluer le forfait dépendance d'un nouvel EHPAD, il convient de prendre en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents fixé annuellement par arrêté du PCD. Sur quelle base ce niveau est calculé ?
- Lors de la prochaine campagne budgétaire, quelle sera la marge de manœuvre des CD dans la détermination de la valeur du point GIR ?
- Validation du Point GIR Départemental. Doit-on prendre un arrêté ou doit-on proposer une délibération à la commission permanente ?
- Calcul valeur point GIR départemental : pour les EHPAD privés commerciaux, les charges nettes 2016 doivent-elles être valorisées HT ou TTC ?
- Qu'implique la notion de clapet anti retour ?
- Peut-on moduler les places d'hébergement permanent dans le cadre du forfait dépendance ?
- Est-il possible d'introduire une modulation à la hausse pour les établissements qui seraient au-dessus du seuil de 95% de taux d'occupation ?
- L'activité afférente aux résidents de moins de 60 ans doit-elle être comprise dans le calcul du taux d'occupation ?
- La rédaction des arrêtés tarifaires entre départements pour la facturation des résidents domiciliés dans un autre département doit-elle être maintenue ?
- Une reprise des résultats déficitaires est-elle possible sur la dépendance notamment pour les résultats relatifs aux exercices 2015 et 2016 ?

Forfait global de soins

- Les dispositifs Personnes Handicapées Vieillissantes peuvent-ils entrer dans les « financements complémentaires » de l'article R 314-163 II du CASF ?
- Est-il possible de prévoir une modulation des dotations soins allouées au titre des modalités d'accueil particulières (accueil de jour et hébergement temporaire) ?
- Comment sera pris en compte le changement d'option tarifaire des EHPAD dans la construction des DRL ?

Petites unités de vie

- La circulaire DGAS/SD2C 2006 -217 prévoyait que les PUV médicalisée par SSIAD n'étaient pas tenus d'obtenir une autorisation de dispenser des soins. Certains PUV ont été autorisés par le seul Département. Faut-il refaire les arrêtés d'autorisation ?
- Les petites unités de vie sont-elles concernées par la réforme de la tarification ?

Procédure et analyse budgétaire

- En cas de dysfonctionnements, quels moyens d'action contre l'établissement dans le
- Est-ce que l'envoi des PPI actualisés, dans le cadre de la procédure EPRD, sera soumis à la procédure de validation classique des PPI (60 jours, ...) ?
- Existe-t-il des dispositions transitoires pour l'application de l'EPRD ?
- La réforme EPRD replace le directeur au centre de la gestion financière de son établissement. Le rôle du conseil du comptable public va être primordial. La DGFIP a-t-elle prévu un cycle de formation de ses comptables ?
- Les établissements PH (y compris les SSIAD) transmettent un EPRD en 2017 dès lorsqu'ils ont signé un CPOM nouvelle génération à compter du 1er janvier 2016. Il s'agit bien de tous les SSIAD y compris les SSIAD exclusivement PA ?
- Les règles de répartition 70/ 30 entre financeurs disparaissent-elles pour toutes les sections, pour tous les postes ou seulement pour les AS-AMP ? Quid des contrôles ? Si des dépenses sont inappropriées, pourront-elles faire l'objet d'un rejet ?
- Quelle analyse financière pour les établissements privés commerciaux ?
- Quelle analyse financière pour les établissements privés commerciaux ?
- Quelle est la définition de l'équilibre strict ?
- Quelles attentes en termes d'analyse d'ERRD ?
- Qui sera concerné par l'obligation d'équilibre budgétaire ? Les établissements qui ne doivent pas obligatoirement signer un CPOM sont-ils soumis à l'équilibre strict ?
- Si l'établissement procède à un recrutement alors qu'il n'a pas les moyens de le réaliser comment procède-t-on ?
- Un tableau explicitant les investissements majeurs est-il prévu, afin de permettre de valider l'opportunité des investissements et d'identifier si ces investissements ont déjà été validés ou pas ?

Tarifification hébergement

- Dans l'attente de la signature du CPOM, la procédure contradictoire sur le tarif hébergement est-elle encore d'actualité ?
- Les EHPAD sont en EPRD à compter de 2017 ; les résultats 2017 et suivants de leurs sections hébergement pourront-ils être repris en majoration ou minoration des tarifs ultérieurs en l'absence de CPOM signé ?

GLOSSAIRE

Cliquez sur une lettre

**A**

- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (Grille)
 AJ : Accueil de jour
 ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
 ARS : Agence régionale de santé
 AS-AMP : Aide-soignant – Aide médico psychologique
 ATC : Autorités de Tarification et de Contrôle

B

- BAPU : Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire

C

- CAFS : Centres d'accueil familiaux spécialisés
 CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce
 CASF : Code de l'action sociale et des familles
 CCAS : Centre communal d'action sociale
 CD : Conseil départemental
 CIAS : Centre intercommunal d'action social
 CMPP : Centres médico-psycho-pédagogiques
 CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
 CPO : Centres de pré-orientation
 CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 CRP : Compte de résultat prévisionnel
 CRP : Centres de rééducation professionnelle
 CRPA : Compte du Résultat Prévisionnel Annuel
 CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
 CTP : Conventions tripartites pluriannuelles

D

- DGARS : Directeur régional de l'agence régionale de santé
 DGFIP : Direction générale des Finances publiques
 DGOS : Direction générale de l'offre de soins
 DRL : Dotations régionales limitatives
 DSS : Direction de la sécurité sociale

E

- EHPAD : Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
 EPCP : Etat Prévisionnel des Charges et Produits
 EPRD : Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses
 ERRD : Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses
 ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer
 ESAT : Établissements et services d'aide par le travail

ESLD : Établissements de soins et de longs séjours
 ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

F

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

G

GIR (point) : Groupe iso-ressources (correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne) âgée.
 GMP : correspond à l'état de dépendance du résident

H

HAPI : Harmonisation et partage d'informations (Système d'informations partagé de la tarification du champ médico-social)

I

IEM : Institut d'Éducation Motrice
 IME : Institut Médico-Éducatif
 ITEP : Instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques

L

LFSS : Loi de finances de la sécurité sociale

M

MAS : Maisons d'accueil spécialisées

P

PA : Personnes âgées
 PACQ : Plan d'amélioration continue de la qualité
 PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
 PCD : Président du conseil départemental
 PGFP : Plan global de financement pluriannuel
 PH : Personnes handicapées
 PMP : Prix moyen pondéré
 PPI : Plan pluriannuel d'investissement
 PUV : Petites unités de vie

S

SAMSAH : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
 SESSAD : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
 SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
 SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

U

UHR : Unités d'hébergement renforcé
 USLD : Unités de soins de longue durée

● **Dans le cadre des CPOM des résidences autonomie, le gestionnaire qui a plusieurs RA sur un territoire peut-il signer un seul CPOM ?**

Oui. Aux termes des articles [D. 312-159-4](#) et [D. 312-159-5](#) du CASF, il apparaît que le Conseil départemental doit signer un CPOM avec chaque résidence autonomie éligible au forfait autonomie. Il sera néanmoins possible de conclure un seul CPOM avec chaque gestionnaire de résidences autonomie. Ainsi, si plusieurs résidences autonomie ont un même organisme gestionnaire, un seul CPOM pourrait être conclu, au niveau du département. Cependant, il n'est pas possible de conclure un CPOM pour plusieurs résidences autonomie qui ne seraient pas sous la responsabilité d'un même gestionnaire.

● **Des indicateurs de la qualité de la prise en charge sont-ils prévus dans les cadres ? Par exemple, le non recrutement d'effectifs qui entraînerait une dégradation de la prise en charge ?**

Non, il n'y a pas d'indicateurs qualité prévu dans les cadres en tant que tel.

