



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R32-2019-186

PUBLIÉ LE 28 JUIN 2019

Sommaire

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-06-27-002 - AVIS D'APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL N° 2019 - 01 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes en grande précarité (24 pages)	Page 3
R32-2019-06-18-091 - Décision tarifaire portant fixation du forfait global de soins pour l'année 2019 de l'EHPAD LES CHENES à LE QUESNOY (8 pages)	Page 28
R32-2019-06-18-088 - Décision tarifaire portant fixation du forfait global de soins pour l'année 2019 de l'EHPAD LES RESIDENCES DU HAINAUT à HASPRES WALLERS (8 pages)	Page 37
R32-2019-06-18-090 - Décision tarifaire portant fixation du forfait global de soins pour l'année 2019 de l'EHPAD PAYS DE MORMAL à LANDRECIES (8 pages)	Page 46
R32-2019-06-18-085 - Décision tarifaire portant fixation du forfait global de soins pour l'année 2019 de l'EHPAD SIMONE JACQUES à AVESNES SUR HELPE (8 pages)	Page 55

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-06-27-002

AVIS D'APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL N° 2019
- 01

Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour
personnes en grande précarité

**AVIS D'APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL N° 2019 - 01
Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes
en grande précarité**

Autorité compétente pour l'appel à Projet

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE
Standard : 0 809 40 20 32

Service en charge du suivi de l'appel à projet :

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France
Direction de l'Offre Médico-Sociale (DOMS)
Sous-direction Planification, Programmation, Autorisations
Service pilotage médico-social du vieillissement
3ème étage – bureau 314

Pour toute question :

Adresse courriel : ARS-HDF-AAP-MS@ars.sante.fr

CLÔTURE DE L'APPEL A PROJET : Lundi 30 septembre 2019 à minuit

L'avis, le cahier des charges et ses annexes sont disponibles à l'adresse <http://ars.hauts-de-france.sante.fr>:

- Cahier des charges + annexes :
 - ✓ Annexe 1 : Carte des territoires ciblés
 - ✓ Annexe 2 : Tableau des effectifs
 - ✓ Annexe 3 : Indicateurs d'activité
 - ✓ Annexe 4 : Liste des documents à fournir par le candidat
 - ✓ Annexe 5 : Fiche d'inscription à l'AAP
 - ✓ Annexe 6 : Critères de sélection et modalités d'évaluation des projets

1. Objet de l'appel à projet :

L'avis d'appel à projet médico-social n°2019 - 01 a pour objet la création de **Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes en grande précarité**. Cet appel à projet concerne les territoires de proximité nommés ci-dessous (cf. annexe 1):

Public concerné	Territoires de proximité	Nombre de places
Personnes en grande précarité	Calaisis - Boulonnais	25
//	Dunkerquois	25
//	Amiens-Montdidier	25
//	Beauvais - Clermont	25

L'appel à projet 2019 - 01 s'inscrit dans le cadre des articles L313-1 et suivants et R313- 1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

2. Cahier des charges :

Le cahier des charges de l'appel à projet annexé au présent avis sera téléchargeable sur le site de l'Agence Régionale de Santé à l'adresse :

<http://ars.hauts-de-france.sante.fr>

Sur demande auprès du service en charge de l'appel à projet, le cahier des charges pourra également être transmis par mail ou par courrier dans un délai de 8 jours suivant la demande.

3. Critères de sélection et modalités d'évaluation des projets :

Afin de garantir le principe d'égalité de traitement et de transparence des procédures, les critères de sélection et les modalités de cotation des projets font l'objet de l'annexe 6 du cahier des charges et sont également publiés sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France.

Les candidats pourront demander des précisions complémentaires sur l'appel à projet ou sur le cahier des charges au plus tard le 22 septembre 2019 par messagerie à l'adresse suivante :

ARS-HDF-AAP-MS@ars.sante.fr
Objet : AAP 2019-01 SSIAD Précarité

Une réponse sera apportée à l'ensemble des candidats par le biais d'une Foire Aux Questions qui sera mise en ligne sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France de manière régulière et au plus tard le 25 septembre 2019.

Les projets seront analysés par les instructeurs désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé qui seront chargés:

- de vérifier la recevabilité, la régularité administrative et la complétude du dossier, conformément aux articles R313-5 et suivants du code de l'action sociale et des familles,
- de vérifier l'éligibilité du projet au regard des critères définis dans le cahier des charges
- d'analyser au fond les projets en fonction des critères de sélection mentionnés dans l'annexe n°6.

Les projets dont le dossier aura été déclaré complet feront l'objet d'un examen par la commission d'information et de sélection dont la composition est fixée par décision du Directeur Général de

l'Agence Régionale de Santé. La date prévisionnelle de la commission d'information et de sélection est fixée au 28 novembre 2019.

La commission établira un classement des projets qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région Hauts-de-France et diffusé sur le site internet de l'ARS Hauts-de-France.

En application de l'article R313-6 du CASF, les décisions de refus préalables seront notifiées dans un délai de huit jours suivant la réunion de la commission.

Conformément à l'article L313-4 du code de l'action sociale et des familles, le Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France prendra les décisions d'autorisation sur la base du classement établi par la commission de sélection.

4. Pièces justificatives exigibles et modalités de dépôt des réponses :

❖ Chaque dossier de candidature comprendra :

1°) La fiche d'inscription reprise en annexe 5 du cahier des charges permettant d'identifier le candidat et le projet :

- L'identité du promoteur, qualité, adresse et contacts
- Identité du Service, implantation
- Territoire de proximité visée

2°) les éléments de réponse à l'appel à projet :

La liste des documents devant être transmis par le candidat est précisée dans l'annexe 4 du cahier des charges.

❖ Les dossiers de candidature seront adressés :

- **en 1 exemplaire, accompagné d'une clé USB.**

Attention, les éléments de réponse à l'appel à projet devront obligatoirement être insérés dans une sous-enveloppe cachetée avec la mention « NE PAS OUVRIR » et sera ouverte à l'issue de la période de dépôt.

- **En recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :**

**Agence Régionale de Santé Hauts-de-France
Direction de l'Offre Médico-Sociale
AAP Médico - social n° 2019-01 SSIAD Précarité
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE**

Les dossiers parvenus après la date limite de dépôt ne seront pas recevables.

5. Publication et modalités de consultation du présent avis :

L'avis d'appel à projet médico-social n°2019-01 sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région et sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France.

Fait à Lille, 27 JUIN 2019

Le Directeur de l'Offre Médico-Sociale

~~La Directrice Adjointe de l'Offre Médico-Sociale~~

~~Aline QUEVERUE~~

Sylvain Lequeux

CAHIER DES CHARGES

**Pour la création de Services de Soins Infirmiers à Domicile
pour personnes en grande précarité**

**APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL
N° 2019 - 01**

Adresse postale : 556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE - ☎ 0 809 40 20 32
Site Internet : www.ars.hauts-de-france.sante.fr

L'article R 313-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que **le cahier des charges de l'appel à projet** :

1. identifie les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, conformément aux schémas d'organisation sociale ou médico-sociale ainsi qu'au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie lorsqu'il en relève.
2. indique les exigences que doit respecter le projet pour attester des critères mentionnés à l'article L313-4 du code de l'action sociale et des familles. Il invite à cet effet les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit, afin notamment d'assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ou publics concernés.
3. autorise les candidats à présenter des variantes aux exigences et critères qu'il pose, sous réserve du respect d'exigences minimales qu'il fixe.
4. mentionne les conditions particulières qui pourraient être imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

I. Présentation du besoin médico-social à satisfaire et du type d'ESMS concerné

Au travers de l'enjeu prioritaire de réduction des inégalités sociale de santé, le Projet Régional de Santé 2018 - 2028 entend garantir un accès égalitaire au système de santé. Si cette ambition doit se définir par un accès de tous au droit commun du système de santé, il reste néanmoins nécessaire d'organiser des réponses spécifiques aux besoins sanitaires des personnes qui en sont les plus éloignées ou exclues dans le cadre du Programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des plus démunis.

En effet, une grande partie de ce public accueilli dans les établissements d'accueil, d'hébergement et d'insertion présente des problématiques santé dont certaines nécessiteraient des soins infirmiers et de nursing délivrés par des infirmiers libéraux et/ou des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Les SSIAD sont des dispositifs médico-sociaux qui, sur prescription médicale, interviennent au domicile ou substitut du domicile pour effectuer des soins infirmiers et d'hygiène générale. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile (ou substitut) des personnes, notamment en prévenant, ou différant, l'entrée à l'hôpital et en raccourcissant certains séjours hospitaliers.

Les réunions avec les fédérations du secteur du soin à domicile, qui se sont déroulées en fin d'année 2012, ont démontré que les SSIAD n'interviennent que rarement dans les lieux de vie accueillant les publics en situation de grande précarité, qui se trouvent de fait exclus de ce type d'accompagnement.

C'est la raison pour laquelle l'Agence Régionale de Santé (ARS) a lancé en 2014 un appel à projet visant la création de deux SSIAD « précarité » couvrant les territoires de proximité de Lille et de Lens-Hénin.

