



Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction de l'autonomie des personnes
handicapées et des personnes âgées
Sous-direction des affaires financières et de la
modernisation

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de
soins

**Validée par le CNP, le 2 juin 2010
Visa CNP 2010-79**

Le Ministre du travail, de la solidarité et de la
fonction publique
Le Ministre du budget, des comptes publics et de
la réforme de l'Etat

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs généraux
d'agences régionales de santé
(pour mise en œuvre)

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010
relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et
services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées**

Date d'application : immédiate

NOR : MTSA1014471C

Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux

Résumé : circulaire budgétaire pour l'exercice 2010 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Mots-clés : établissements et services médico-sociaux, personnes handicapées enfants et adultes, personnes âgées dépendantes CPOM et GCSMS, actualisation, forfait journalier hospitalier, frais de transport accueil de jour MAS/FAM, personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, plan autisme, plan handicap, plan handicap visuel, minimum ressource AAH en MAS, Alzheimer, PASA, UHR, Convergence tarifaire

Annexe 1 : Capacité minimale et modalités d'organisation des transports au sein des accueils de jour autonomes ou adossés à un EHPAD

Annexe 2 : Mesures 2010 du plan Alzheimer

Annexe 3 : Répartition des UHR du secteur médico-social

Annexe 4 : Equipes de SSIAD renforcées

Annexe 5 : L'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en EHPAD – cahier des charges

Annexe 6 : la convergence tarifaire 2010

Annexe 7 : Détail des créations de places PH 2010 et plans thématiques

Annexe 8 : Actualisation des règles comptables des ESMS privés lucratifs et non lucratifs

Annexe 9 : Les mesures de soutien à l'investissement

Annexe 10 : Le GVT prévisionnel 2010

Annexe 11 : Modalités de restitution des trop perçus au titre du forfait journalier hospitalier au cours de l'exercice 2009.

La présente circulaire vise à définir le cadre général des campagnes budgétaires 2010 des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, pour laquelle les modalités de répartition et d'emploi des crédits vous seront précisées par la CNSA dans sa notification fixant les dotations régionales 2010. Elles seront les premières conduites par les Agences Régionales de Santé.

Il vous appartient, sur ces bases, de lancer sans délai les campagnes de tarification des établissements accueillant tant les personnes handicapées que les personnes âgées. S'agissant de ces derniers, afin de ne pas retarder le lancement de la campagne ainsi que la mise en œuvre des mesures nouvelles permises par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, il sera fait une dernière fois application des modalités de tarification des EHPAD actuellement en vigueur. Le calendrier des concertations du projet de réforme de la tarification de ces établissements ne permettant pas, en effet, d'envisager sa publication avant la fin du premier semestre, son entrée en vigueur est reportée à la prochaine campagne. Une formation à ce nouveau dispositif pourra ainsi être déployée à partir du second semestre afin d'en faciliter l'appropriation.

Les orientations que vous devrez mettre en œuvre au cours de l'année 2010 sont décrites ci-après. Elles doivent vous permettre d'assurer la mise en œuvre des plans gouvernementaux de création de places et le soutien à la modernisation du secteur dans un contexte assez profondément modifié.

1. UN CADRE JURIDIQUE ET FINANCIER PROFONDEMENT MODIFIE EN 2010

La campagne tarifaire 2010 s'inscrit dans un cadre d'application fortement modifié tant par les dispositions de la loi dite HPST que par les nouvelles modalités de construction et de gestion de l'objectif global de dépenses (OGD) mises en œuvre à la suite des préconisations de la mission IGAS/IGF pour ajuster au mieux les dotations régionales aux besoins réels en crédits de paiement.

1.1 Un dispositif d'autorisation modernisé

S'agissant de la procédure d'autorisation, les dispositions transitoires prévues par la loi HPST doivent garantir une parfaite continuité dans la gestion des procédures.

Elles vous permettront, autant que nécessaire, de recourir aux projets, d'ores et déjà inscrits sur la liste prévue par l'article R 313-9 du CASF, dans le temps nécessaire à la mise en place de la nouvelle procédure d'appels à projets selon les modalités qui seront précisées par un décret à paraître avant la fin du premier semestre .

Un appui méthodologique doit également vous être apporté, en lien avec la CNSA, pour faciliter l'appropriation de la nouvelle procédure qui vise notamment à raccourcir les délais d'autorisation et d'installation des établissements et services. En tout état de cause, **la mise en œuvre des plans ne doit souffrir d'aucun retard du fait de la modification du contexte législatif et réglementaire.**

1.2 Une gestion d'enveloppe au plus près des prévisions d'exécution

1.2.1 L'ajustement des bases régionales

L'enquête conduite par la CNSA auprès des services déconcentrés de l'Etat à la demande de la mission IGAS-IGF à l'été 2009 a mis en évidence l'existence au sein des dotations départementales de volumes importants de crédits non employés (que ces derniers soient gagés par des autorisations de places dont l'installation n'est pas prévue avant 2011 ou libres de toute affectation).