En revanche, dans le cadre de la négociation des objectifs du CPOM, vous pouvez choisir de mettre en avant tel ou tel indicateur « qualité ». Dans le cadre de l'arrêté CPOM, parti a été pris de laisser la main aux ATC en lien avec les OG de définir au cas par cas les objectifs du CPOM, en lien avec les objectifs définis localement. Par ailleurs, l'instruction CPOM précise que : « l'ANESM a élaboré un guide publié fin 2016, intitulé : « *ESSMS : Valorisez les résultats de vos évaluations* ». En effet, dans le cadre de l'évaluation interne, sont remontés tous les 5 ans d'un certain nombre d'indicateurs (hospitalisation en urgence, qualité de l'accompagnement ...). Ces indicateurs ont vocation à alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). Ce guide aura notamment pour objet de vous permettre de faire le lien entre le suivi des indicateurs du PACQ et le CPOM, bien que le périmètre du PACQ soit plus large que celui des CPOM. Ainsi, le PACQ peut être un élément à suivre dans le cadre du CPOM. »

Il convient donc d'essayer de mettre en cohérence l'ensemble des indicateurs existants.

● **Il est fait référence dans plusieurs articles à la date de conclusion des CPOM. Cela concerne-t-il la date de signature ou la date d'effet du contrat (qui peut être antérieure à la date de signature) ?**

S'agissant de l'entrée en vigueur de l'EPRD, c'est la date de signature du CPOM qui fait foi => qu'un CPOM soit signé le 1/01 ou le 31/12 de l'année N, l'EPRD entrera en vigueur l'année N+1.

● **L'abattement appliqué dans le cadre d'une minoration est-il temporaire ? Sur quel exercice s'opère la retenue ? Doit-on faire une décision modificative en cours d'exercice ? Est-ce qu'il est entendu que la retenue est définitive ?**

L'abattement appliqué au forfait global de soins est temporaire. Dès lors que l'organisme gestionnaire signe un CPOM, il perçoit l'intégralité du forfait. Il n'y a pas de restitution prévue des financements qui leur auront été retirés. S'agissant des modalités de mise en œuvre, l'ARS peut appliquer la minoration soit durant l'exercice en cours soit lors de l'exercice suivant. Le décret laisse à l'appréciation de l'ARS les conditions de réalisation de cette minoration

- **L'abattement appliqué dans le cadre d'une minoration est-il temporaire ? Sur quel exercice s'opère la retenue ? Doit-on faire une décision modificative en cours d'exercice ? Est-ce qu'il est entendu que la retenue est définitive ?**

L'abattement appliqué au forfait global de soins est temporaire. Dès lors que l'organisme gestionnaire signe un CPOM, il perçoit l'intégralité du forfait. Il n'y a pas de restitution prévue des financements qui leur auront été retirés. S'agissant des modalités de mise en œuvre, l'ARS peut appliquer la minoration soit durant l'exercice en cours soit lors de l'exercice suivant. Le décret laisse à l'appréciation de l'ARS les conditions de réalisation de cette minoration

- **La durée de CPOM de 7 ans est dite maximale, donc cela veut dire qu'on ne peut pas aller au-delà même sur le secteur PH. A l'inverse peut t on prévoir des durées de CPOM plus courtes ?**

La durée des CPOM signés au titre du IV ter de [l'article L. 313-12](#) du CASF (CPOM EHPAD) ou de [l'article L. 313-12-2](#) (CPOM ESMS PH et SSIAD) est de 5 ans. En revanche, compte tenu de l'expérience du renouvellement des CTP, il est prévu un mécanisme permettant d'allonger les délais uniquement pour le CPOM relevant des dispositions du IV ter de [l'article L. 313-12](#) (CPOM EHPAD PUV). Dans ce cas, le CPOM peut être prorogé sans avenant pour une année supplémentaire. S'il ne peut être renouvelé au terme de ce délai, un nouveau délai d'un an est prévu et nécessite la signature d'un avenant.

- **Les dispositifs HT et AJ rattachés à un EHPAD sont-ils soumis à l'EPRD ? Doivent-ils signer un CPOM ?**

Les places d'AJ et d'HT adossées à un EHPAD sont contenues de fait dans le CPOM (c'est l'EHPAD qui porte une autorisation globale = autorisé pour X places d'HP, X places d'AJ, X places d'HT, plus PASA et/ou UHR le cas échéant). De plus, les places d'AJ et HT constituent les financements complémentaires alloués à l'EHPAD dans le cadre de la nouvelle tarification. Dès 2017, les EHPAD entrent dans la réforme budgétaire et comptable et doivent donc présenter un EPRD. L'AJ et l'HT seront donc inclus dans le périmètre de l'EPRD dès 2017 et seront inclus de fait dans le CPOM

- **Les accueils de jour autonomes doivent-ils signer un CPOM ?**

Oui, l'instruction du 10 octobre 2016 précise bien que les accueils de jour autonomes doivent signer un CPOM. L'exercice suivant la signature du CPOM ils seront soumis à l'EPRD.

- **Signature des CPOM par les groupes commerciaux. Comment fait-on pour identifier le périmètre des CPOM des groupes et la « personne » qui est compétente pour signer le CPOM ?**

L'extrait K-Bis permet de faire ce lien et devra être transmis à cet effet par les groupes. La LFSS pour 2017 permet cette faculté

● Une MARPA doit-elle signer un CPOM pour toucher forfait autonomie ?

Il convient au préalable de préciser que «MARPA » est un label et ne constitue pas une catégorie d'établissement. Il convient de préciser en amont si le label MARPA est attribué à une PUV ou à une résidence autonomie. Si c'est une PUV, cela entraîne la signature d'un CPOM relevant de l'article [L. 313-12](#) (IV ter). Dans ce cadre, l'option tarifaire devra être précisée (disposition de l'article [D. 313-17](#) du CASF). Si c'est une résidence autonomie, un CPOM sera conclu avec le CD uniquement ou bien si la résidence autonomie perçoit un forfait « soins », un CPOM signé avec le PCD et le DGARS (pour percevoir le forfait autonomie et le forfait soins).

Périmètre

● Un établissement de santé ayant des EHPAD (sites) sur 2 départements peut-il conclure 2 CPOM ou doit-il en conclure un seul ? Comment cela se passe pour l'EPRD ?

La conclusion d'un CPOM intégrant les deux EHPAD est possible dès lors que les deux conseils départementaux en sont d'accord et si les EHPAD dépendent de la même ARS.

Pour l'EPRD, les 2 EHPAD étant rattachés à un même établissement de santé, il n'y a qu'un EPRD, celui de l'établissement de santé. Cet EPRD comprendra 2 CRPA distincts correspondant à chacun des EHPAD et sera envoyé par l'établissement de santé le 1er janvier de l'année à laquelle il se rapporte.

Par ailleurs, lors de la phase de transmission des EPRD médico-sociaux (entre avril et juin de l'année à laquelle ils se rapportent), l'établissement devra produire et envoyer un Etat Prévisionnel des Charges et Produits (EPCP) intégrant les CRPA de chacun des EHPAD, et rappelant de manière synthétique les grands équilibres de l'établissement public de santé, qui constitue le CRPP (résultat, tableau de financement prévisionnel non détaillé). Cet EPCP doit être conforme à l'annexe 12 de l'arrêté du 27 décembre 2016

● Un même gestionnaire pour un SPASAD et un EHPAD : doit-on faire 1 seul CPOM ?

Non, le CPOM du SPASAD relève de l'article [L. 313-12-2](#) du CASF et l'EHPAD du CPOM prévu au IV de l'article [L. 313-12](#) du CASF. Le gestionnaire s'il le souhaite peut signer deux CPOM distincts ou un CPOM « EHPAD » qui peut être pluriactivités. Dans ce dernier cas, l'EPRD inclura le SPASAD l'exercice suivant la signature du CPOM.

S'agissant de l'expérimentation SPASAD intégré : La temporalité des CPOM de l'expérimentation SPASAD et de la réforme de la contractualisation des EHPAD sont un peu différents. En effet, les SPASAD qui souhaitent entrer dans le cadre de l'expérimentation d'un modèle intégré doivent signer un CPOM d'une durée de 2 ans avant le 30 juin 2017. Dans ce cas, le CPOM prendra fin le 29 juin 2019.

Il n'en demeure pas moins que les SPASAD qui font partie de l'expérimentation, devront à terme répondre aux obligations législatives prévues par les LFSS pour 2016/2017 en signant un CPOM relevant de l'article [L. 313-12-2](#) du CASF avant le 31 décembre 2021. Ainsi, compte tenu du calendrier de l'expérimentation SPASAD, il peut être envisagé que la programmation du CPOM obligatoire au titre de la LFSS pour le SPASAD ou le SSIAD, ne soit prévue qu'au terme du CPOM SPASAD (fin de l'expérimentation juin 2019).