Plus de quatre années après leur création, ces deux SSIAD « précarité » ont démontré la pertinence d'une réponse spécifique aux besoins en soins de nursing et infirmiers de personnes accueillies et hébergées dans le « réseau Accueil Hébergement et Insertion (AHI) ».

Aussi, au-delà de ces besoins, l'évaluation de ces 2 SSIAD innovants a mis en évidence leur plus-value sur les missions suivantes :

- de « médiation en santé », d'« aller vers » les publics très marginalisés, éloignés des questions de santé. La dimension relationnelle de l'intervention, de l'écoute et de l'accompagnement aux soins contribue à initier une démarche d'autonomisation en santé et d'intégration dans le droit commun ;
- de coordination du parcours de santé et d'appui des équipes dans l'accompagnement, le maintien en hébergement de personnes souffrant souvent de plusieurs pathologies chroniques mais aussi de troubles associés (poly-addiction, difficulté d'ordre psychique, troubles cognitifs...).

Sur la base de cette évaluation et des échanges avec les professionnels lors de la concertation du Projet Régional de Santé Hauts-de-France, l'ARS des Hauts-de-France a inscrit, comme action prioritaire du PRAPS, le déploiement de ce dispositif innovant à l'échelle de la région des Hauts-de-France.

Ainsi, 6 SSIAD « précarité » supplémentaires seront créés comme suit :

- Un appel à projets fin juin 2019 pour la création de 4 SSIAD précarité dans les départements du Pas-de-Calais, de l'Oise, du Nord et de la Somme,
- Un appel à projets courant 1^{er} trimestre 2020 pour la création de 2 SSIAD précarité dans les départements de l'Aisne et du Nord.

Le présent appel à projet vise donc la création de 4 SSIAD précarité de 25 places chacun, à hauteur d'un dispositif pour chacun des territoires de proximité suivants (cf. annexe n°1 Carte Territoires ciblés) :

- dans le Nord : territoire de proximité du Dunkerquois,

- dans le Pas-de-Calais : territoires de proximité du Calaisis et Boulonnais,
- dans la Somme : territoire de proximité Amiens-Montdidier
- dans l'Oise : territoire de proximité Beauvais-Clermont

Sans créer de filières spécifiques et parallèles pour les personnes en situation de grande précarité, il est nécessaire de promouvoir l'intervention de SSIAD en faveur de cette population afin de la faire accéder au droit commun du soin (SSIAD, IDEL, Hospitalisation à Domicile (HAD)...) et de l'accompagnement médico-social (dispositifs pour personnes âgées et personnes en situation de handicap).

A l'échelle de chaque territoire, les SSIAD précarité devront donc décrire leurs missions au regard des dispositifs existants, spécifiques ou non, d'accompagnement en santé sanitaire ou médico-social (Lits Halte Soins Santé, Lits d'Accueil Médicalisés, Appartements de coordinations thérapeutiques, ...) dont ceux de la santé mentale et de l'addictologie.

Leur opérationnalité s'appuiera sur le travail en réseau et une connaissance mutuelle des professionnels des secteurs du social et de la santé et ce, afin de proposer des réponses coordonnées et un parcours de soin adapté à l'évolution des besoins en soins de ces personnes.

Le promoteur devra disposer de compétences dans la prise en charge médico-sociale et/ou sociale des personnes en situation de grande précarité.

Les réponses devront permettre de répondre aux besoins de ce public :

- Organisation, formation ...
- Par la structuration d'un partenariat opérationnel avec les acteurs spécialisés du social et de la santé.

II. Capacité à faire du candidat et expérience du promoteur

Le candidat apportera des informations sur :

- son projet d'établissement, associatif ou d'entreprise ;
- son historique ;
- son organisation (organigramme, dépendance vis-à-vis du siège ou d'autres structures) ;
- sa situation financière (bilan et compte de résultat) ;
- son activité dans le domaine médico-social et la situation financière de cette activité ;
- son équipe de direction (qualifications, tableau d'emplois de direction).

Par ailleurs, le promoteur devra apporter des références et garanties notamment :

- les précédentes réalisations du promoteur,
- le nombre et la diversité d'établissements et services médico-sociaux et/ou sociaux gérés,
- la capacité à mettre en œuvre le projet au 1^{er} trimestre 2020. Il est demandé au promoteur de présenter un calendrier prévisionnel du projet précisant les jalons clés et les délais pour accomplir les différentes étapes.

Le promoteur devra apporter des précisions sur la file active.

III. Caractéristiques du projet

1. Public visé

Il s'agit des personnes accueillies et hébergées au sein du dispositif « accueil hébergement insertion » relevant de la compétence des directions départementales de la cohésion sociale : structures d'hébergement d'urgence, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les places de stabilisation, les places de campagne hivernale, les pensions de familles et résidences accueil, les résidences sociales, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, accueillies au sein des appartements de

coordination thérapeutique, relevant de la compétence de l'Agence Régionale de Santé, pourront également bénéficier de l'intervention de ces équipes.

2. Organisation du service

Le SSIAD est une catégorie de service qui relève du 6°-I et 7°-I de l'article L312-1 du CASF. Le projet présenté doit être conforme aux conditions techniques et de fonctionnements établis aux articles D312-1 à D 312-5-1 du CASF, ainsi qu'à la circulaire DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de soins infirmiers à domicile.

Pour permettre d'évaluer la qualité et la continuité des soins, le promoteur devra décrire notamment :

- les fonctions de l'infirmier coordonnateur,
- les modalités d'organisation interne de son service (prise en charge, amplitude horaire, organisation des tournées, évaluation des besoins de soins, mise en œuvre des projets individualisés de soins).

Un des critères essentiels d'appréciation portera sur la continuité des soins assurés le week-end et les jours fériés. Le promoteur devra apporter les garanties suffisantes sur l'organisation du service.

3. Ressources humaines

Le projet devra comporter un tableau (cf. en annexe 2 Tableau des effectifs) présentant les effectifs, en distinguant les différents postes, le nombre d'ETP, ainsi que les dates de recrutement prévisionnel ou à défaut, une présentation de l'échelonnement des recrutements tenant compte des différentes étapes de mise en œuvre.

Le plan de formation sera obligatoirement annexé au projet. Il est nécessaire que les professionnels de l'équipe soient sensibilisés et/ou formés spécifiquement à l'accompagnement en santé des publics en grande précarité (refus de soins, repérage et conduite devant une situation de conduites addictives, de difficultés de santé mentale...) et aux outils et approches qui visent une recherche d'autonomie en santé (réduction des risques, remédiation cognitive, éducation thérapeutique...).

4. Locaux

Tout service de soins infirmiers à domicile doit disposer de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations de soins et des personnels. Dans le cadre de sa réponse, le promoteur devra décrire les locaux et préciser le lieu d'implantation du service.

Le candidat devra accorder une attention particulière à l'implantation des locaux afin de lui permettre de diminuer l'impact des temps de déplacement dans l'organisation et fonctionnement du SSIAD.

5. Coopérations et partenariats

Le projet devra identifier les structures avec lesquelles le SSIAD devra être en lien pour jouer le rôle d'entrée, d'orientation et de maintien dans le parcours de soins : HAD, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, structures et dispositifs de l'accompagnement et du soins en addictologie et de santé mentale, les professionnels de l'accompagnement social, de l'hébergement et du logement...

Le projet devra décrire des propositions d'axes de travail relatifs à la prévention et à la promotion de la santé en particulier sur la question des addictions, des troubles cognitifs et de la santé mentale. Le projet devra distinguer les partenariats obligatoires, décrire et analyser les obligations réciproques afin de favoriser la complémentarité et de garantir la continuité de la prise en charge.

Une attention particulière devra être portée dès la formalisation du projet au partenariat avec les médecins prescripteurs de l'intervention du SSIAD (médecins de ville, hospitaliers, dispositif assurance maladie, ...).

IV. Cohérence financière du projet

Le budget du projet ne devra pas excéder un coût annuel à la place de 15 700 €.

Le dossier financier devra comporter :

- le programme d'investissements prévisionnel (nature des opérations, coûts, modes de financement et planning de réalisation).
- le budget de fonctionnement en année pleine du service et pour sa première année de fonctionnement.

V. Délai de mise en œuvre

Le projet devra être mis en œuvre au cours du 1^{er} semestre 2020.

VI. Modalité d'évaluation et de mise en œuvre des droits des usagers

1. Outils de la loi 2002

La *loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002* rappelle les droits fondamentaux des usagers dans les établissements et service sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires. Le dossier devra présenter un exemplaire des documents suivants :

- *le livret d'accueil*
- *le règlement de fonctionnement*
- *le document individuel de prise en charge*
- *mode de participation des usagers (conseil de vie sociale, questionnaire de satisfaction...)*
- *un document garantissant la promotion de la bientraitance des usagers*

Afin de prévenir et de traiter la maltraitance à domicile, le projet devra prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Ces recommandations sont téléchargeables sur le site de l'HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2836921/fr/les-recommandations-de-bonne-pratique.

2. Evaluations

- *Evaluation interne et externe*

Sur le fondement de l'article L 312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le SSIAD devra procéder à des évaluations interne et externe de son activité et de la qualité des prestations délivrées notamment au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il est demandé de préciser les méthodes d'évaluation envisagées.