En conséquence, les arbitrages rendus lors de la construction de l'OGD visant, d'une part, à réduire ces volumes en ajustant au mieux les financements de l'assurance maladie aux besoins de fonctionnement des établissements et services, d'autre part, à éviter la reconstitution des excédents

structurels de l'OGD résultant de l'existence de ces disponibilités, ont conduit la CNSA à opérer une révision des bases budgétaires, selon deux modalités distinctes :

- la suppression définitive de crédits libres d'emploi (non affectés) à la date de l'enquête ;
- la suppression temporaire des crédits gagés par des projets en attente d'installation ne devant pas donner lieu à utilisation en 2010.

Les conséquences du débasage, comme les modalités d'ajustements précitées, conduisent à passer à un suivi d'enveloppe de type « autorisation d'engagement/crédits de paiements » (AE/CP). Ce mécanisme apparaît adapté à une gestion des crédits de fonctionnement dès lors que les opérations qu'ils financent connaissent des délais de réalisation dépassant l'année, sous réserve d'un suivi précis des engagements et de leur rythme de montée en charge.

1.2.2 Les conséquences sur les modalités de gestion des dotations en 2010

Ces modalités de construction des dotations modifient le contexte budgétaire dans lequel viennent s'inscrire vos autorisations de création et d'installation de places nouvelles. Elles ne doivent pas pour autant gêner le rythme de montée en charge des autorisations dès lors que les retraits définitifs ou temporaires d'enveloppe n'ont concerné, sur la base des données déclaratives transmises par les services dans le cadre de l'enquête OGD conduite par la mission IGAS/IGF, que des crédits sans affectation en 2010.

S'agissant en particulier des crédits retirés temporairement, ils vous seront restitués dans les exercices ultérieurs au fur et à mesure des installations effectives, qu'il devient donc impératif de pouvoir suivre très précisément. Ce suivi sera assuré par la CNSA au travers, notamment, de l'application SELIA. **Leur retrait temporaire ne doit donc pas menacer la poursuite des opérations en cours** visant, précisément, à permettre l'installation des places régulièrement autorisées sur la base d'enveloppes de mesures nouvelles ou d'enveloppes anticipées qui ont pu vous être notifiées dans les exercices précédents.

En conséquence, la sécurité juridique des autorisations données sur des crédits retirés temporairement de vos dotations limitatives est assurée et ne nécessite pas leur couverture par les moyens financiers notifiés en 2010 au titre des mesures nouvelles de cet exercice. Vous considérerez donc, pour l'application aux places nouvelles que vous serez amenés à autoriser sur votre dotation 2010 en application des dispositions de l'article L 313-4 du CASF, **que ces crédits retirés temporairement ne viennent pas en déduction des crédits disponibles.**

Dans l'hypothèse où le retraitement des bases locales, effectué sur des données d'enquête déclaratives, comporterait des erreurs et imprécisions que la pré-notification des enveloppes régionales effectuée par la CNSA le 18 décembre dernier a déjà permis de révéler, **il importera de mobiliser l'ensemble des marges de manœuvre existantes sur le plan régional** pour assurer la couverture des engagements pris sur les années antérieures et permettre l'installation effective des places au rythme antérieurement convenu. Votre attention est appelée à cet égard sur le fait qu'il sera procédé en 2010 à une fiabilisation des bases régionales sur la base d'une enquête conduite par la CNSA qui pourra donner lieu le cas échéant à un réajustement de celles-ci.

Dès lors que ce travail préalable de redéploiement régional aura été effectivement mis en œuvre et, dans l'hypothèse où vous constateriez malgré tout des besoins de crédits de reconduction non couverts, vous pourrez de manière exceptionnelle et très précisément justifiée, mobiliser des crédits prévus pour des mesures nouvelles 2010 qui n'auraient pas encore donné lieu à autorisation, à l'exception des mesures nouvelles fléchées sur le plan Alzheimer 2008-2012.

Si vous êtes conduits à mobiliser de tels crédits pour assurer le financement des bases budgétaires des établissements et services en fonctionnement, vous veillerez à en assurer l'identification précise dans l'outil de suivi de campagne tarifaire qui sera mis à votre disposition dans la notification fixant les

dotations régionales indicatives pour 2010 qui vous sera prochainement adressée par la CNSA. Seuls les crédits ainsi identifiés seront pris en compte par la CNSA, sous réserve de vérification.