Sinon, en pratique, il est tout à fait possible de signer un CPOM EHPAD (tripartite avec le PCD et l'ARS au titre du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF) comprenant les dispositions relatives à l'expérimentation SPASAD. Des conseils seront donnés dans l'instruction CPOM à paraître.

Dispositions transitoires

● Pouvez-vous « décoder » le II de l'article 5 (dans les dispositions diverses et transitoires) du décret 2016-1815 .

Le II de l'article 5 du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 prévoit des dispositions transitoires dans l'attente de la signature du CPOM

- Le 1° du II maintient une base juridique pour les CTP ayant prévu des financements pluriannuels en application de l'article **R.314-40 du CASF**
- Le 2° maintient les dispositions de l'article **D.314-205** pour les EHPAD couverts par une CTP dans l'attente de la signature du CPOM
- Le 3° prévoit la possibilité pour l'autorité de tarification de s'opposer à l'affectation du résultat prévue par l'organisme gestionnaire dans l'attente de la signature du CPOM.

Affectation des résultats

- À compter de l'exercice 2017, les résultats des établissements n'ayant pas signé de CPOM continuent d'être affectés par les autorités de tarification ou pas ? La liberté d'affectation des résultats prend-elle effet dès l'exercice 2017 même sans CPOM ?

Dans l'attente de la signature du CPOM, le 3° du II de l'article 5 du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 prévoit des dispositions transitoires relatives à l'affectation des résultats. Les autorités de tarification peuvent s'opposer à la proposition d'affectation des résultats prévue de l'organisme gestionnaire, en application de l'article **R. 314-234**.

- Au 1° du I de l'article 5 du même décret, il est prévu les modalités d'affectation des résultats de la section hébergement dans l'attente de la conclusion du CPOM. Lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale, le conseil départemental affecte les résultats de la section hébergement dans les conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 312-234 du CASF, avec incorporation possible d'excédents ou déficits antérieurs.

● Est-il possible de « lisser » les déficits relatifs aux exercices 2015 et 2016 sur 3 ans ?

Le décret prévoit qu'au titre des exercices 2017 et 2018, il est possible de prévoir des reports à nouveau déficitaire dans des conditions antérieures au décret (**art. R. 314-51 CASF**), avec par conséquent une reprise de déficit sur 3 ans, à partir du moment où la décision de reprise est arrêtée

USLD

- **Pour les USLD. Sont-ils pris en compte dans le calcul du point GIR départemental ? On les tarifie normalement ? Peuvent-elles signer des CPOM ?**

Les USLD ne sont pas incluses dans le champ de la réforme de la tarification des EHPAD, ni de la réforme de la contractualisation. Un rapport IGAS a été diligenté en 2016 qui préconise un nouveau modèle de tarification des USLD. Elles doivent continuer à signer des CTP afin de valoriser les prises en charges qu'elles réalisent.

Minoration du forfait global de soins

- **Qui rédige et quel est le contenu de la proposition de CPOM transmise à l'organisme gestionnaire pour déclencher les délais de la procédure de minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature par l'organisme gestionnaire ?**

Les délais de la procédure de déclenchement de la minoration du forfait global de soins courent à partir de la réception par l'organisme gestionnaire d'une proposition de CPOM transmise par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Cette proposition doit être rédigée conjointement par l'ARS et le conseil départemental. Il faut veiller à établir un projet suffisamment complet car il peut potentiellement aboutir à une signature. Enfin, le directeur général de l'ARS doit veiller à bien informer le Président du conseil départemental des avancées de la procédure en cours.

Passage à l'EPRD

- **Si le CPOM est signé au 31 décembre N-1 avec effet au 1er janvier N, en quelle année se fait le passage à l'EPRD (basé sur la date de la signature, la date d'effet, ou la date la plus tardive des deux) ?**

La conclusion du CPOM relevant de l'article **L. 313-12-2** (CPOM LFSS ESMS Handicap, AJA et SSIAD) entraîne la mise en place d'un EPRD, l'exercice suivant sa signature (dispositions de l'article **R. 314-39-2** du CASF qui a été créé par le décret du 21 décembre). Aussi, si la négociation d'un CPOM prend plus de temps que prévu et si le CPOM est signé en fin d'année N-1 pour un commencement d'exécution au 1er janvier N, l'EPRD devra être mis en place à compter de l'exercice N. De même, une signature en janvier N pour un commencement d'exécution immédiat n'entraîne le passage à l'EPRD que l'exercice suivant. Il vous appartient donc de bien anticiper la mise en place de l'EPRD avec l'organisme gestionnaire dès la négociation du CPOM.

SSIAD

- **Sur quelle programmation les SSIAD qui sont concernés par la conclusion d'un CPOM au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF doivent –ils être inscrits : PA, PH ou peuvent-ils faire l'objet de leur propre programmation ?**

Cela va dépendre de la politique de contractualisation que l'ARS souhaite mener. Les SSIAD devant faire partie d'une programmation, il vous est loisible de les inscrire :

- Tant dans la programmation « personnes âgées » que dans la programmation
- « personnes en situation de handicap » ;

Enfin, les SSIAD relevant de la compétence exclusive du DGARS rien ne semble s'opposer à ce qu'un arrêté définissant leur programmation soit pris par le seul DGARS.

- **Les SSIAD étaient « rattachés » dans leur ensemble (PA, ESA et PH) au cadre budgétaire PH. Avec la réforme, basculent-ils en EPRD selon leur nature ?**

En liminaire, il convient de souligner que tous les SSIAD passent à l'EPRD suite à la signature du CPOM relevant de l'article **L313-12** (IV ter) et de l'article L313-12-2, quel que soit le statut de l'organisme gestionnaire des SSIAD concernés.

En effet, ils ne sont inclus dans un EPRD au 1er janvier 2017 que dès lors qu'un CPOM, relevant des dispositions de l'article L313-12 (IV ter) ou de l'article L313-12-2, a été signé en 2016. Concernant les EHPAD, si un CPOM « EHPAD » n'a pas été signé par l'organisme gestionnaire, au moment du passage à l'EPRD au 1er 2017, l'EPRD sera élaboré pour les EHPAD uniquement. Puis ce même EPRD intégrera à une date ultérieure les autres établissements et services inclus dans l'EPRD, qui peuvent être des SSIAD, l'exercice suivant la signature du CPOM par l'organisme gestionnaire

Dans le cas des SSIAD publics rattachés à un établissement public hospitalier, les documents demandés dans le cadre médico-social, pour les activités SMS relevant d'un établissement public de santé, n'ont qu'une vocation tarifaire. Le cadre budgétaire et comptable applicable aux SSIAD relevant d'un établissement public de santé est déterminé par le code de la santé publique.

Dorénavant, le document demandé à l'organisme gestionnaire concerné, pour tous ses établissements et services sociaux et médico-sociaux, est l'Etat Prévisionnel des Charges et des Produits (EPCP), document simplifié par rapport à l'EPRD complet. Ce document se distingue de l'EPRD sanitaire (envoyé pour le 1er janvier n) et est à renvoyer lors de la campagne EPRD médico-sociale entre avril et juin n.

Dans le cas des SSIAD rattachés à un EHPAD public :

- Soit l'EHPAD est lui-même rattaché à un établissement public de santé, auquel cas le cas ci-dessus s'applique ;
- Soit le SSIAD est rattaché à un ESMS public autonome, gérant également un EHPAD. Les deux établissements/services sont inclus dans l'EPRD complet de l'organisme gestionnaire, qui comprend un compte de résultat prévisionnel (CRP) pour chacun d'entre eux. Le CRP principal est celui de l'EHPAD, dans le cas évoqué ci-dessus, et le CRP du SSIAD est un CRP annexe.
- Soit le SSIAD est rattaché à un ESMS public autonome qui ne gère pas un EHPAD. Dans ce cas, le SSIAD présente un EPRD complet à compter de l'exercice budgétaire et comptable suivant celui de signature du CPOM prévu à l'article L.313-12-2 du CASF. L'EPRD s'applique alors à l'ensemble des établissements/services de l'organisme public gestionnaire (un CRP pour l'ESMS public autonome et un CRP pour le SSIAD)
- Soit le SSIAD est rattaché à un CCAS, un CIAS ou une collectivité territoriale (ou à un ESMS lui-même rattaché à un CCAS, un CIAS ou une collectivité territoriale). Dans ce cas, le SSIAD présente un EPRD complet à compter de l'exercice budgétaire et comptable suivant celui de signature du CPOM prévu à l'article L.313-12-2 du CASF. L'EPRD s'applique uniquement au SSIAD (et aux éventuels autres ESMS gérés par le CCAS le CIAS ou la collectivité territoriale qui seraient, eux aussi, inclus dans le CPOM).