- *Evaluation propre du dispositif innovant*

Le porteur de projet s'engage à faire remonter, auprès de l'ARS, annuellement et pendant les 3 premières années de fonctionnement, une liste complétée d'indicateurs (cf. annexe n°3 Indicateurs d'activité) permettant d'évaluer le fonctionnement du dispositif ainsi que la plus-value apportée par ce dispositif.

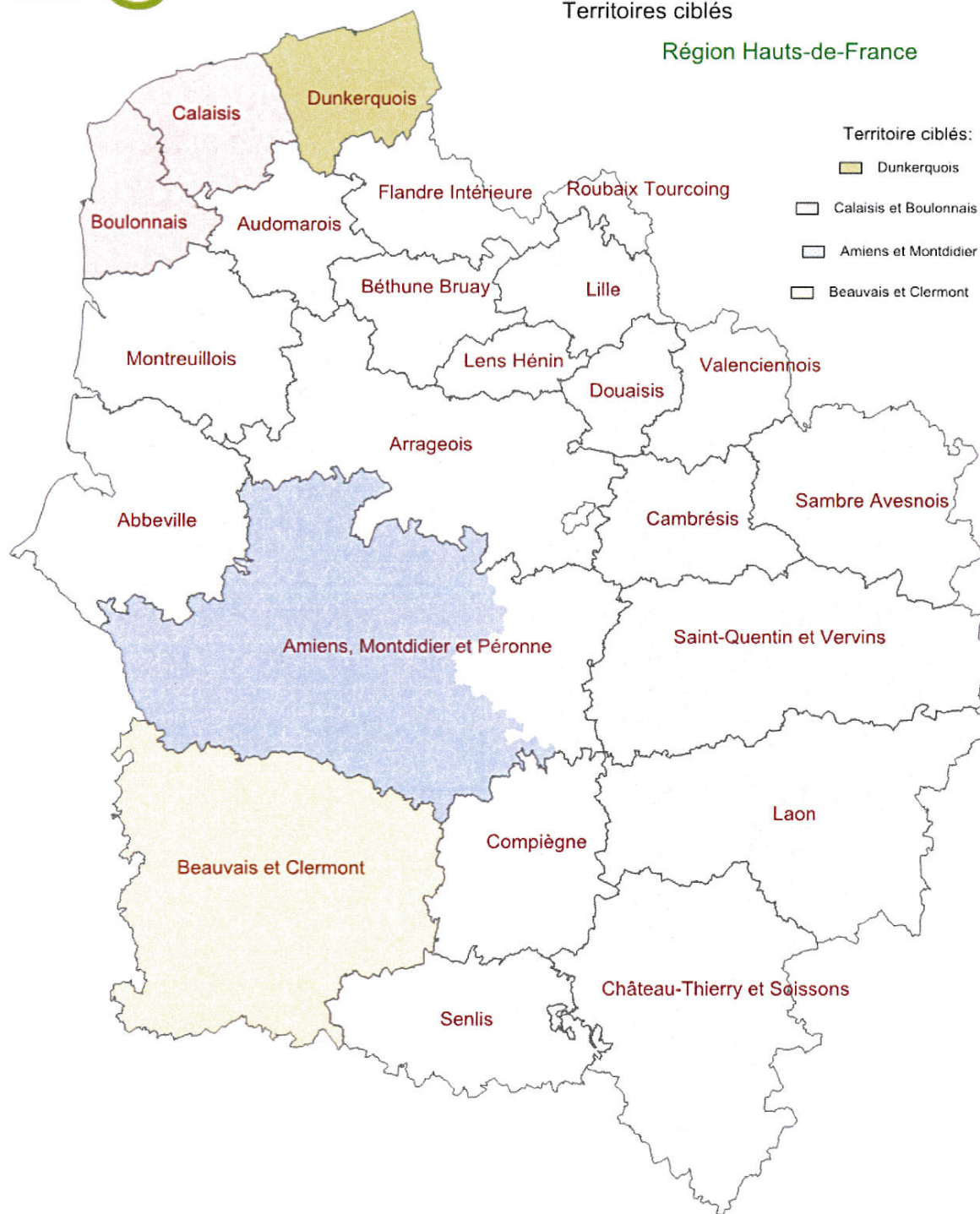
ANNEXE 1 : Carte Territoires ciblés



Appel à projet SSIAD pour personnes en grande précarité

Territoires ciblés

Région Hauts-de-France



ARS Hauts-de-France/ DOMS/ SDPPA/ Pilotage médico-social du vieillissement/ juin 2019

ANNEXE 2 : Tableau des effectifs

Catégories professionnelles	EFFECTIFS SALARIES			INTERVENANTS EXTERIEURS	
	Nombre	ETP	Ratio	Nombre	ETP
Personnel administratif					
Directeur					
Secrétaire					
Comptable					
Infirmier coordonnateur (le cas échéant) -2° de l'article D312-3					
Autres					
TOTAL I					
Personnel soignant					
Infirmier Diplômé d'Etat					
Aide-soignant					
Aide médico-psychologique					
Ergothérapeutes					
Psychologues					
Pédicure-Podologue					
Autres					
TOTAL II					

La convention collective nationale de travail devra être précisée. Le plan de recrutement devra être joint.

ANNEXE 3 : Indicateurs d'activité

Indicateurs d'activité SSIAD précarité

Période de récolte des données: du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année respective, pendant les 3 premières années de l'autorisation.

1. Prise en charge

➤ *Liste des structures où le SSIAD est intervenu*

N°	Etablissement	Commune	Type de dispositif	Nombre de places
1				
2				

➤ *File active*

- Nombre total d'usagers pris en charge
- Nombre d'usagers pris en charge en continuation de l'année précédente ;
- Nombre d'usagers admis au cours de l'année (nouveaux + réadmis)

La somme du nombre d'usagers pris en charge en continuation de l'année précédente + celui des usagers admis au cours de l'année doit correspondre au nombre total d'usagers pris en charge.

	Usagers depuis l'année précédente	Usagers admis courant l'année		Total
		Usagers nouveaux	Usagers réadmis	
Nombre				
%				

➤ *Refus d'admission*

- Nombre total d'usagers dont l'admission a été refusée
- Nombre d'usagers selon les motifs de refus d'admission (mineurs, type d'hébergement, cf. cahier des charges)

➤ *Prise en charge*

- Nombre total de prises en charge
- Nombre d'usagers selon le nombre de prises en charge (une, deux.. .)

Dans les rapports d'activité 2014-2016, le nombre de prises en charge est supérieur au nombre d'usagers, ce qui signifie que certains usagers ont bénéficié de plus d'une prise en charge (réadmissions).

- *Adressage d'usagers*
 - Nombre d'usagers selon l'origine de la demande (CHRS, Maison relais, AHI, CH, centres de santé, équipe mobile psychiatrie, médecins libéraux/traitants, usager-même, autres...)
- *Admissions en urgence*
 - Nombre d'usagers admis en situation ou en raison d'une urgence médicale
- *Taux d'occupation*
 - Taux d'occupation de la capacité autorisée au 31 décembre
- *Durée de prise en charge*
 - Nombre d'usagers selon la durée de prise en charge (soin unique/intervention ponctuelle, moins d'un mois, 2 à 3 mois, 4 à 6 mois, 6 à 12 mois, 13 à 24 mois, 25 mois et +).
 - Préciser l'objet des prises en charge ponctuelles
 - Préciser la spécificité des prises en charge de très longue durée.
 - Nombre d'heures d'intervention /patient (en moyenne)
- *Type de soin*
 - Nombre de prises en charge/interventions selon le type de soin (infirmier uniquement, soins d'hygiène uniquement, psy, infirmier et soins d'hygiène).
 - Précisez les actes réalisés et relevant des types de soin infirmier et de soin d'hygiène.
 - Durée moyenne (en minutes) d'une intervention selon type de soin (infirmier, soins d'hygiène, psychologue)
- *Sorties*
 - Nombre total d'usagers sortis
 - Nombre d'usagers sortis selon les motifs de sortie (fin de soins/reprise de l'autonomie, placement dans un hébergement plus adapté, plus de lieu d'hébergement, refus de soins, hospitalisation, PEC par autre service à domicile, décès, autres)
 - Nombre d'usagers sortis vers un ESMS (type FAM, EHPAD, SSIAD, etc.)
- *Liste d'attente*
 - Nombre d'usagers dont la demande d'admission a été mise en attente
- *Durée d'attente*
 - Durée moyenne (en jours) d'attente entre la date de la demande et le début de la prise en charge (annuelle)
- *Temps de déplacement*
 - Moyenne (en heures/mois) du temps de déplacement des professionnels du SSIAD
 - Nombre de km parcourus dans l'année par l'équipe

➤ *Temps dédié à la coordination des soins*

- Moyenne (en heures/mois) du temps de concertation/liaison entre les professionnels du SSIAD
- Moyenne (en heures/mois) du temps de avec les partenaires (équipes éducatives, équipes médicales des différents dispositifs) pour la coordination des soins

➤ *Communication*

- Temps dédié à la communication auprès des partenaires, actions spécifiques de communication mises en place

➤ *Partenariats*

- Groupes de discussion ou réseaux spécifiques intégrés par le SSIAD

2. Usagers

➤ *Age*

- Nombre d'usagers selon l'âge

Nombre d'usagers selon les catégories d'âge suivantes. Cette classification permettra d'identifier le nombre de personnes mineures et de personnes âgées.