2. LES DEUX PRIORITES DU SECTEUR DES PERSONNES AGEES : L'EXECUTION DU PLAN ALZHEIMER ET LA POURSUITE DES REFORMES MODERNISANT SA GESTION

La campagne 2010 continue de fournir les moyens d'une réponse aux besoins importants du secteur au travers de mesures nouvelles massives et coordonnées.

La tranche annuelle 2010 d'autorisation de création de places d'EHPAD est portée à 7 500 places, contre 5 000 initialement prévues dans le cadre du plan solidarité grand âge (PSGA).

En outre, l'effort de création de places destinées à développer le maintien à domicile et le recours à des services adaptés est poursuivi. A ce titre 6 000 places de SSIAD sont financées, ainsi que la mise en place de 167 équipes spécialisées supplémentaires - sur un objectif de 500 à échéance de 2012 - dans la délivrance à domicile de prestations de soins d'accompagnement et de réhabilitation auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Enfin, comme en 2009, 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire sont programmées sur l'année 2010.

Cet effort trouve une déclinaison particulière à travers la mise en œuvre du Plan Alzheimer à laquelle vous veillerez tout particulièrement, s'agissant d'une priorité présidentielle. Vous vous mobiliserez notamment pour assurer le développement des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR). Par ailleurs, le plan Alzheimer s'accompagne naturellement d'exigences fortes sur l'emploi des crédits et la modernisation de la gestion du secteur à laquelle cette campagne doit notamment concourir.

2.1 Le déploiement des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer, dans la perspective des objectifs 2012

Le Plan Alzheimer vise à améliorer la qualité de vie tant des malades que de leurs aidants par une prise en charge spécialisée, reposant sur un personnel formé à l'accompagnement de la maladie et mobilisant des compétences pluridisciplinaires.

Vous trouverez en annexe [2] le détail des mesures dont vous devrez assurer le suivi en 2010. J'attire votre attention sur les points suivants.

2.1.1. Développement des structures de répit : accueil de jour et frais de transport,

Outre l'évaluation, en cours, des 11 « plateformes de répit et d'accompagnement », celle engagée en 2009 sur le fonctionnement des accueils de jour a conduit à définir un seuil minimum de places à installer, afin de les inscrire dans un véritable projet d'établissement. Vous veillerez au respect des seuils fixés par la circulaire du 25 février dernier : un décret en cours de préparation va rendre ces seuils opposables ainsi que les forfaits journaliers de transport.

Vous établirez (données FINESS et cartographie CNSA) et vous nous communiquerez d'ici début juillet un état des lieux des écarts au regard de cet objectif et les modalités de mise en conformité que vous adopterez notamment vis-à-vis des conseils généraux.

Vous noterez que la prise en charge des transports vers ces structures de répit sera facilitée par l'augmentation de 30 % des forfaits de transport instaurés en 2007 (arrêté de revalorisation en cours). Vous vous assurerez que leur mobilisation s'accompagne d'une organisation adaptée.

2.1.2. La création d'équipes spécialisées pilotes pour la prise en charge à domicile des malades Alzheimer :

L'autorisation de ces équipes pilotes ne relèvera pas cette année d'une procédure d'appel à projets nationale mais d'une procédure de sélection opérée par vos soins. Sans attendre les résultats de l'évaluation des 39 équipes pilotes et conformément aux notifications et à la programmation transmises, vous pouvez solliciter et examiner les candidatures des SSIAD pour la création en 2010 d'une équipe spécialisée - notamment celles ayant reçu un avis favorable des CROSMS - sur la base du cahier des charges de l'appel à projet du 16 mars 2009 et du dossier de candidature annexé. Une grille de sélection vous sera prochainement proposée afin de vous aider dans l'examen de ces projets.

Vous veillerez particulièrement, avant toute autorisation portant extension de places au titre de l'équipe spécialisée, à une répartition équilibrée desdites équipes par département afin que celles-ci couvrent bien la totalité du territoire en 2012 et à ce que leurs prises en charge soient conformes au cahier des charges issu de l'évaluation des sites pilotes dans des délais rapprochés. Vous garderez à l'esprit que ces équipes ont vocation à disposer d'un champ d'intervention territorial plus large que les SSIAD classiques et dérogent à ce titre au système de régulation infirmier dès lors que les prestations réalisées constituent essentiellement des soins de réhabilitation et d'accompagnement (réalisation de prestations partielles conformément au cahier des charges du 16 mars 2009)¹.

2.1.3. Le développement des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR)

38 M€ sont budgétés en 2010 pour permettre le développement de 8 333 places de PASA, conformément aux objectifs du plan de création de 25 000 places d'ici fin 2012. En outre, 35 M€ sont consacrés au développement des UHR et permettent le financement de la totalité de la cible à atteindre pour le secteur médico-social. L'annexe [3] présente la répartition indicative au 31 décembre 2012 des 1 667 places d'UHR à programmer en EHPAD (soit 119 UHR de 14 places ou 140 UHR de 12 places chacune).