Dans le cas des SSIAD rattachés à un organisme gestionnaire privé, ils sont inclus dans l'EPRD, qui inclut des SSIAD et/ou d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux, selon son périmètre. De même selon l'organisation de l'organisme gestionnaire, le SSIAD fait l'objet, au sein de cet EPRD global, soit d'un CRP annexe soit du CRP principal.

Périmètre de l'EPRD

- **Un gestionnaire public autonome gérant un EHPAD et d'autres services (FAM...), et n'ayant signé aucun CPOM doit-il déposer un EPRD avec un CRP EHPAD et un CRP FAM dès 2017 ? Si oui, quel est l'article qui fonde la réponse ?**

Dès lors qu'un établissement public, autonome ou rattaché à une collectivité, comprend un ou plusieurs services entrant dans le champ d'application de l'EPRD (EHPAD ou ESMS en CPOM), l'EPRD s'applique à l'ensemble de ses activités et services y compris ceux dont la tarification relève d'une procédure contradictoire

Pour les établissements publics autonomes qui gèrent un EPHAD ou une PUV, le cadre transitoire en 2017 puis l'EPRD à partir de 2018 regroupera l'ensemble des activités sociales ou médico-sociales de l'établissement public. De même, les budgets annexes des CCAS ou CIAS comprenant un EHPAD ou une PUV devront faire l'objet d'une présentation en cadre transitoire en 2017, puis en EPRD à partir de 2018, sans attendre la conclusion d'un CPOM. Le cas échéant, ces documents sont appliqués à l'ensemble des activités incluses dans le budget annexe comprenant l'EHPAD ou la PUV. Cependant, pour ces derniers et hormis pour les PUV et les EHPAD, les autres activités sociales ou médico-sociales resteront soumises à une procédure contradictoire de tarification et à la production d'un budget prévisionnel tant qu'elles ne seront pas incluses dans le périmètre d'un CPOM

Approbation EPRD et PGFP

- **Dans le cas d'un EPRD à examiner conjointement, quelle procédure appliquer si une AT souhaite rejeter l'EPRD et que l'autre souhaite le valider ou ne pas se prononcer ?**

Le rejet de l'EPRD par l'une des deux autorités de tarification emporte le rejet de l'EPRD. Dès lors, l'organisme gestionnaire doit présenter un nouvel EPRD en tenant compte des motifs de rejet présentés par la ou les autorité(s) de tarification

En cas de désaccord des autorités, celle qui refuse son approbation le notifie au gestionnaire. Il convient de préciser que, bien que chaque autorité de tarification doive approuver séparément l'EPRD pour ses propres financements, il conviendra d'instaurer des échanges réguliers entre les différentes ATC notamment si l'une d'elle souhaite rejeter l'EPRD.

En effet, l'EPRD comprenant des établissements en CPOM avec des financements alloués dans ce cadre, il semble opportun de prévoir des procédures d'échanges d'informations entre les ATC. Ainsi, la copie de la notification au gestionnaire pourrait être adressée à l'autre ATC pour qu'elle en soit informée de la position retenue

En complément, avec l'outil « importEPRD » de la CNSA, l'ensemble de la procédure de dépôt et d'approbation de l'EPRD, a vocation à être entièrement dématérialisée.

Afin de faciliter la coordination de l’instruction des EPRD et dans l’optique de faciliter le processus de décision conjointe, l’application « ImportEPRD » prévoit également l’accès à un tableau commun, visible par tous les co-financeurs, des décisions enregistrées par chacun d’entre eux, en cours de processus (qui sont donc des propositions tant que la décision finale conjointe n’est pas arrêtée et en dehors d’une décision de rejet par l’un des co-valideurs).

Cadres EPRD et PGFP

- **Doit-on prévoir un CRP par établissement (par FINESS ET) ou par catégorie d'établissement ? Dans l'exemple d'un CPOM avec 35 établissements, devons-nous avoir 35 CRP (soit autant que d'ET) ou 12 CRP (1 pour IME, 1 pour SESSAD, 1 pour IEM...)**

Il y a bien un CRP par établissement/activité. Dans le cas d’un CPOM avec 35 ESMS, il y aura un CRP principal et 34 CRP annexes quelle que soit la catégorie de l’ESMS. Il n’y a pas un seul CRP pour l’ensemble des EHPAD ou des IME de l’EPRD.

En revanche, un certain nombre d’onglets de l’EPRD ont vocation à consolider l’ensemble des résultats des ESMS

- **Si un gestionnaire gère plusieurs EHPAD, avant la signature d'un CPOM, doit-il déposer en 2017 un EPRD par EHPAD ou peut-il (ou doit-il) déposer un seul EPRD pour l'ensemble de ses EHPAD avec un CRP principal et des CRP annexes ?**

L’organisme gestionnaire doit déposer un seul EPRD pour l’ensemble de ses EHPAD comprenant un CRP principal et des CRPA annexes

- **Un gestionnaire public non doté de la personnalité morale (CCAS) gérant 2 EHPAD et 1 SSIAD ayant pas signé de CPOM L. 313-12 IV ter doit-il déposer 1 EPRD avec 3 CRP ou 3 EPRD avec 1 CRP chacun?**

Conformément à [l’article R. 314-78](#) du CASF relatif à la présentation budgétaire des activités sociales et médico-sociales rattachées à un CCAS/CIAS, quel que soit le cadre budgétaire applicable à ces activités, un document budgétaire – budget prévisionnel ou EPRD selon le cas - doit être produit pour chaque budget annexe. Cela revient pour ces établissements à produire un EPRD complet par budget annexe, comme il produisait avant le passage à l’EPRD un cadre normalisé du budget prévisionnel par budget annexe.

Le passage à l’EPRD ne modifie pas la structuration budgétaire du CCAS ou du CIAS. Par exemple, un CCAS gérant deux EHPAD peut être organisé de deux manières différentes :

- Soit il dispose d’un seul budget annexe qui comprend les deux EHPAD : dans ce cas il produit un seul EPRD avec un seul CRP.
- Soit il dispose un budget annexe par EHPAD dans ce cas, il produit deux EPRD

ERRD

● **Quelle sera l'année de dépôt du 1er ERRD ?**

Le 1^{er} ERRD sera déposé en avril 2018 et il devra porter sur l'EPRD déposé en 2017

ESLD

● **Les ESLD sont-elles concernées par la réforme de la tarification ?**

Non, les ESLD ne sont pas concernées par la réforme de la tarification des EHPAD. Elles ne sont pas concernées par la convergence sur la dépendance et ne doivent donc pas être pris en compte pour le calcul de la valeur du point GIR départemental.

Évaluation des GMP et PMP

GMP et PMP

● **En cas de pénurie de médecin valideur au sein du conseil départemental, est-ce que cela implique de prendre directement le GMP proposé par le médecin coordonnateur de l'établissement ? Si le GMP est trop ancien que se passe-t-il ?**

Pour le calcul des équations tarifaires relatives aux soins et à la dépendance, il faut prendre en compte les derniers PMP et GMP validés par les médecins de l'ARS et du conseil départemental avant le 30/06 de l'année N-1.

Si des EHPAD ont des GMP validés « datés » (c'est-à-dire au-delà de 3 ans), il faut prioriser ces établissements dans la programmation des coupes afin que leurs GMP soient mis à jour. La périodicité de révision des GMP et PMP est d'environ 3 ans (avant la conclusion du CPOM et au cours de la 3^{ème} année de vie du CPOM). Compte tenu de la charge de travail que cette périodicité représente pour les médecins valideurs, il est prévu la possibilité pour les médecins de valider tacitement ou sur pièces des évaluations notamment lorsque celles-ci ne présentent pas de forte variation par rapport à la dernière évaluation validée. Au-delà de 4 mois le GMP ou le PMP proposé par le médecin coordonnateur est tacitement validé et doit être pris en compte dans la tarification

● **Quels PMP et GMP faut-il prendre en compte pour les EHPAD pour les cas d'ouverture d'EHPAD ou d'extension de l'établissement ?**

Les PMP et GMP à prendre en compte dans le cadre d'une ouverture d'EHPAD et dans l'attente d'une validation (qui doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement) sont prévus à l'article [L.314-2](#) II du code de l'action sociale et des familles :

- s'agissant du PMP, il faut prendre en compte la moyenne des besoins en soins requis fixée annuellement par décision du directeur / de la directrice de la CNSA ;
- s'agissant du GMP, il faut prendre en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental.