Age usagers	0-17 ans	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	44-59 ans	60-74 ans	75 ans et +	Total
Nombre								
%								

➤ *Sexe*

- Nombre d'usagers selon le sexe

➤ *Pathologie*

- Nombre d'usagers selon le type de maladie justifiant la prise en charge (aigue, chronique, aigue et chronique)
- Nombre d'usagers selon le champ médical dans lequel s'inscrit la maladie justifiant la prise en charge (cardio-vasculaire, ophtalmologie, obstétrique, psychiatrie, appareil locomoteur, neurologie, endocrinologie, pneumologie, urologie, dermatologie, système digestif, infectiologie, cancérologie, autres)
- Nombre d'usagers avec poly-pathologies chroniques (plus de 3 maladies chroniques)

➤ *Situation complexe*

- Nombre d'usagers en situation complexe (accompagnement difficile à cause des facteurs tels que refus des aides proposées, maladies complexes ou d'ordre cognitif, situation sociale et stabilisation en hébergement difficiles)

- *Couverture sociale*
 - Nombre d'usagers selon leur couverture sociale au moment de l'admission (avec couverture sociale, en cours d'ouverture des droits, sans couverture sociale)
- *Lieu d'hébergement*
 - Nombre d'usagers selon leur lieu d'hébergement lors de l'admission (CHRS, pension de famille, halte-lits, camp rom, etc.)
- *Médecin traitant*
 - Nombre d'usagers disposant et ne disposant pas d'un médecin traitant
- *Protection juridique*
 - Nombre d'usagers selon leur protection juridique (sans mesure, curatelle, tutelle, en cours)
- *Hospitalisations*
 - Nombre d'usagers ayant fait l'objet d'une hospitalisation durant la prise en charge par le SSIAD
 - Nombre d'usagers admis en SSIAD suite à une hospitalisation
 - Nombre d'usagers pour lesquels on peut considérer que l'intervention du SSIAD a permis de raccourcir ou d'éviter l'hospitalisation

3. Personnel

- *Personnel*
 - Nombre effectif et ETP total
 - Nombre effectif et ETP par type de métier (direction, IDEco, IDE, AS, AMP, psychologue, secrétariat, maintenance, autres, etc.)
 - Nombre de stagiaires accueillis et leur formation
- *Formation*
 - Nombre de formations suivies par le personnel et leur intitulé/sujet

ANNEXE 4 : LISTE DES DOCUMENTS DEVANT ETRE TRANSMIS PAR LE CANDIDAT
(Article R313-4-3 du code de l'action sociale et des familles)

1° Concernant la candidature

- a) Documents permettant l'identification du candidat, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé,
- b) Déclaration sur l'honneur du candidat certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du code de l'action sociale et des familles,
- c) Déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L313-16, L331-5, L471-3, L472-10, L474-2 ou L474-5,
- d) Copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code du commerce,
- e) Eléments descriptifs de son activité dans le domaine social et/ou médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité.

2° Concernant la réponse au projet

a) Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux besoins décrits par le cahier des charges,

b) Un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire :

- o Un dossier relatif aux démarches et procédures propres à garantir la qualité de la prise en charge comprenant :

- le projet d'établissement ou de service mentionné à l'article L. 311-8,

- l'énoncé des dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L. 311-3 à L. 311-8,

- la méthode d'évaluation prévue pour l'application du premier alinéa de l'article L. 312-8, ou le résultat des évaluations faites en application du même article dans le cas d'une extension ou d'une transformation,

- le cas échéant, les modalités de coopération envisagées en application de l'article L. 312-7.

- o Un dossier relatif aux personnels comprenant :

- une répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualification,

- le plan de formation.

- o Un descriptif et un plan des locaux.

- o Un dossier financier comportant outre le bilan financier du projet et le plan de financement de l'opération, mentionnés au 2° de l'article R. 313-4-3 du même code :

- le programme d'investissement prévisionnel précisant la nature des opérations, leurs coûts, leurs modes de financement et un planning de réalisation.

- le budget prévisionnel en année pleine du service pour sa première année de fonctionnement.

Les modèles des documents relatifs au bilan financier, au plan de financement et au budget prévisionnel sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

- o L'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales.

- o Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.



FICHE D'INSCRIPTION A L'APPEL A PROJET 2019 – 01

Création de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
pour personnes en grande précarité

Territoire de proximité visé :

Identité du Gestionnaire :

Nom de l'entité :
.....

Adresse :

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville :

Tel. :

Fax :

Mail :@.....

Identité et fonction du représentant légal :
.....

Identité du Service :

Nom du service :
.....

Adresse :

Code Postal : _ _ _ _ _ Ville :

Nom du contact :

Tel. :

Fax :

Mail :@.....



CRITERES DE SELECTION DE L'APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL N°2019-01
SSIAD Précarité
grille de cotation des projets

critères		coefficient de pondération	cotation
capacité à faire du promoteur	expérience du promoteur, connaissance du territoire et du public cible	3	/4
	justification / opportunité de la demande	3	/4
	faisabilité du projet et délai de mise en œuvre	4	/4
Qualité du projet	modalités d'évaluation du besoin à domicile	3	/4
	élaboration et mise en œuvre des modalités de prise en charge (projet individualisé, adaptation des modalités d'accompagnement du public)	4	/4
	organisation des tournées	4	/4
	compétences et qualifications des personnels	4	/4
	continuité des soins , y compris d'urgence, week end et jours fériés	4	/4
	formation et modalité d'encadrement des personnels	4	/4
	modalités de mise en place des outils de la loi n°2002-2	2	/4
	méthode d'évaluation / indicateurs	3	/4
Partenariat et ouverture	coopération en amont et en aval avec le secteur sanitaire, le secteur social et médico-social,	4	/4
	coopération avec les instances de coordination locales	4	/4
Cohérence financière du projet	cohérence du budget prévisionnel / respect du budget	4	/4
TOTAL			/200

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-06-18-091

Décision tarifaire portant fixation du
forfait global de soins pour l'année 2019
de l'EHPAD LES CHENES à LE QUESNOY

**DECISION TARIFAIRE PORTANT FIXATION DU FORFAIT GLOBAL DE SOINS POUR L'ANNEE 2019
DE L'EHPAD LES CHENES A LE QUESNOY
FINESS : 590 049 037**

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

- Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le Code de la Sécurité Sociale ;
- Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 publiée au Journal Officiel du 23 décembre 2018 ;
- Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Vu 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 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 ;
- Vu le 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 ;
- Vu l'instruction ministérielle du 25 avril 2019 publiée au JO le 11 mai 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- Vu l'arrêté du 14 mai 2019 fixant pour l'année 2019 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code ;
- Vu l'arrêté du 29 mai 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu l'arrêté du 6 juin 2019 publié au JO du 8 juin 2019 fixant pour 2019 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reductibles afférents aux soins;

- Vu la Décision n° 2019-08 du 15 mai 2019 relative aux dotations régionales limitatives 2019 et à la moyenne nationale des besoins en soins requis 2019 de la directrice de la CNSA publiée au Journal Officiel du 6 juin 2019 prise en application des articles L314-3 et R314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le décret n°2016-1265 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Hauts-de-France ;
- Vu le décret du 11 mars 2019 portant cessation de fonction de la directrice générale de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – Mme RICOMES (Monique) ;
- Vu l'arrêté du 12 mars 2019 portant attribution de fonctions de directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;
- Vu la décision conjointe en date du 23 mars 2012 autorisant la création du PASA de l'EHPAD MRCH Les Chênes de LE QUESNOY et géré par CH de Le Quesnoy ;
- Vu la décision en date du 23 mai 2019 portant délégation de signature du Directeur général par intérim de l'ARS Hauts-de-France ;

DECIDE

Article 1 A compter du 12 juin 2019, le forfait global de soins est fixé à 797 267,47 € au titre de l'année 2019, dont 40 277,46 € à titre non reconductible.

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 66 438,96 €.

Pour l'année 2019, les tarifs sont décomposés comme suit :

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	727 994,15	49,86
PASA	69 273,32	

Article 2 A compter du 1^{er} janvier 2020, en application de l'article L314-7 du CASF, le forfait global de soins est fixé à 756 990,01 €.

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	687 716,69	47,10
PASA	69 273,32	

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 63 082,50€.

Article 3 Les recours contentieux dirigés contre la présente décision doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sis - 6 rue du Haut Bourgeois - C.O. 50015 - 54035 NANCY Cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles elle sera notifiée, à compter de sa notification.

Article 4 La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Article 5 Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'entité gestionnaire CH de Le Quesnoy identifié sous le numéro FINESS : 590 781 670 et à l'établissement concerné (FINESS : 590 049 037).