Ces nouveaux dispositifs d'accompagnement en établissement ont fait l'objet d'instructions détaillées dans le cadre des circulaires du 6 juillet 2009 et du 7 janvier 2010 relatives aux mesures médico-sociales du plan Alzheimer. Dans un souci de mise en œuvre rapide de cette mesure du plan Alzheimer, structurante pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, vous trouverez en annexe [2] les modifications apportées au point 3 de l'instruction du 7 janvier 2010 concernant la procédure de labellisation des nouvelles structures de type PASA/UHR qu'il vous revient de mettre en œuvre dès à présent ainsi que des précisions sur leur tarification.

Plus de 1 700 établissements déclarent disposer d'unités spécifiques Alzheimer fonctionnant de manière autonome. Il est vous est donc demandé :

- 1) de recenser ces établissements dans les départements de votre ressort,
- 2) d'étudier au cas par cas, avec les gestionnaires de ces établissements, dans le respect des dispositions du cahier des charges, les possibilités éventuelles de transformation de ces unités en UHR, moyennant le cas échéant des travaux d'adaptation,
- 3) d'étudier au cas par cas, avec les gestionnaires de ces établissements, dans le respect des dispositions du cahier des charges, ce que représenterait l'apport d'un PASA et les modalités de son installation et de sa labellisation, moyennant, le cas échéant, des travaux d'adaptation ou de réaménagement.

2.2 La poursuite des efforts de rationalisation de la gestion du secteur

2.2.1 Une mise en œuvre de la convergence tarifaire favorisant des trajectoires contractualisées

L'arrêté interministériel du 26 février 2009 pris en application des articles 63 de la LFSS pour 2008 et 69 de la LFSS de 2009 a fixé les modalités de calcul des valeurs plafonds et les modalités de

¹ Circulaire DGAS/2C/DSS/MCGR/DHOS/03/2009/05 du 29 janvier 2009 relative aux modalités d'autorisation des services de soins infirmiers à domicile et leur articulation avec le dispositif de régulation du conventionnement des infirmières libérales

convergence des EHPAD en dépassement à savoir une revalorisation limitée à 0,5 % des budgets des établissements en dépassement en 2009, puis une convergence tarifaire continue de 2010 à 2016 ramenant, à l'issue de la période, tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds.

En 2010, un nouvel arrêté interministériel, à paraître, fixera les valeurs annuelles du point à partir desquelles seront calculés les tarifs plafonds selon la catégorie d'établissements. La convergence tarifaire s'opèrera dorénavant selon les modalités suivantes :

- la règle générale reste le retour au tarif plafond d'ici 2016 grâce à une réduction progressive du dépassement du tarif plafond d'1/7^{ème} chaque année ;

- l'arrêté du 26 février 2009 permet de déroger à cette règle générale de la convergence par septièmes en contractualisant les économies à réaliser dans le cadre d'un avenant à la convention tripartite. **Cette contractualisation est de droit pour tout établissement qui la sollicite.** A l'inverse, l'abattement d'un septième s'applique automatiquement dès lors qu'il n'y a pas de convention ou d'avenant à la convention tripartite ; **vous veillerez à informer systématiquement tous les établissements qui présentent un dépassement des tarifs plafonds 2010 de la possibilité de mettre en place cette contractualisation ;**

- la possibilité de contractualiser les modalités de la convergence au lieu d'appliquer la réduction par septièmes s'appliquera de manière différente selon que les établissements dépassent de plus ou moins 10% le tarif plafond : pour les établissements dont le dépassement est inférieur ou égal à 10%, la contractualisation pourra permettre au maximum un taux de reconduction de 0,5% en 2010 ; pour les établissements dont le dépassement est supérieur à 10%, la trajectoire pluriannuelle de réduction de l'écart ne pourra pas être inférieure en 2010 à un quinzième du montant du dépassement. Les modalités de cette contractualisation différentielle sont définies en annexe [6].

Enfin, parallèlement à l'examen du respect des plafonds par les établissements conventionnés, vous veillerez à rendre effective la date butoir d'achèvement du conventionnement tripartite : fin 2009, soit deux ans après la date butoir prévue par la LFSS pour 2008, 2 382 places d'EHPAD restaient non conventionnées et non tarifées, limitant l'atteinte de la cible à 99,6 % des places. Je vous demande en conséquence de tarifier d'office dès réception de la présente circulaire tous les établissements non conventionnés.