Dans le cas des extensions de places, en attente de la nouvelle validation des PMP et GMP, il faut retenir les derniers PMP et GMP de l'établissement concerné, en intégrant les nouvelles places à la capacité autorisée et financée afin de calculer les équations tarifaires

Calcul

- **Les conseils départementaux (CD) ont-ils encore la possibilité de revoir les données prévisionnelles proposées par les établissements dans l'annexe activité, notamment lorsque celles-ci ne sont pas en adéquation avec l'activité réalisée et/ou le dernier GMP validé ?**

Oui l'annexe activité contient des données déclaratives qui doivent permettre aux CD d'estimer une prévision de recettes à déduire pour calculer le forfait global relatif à la dépendance. Le CD peut revoir les données prévisionnelles notamment si elles ne sont pas en adéquation avec l'activité réalisée ou le dernier GMP validé.

L'article **R. 314-219** du code de l'action sociale et des familles précise que l'annexe activité n'est pas soumise à l'approbation des autorités, toutefois « *l'autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions* ».

- **Quelle répartition des résidents retenir pour calculer notre somme des points GIR de 2017 (base de calcul aux tarifs dépendance) ? S'agit-il de la répartition déclarative proposée dans l'annexe activité ou de la répartition validée au dernier GMP ?**

Pour le calcul du forfait global dépendance, il faut prendre en compte la somme des points GIR validée. Il est nécessaire de privilégier dans la programmation des validations AGGIR, les établissements dont les GMP sont les plus datés.

- **Comment prend-on en compte les résidents de moins de 60 ans dans le calcul du forfait dépendance ?**

Le décret **n°2016-1814** du 21 décembre 2016 prévoit des modalités particulières de calcul des prix de journée hébergement s'agissant des résidents de moins de 60 ans. Comme dans l'ancien système de tarification, ces résidents ne font pas l'objet d'un « girage », il est donc prévu un calcul incluant le tarif dépendance dans le tarif hébergement. Le calcul du prix de journée hébergement pour les résidents de moins de 60 ans est défini à l'article **R.314-188** du code de l'action sociale et des familles.

- **Le Département doit-il tenir compte du taux d'occupation prévisionnel de l'établissement pour calculer le montant de la participation des résidents et le montant des tarifs journaliers afférents à la dépendance applicables aux autres départements ?**

Oui, pour rappel, le forfait global dépendance comprend trois parties :

- Le forfait attribué à l'établissement par le Département d'implantation
- Le montant prévisionnel de la participation des résidents
- Les recettes prévisionnelles issues des tarifs journaliers facturés aux résidents « hors département »

Comme précisé au 3° de l'article **R.314-173** du CASF, les recettes issues des deux dernières composantes doivent tenir compte d'un taux d'occupation prévisionnel (annexe activité).

Si les conseils départementaux retiennent des recettes sur la base de 100% d'activité, les budgets dépendance seront nécessairement présentés en déséquilibre.

En effet, l'APA cessant d'être facturée au 1er jour d'absence, ils ne pourront jamais percevoir la totalité des montants dus au titre de la participation des résidents.

Le forfait dépendance versé par le département d'implantation se calcule donc comme suit : Forfait global dépendance – [(montant global participations * TO) + (montant global hors département * TO)]

- **Le forfait versé à l'établissement doit-il déduire les participations des personnes hébergées : s'agit-il seulement du tarif GIR 5-6 ou faut-il déduire la participation liée aux ressources des usagers ? Celle-ci disparaît-elle ?**

La participation des usagers en fonction de leurs ressources est maintenue conformément à l'article [R.232-8](#) du code de l'action sociale et des familles, elle obéit toujours aux mêmes règles que dans l'ancien système de tarification. Il faut la prendre en compte dans l'estimation de la part du forfait devant être versé par douzième par le CD, tout comme il faut estimer la facturation qui sera faite à d'autres CD pour les résidents ayant un domicile de secours dans un autre département. Il faut donc continuer à instruire des dossiers individuels d'APA.

- **Pour le calcul du forfait dépendance, doit-on valoriser les points GIR à partir de la colonne C ou la colonne E de l'annexe 3-6 ?**

L'article [R. 314-173](#) du CASF dispose que le niveau de perte d'autonomie pris en compte pour le calcul du forfait global relatif à la dépendance est valorisé à partir de la colonne E de l'annexe 3-6. Cette valorisation permet de regrouper les GIR et sert de base au calcul des tarifs journaliers dépendance

Convergence

- **Le décret prévoit que le rythme de mise en œuvre de la convergence des financements dépendance peut être aménagé dans le cadre des CPOM : est-il possible d'étendre cette possibilité aux établissements hors CPOM ?**

Non l'aménagement dérogatoire doit être contractualisé avec l'organisme gestionnaire dans le CPOM (III de l'article 5 du décret n°2016-1814).

- **Comment appliquer la convergence dès 2017 alors que certaines CTP conclues en 2016 attribuent des crédits supplémentaires pour des recrutements ?**

Si un établissement a reçu fin 2016 une dotation supérieure après prise en compte d'un nouveau GMP validé après le 30 juin 2016 ou dans le cadre la conclusion d'une CTP, il n'est pas pertinent de baisser sa dotation en 2017 sur la base de l'ancien GMP pour la remonter brutalement en 2018 quand sera pris en compte le GMP validé après le 30/06. Dans ce cas de figure, nous recommandons de ne pas donner une dotation inférieure à 2016 et de prendre en compte le GMP qui a déjà été utilisé pour la tarification 2016

● **Faut-il incorporer les résultats pour le calcul de la convergence des établissements ?**

Non, il faut calculer la convergence par établissement avant incorporation des résultats. La convergence est calculée à partir des produits de la tarification reconductibles

● **Le forfait global relatif à la dépendance étant calculée par la somme des points GIR obtenus issus de la colonne E de l'annexe 3-6 du nombre de personnes hébergées et multiplié par la capacité autorisée HP, comprend-il les personnes de moins de 60 ans ?**

Les personnes de moins de 60 ne font pas l'objet d'un « girage » pour autant ces résidents occupent une place dans l'établissement. Il n'est pas prévu de les exclure du calcul même si effectivement cela fausse quelque peu le calcul du forfait.

Il convient bien de déduire également les tarifs acquittés par les résidents non bénéficiaires conformément à l'article R. 314-58 du CASF

Financements complémentaires

● **Le forfait global relatif à la dépendance inclut des financements complémentaires. Quelles dépenses peuvent être couvertes par les financements complémentaires négociés dans le cadre du forfait global dépendance ?**

L'article [R.314-172](#) du décret [n°2016-1814](#) définit le forfait global relatif à la dépendance lequel se compose d'une part du résultat de l'équation tarifaire pour les places d'hébergement permanent et d'autre part de financements complémentaires négociés dans le CPOM. Le décret n'encadre pas les dépenses pouvant être couvertes par le forfait relatif à la dépendance, contrairement aux financements complémentaires prévus dans le forfait global de soins. Les dépenses couvertes par les financements complémentaires sont laissées à l'appréciation des conseils départementaux. Les modalités d'accueil particulières (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.) peuvent faire l'objet de financements complémentaires, s'il est possible de distinguer leurs financements de ceux des places d'hébergement permanent.