Fait à LILLE, le 18 JUIN 2019

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territorial du Nord,



Madame Cécilia GUEY

Direction de l'offre médico-sociale

Dossier suivi par : Laurent GRAUX
Laurent.GRAUX@ars.sante.fr

LILLE, le 18 JUIN 2019

Objet : Campagne budgétaire 2019

PJ : Décision tarifaire

Le Directeur Général par intérim,

à

Madame la Directrice
du CH de Le Quesnoy
90 rue du 8 Mai 1945
BP 20061
59530 LE QUESNOY

Madame la Directrice,
de l'EHPAD MRCH Les Chènes
90 rue du 8 Mai 1945
BP 20061
59530 LE QUESNOY

Veuillez trouver ci-joint votre décision tarifaire 2019 pour l'**EHPAD LES CHENES A LE QUESNOY**.

Le calcul de votre forfait global de soins pour l'exercice 2019 est issu des données suivantes :

Hébergement permanent

Places au 1/1/2019	GMP	PMP	Tarif	PUI	Dotation pérenne au 1/1/2019
40	884	274	GLOBAL	OUI	608 619,40

Autres modalités d'accueil :

Accueil	Places au 1/1/2019	Dotation pérenne au 1/1/2019
PASA	14	68 662,23

Par conséquent, sur ces bases le forfait global de soins de votre établissement, identifié sous le numéro FINESS : 590 049 037 est fixé à **797 267,47 €** au titre de 2019. Ce forfait global de soins se décompose comme suit :

- Crédits pérennes au 31/12/n-1	:	677 281,63 €
- EAP des extensions n-1	:	0,00 €
- Sous-total « Crédits pérennes au 1^{er} janvier 2019 » :		677 281,63 €
- Crédits d'actualisation	:	6 027,80 €
- Résorption des écarts 1/3 ^{ème} (places HP)	:	73 680,58 €
- Sous-total « Crédits pérennes pour l'exercice 2019 » :		756 990,01 € (1)

La circulaire ministérielle en date du 15 mai 2018 prévoit de neutraliser temporairement la convergence négative du forfait soins et dépendance par des crédits Assurance Maladie. Cette compensation en crédit non reconductible est régie par le mécanisme synthétisé dans le tableau ci-dessous :

		SOIN	
		Somme des convergences 2018 – 2019 POSITIVE	Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE
DEPENDANCE	Somme des convergences 2018 – 2019 POSITIVE	Aucune compensation	Compensation intégrale du solde du soin
	Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Compensation plafonnée à 10 000 € (5 000 € par année de convergence). • Si après écrêtage des 10 000 €, le solde des convergences soin et dépendance est négative, compensation de ce solde pour revenir à l'équilibre 	Compensation intégrale du solde du soin et de la dépendance

Vous trouverez ci-après le montant des crédits non reconductibles qui vous est octroyé au titre de ce mécanisme.

- Crédits non reconductibles (CNR) :

- dont : 40 277,46 € Convergence positive pour un passage à 92% de la cible pour 2019

- Sous-total des crédits non reconductibles : 40 277,46 € (2)

Le total des charges nettes autorisées pour le soin est donc de : (1) + (2) = **797 267,47 € (3)**

Pour les EHPAD en deçà de 92 % du plafond de convergence du forfait soins :

Pour la troisième année consécutive, l'Agence Régionale de Santé reconduit le mécanisme d'accélération de la convergence positive en faveur des EHPAD dont le taux d'atteinte du plafond est inférieur à 92 %. Cette année, la mesure a pour vocation de porter à 92 % du plafond les EHPAD qui, par application de leur ancienne coupe PATHOS, n'ont pu bénéficier du mécanisme d'accélération de la convergence 2018. Etant dans cette situation, vous bénéficiez d'un crédit non reconductible correspondant à l'écart entre votre taux d'atteinte du plafond et 92 %, pour les six derniers mois de l'année 2019. Cela vous permet, le cas échéant, de recruter dès juillet 2019 les ETP correspondant au niveau de dotation qui sera le vôtre en 2020. Par conséquent, la totalité des **40 277,46 € (4)** octroyés à ce titre, peuvent être consommés en 2019.

Pour les EHPAD concerné par l'octroi de crédits d'accélération de la convergence positive 2018 :

Pour rappel, l'Agence Régionale de Santé a appliqué en 2018 un mécanisme d'accélération de la convergence positive en faveur des EHPAD dont le taux d'atteinte du plafond était inférieur à 92 %. Etant dans cette situation, vous avez bénéficié d'un CNR correspondant à l'écart entre votre taux d'atteinte du plafond et 92 % (calculé en prenant en compte les nouveaux GMP et PMP validé avant le 30 juin 2018). Ce CNR était accordé pour les six derniers mois de l'année 2018 et pour 2019 en année pleine.

Cela vous a permis, le cas échéant, de recruter dès juillet 2018 les ETP correspondant au niveau de dotation qui aurait été le vôtre, au rythme de convergence initial, en 2020.

Par conséquent, votre ERRD devra faire apparaître une reprise sur provision de **68 416,00 € (4)**. Ce montant vient en augmentation de la dotation autorisée ci-dessus.

Pour les EHPAD concerné par le crédit reprise du CNR des 3/6^{ème} en 2017 :

Pour rappel, vous avez perçu et provisionné un crédit non reconductible en 2017 afin que vous puissiez utiliser pour des charges pérennes afférentes aux soins l'équivalent financier de 3 fractions dès le 1^{er} janvier 2018 correspondant à une estimation de la moitié (ou 3/6^{ème}) de la différence entre le montant du forfait global soins issu de l'équation tarifaire (dotation cible) que vous devriez recevoir et la dotation effective reconduite au 1 janvier 2018. Le solde de ce CNR soit **45 944,00 € (4)** doit être utilisé sur l'exercice 2019. Cette reprise sur provision augmente le total des charges de cet exercice.

Le total des charges brutes autorisées pour le soin hors « autres produits » est donc de : **911 627,47 €**.

(3) + (4)

Enfin, afin de faciliter l'approbation de votre EPRD 2019, l'ARS tient à vous rappeler les dispositions suivantes :

Votre EPRD doit être soumis dans l'applicatif « Import EPRD » (<https://importeprd.cnsa.fr/>) dans les trente jours suivant la date de la présente notification ou au plus tard pour le 30 juin 2019.

- Pour les ESMS relevant d'un organisme privé non lucratif ou privé lucratif majoritairement habilité à l'aide sociale, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter que les ESPIC relèvent de ce cas de figure.
- Pour les ESMS relevant des dispositions des articles L342-1 à L342-6 du CASF (ESMS majoritairement non habilité à l'aide sociale), transmission d'un EPRD « simplifié » intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.
- Pour les ESMS publics autonomes gérant en budget annexe ou en budget principal un EHPAD ou une PUV au GMPS, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des budgets de l'EPSMS (ex : FAM, MAS...) d'un même département.
- Pour les établissements publics non dotés de la personnalité juridique (CCAS ou assimilé), transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter qu'il faut transmettre autant d'EPRD qu'il y a d'EHPAD (ex : 5 EHPAD => 5 EPRD).
- Pour les Etablissements Publics de Santé, transmission d'un EPCP qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.

Le cadre de l'EPRD et sa composition diffèrent par rapport à 2018. Vous trouverez ci-dessous le lien vers la page du site du Ministère des Solidarités et de la Santé qui présente les différents cadres normalisés.

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

Dans l'élaboration de votre EPRD 2019, il conviendra d'accorder une vigilance particulière aux aspects décrits ci-dessous - les principaux motifs de rejet des EPRD 2018 portant sur :

- La non-conformité, l'incomplétude ou le retard du dépôt de l'EPRD (41,16%);
- L'absence d'action visant à rétablir la situation de l'établissement dans le rapport du Directeur en présence d'indicateurs financiers dégradés (18,95%)
- La non-conformité des produits de tarification par rapport aux crédits notifiés (16,79%) ;

En complément de ces éléments, vous trouverez le Rapport d'Orientation Budgétaire 2019 en consultant le Recueil des Actes Administratifs ou le site internet de l'ARS via le lien ci-dessous :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/rapports-dorientations-budgetaires> »

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territorial du Nord,



Madame Cécilia GUEY

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-06-18-088

Décision tarifaire portant fixation du
forfait global de soins pour l'année 2019
de l'EHPAD LES RESIDENCES DU HAINAUT
à HASPRES WALLERS

**DECISION TARIFAIRE PORTANT FIXATION DU FORFAIT GLOBAL DE SOINS POUR L'ANNEE 2019
DE L'EHPAD LES RESIDENCES DU HAINAUT A HASPRES WALLERS
FINESS : 590 035 010**

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

- Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le Code de la Sécurité Sociale ;
- Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 publiée au Journal Officiel du 23 décembre 2018 ;
- Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Vu 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 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 ;
- Vu le 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 ;
- Vu l'instruction ministérielle du 25 avril 2019 publiée au JO le 11 mai 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- Vu l'arrêté du 14 mai 2019 fixant pour l'année 2019 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code ;
- Vu l'arrêté du 29 mai 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu l'arrêté du 6 juin 2019 publié au JO du 8 juin 2019 fixant pour 2019 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins;

- Vu la Décision n° 2019-08 du 15 mai 2019 relative aux dotations régionales limitatives 2019 et à la moyenne nationale des besoins en soins requis 2019 de la directrice de la CNSA publiée au Journal Officiel du 6 juin 2019 prise en application des articles L314-3 et R314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le décret n°2016-1265 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Hauts-de-France ;
- Vu le décret du 11 mars 2019 portant cessation de fonction de la directrice générale de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – Mme RICOMES (Monique) ;
- Vu l'arrêté du 12 mars 2019 portant attribution de fonctions de directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 3 mars 2005 autorisant la création de l'EHPAD Les Résidences du Hainaut de HASPRES WALLERS et géré par APREVA Réalisations Médico-sociales ;
- Vu la décision en date du 23 mai 2019 portant délégation de signature du Directeur général par intérim de l'ARS Hauts-de-France ;

DECIDE

Article 1 A compter du 12 juin 2019, le forfait global de soins est fixé à 1 312 893,31 € au titre de l'année 2019, dont 29 328,69 € à titre non reconductible.