2.2.2 La poursuite de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les dotations soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)

Une expérimentation de la faisabilité d'une réintroduction des médicaments dans le forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui ne disposent pas PUI ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) gérant une PUI est en cours, en application de l'article 64 de la LFSS pour 2009, et selon des modalités fixées par les circulaires du 6 août et 10 novembre 2009. 276 établissements volontaires sont entrés dans l'expérimentation pilotée par la mission NAVES depuis le mois de décembre 2009, pour lesquels vous avez pris des arrêtés de tarification en toute fin d'année dernière visant à la financer pour le mois de décembre.

Afin de faciliter la poursuite de cette expérimentation, un courrier interministériel a été adressé le 1^{er} mars dernier au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) lui demandant de majorer les douzièmes provisoires de dotation globale de financement de la fraction mensuelle du montant des douzièmes de dotation médicaments auxquels les établissements ont droit pour 2010. Vous veillerez à identifier dans vos arrêtés de tarification les montants afférents à cette dotation médicaments afin de permettre aux caisses d'assurance maladie d'effectuer un suivi spécifique de ces dépenses.

Afin de ne pas générer d'indus, il vous appartiendra pour cela de vous rapprocher de la caisse pivot des établissements expérimentateurs afin de calibrer de la façon la plus fine le montant des crédits auxquels les établissements ont droit, compte tenu des avances de trésorerie perçues.

2.2.3 Expérimentation de la présence d'infirmières de nuit dans les EHPAD au titre des soins palliatifs

L'absence d'infirmières de nuit, notamment dans les petites structures, est un des obstacles à la prise en charge palliative dans les EHPAD. Le Programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012, prévoit la réalisation d'une expérimentation permettant de mesurer, à l'échelle des 22 régions, l'impact du recours à une infirmière de nuit sur la prise en charge des personnes en fin de vie dans les EHPAD. Les objectifs et le cahier des charges de cette expérimentation sont présentés à l'annexe [5].

2.2.4 Incitation au choix du tarif global

Dans le prolongement de la politique de gestion globale et coordonnée du soin en EHPAD, vous veillerez à inciter et favoriser le choix des établissements pour le tarif global à la faveur de l'entrée de ceux-ci dans le conventionnement de 2nde génération. De même, vous faciliterez cette option pour les EHPAD qui l'envisageraient avant même la fin de la première convention tripartite.

Le périmètre des charges du tarif global comprend des postes de dépense importants exclus du tarif partiel (rémunérations versées aux médecins généralistes et auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, examens de radiologie et de biologie), lesquels sont alors financés sur l'enveloppe soins de ville. Vous veillerez donc à valoriser le fait que ce tarif, bien que plus régulateur, permet grâce à son caractère global d'assouplir la contrainte des EHPAD en tarif partiel soumis aux tarifs plafonds et rappellerez que le passage au tarif global permet de passer à la tarification au GMPS avant l'expiration de la première convention tripartite.

3. LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES

3.1 Un renforcement quantitatif : la poursuite du plan handicap 2008/2012 et la mise en œuvre de plans thématiques

3.1.1 L'augmentation du nombre de places en établissements et services pour personnes handicapées

L'année 2010 permettra de poursuivre la mise en œuvre du plan pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées, conformément aux annonces du président de la République le 10 juin 2008 lors de la Conférence nationale du handicap.

Dans la continuité des années précédentes, les priorités de l'exercice 2010 concernant les enfants portent principalement sur le développement de l'action précoce, le soutien à la scolarisation et au développement de l'autonomie ainsi que sur la prise en charge des enfants les plus lourdement handicapés.

Pour ce qui concerne les adultes, l'effort entrepris ces dernières années pour renforcer l'accompagnement de publics spécifiques et mieux prendre en compte également l'avancée en âge des personnes handicapées doit se poursuivre avec notamment sur ce dernier volet la médicalisation d'un certain nombre de places en foyer de vie ou en foyer occupationnel.

S'agissant des mesures nouvelles au titre de 2010 en MAS et FAM, votre attention est appelée à nouveau sur le mode de calcul de l'enveloppe accordée, qui repose sur 35% de places nouvelles en MAS et 65 % en FAM.

3.1.2 La mise en œuvre de plans thématiques

Ces plans visent à renforcer la compensation de certains types ou certaines formes de handicap. Leur présentation détaillée figure en annexe [7].

3.2 Un renforcement qualitatif : autres mesures d'accompagnement spécifiques pour certaines des personnes handicapées adultes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 comporte deux mesures destinées aux personnes handicapées qui sont accueillies en MAS et en FAM.