GMP moyen

- **Pour évaluer le forfait dépendance d'un nouvel EHPAD, il convient de prendre en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents fixé annuellement par arrêté du PCD. Sur quelle base ce niveau est calculé?**

Effectivement, le président du conseil départemental doit arrêter annuellement la valeur du niveau de dépendance moyen. Il faut le calculer en rapportant la production des points GIR pondérés à la capacité d'hébergement permanent. Le calcul est le suivant : (Total de production des points GIR du département) / (Capacité de places d'HP du département (hors USLD))

Valeur du point GIR départemental

- **Lors de la prochaine campagne budgétaire, quelle sera la marge de manœuvre des CD dans la détermination de la valeur du point GIR ?**

Les présidents des conseils départementaux arrêtent annuellement la valeur du point GIR. Pour l'exercice 2017, les présidents des CD peuvent fixer une valeur supérieure à celle résultant du calcul prévu au II de l'article 5 du décret n°2016-1814. Pour les exercices suivants, les PCD ne peuvent pas fixer une valeur inférieure à celle arrêtée au titre de l'exercice 2017

- **Validation du Point GIR Départemental. Doit-on prendre un arrêté ou doit-on proposer une délibération à la commission permanente ?**

L'article **R. 314-175** du CASF précise bien que « *le président du conseil départemental fixe chaque année, par arrêté pris au plus tard le 1er avril, une valeur appelée « point GIR départemental ».*

- **Calcul valeur point GIR départemental : pour les EHPAD privés commerciaux, les charges nettes 2016 doivent-elles être valorisées HT ou TTC ?**

La valeur du point GIR départemental doit être calculée à partir des charges nettes TTC, Elle comprend également la TVA à 5.5%. Le forfait calculé à partir de cette valeur de point GIR est donc TTC, de même que les tarifs qui en découlent. La part du forfait ou des tarifs perçus correspondant à la TVA, doit être ressortie (TVA collectée) lors de la comptabilisation des produits; la part des charges correspondant à la TVA peut être récupérée (TVA déductible).

- **Qu'implique la notion de clapet anti retour ?**

Le clapet anti-retour est un mécanisme de sécurité. En effet, grâce à ce mécanisme, la valeur du point GIR départemental arrêtée pour 2018 ne pourra être inférieure à celle de 2017 et ce afin de maintenir, a minima, le même niveau de financement des conseils départementaux.

Les conseils départementaux peuvent, en revanche, geler ou augmenter la valeur du point GIR départemental mais celle-ci ne pourra être inférieure à celle l'exercice précédent et en tout état de cause à celle arrêtée pour l'exercice 2017.

Modulation en fonction de l'activité

● Peut-on moduler les places d'hébergement permanent dans le cadre du forfait dépendance ?

Oui, il est prévu que le forfait dépendance puisse être modulé en fonction de l'activité de l'établissement. Les modalités de cette modulation du forfait dépendance sont prévues à l'article **R. 314-174** du code de l'action sociale et des familles. Le dispositif retenu est le même que celui prévu pour la modulation du forfait global de soins. La modulation s'applique lorsque le taux d'occupation réalisé par l'établissement est inférieur à un seuil prévu par arrêté ministériel.

Le taux d'occupation pris en compte est le dernier taux d'occupation connu, il peut donc s'agir des taux d'occupation n-1 ou n-2. Les absences de moins de 72 heures pour hospitalisation ou convenance personnelle sont comptabilisées en tant que journées réalisées dans le calcul du taux d'occupation. Le conseil départemental peut ne pas appliquer la modulation afin de tenir compte d'une situation exceptionnelle.

Le pourcentage d'abattement à appliquer au forfait dépendance est égal à la moitié de la différence entre le seuil de déclenchement de la modulation et le taux d'occupation réalisé par l'établissement.

La modulation du forfait relatif à la dépendance ne s'applique qu'à compter de l'exercice 2018.

● Est-il possible d'introduire une modulation à la hausse pour les établissements qui seraient au-dessus du seuil de 95% de taux d'occupation ?

Non. Ce mécanisme de modulation ne s'applique qu'en cas de taux d'occupation inférieur au seuil défini par arrêté ministériel

● L'activité afférente aux résidents de moins de 60 ans doit-elle être comprise dans le calcul du taux d'occupation ?

Les résidents de moins de 60 ans sont effectivement pris en compte dans ce calcul. En effet, ce sont des résidents qui occupent une place et à ce titre, leur statut n'entre pas en ligne de compte

Résident domicilié hors département

- **La rédaction des arrêtés tarifaires entre départements pour la facturation des résidents domiciliés dans un autre département doit-elle être maintenue ?**

Ces arrêtés tarifaires entre départements sont maintenus car la facturation à d'autres départements est maintenue, ils sont donc toujours nécessaires

Résultats 2015 et 2016

- **Une reprise des résultats déficitaires est-elle possible sur la dépendance notamment pour les résultats relatifs aux exercices 2015 et 2016 ?**

Les comptes administratifs des exercices 2015 et 2016 réalisés sous l'ancien mode de tarification des EHPAD feront l'objet d'un traitement en 2016 et 2017. Il est prévu que les résultats puissent être repris dans les forfaits 2017 et 2018, tant sur la dépendance que sur le soin.

A cet effet, les dispositions de l'article 6 du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de **l'article**

L. 312-1 du CASF sont les suivantes : « Au titre des exercices 2017 et 2018, par dérogation aux articles **R. 314-159** et **R. 314-171** du même code, dans leur rédaction issue du présent décret, les forfaits globaux de soins et les forfaits globaux relatifs à la dépendance mentionnés à l'article **L. 314-2** peuvent inclure un report à nouveau dans les conditions précisées à l'article **R. 314-106** du même code, dans sa rédaction issue du présent décret ».

● **Les dispositifs Personnes Handicapées Vieillissantes peuvent-ils entrer dans les « financements complémentaires » de l'article R 314-163 II du CASF ?**

Les actions pouvant être couvertes par des financements complémentaires mentionnés au II de l'article **R.314-163** du CASF prévoit la possibilité de financer des actions spécifiques mises en œuvre par un établissement pour accueillir et prendre en charge des personnes handicapées vieillissantes. Le financement de ces actions impactera l'enveloppe des « financements complémentaires » négociés entre l'ARS et l'OG dans le cadre du CPOM.

● **Est-il possible de prévoir une modulation des dotations soins allouées au titre des modalités d'accueil particulières (accueil de jour et hébergement temporaire) ?**

Effectivement, la modulation à l'activité pour les modalités AJ / HT est possible dans le cadre de la négociation du CPOM, notamment si des objectifs en termes d'activité n'étaient pas atteints.

● **Comment sera pris en compte le changement d'option tarifaire des EHPAD dans la construction des DRL ?**

La modification de l'option tarifaire depuis le 30 juin N-1 sera prise en compte dans la mesure où ces informations seront prises au 31/12/N-1 dans HAPI. Il revient donc aux ARS de mettre à jour ces données « en temps réel » dans l'application. Conformément à la loi, seules les données relatives au PMP et GMP seront prises au 30 juin N-1.

- **La circulaire DGAS/SD2C 2006 -217 prévoyait que les PUV médicalisée par SSIAD n'étaient pas tenus d'obtenir une autorisation de dispenser des soins. Certains PUV ont été autorisés par le seul Département. Faut-il refaire les arrêtés d'autorisation ?**

En application de l'article **L. 313-3** du code de l'action sociale et des familles, les petites unités de vie doivent être autorisées conjointement par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Si ce n'est pas le cas, il faut réviser les arrêtés d'autorisation.

L'option consistant à bénéficier d'une médicalisation au moyen d'un SSIAD extérieur est une option de tarification dérogatoire et non de droit commun. Le décret **n°2016-1814** du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits 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, prévoit de laisser la possibilité aux PUV de négocier un changement d'option tarifaire tous les 5 ans, lors de la signature du CPOM. Le choix de l'option tarifaire n'est donc ni définitif, ni inscrit dans l'arrêté d'autorisation de l'établissement.

Les petites unités de vie sont des EHPAD de petite capacité qui peuvent déroger à la tarification de droit commun. Les PUV signent des CPOM (avec le PCD et le DGARS) indépendamment de leur option de tarification.

- **Les petites unités de vie sont-elles concernées par la réforme de la tarification ?**

Les petites unités de vie doivent dorénavant conclure un CPOM au titre de l'article **L. 313-12 (IV ter)** et sont soumises à l'EPRD dès le 1er janvier 2017 quelle que soit leur option tarifaire. Lors de la conclusion du CPOM, les petites unités de vie doivent choisir leur option tarifaire conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du CASF. Elles peuvent opter soit pour une tarification au GMPS de droit commun, soit une tarification dérogatoire par la perception d'un forfait soins, ou du conventionnement avec un service de soins infirmiers à domicile SSIAD. Les PUV renouvellent leur choix tous les 5 ans, lors de la conclusion du CPOM.