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 109 407,78 €.

Pour l'année 2019, les tarifs sont décomposés comme suit :

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	1 121 161,50	33,03
Hébergement temporaire	111 864,47	34,05
Accueil de Jour	79 867,34	53,03

Article 2 A compter du 1^{er} janvier 2020, en application de l'article L314-7 du CASF, le forfait global de soins est fixé à 1 283 564,62 €.

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	1 091 832,81	32,16
Hébergement temporaire	111 864,47	34,05
Accueil de Jour	79 867,34	53,03

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 106 963,72€.

- Article 3** Les recours contentieux dirigés contre la présente décision doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sis - 6 rue du Haut Bourgeois - C.O. 50015 - 54035 NANCY Cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles elle sera notifiée, à compter de sa notification.
- Article 4** La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.
- Article 5** Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'entité gestionnaire APREVA Réalisations Médico-sociales identifié sous le numéro FINESS : 620 030 130 et à l'établissement concerné (FINESS : 590 035 010).

Fait à LILLE, le 17 8 JUIN 2019

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territorial du Nord,



Madame Cécilia GUEY

Direction de l'offre médico-sociale

Dossier suivi par : Laurent GRAUX
Laurent.GRAUX@ars.sante.fr

LILLE, le 18 JUIN 2019

Objet : Campagne budgétaire 2019

PJ : Décision tarifaire

Le Directeur Général par intérim,

à

Monsieur le Président
D'APREVA Réalisations Médico-sociales
66 rue du Général Leclerc
62 740 FOUQUIERES-LES-LENS

Madame la Directrice
de l'EHPAD Les Résidences du Hainaut
12 Avenue Charles de Gaulle
59135 HASPRES WALLERS

Veillez trouver ci-joint votre décision tarifaire 2019 pour l'**EHPAD LES RESIDENCES DU HAINAUT A HASPRES WALLERS**.

Le calcul de votre forfait global de soins pour l'exercice 2019 est issu des données suivantes :

Hébergement permanent

Places au 1/1/2019	GMP	PMP	Tarif	PUI	Dotation pérenne au 1/1/2019
93	730	218	PARTIEL	NON	1 011 100,17

Autres modalités d'accueil :

Accueil	Places au 1/1/2019	Dotation pérenne au 1/1/2019
Hébergement temporaire	9	110 877,66
Accueil de jour	6	79 162,79

Par conséquent, sur ces bases le forfait global de soins de votre établissement, identifié sous le numéro FINESS : 590 035 010 est fixé à **1 312 893,31 €** au titre de 2019. Ce forfait global de soins se décompose comme suit :

- Crédits pérennes au 31/12/n-1	:	1 201 140,62 €
- Sous-total « Crédits pérennes au 1^{er} janvier 2019 » :		1 201 140,62 €
- Crédits d'actualisation	:	10 690,15 €
- Résorption des écarts 1/3 ^{ème} (places HP)	:	71 733,85 €
- Sous-total « Crédits pérennes pour l'exercice 2019 » :		1 283 564,62 € (1)

La circulaire ministérielle en date du 15 mai 2018 prévoit de neutraliser temporairement la convergence négative du forfait soins et dépendance par des crédits Assurance Maladie. Cette compensation en crédit non reconductible est régie par le mécanisme synthétisé dans le tableau ci-dessous :

		SOIN	
		Somme des convergences 2018 – 2019 POSITIVE	Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE
DEPENDANCE	Somme des convergences 2018 – 2019 POSITIVE	Aucune compensation	Compensation intégrale du solde du soin
	Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Compensation plafonnée à 10 000 € (5 000 € par année de convergence). • Si après écrêtage des 10 000 €, le solde des convergences soin et dépendance est négative, compensation de ce solde pour revenir à l'équilibre 	Compensation intégrale du solde du soin et de la dépendance

Vous trouverez ci-après le montant des crédits non reconductibles qui vous est octroyé au titre de ce mécanisme.

- Crédits non reconductibles (CNR) :

- dont : 7 006,86 € pour la neutralisation « perte dépendance »
- dont : 22 321,83 € Convergence positive pour un passage à 92% de la cible pour 2019

- Sous-total des crédits non reconductibles : 29 328,69 € (2)

Le total des charges nettes autorisées pour le soin est donc de : (1) + (2) = **1 312 893,31 € (3)**

Pour les EHPAD en deçà de 92 % du plafond de convergence du forfait soins

Pour la troisième année consécutive, l'Agence Régionale de Santé reconduit le mécanisme d'accélération de la convergence positive en faveur des EHPAD dont le taux d'atteinte du plafond est inférieur à 92 %. Cette année, la mesure a pour vocation de porter à 92 % du plafond les EHPAD qui, par application de leur ancienne coupe PATHOS, n'ont pu bénéficier du mécanisme d'accélération de la convergence 2018. Etant dans cette situation, vous bénéficiez d'un crédit non reconductible correspondant à l'écart entre votre taux d'atteinte du plafond et 92 %, pour les six derniers mois de l'année 2019. Cela vous permet, le cas échéant, de recruter dès juillet 2019 les ETP correspondant au niveau de dotation qui sera le vôtre en 2020. Par conséquent, la totalité des **22 321,83 €** octroyés à ce titre, peuvent être consommés en 2019.

Pour les EHPAD concerné par l'octroi de crédits d'accélération de la convergence positive 2018

Pour rappel, l'Agence Régionale de Santé a appliqué en 2018 un mécanisme d'accélération de la convergence positive en faveur des EHPAD dont le taux d'atteinte du plafond était inférieur à 92 %. Etant dans cette situation, vous avez bénéficié d'un CNR correspondant à l'écart entre votre taux d'atteinte du plafond et 92 % (calculé en prenant en compte les nouveaux GMP et PMP validé avant le 30 juin 2018). Ce CNR était accordé pour les six derniers mois de l'année 2018 et pour 2019 en année pleine.

Cela vous a permis, le cas échéant, de recruter dès juillet 2018 les ETP correspondant au niveau de dotation qui aurait été le vôtre, au rythme de convergence initial, en 2020.

Par conséquent, votre ERRD devra faire apparaître une reprise sur provision de **30 344,00 € (4)**. Ce montant vient en augmentation de la dotation autorisée ci-dessus.

Pour les EHPAD concerné par le crédit reprise du CNR des 3/6^{ème} en 2017.

Pour rappel, vous avez perçu et provisionné un crédit non reconductible en 2017 afin que vous puissiez utiliser pour des charges pérennes afférentes aux soins l'équivalent financier de 3 fractions dès le 1^{er} janvier 2018 correspondant à une estimation de la moitié (ou 3/6^{ème}) de la différence entre le montant du forfait global soins issu de l'équation tarifaire (dotation cible) que vous devriez recevoir et la dotation effective reconduite au 1 janvier 2018. Le solde de ce CNR soit **42 391,00 € (4)** doit être utilisé sur l'exercice 2019. Cette reprise sur provision augmente le total des charges de cet exercice.

Le total des charges brutes autorisées pour le soin hors « autres produits » est donc de : **1 385 628,31 €**.

(3) + (4)

Enfin, afin de faciliter l'approbation de votre EPRD 2019, l'ARS tient à vous rappeler les dispositions suivantes :

Votre EPRD doit être soumis dans l'applicatif « Import EPRD » (<https://importeprd.cnsa.fr/>) dans les trente jours suivant la date de la présente notification ou au plus tard pour le 30 juin 2019.

- Pour les ESMS relevant d'un organisme privé non lucratif ou privé lucratif majoritairement habilité à l'aide sociale, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter que les ESPIC relèvent de ce cas de figure.
- Pour les ESMS relevant des dispositions des articles L342-1 à L342-6 du CASF (ESMS majoritairement non habilité à l'aide sociale), transmission d'un EPRD « simplifié » intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.
- Pour les ESMS publics autonomes gérant en budget annexe ou en budget principal un EHPAD ou une PUV au GMPS, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des budgets de l'EPSMS (ex : FAM, MAS...) d'un même département.
- Pour les établissements publics non dotés de la personnalité juridique (CCAS ou assimilé), transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter qu'il faut transmettre autant d'EPRD qu'il y a d'EHPAD (ex : 5 EHPAD => 5 EPRD).
- Pour les Etablissements Publics de Santé, transmission d'un EPCP qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.

Le cadre de l'EPRD et sa composition diffèrent par rapport à 2018. Vous trouverez ci-dessous le lien vers la page du site du Ministère des Solidarités et de la Santé qui présente les différents cadres normalisés.