3.2.1 Le financement des frais de transports des personnes en accueil de jour en MAS / FAM

Conformément aux engagements ministériels pris en 2009 pour mieux prendre en compte les dépenses de transport des personnes adultes handicapées, le nouvel article L.344-1-2 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 52 de la LFSS pour 2010, inclut les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes handicapées reçus en accueil de jour en FAM et en MAS dans les dépenses d'exploitation de ces établissements financées par l'assurance maladie. Un décret en Conseil d'Etat, actuellement en préparation, doit préciser les modalités particulières de cette nouvelle mesure dont l'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} juillet 2010. Une circulaire d'application du décret précisera les modalités de mise en œuvre de cette mesure ainsi que les modalités de suivi de ce financement.

Cette mesure sera couverte par une enveloppe de 18 millions d'euros qui vous sera notifiée pour 6 mois de fonctionnement.

3.2.2 La fixation d'un minimum de ressources laissé à la disposition des personnes accueillies en MAS

Le décret n° 2010-15 du 7 janvier 2010 pris pour l'application du second alinéa de l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que le minimum de ressources qui doit être laissé à la disposition des personnes handicapées accueillies dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) est égal à 30 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés, soit à ce jour 204,49 € par mois.

Cette mesure vise à rétablir l'égalité de traitement entre les personnes handicapées selon qu'elles sont astreintes ou non au forfait journalier hospitalier porté par ailleurs à 18 € à compter du 1^{er} janvier 2010 et selon qu'elles sont accueillies en MAS ou en foyer, notamment en foyer d'accueil médicalisé (FAM). L'application de cette règle pourra conduire l'établissement à ne pas facturer à la personne la totalité du forfait hospitalier qui serait dû, ce afin de lui permettre de disposer d'un reste à vivre égal à 30% de l'AAH.

Un arrêté et une circulaire préciseront prochainement les modalités de mise en œuvre de ces dispositions réglementaires.

3.3 L'intégration des forfaits journaliers hospitaliers dans les prix de journée

La circulaire interministérielle n° DGAS/5B/DSS/1A/2009/70 du 4 mars 2009 a défini de nouvelles modalités de calcul du tarif des établissements pour enfants et jeunes adultes handicapés. Elle a été complétée par la circulaire interministérielle n° DSS/1A/DGAS/5B/391 du 30 décembre 2009.

Vous veillerez à l'application stricte de ces circulaires, dont il résulte que **le forfait journalier hospitalier ne doit plus être facturé pour les moins de 20 ans pris en charge dans les établissements pour enfants handicapés** relevant du 2° du I de l'article L312-1 du CASF. Les recettes correspondantes des ESMS sont absorbées dans le prix de journée et ne relèvent plus des recettes atténuatives, lesquelles diminuent donc fortement en niveau.

Vous veillerez à informer les gestionnaires d'établissements concernés de l'application de ces dispositions dans le cadre de la fixation des tarifs 2010. J'attire par ailleurs votre attention sur les deux points particuliers suivants :

3.3.1 Identification des trop-perçus au titre du FJH au cours de l'exercice 2009 et modalités de récupération

La circulaire du 30 décembre 2009 mettait en évidence les difficultés d'adaptation du dispositif informatisé de liquidation de l'assurance-maladie dans l'application du nouveau mode de tarification des établissements issu de la circulaire du 4 mars 2009.

En conséquence, la tarification 2009 par vos services a pu conduire, ponctuellement, au surfinancement d'établissements, dès lors que le système de liquidation de l'assurance-maladie a conduit à ce que la facturation du prix de journée par l'établissement continue de générer deux recettes (1 prix de journée + 1 FJ) au lieu d'une seule recette en application des nouvelles modalités de calcul du tarif. Il a pu en résulter une surfacturation à l'assurance-maladie pour les FJ payés par les CPAM après la date de prise d'effet de vos arrêtés de tarification 2009.

Ces montants ont vocation à être restitués selon les modalités précisées en annexe [10] impactant l'exercice 2011 dans le cadre de la tarification.

3.3.2 La fin de la possibilité d'utiliser les forfaits journaliers des établissements adultes pour le financement de mesures nouvelles

Les arbitrages rendus dans le cadre de la construction de l'OGD 2010 suite aux recommandations de l'IGAS et de l'IGF sur la suppression progressive de l'écart entre l'objectif de dépenses encadrées (les dépenses autorisées des établissements) et l'OGD (les recettes d'assurance maladie des établissements) conduisent à mettre fin à la latitude qui vous a été laissée par la circulaire du 4 mars 2009 pour l'utilisation du produit des forfaits journaliers (transférés du groupe 1 au groupe 2 de recettes) au financement de mesures nouvelles et en particulier des CPOM.