● **En cas de dysfonctionnements, quels moyens d'action contre l'établissement dans le cadre d'une libre affectation des résultats ?**

La réforme modifie le cadre budgétaire et comptable et le principe retenu pour le CPOM relevant de **l'article L. 313-12** (IV ter) dit CPOM « EHPAD » est celui de la libre affectation des résultats.

Par exception, il reste possible de prévoir un mécanisme de reprise des excédents dans le CPOM pour les établissements autres que les EHPAD. En revanche, pour les EHPAD il ne peut plus y avoir de reprise de résultats en cohérence avec la mise en place d'une équation tarifaire qui objective l'allocation de ressources pour ces établissements.

Si l'affectation est « libre », les ATC disposent toujours de la possibilité de rejeter des charges dans certaines conditions (impact direct sur les tarifs de l'année N+1 sans mécanisme de report à nouveau antérieur). L'affectation proposée par le gestionnaire doit être cohérente avec les objectifs du CPOM et avec les perspectives financières de l'organisme gestionnaire. Les moyens d'actions pour mettre en lumière d'éventuels dysfonctionnements portent sur l'analyse des impacts financiers de ces derniers et non sur le respect d'une procédure administrative de fixation des tarifs. Des contrôles sur place et sur pièces peuvent être également réalisés.

Par ailleurs, si un établissement dysfonctionne, les mécanismes d'inspection/contrôle n'ont pas été modifiés. Ils sont toujours d'actualité et à la main des ATC en cas de dysfonctionnements ou de plaintes dans un ESMS.

Enfin dans le cadre du suivi du CPOM, et de la remontée des indicateurs, il est possible de réaliser un ou plusieurs dialogues de gestion supplémentaires à tout moment, en plus des deux dialogues prévus.

● **Est-ce que l'envoi des PPI actualisés, dans le cadre de la procédure EPRD, sera soumis à la procédure de validation classique des PPI (60 jours, ...) ?**

La procédure d'approbation des PPI n'est pas modifiée et est toujours réalisée parallèlement à celle de l'EPRD, selon des règles propres encadrées par l'article R314-20 du CASF :

- présentation selon un cadre fixé par arrêté (arrêtés du 22/10/2003 et du 24/01/2008) ;
- présentation par établissement ou service ;
- approbation tacite sous 60 jours.

En revanche, les PPI actualisés sont à annexer le cas échéant à l'EPRD. S'ils participent à l'analyse globale de l'EPRD et l'examen du caractère soutenable de la trajectoire prévue, ils ne peuvent constituer à eux seuls un motif de rejet et ne sont pas approuvés en tant que tels dans le cadre de la procédure relative à l'EPRD.

Il est opportun de rappeler que les PPI, comme auparavant, doivent faire l'objet d'une présentation et d'un dépôt distinct.

● Existe-t-il des dispositions transitoires pour l'application de l'EPRD ?

Oui, des dispositions transitoires sont prévues notamment pour les ESSMS publics qui utiliseront un cadre budgétaire transitoire en 2017 (ces dispositions ne concernent pas les activités rattachés à un établissement public de santé). L'instruction interministérielle [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) a été rédigée à cet effet.

Les autres catégories d'organismes gestionnaires utilisent d'ores et déjà les cadres EPRD en vigueur, mais des dispositions transitoires sont quand même à prendre en compte ([Titre 2 du décret n° 2016-1815](#) du 21 décembre 2016), notamment:

- la reprise possible de résultats sur les CA 2015 et 2016 ;
- le regroupement des EHPAD, d'un même gestionnaire, situés dans un même département au sein de l'EPRD, dans l'attente de la signature du CPOM ;
- le maintien de la procédure contradictoire pour le tarif hébergement, dans l'attente de la signature du CPOM (donc envoi d'un BP au CD, même si un EPRD est produit par ailleurs) ;
- la possibilité de s'opposer à l'affectation du résultat proposé par le gestionnaire, dans l'attente de la signature du CPOM.

● La réforme EPRD replace le directeur au centre de la gestion financière de son établissement. Le rôle du conseil du comptable public va être primordial. La DGFIP a-t-elle prévu un cycle de formation de ses comptables ?

Une formation sur l'EPRD sera dispensée à l'ensemble des comptables publics entre septembre et octobre 2017.

● Les établissements PH (y compris les SSIAD) transmettent un EPRD en 2017 dès lorsqu'ils ont signé un CPOM nouvelle génération à compter du 1er janvier 2016. Il s'agit bien de tous les SSIAD y compris les SSIAD exclusivement PA ?

Oui, il faut que les CPOM signés à compter du 1er janvier 2016 visent bien l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM ESMS PH, AJA, SSIAD). L'obligation de signer un CPOM au titre de la LFSS pour 2016, complété par la LFSS pour 2017 concerne les ESMS suivants : les instituts médico-éducatifs (au sens large du terme : IME, IEM ...), les instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP), les centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS), les jardins d'accueil spécialisés, les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation (CPO), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisé, les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD, qu'ils interviennent auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées, et les accueils de jour autonomes

- **Les règles de répartition 70/ 30 entre financeurs disparaissent-elles pour toutes les sections, pour tous les postes ou seulement pour les AS-AMP ? Quid des contrôles ? Si des dépenses sont inappropriées, pourront-elles faire l'objet d'un rejet ?**

Il existe trois tarifs qui correspondent à trois financements, dont le périmètre de charges couvertes est défini, certaines charges pouvant être prises en compte concurremment par les trois tarifs.

Une annexe à l'EPRD doit être jointe. Elle doit être renseignée, par ESSMS/activité, lorsque l'ESMS est cofinancé. Cette annexe financière permet d'identifier les charges couvertes par les différents financeurs (EHPAD, FAM, SAMSAH) en rappelant pour information les « clés de répartition historiques » entre sections tarifaires.

Cette annexe fait partie des documents annexes qui doivent accompagner la transmission de l'EPRD ([art. R314-223](#), 2°) sous peine d'incomplétude, cette dernière pouvant entraîner le refus de l'EPRD ([art. R314-225](#) CASF).

Si l'analyse globale de l'EPRD ne peut se fonder sur cette seule répartition de charges pour entraîner un refus, cette répartition peut en revanche contribuer à remettre en cause les grands équilibres prévisionnels présentés par l'organisme gestionnaire ou bien rentrer en contradiction avec les objectifs du CPOM

Concernant le contrôle de la bonne imputation des charges en fonction du financeur, l'autorité de tarification peut se fonder sur l'examen de l'annexe financière au regard des périmètres définis dans le décret [n°2016-1814](#) des charges pouvant être couvertes par les différents forfaits.

- **Quelle analyse financière pour les établissements privés commerciaux ?**

Pour ces établissements, c'est un EPRD simplifié qui est opposable. Cependant, ce document ne permet pas d'avoir une vision complète de la situation financière de ces établissements puisque la partie hébergement non administrée n'est pas retracée dans l'EPRD. Ainsi, l'analyse financière ne peut être que partielle.

Vous noterez qu'il est cependant possible de mobiliser les dispositions des [articles R314-56](#) et [R314-100](#) du CASF, qui permet aux ATC de demander à l'organisme gestionnaire, quel que soit son statut, toute pièce attestant de ses obligations, financières, sociales et fiscales. Ces pièces peuvent être un support supplémentaire éclairant sur la situation globale de l'organisme gestionnaire.

● Quelle analyse financière pour les établissements privés commerciaux ?

Pour ces établissements, c'est un EPRD simplifié qui est opposable. Cependant, ce document ne permet pas d'avoir une vision complète de la situation financière de ces établissements puisque la partie hébergement non administrée n'est pas retracée dans l'EPRD. Ainsi, l'analyse financière ne peut être que partielle.

Vous noterez qu'il est cependant possible de mobiliser les dispositions des [articles R314-56](#) et [R314-100](#) du CASF, qui permet aux ATC de demander à l'organisme gestionnaire, quel que soit son statut, toute pièce attestant de ses obligations, financières, sociales et fiscales. Ces pièces peuvent être un support supplémentaire éclairant sur la situation globale de l'organisme gestionnaire.

● Quelle est la définition de l'équilibre strict ?