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

Dans l'élaboration de votre EPRD 2019, il conviendra d'accorder une vigilance particulière aux aspects décrits ci-dessous - les principaux motifs de rejet des EPRD 2018 portant sur :

- La non-conformité, l'incomplétude ou le retard du dépôt de l'EPRD (41,16%);
- L'Absence d'action visant à rétablir la situation de l'établissement dans le rapport du Directeur en présence d'indicateurs financiers dégradés (18,95%)
- La non-conformité des produits de tarification par rapport aux crédits notifiés (16,79%) ;

En complément de ces éléments, vous trouverez le Rapport d'Orientation Budgétaire 2019 en consultant le Recueil des Actes Administratifs ou le site internet de l'ARS via le lien ci-dessous :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/rapports-dorientations-budgetaires> »

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territoriale du Nord,



Madame Cécilia GUEY

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-06-18-090

Décision tarifaire portant fixation du
forfait global de soins pour l'année 2019
de l'EHPAD PAYS DE MORMAL à LANDRECIES

**DECISION TARIFAIRE PORTANT FIXATION DU FORFAIT GLOBAL DE SOINS POUR L'ANNEE 2019
DE L'EHPAD PAYS DE MORMAL A LANDRECIES
FINESS : 590 783 445**

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

- Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le Code de la Sécurité Sociale ;
- Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 publiée au Journal Officiel du 23 décembre 2018 ;
- Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Vu 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 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 ;
- Vu le 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 ;
- Vu l'instruction ministérielle du 25 avril 2019 publiée au JO le 11 mai 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- Vu l'arrêté du 14 mai 2019 fixant pour l'année 2019 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code ;
- Vu l'arrêté du 29 mai 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu l'arrêté du 6 juin 2019 publié au JO du 8 juin 2019 fixant pour 2019 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins;

- Vu la Décision n° 2019-08 du 15 mai 2019 relative aux dotations régionales limitatives 2019 et à la moyenne nationale des besoins en soins requis 2019 de la directrice de la CNSA publiée au Journal Officiel du 6 juin 2019 prise en application des articles L314-3 et R314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le décret n°2016-1265 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Hauts-de-France ;
- Vu le décret du 11 mars 2019 portant cessation de fonction de la directrice générale de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – Mme RICOMES (Monique) ;
- Vu l'arrêté du 12 mars 2019 portant attribution de fonctions de directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;
- Vu la décision conjointe d'autorisation en date du 28 octobre 2016 relative au renouvellement d'autorisation de l'EHPAD Pays de Mormal de LANDRECIES et géré par Mdr de Landrecies ;
- Vu la décision en date du 23 mai 2019 portant délégation de signature du Directeur général par intérim de l'ARS Hauts-de-France ;

DECIDE

Article 1 A compter du 12 juin 2019, le forfait global de soins est fixé à 765 177,63 € au titre de l'année 2019, dont 1 145,80 € à titre non reconductible.

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 63 764,80 €.

Pour l'année 2019, les tarifs sont décomposés comme suit :

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	765 177,63	46,59

Article 2 A compter du 1^{er} janvier 2020, en application de l'article L314-7 du CASF, le forfait global de soins est fixé à 764 031,83 €.

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	764 031,83	46,52

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 63 669,32€.

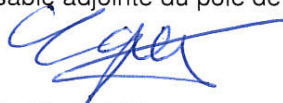
Article 3 Les recours contentieux dirigés contre la présente décision doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sis - 6 rue du Haut Bourgeois - C.O. 50015 - 54035 NANCY Cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles elle sera notifiée, à compter de sa notification.

Article 4 La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Article 5 Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'entité gestionnaire Mdr de Landrecies identifiée sous le numéro FINESS : 590 001 202 et à l'établissement concerné (FINESS : 590 783 445).

Fait à LILLE, le 18 JUIN 2019

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territorial du Nord,



Madame Cécilia GUEY

Direction de l'offre médico-sociale

Dossier suivi par : Laurent GRAUX
Laurent.GRAUX@ars.sante.fr

LILLE, le 18 JUIN 2019

Objet : Campagne budgétaire 2019

PJ : Décision tarifaire

Le Directeur Général par intérim,

à

Monsieur le Président
De Mdr de Landrecies

Madame la Directrice
de l'EHPAD Pays de Mormal
11 Avenue du Maréchal Foch
59550 LANDRECIES

Veuillez trouver ci-joint votre décision tarifaire 2019 pour l'**EHPAD PAYS DE MORMAL A LANDRECIES**.

Le calcul de votre forfait global de soins pour l'exercice 2019 est issu des données suivantes :

Hébergement permanent

Places au 1/1/2019	GMP	PMP	Tarif	PUI	Dotation pérenne au 1/1/2019
45	751	237	GLOBAL	NON	764 031,83

Par conséquent, sur ces bases le forfait global de soins de votre établissement, identifié sous le numéro FINESS : 590 783 445 est fixé à **765 177,63 €** au titre de 2019. Ce forfait global de soins se décompose comme suit :

- Crédits pérennes au 31/12/n-1	:	764 031,83 €
- E.A.P. des extensions n-1	:	0,00 €
- Sous-total « Crédits pérennes au 1^{er} janvier 2019 » :		764 031,83 €
- Sous-total « Crédits pérennes pour l'exercice 2019 » :		764 031,83 € (1)

La circulaire ministérielle en date du 15 mai 2018 prévoit de neutraliser temporairement la convergence négative du forfait soins et dépendance par des crédits Assurance Maladie. Cette compensation en crédit non reconductible est régie par le mécanisme synthétisé dans le tableau ci-dessous :

		SOIN	
		Somme des convergences 2018 – 2019 POSITIVE	Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE
DEPENDANCE	Somme des convergences 2018 – 2019 POSITIVE	Aucune compensation	Compensation intégrale du solde du soin
	Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Compensation plafonnée à 10 000 € (5 000 € par année de convergence). • Si après écrêtage des 10 000 €, le solde des convergences soin et dépendance est négative, compensation de ce solde pour revenir à l'équilibre 	Compensation intégrale du solde du soin et de la dépendance

Vous trouverez ci-après le montant des crédits non reconductibles qui vous est octroyé au titre de ce mécanisme.

- Crédits non reconductibles (CNR) :

- dont : 1 145,80 € pour la neutralisation « perte dépendance »

- Sous-total des crédits non reconductibles : 1 145,80 € (2)

Le total des charges nettes autorisées pour le soin est donc de : (1) + (2) = **765 177,63 € (3)**

Le total des charges brutes autorisées pour le soin hors « autres produits » est donc de : **765 177,63 €.**

Enfin, afin de faciliter l'approbation de votre EPRD 2019, l'ARS tient à vous rappeler les dispositions suivantes :

Votre EPRD doit être soumis dans l'applicatif « Import EPRD » (<https://importeprd.cnsa.fr/>) dans les trente jours suivant la date de la présente notification ou au plus tard pour le 30 juin 2019.

- Pour les ESMS relevant d'un organisme privé non lucratif ou privé lucratif majoritairement habilité à l'aide sociale, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter que les ESPIC relèvent de ce cas de figure.
- Pour les ESMS relevant des dispositions des articles L342-1 à L342-6 du CASF (ESMS majoritairement non habilité à l'aide sociale), transmission d'un EPRD « simplifié » intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.
- Pour les ESMS publics autonomes gérant en budget annexe ou en budget principal un EHPAD ou une PUV au GMPS, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des budgets de l'EPSMS (ex : FAM, MAS...) d'un même département.
- Pour les établissements publics non dotés de la personnalité juridique (CCAS ou assimilé), transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter qu'il faut transmettre autant d'EPRD qu'il y a d'EHPAD (ex : 5 EHPAD => 5 EPRD).
- Pour les Etablissements Publics de Santé, transmission d'un EPCP qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.

Le cadre de l'EPRD et sa composition diffèrent par rapport à 2018. Vous trouverez ci-dessous le lien vers la page du site du Ministère des Solidarités et de la Santé qui présente les différents cadres normalisés.