En effet, l'autorisation de dépenses supplémentaires à due concurrence des forfaits journaliers conduit à augmenter la part prise en charge par l'assurance maladie dès lors que ces forfaits transférés en groupe 2 ne n'imputent plus sur celle-ci. Il s'agit donc d'une marge de manœuvre fictive générant des charges supplémentaires sur l'OGD. La diminution des dotations régionales de dépenses encadrées opérée par la CNSA dans la construction des bases régionales 2010 vient réduire cette marge qui sera à terme totalement supprimée. **Vous ne devez donc prendre aucun engagement nouveau en 2010 sur la marge résiduelle.**

4. DES REGLES DE GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE PRECISEES

4.1 Une gestion rigoureuse et encadrée des crédits non reconductibles

La révision du cadre financier et des modalités de budgétisation de l'OGD s'accompagne d'une gestion particulièrement rigoureuse des crédits non reconductibles. En particulier, le financement effectif des installations de places nouvelles en 2010 doit être systématiquement prioritaire par rapport à l'allocation de crédits non reconductibles. Ce n'est qu'une fois ce financement assuré que les disponibilités résiduelles dans votre dotation pourront, **de façon exceptionnelle**, faire l'objet d'une utilisation à titre non reconductible.

L'utilisation des crédits non reconductibles au sein des enveloppes limitatives ne peut se faire que dans le cadre du financement de mesures non pérennes. **Toute utilisation de crédits non reconductibles aux fins de financement de mesures pérennes est strictement proscrite.**

Les crédits non reconductibles ne pourront être utilisés que pour le financement de 3 catégories de mesures :

- Le soutien d'investissements en complément des aides en capital de la CNSA (PAI), pour les établissements pour lesquels les crédits d'assurance -maladie peuvent financer ce type de dépenses (cf. annexe 9). Les disponibilités sur CNR ne devront pas vous exonérer de l'analyse des capacités d'autofinancement des ESMS avant tout recours à l'emprunt, afin notamment de vérifier l'absence d'impact de tels investissements sur les budgets de fonctionnement.

- Le soutien à la formation du personnel au sein des ESMS par le remplacement du personnel parti en formation et l'accueil de stagiaires ;

- L'aide au démarrage de groupements de coopération sociale et médico-sociale et de projets de contractualisation (CPOM). Dans ce dernier cas, **l'utilisation de crédits non reconductibles ne peut bien entendu pas être faite au titre de rebasage** mais uniquement afin favoriser l'ingénierie de montage de contrat.

Le montant et l'affectation des CNR utilisés devront faire l'objet d'un reporting très précis auprès de la CNSA. Pour ce qui concerne les mesures de soutien à l'investissement, le type de projet ainsi que la catégorie d'établissements concernée seront très précisément indiqués.

4.2 L'appréciation des charges des établissements

4.2.1 Charges de personnel

a) évolution de la masse salariale

Le taux d'évolution de la masse salariale des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif pour l'année 2010 a été annoncé aux partenaires sociaux lors de la conférence salariale qui s'est tenue le 17 février 2010. Défini en cohérence avec les crédits votés dans les lois de finances de l'Etat et de financement de la sécurité sociale pour 2010, **il est fixé à 1,20 % pour l'ensemble des conventions collectives** et comprend, outre le GVT prévisionnel (dont le détail par type de convention vous est précisé en annexe [10]), l'ensemble des mesures générales et catégorielles qui seront signées par les partenaires sociaux et agréées par le ministre chargé de l'action sociale.

Je vous rappelle que seuls les accords agréés par arrêté ministériel sont opposables aux autorités compétentes en matière de tarification et qu'il appartient aux établissements et services de justifier de l'agrément pour bénéficier du financement correspondant.

Pour ce qui concerne spécifiquement les établissements et services de la fonction publique hospitalière, le protocole d'accord signé le 19 octobre 2006 entre le ministre chargé de la santé et cinq organisations syndicales prévoit au titre des mesures sociales la mise en œuvre du chèque emploi-service universel (CESU) en faveur des agents de la fonction publique hospitalière. Le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS), auquel les établissements médico-sociaux adhèrent au titre de l'action sociale en faveur de leurs agents, met en œuvre le service du CESU pour l'ensemble des agents relevant de la fonction publique hospitalière et fera, à ce titre, un appel de cotisation complémentaire de 0,09 % de la masse salariale.

Le taux prévisionnel de GVT de la FPH pour 2010 (0,3 %) et l'augmentation de la valeur du point de la fonction publique (0,50 %) permettront aux établissements concernés de financer cet appel de cotisation supplémentaire dans le cadre de l'augmentation prévue de la masse salariale pour 2010 telle que fixée ci-dessus.

b) Mises à disposition syndicales

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

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

par organisation syndicale représentative ainsi que le remboursement aux établissements employeurs de la masse salariale concernées par les autorités de tarification compétentes.