La notion d'équilibre budgétaire se décline de plusieurs manières, ayant toutes un rôle dans le futur dispositif :

- L'équilibre budgétaire et financier, au sens de situation financière saine et viable, installant l'organisme gestionnaire (et/ou chacun des ESMS gérés) sur une trajectoire solide à long terme, en vue de pérenniser les activités mises en œuvre au service des usagers.
- L'équilibre budgétaire strict, qui est une obligation de présentation de prévisions budgétaires au sens où elles doivent être présentées à l'équilibre (ressources = dépenses).
- L'équilibre budgétaire non strict, où les prévisions budgétaires présentées peuvent comporter un excédent ou un déficit, appelé dans tout document relatif à la réforme, l'équilibre réel.
- L'équilibre des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics, en lien avec leurs obligations découlant du code général des collectivités territoriales et avec le contrôle de légalité auquel ils doivent se soumettre. Cette obligation co-existe avec celle de l'équilibre réel ou pas défini dans le cadre des règles budgétaires et financières propres aux ESMS.

Pour être en équilibre réel, l'EPRD doit respecter les conditions suivantes (art. R. 314-222 du CASF):

- Les produits de la tarification sont ceux notifiés ;
- Les recettes et les dépenses sont évaluées de façon sincère ;
- 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 ;
- La capacité d'autofinancement est suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice ;
- Les recettes affectées doivent être employées à l'usage auquel elles sont prévues.

● Quelles attentes en termes d'analyse d'ERRD ?

L'ERRD remplace le CA mais la procédure de contrôle de l'ATC diffère. En effet, l'ERRD ne fait pas l'objet d'une approbation en tant que tel et, dans la majeure partie des cas, l'affectation des résultats sera fixée par l'organisme gestionnaire. Il est entendu que l'ATC peut rejeter des dépenses, qui impacteront la dotation versée au titre de l'exercice suivant, mais les mécanismes de répercussion sur les tarifs ultérieurs sont modifiés. Il ne s'agit donc plus de vérifier la conformité à une procédure de fixation des tarifs mais de contrôler si la trajectoire globale envisagée par l'organisme gestionnaire le met en difficulté économique et financière ou bien si elle lui permet de bien mettre en œuvre ses activités au service des personnes accueillies. Comme il n'existe pas d'approbation, il n'y a pas de délai réglementaire arrêté. Cependant un examen est en tout état de cause attendu

● Qui sera concerné par l'obligation d'équilibre budgétaire ? Les établissements qui ne doivent pas obligatoirement signer un CPOM sont-ils soumis à l'équilibre strict ?

Dès lors qu'un établissement ou service relève de la compétence exclusive de l'ARS ou bien conjointe ARS/CD ou bien exclusive du CD et qu'il est inclus dans le CPOM, le CRP de cet établissement/service n'est pas soumis à l'équilibre strict.

Sont soumis à l'équilibre strict uniquement les établissements et services inclus dans l'EPRD mais non inclus dans le CPOM. Il peut s'agir notamment d'activités annexes de la compétence du préfet assurée par un établissement public.

Pour rappel, ces derniers ne peuvent pas être inclus dans le périmètre du CPOM, mais peuvent être inclus dans l'EPRD. En effet, les établissements publics ont l'obligation d'étendre l'EPRD à toutes leurs activités relevant de l'établissement entité juridique, et les établissements privés non lucratifs ont la possibilité d'étendre l'EPRD à tous leurs établissements et services relevant du même ressort territorial du contrat. S'agissant des établissements et services relevant exclusivement des CD, ils peuvent être intégrés dans le CPOM sous réserve de l'accord des parties, bien qu'ils ne soient pas visés par l'obligation de conclure un CPOM prévue aux articles **L. 313-12-2** ou **L. 313-12IVter**.

Par exemple, pour un CSAPA, relevant de la compétence exclusive de l'ARS (mais non concerné par l'obligation de signer un CPOM), la soumission à l'équilibre strict peut être différente selon les cas :

Dans le cas où il est géré par un organisme public autonome :

- Non inclus dans le CPOM => présenté en équilibre strict;
- Inclus dans le CPOM => non soumis à l'équilibre strict mais à l'équilibre réel;

Dans le cas où il est géré par un organisme privé non lucratif :

- Non inclus dans le CPOM => présenté en équilibre strict, présent ou absent de l'EPRD suivant choix;
- Inclus dans le CPOM => non soumis à l'équilibre strict mais à l'équilibre réel; Dans le cas des autres organismes gestionnaires :
- Non inclus dans le CPOM => Absent de l'EPRD;
- Inclus dans le CPOM => non soumis à l'équilibre strict mais à l'équilibre réel.

● **Si l'établissement procède à un recrutement alors qu'il n'a pas les moyens de le réaliser comment procède-t-on ?**

L'objectif de la réforme est entre autres de redonner à chacun le rôle qui lui est propre : gérer pour l'organisme gestionnaire et accompagner/planifier/contrôler pour l'ATC. De ce fait, si l'organisme gestionnaire dispose de plus de liberté dans sa gestion, afin de se réappropriier les moyens de pérennisation à long terme, ceci s'accompagne d'une responsabilisation accrue face aux choix de gestion effectués. Si les recrutements ou la politique qu'il mène le conduit à des difficultés financières, il sera opportun de conclure avec le gestionnaire un contrat de retour à l'équilibre.

Dans le cadre de la réforme et plus particulièrement des possibles difficultés financières dans lesquelles risque de se trouver un certain nombre d'établissements et services, un groupe de travail composé de la DGCS avec la CNSA, la DSS, la DGFIP, la DGOS, l'ANAP et certaines ARS, a été constitué. Il a pour objectif de définir des outils facilitant le repérage des ESMS en difficulté et permettant ensuite de les accompagner dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre par exemple.

● **Un tableau explicitant les investissements majeurs est-il prévu, afin de permettre de valider l'opportunité des investissements et d'identifier si ces investissements ont déjà été validés ou pas ?**

Non. Le PGFP et le tableau de financement prévisionnel sont inclus dans l'EPRD mais ils retracent les moyens financiers envisagés par l'organisme gestionnaire pour couvrir ses besoins en investissement, aussi bien recensés par établissement et service, qu'en prenant en compte la globalité du projet dans lequel s'insère chacun des établissements et services. Il s'agit donc d'un point de vue strictement financier, consolidé au niveau de l'organisme gestionnaire, qui ne rentre pas dans le détail des immobilisations acquises. C'est aussi pourquoi le PPI et son mécanisme de validation a été conservé en l'état et s'appliquera toujours pour les établissements et services sous EPRD.

Attente CPOM

- **Dans l'attente de la signature du CPOM, la procédure contradictoire sur le tarif hébergement est-elle encore d'actualité ?**

Dans l'attente de la conclusion du CPOM, l'EHPAD est toujours soumis à une procédure contradictoire pour la fixation du tarif hébergement. La réforme de la tarification a pour objectif de simplifier l'allocation de ressources en mettant fin à la procédure contradictoire pour les soins, la dépendance et l'hébergement. Ainsi, le CPOM conclu avec l'organisme gestionnaire doit fixer le taux de reconduction du tarif hébergement, en application de l'article R.314-42 du code de l'action sociale et des familles.

Après signature du CPOM, il n'y a plus de procédure contradictoire. Cependant, si certains départements prévoient déjà une fixation pluriannuelle du tarif hébergement dans le cadre de CTP en cours de validité, il ne faut pas réintroduire la procédure contradictoire dans l'attente du CPOM, car ce serait contraire à l'esprit de la réforme.

Reprise des résultats

- **Les EHPAD sont en EPRD à compter de 2017 ; les résultats 2017 et suivants de leurs sections hébergement pourront-ils être repris en majoration ou minoration des tarifs ultérieurs en l'absence de CPOM signé ?**

Le 1° du I de l'article 5 du décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 prévoit les modalités d'affectation des résultats de la section hébergement dans l'attente de la signature du CPOM. Lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale, le conseil départemental affecte les résultats de la section hébergement dans les conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article [R. 314-234](#) du CASF : lesquels ne prévoient pas l'affectation à la réduction des charges ni l'ajout aux charges des déficits.

Les résultats de la section hébergement peuvent donc, dans l'attente de signature du CPOM, être repris en majoration ou minoration des tarifs ultérieurs dans des conditions identiques à celles d'aujourd'hui.