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

Dans l'élaboration de votre EPRD 2019, il conviendra d'accorder une vigilance particulière aux aspects décrits ci-dessous - les principaux motifs de rejet des EPRD 2018 portant sur :

- La non-conformité, l'incomplétude ou le retard du dépôt de l'EPRD (41,16%);
- L'absence d'action visant à rétablir la situation de l'établissement dans le rapport du Directeur en présence d'indicateurs financiers dégradés (18,95%)
- La non-conformité des produits de tarification par rapport aux crédits notifiés (16,79%) ;

En complément de ces éléments, vous trouverez le Rapport d'Orientation Budgétaire 2019 en consultant le Recueil des Actes Administratifs ou le site internet de l'ARS via le lien ci-dessous :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/rapports-dorientations-budgetaires> »

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territorial du Nord,



Madame Cécilia GUEY

Agence régionale de santé Hauts-de-France

R32-2019-06-18-085

Décision tarifaire portant fixation du
forfait global de soins pour l'année 2019
de l'EHPAD SIMONE JACQUES
à AVESNES SUR HELPE

**DECISION TARIFAIRE PORTANT FIXATION DU FORFAIT GLOBAL DE SOINS POUR L'ANNEE 2019
DE L'EHPAD SIMONE JACQUES A AVESNES SUR HELPE
FINESS : 590 804 308**

LE DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

- Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le Code de la Sécurité Sociale ;
- Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 publiée au Journal Officiel du 23 décembre 2018 ;
- Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Vu 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 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 ;
- Vu le 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 ;
- Vu l'instruction ministérielle du 25 avril 2019 publiée au JO le 11 mai 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- Vu l'arrêté du 14 mai 2019 fixant pour l'année 2019 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code ;
- Vu l'arrêté du 29 mai 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- Vu l'arrêté du 6 juin 2019 publié au JO du 8 juin 2019 fixant pour 2019 les valeurs du point mentionnées à l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles et le taux de revalorisation des produits de la tarification reductibles afférents aux soins;

- Vu la Décision n° 2019-08 du 15 mai 2019 relative aux dotations régionales limitatives 2019 et à la moyenne nationale des besoins en soins requis 2019 de la directrice de la CNSA publiée au Journal Officiel du 6 juin 2019 prise en application des articles L314-3 et R314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le décret n°2016-1265 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Hauts-de-France ;
- Vu le décret du 11 mars 2019 portant cessation de fonction de la directrice générale de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – Mme RICOMES (Monique) ;
- Vu l'arrêté du 12 mars 2019 portant attribution de fonctions de directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;
- Vu l'arrêté préfectoral en date du 31 mars 2010 autorisant l'extension d'un EHPAD MRCH Simone Jacques d'AVESNES SUR HELPE et géré par le CH d'Avesnes sur Helpe ;
- Vu la décision en date du 23 mai 2019 portant délégation de signature du Directeur général par intérim de l'ARS Hauts-de-France ;

DECIDE

Article 1 A compter du 12 juin 2019, le forfait global de soins est fixé à 1 905 149,77 € au titre de l'année 2019.

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 158 762,48 €.

Pour l'année 2019, les tarifs sont décomposés comme suit :

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	1 905 149,77	56,73

Article 2 A compter du 1^{er} janvier 2020, en application de l'article L314-7 du CASF, le forfait global de soins est fixé à 1 905 149,77 €.

	Forfait global de soins	Prix de journée
Hébergement permanent	1 905 149,77	56,73

La fraction forfaitaire mensuelle s'établit à 158 762,48€.

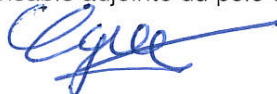
Article 3 Les recours contentieux dirigés contre la présente décision doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sis - 6 rue du Haut Bourgeois - C.O. 50015 - 54035 NANCY Cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles elle sera notifiée, à compter de sa notification.

Article 4 La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Hauts-de-France.

Article 5 Le Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Hauts-de-France est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'entité gestionnaire CH de Avesnes sur Helpe identifié sous le numéro FINESS : 590 781 795 et à l'établissement concerné (FINESS : 590 804 308).

Fait à LILLE, le 18 JUIN 2019

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territorial du Nord,



Madame Cécilia GUEY

Direction de l'offre médico-sociale

Dossier suivi par : Laurent GRAUX
Laurent.GRAUX@ars.sante.fr

LILLE, le 17 8 JUIN 2019

Objet : Campagne budgétaire 2019

PJ : Décision tarifaire

Le Directeur Général par intérim,

à

Monsieur le Directeur
du CH d'Avesnes sur Helpe

Monsieur le Directeur
de l'EHPAD MRCH Simone Jacques
90 Route d'Haut Lieu
59 440 AVESNES SUR HELPE

Veuillez trouver ci-joint votre décision tarifaire 2019 pour l'**EHPAD MRCH SIMONE JACQUES A AVESNES SUR HELPE**.

Le calcul de votre forfait global de soins pour l'exercice 2019 est issu des données suivantes :

Hébergement permanent

Places au 1/1/2019	GMP	PMP	Tarif	PUI	Dotation pérenne au 1/1/2019
92	709	383	GLOBAL	OUI	1 816 552,82

Par conséquent, sur ces bases le forfait global de soins de votre établissement, identifié sous le numéro FINESS : 590 804 308 est fixé à **1 905 149,77 €** au titre de 2019. Ce forfait global de soins se décompose comme suit :

- Crédits pérennes au 31/12/n-1	:	1 816 552,82 €
- E.A.P. des extensions n-1	:	0,00 €
- Sous-total « Crédits pérennes au 1^{er} janvier 2019 » :		1 816 552,82 €
- Crédits d'actualisation	:	16 167,32 €
- Résorption des écarts 1/3 ^{ème} (places HP)	:	72 429,63 €
- Sous-total « Crédits pérennes pour l'exercice 2019 » :		1 905 149,77 € (1)

La circulaire ministérielle en date du 15 mai 2018 prévoit de neutraliser temporairement la convergence négative du forfait soins et dépendance par des crédits Assurance Maladie. Cette compensation en crédit non reconductible est régie par le mécanisme synthétisé dans le tableau ci-dessous :

		SOIN	
		Somme des convergences 2018 – 2019 POSITIVE	Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE
Z D	Somme des convergences	Aucune compensation	Compensation intégrale du solde du soin

2018 – 2019 POSITIVE		
Somme des convergences 2018 – 2019 NEGATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Compensation plafonnée à 10 000 € (5 000 € par année de convergence). • Si après écrêtage des 10 000 €, le solde des convergences soin et dépendance est négative, compensation de ce solde pour revenir à l'équilibre 	Compensation intégrale du solde du soin et de la dépendance

Le total des charges nettes autorisées pour le soin est donc de : **1 905 149,77 €**.

Vous trouverez ci-après le montant des crédits non reconductibles qui vous est octroyé au titre de ce mécanisme.

Pour les EHPAD concerné par l'octroi de crédits d'accélération de la convergence positive 2018 :

Pour rappel, l'Agence Régionale de Santé a appliqué en 2018 un mécanisme d'accélération de la convergence positive en faveur des EHPAD dont le taux d'atteinte du plafond était inférieur à 92 %. Etant dans cette situation, vous avez bénéficié d'un CNR correspondant à l'écart entre votre taux d'atteinte du plafond et 92 % (calculé en prenant en compte les nouveaux GMP et PMP validé avant le 30 juin 2018). Ce CNR était accordé pour les six derniers mois de l'année 2018 et pour 2019 en année pleine.

Cela vous a permis, le cas échéant, de recruter dès juillet 2018 les ETP correspondant au niveau de dotation qui aurait été le vôtre, au rythme de convergence initial, en 2020.

Par conséquent, votre ERRD devra faire apparaître une reprise sur provision de **22 764,00 € (2)**. Ce montant vient en augmentation de la dotation autorisée ci-dessus.

Le total des charges brutes autorisées pour le soin hors « autres produits » est donc de : **1 927 913,77 €**.

(1) + (2)

Enfin, afin de faciliter l'approbation de votre EPRD 2019, l'ARS tient à vous rappeler les dispositions suivantes :

Votre EPRD doit être soumis dans l'applicatif « Import EPRD » (<https://importeprd.cnsa.fr/>) dans les trente jours suivant la date de la présente notification ou au plus tard pour le 30 juin 2019.

- Pour les ESMS relevant d'un organisme privé non lucratif ou privé lucratif majoritairement habilité à l'aide sociale, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter que les ESPIC relèvent de ce cas de figure.
- Pour les ESMS relevant des dispositions des articles L342-1 à L342-6 du CASF (ESMS majoritairement non habilité à l'aide sociale), transmission d'un EPRD « simplifié » intégrant l'ensemble des EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.
- Pour les ESMS publics autonomes gérant en budget annexe ou en budget principal un EHPAD ou une PUV au GMPS, transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») intégrant l'ensemble des budgets de l'EPSMS (ex : FAM, MAS...) d'un même département.
- Pour les établissements publics non dotés de la personnalité juridique (CCAS ou assimilé), transmission d'un EPRD « complet » (appelé également « classique ») qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département. A noter qu'il faut transmettre autant d'EPRD qu'il y a d'EHPAD (ex : 5 EHPAD => 5 EPRD).
- Pour les Etablissements Publics de Santé, transmission d'un EPCP qui n'intègre que les EHPAD et PUV au GMPS d'un même département.

Le cadre de l'EPRD et sa composition diffèrent par rapport à 2018. Vous trouverez ci-dessous le lien vers la page du site du Ministère des Solidarités et de la Santé qui présente les différents cadres normalisés.

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

Dans l'élaboration de votre EPRD 2019, il conviendra d'accorder une vigilance particulière aux aspects décrits ci-dessous - les principaux motifs de rejet des EPRD 2018 portant sur :

- La non-conformité, l'incomplétude ou le retard du dépôt de l'EPRD (41,16%);
- L'Absence d'action visant à rétablir la situation de l'établissement dans le rapport du Directeur en présence d'indicateurs financiers dégradés (18,95%)
- La non-conformité des produits de tarification par rapport aux crédits notifiés (16,79%) ;

En complément de ces éléments, vous trouverez le Rapport d'Orientation Budgétaire 2019 en consultant le Recueil des Actes Administratifs ou le site internet de l'ARS via le lien ci-dessous :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/rapports-dorientations-budgetaires> »

Pour le Directeur Général par intérim et par délégation,
La responsable adjointe du pôle de proximité territorial du Nord,



Madame Cécilia GUEY