La liste des salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux mis à disposition sera établie par la DGCS sur la base des conventions de mise à disposition signées entre les employeurs, les organisations syndicales et les salariés concernés et c'est sur la base de cette liste que les budgets des établissements seront majorés du coût du salaire du salarié concerné. Il vous appartiendra, en tant qu'autorité de tarification, de prendre en compte cette dépense dans le montant des dépenses autorisées au groupe II. Des crédits spécifiques vous seront délégués à cette fin par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Ces dépenses devront faire l'objet, chaque année, d'un suivi particulier de votre part dans le cadre de vos enveloppes de crédits limitatifs définies aux articles L.314-3 à L.314-5, qui tiendront compte de ces dotations spécifiques, afin de pouvoir procéder, le cas échéant, soit à des redéploiements de crédits entre les établissements et services dans lesquels la mise à disposition de ces représentants syndicaux a été effectuée (changement d'affectation, revalorisations conventionnelles) soit à un débasage en cas d'arrêt de mise à disposition. En application du 5° de l'article R.314-22 du CASF le financement de ces mises à disposition doit figurer dans les priorités de votre rapport d'orientation budgétaire.

c) Gratification des stages étudiants

Après que la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances a prévu une gratification obligatoire des stages étudiants en entreprise d'une durée supérieure à trois mois dont le décret du 31 janvier 2008 a fixé le montant, le seuil des stages longs ouvrant droit à gratification sera abaissé à deux mois par la loi relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Comme précisé par la circulaire DGAS/SD5B2008/141 du 21 avril 2008, et afin de faciliter le bon accomplissement des stages des formations sociales dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, il vous est rappelé que le coût relatif à la gratification obligatoire constitue en effet une dépense qui s'impose aux structures d'accueil et qui a vocation à être couverte par les tarifs. Le montant de ces dépenses pouvant varier chaque année dans un établissement en fonction du nombre de stagiaires accueillis, vous attribuerez ces crédits à titre non reconductible.

4.2.2 Règles générales d'évolution des charges

De même que pour la progression de la masse salariale, le taux de progression des charges de fonctionnement autres que celles de personnel (charges qui représentent 25 % des budgets des établissements accueillant des personnes handicapées et 11% des budgets des établissements accueillant des personnes âgées) s'élève à 1,2 % dans la construction de l'ONDAM.

Les deux taux d'évolution (charges de fonctionnement et charges de personnel) constituent des références pour la budgétisation ; ils n'ont pas vocation à être appliqués uniformément mais à s'inscrire, conformément à l'article R.314-22 du CASF, d'une part, dans une analyse du caractère soutenable des évolutions budgétaires sollicitées au regard de celles de l'enveloppe limitative, d'autre part, dans une appréciation des moyens de la structure au regard d'une comparaison avec les moyens accordés aux structures similaires.

4.2.3 La politique de contractualisation

En l'absence de crédits spécifiques d'aide à la contractualisation en 2010, les CPOM qui pourraient être négociés ne pourront inclure des financements supplémentaires que si ceux-ci peuvent être financés par les enveloppes régionales.

Vous veillerez en conséquence à rappeler aux gestionnaires d'établissements et services que la politique de contractualisation a vocation à faire évoluer les modes de relation entre l'Etat et les gestionnaires publics ou privés par le passage à une approche pluriannuelle dans la gestion financière objectivée par la détermination d'objectifs contractuels dont l'état de réalisation doit être mesuré à partir d'indicateurs négociés. Vous veillerez à développer, au sein de ces contrats, les modalités d'un dialogue de gestion organisé entre les parties au contrat et fondé notamment sur l'analyse d'indicateurs prédéterminés faisant état du degré de réalisation des objectifs négociés...

Conformément aux dispositions de l'article 124 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un arrêté interministériel fixant le seuil au-delà duquel les établissements devront obligatoirement faire conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est en cours de préparation et sera publié au cours du 1^{er} semestre 2010.

*

Dans le cadre d'un exercice 2010 marqué par de profondes évolutions institutionnelles, réglementaires et financières, votre mobilisation sera déterminante pour assurer la réalisation des objectifs volontaristes souhaités par le Gouvernement et que traduit le taux de progression de l'ONDAM médico-social de +5,8 %. Il représente un effort substantiel dans le contexte contraint des finances publiques. Il vous incombe plus que jamais de veiller scrupuleusement à la mobilisation diligente de ces crédits au profit de la meilleure efficacité des établissements et services concernés et de l'accroissement d'une offre de qualité au service des publics accueillis.

Pour le ministre du travail, de la solidarité et de
la fonction publique et par délégation

Pour le ministre du budget et des comptes publics
et par délégation

Signé

Fabrice HEYRIES
Directeur général de la cohésion sociale

Signé

Dominique LIBAULT
Directeur de la sécurité sociale