



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

**DIRECTION GENERALE DE L'ACTION
SOCIALE**

Sous-direction des âges de la vie

Bureau des personnes âgées (2C)

Personnes chargées du dossier :

Annick BONY - Frédérique CHADEL

Sous-direction des personnes handicapées (3B)

Personnes chargées du dossier :

Thierry BOULISSIERE - Patrice PERROTEAU

Sous-direction des institutions, des affaires

juridiques et financières (5B)

Personnes chargées du dossier :

Jean-Pierre HARDY – Pierre-Yves LENEN

Le Ministre du travail, des relations sociales, de la
famille, de la solidarité et de la ville,
Le Ministre du budget, des comptes publics et de la
fonction publique
La Secrétaire d'Etat chargée de la solidarité

à

Madame et Messieurs les Préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Préfets de département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation (pour information)

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Sous-direction du financement du système
de soins

Bureau des établissements de santé et des
établissements médico-sociaux (1A)

Personnes chargées du dossier :

Jérôme SEQUIER - Marie-José SAULI

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGAS/5B/DSS/1A/2009/51 du 13 février 2009 relative aux
orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-
sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées

Date d'application : Immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : circulaire budgétaire pour l'exercice 2009 dans les établissements et services médico-
sociaux.

Mots clés : Plan « solidarité grand âge », établissements et services médico-sociaux, personnes
âgées, tarif plafond, tarification GMPS, EHPAD, services de soins infirmiers à domicile, personnes
handicapées enfants et adultes, hébergement temporaire, CPOM et GCSMS, actualisation.

Annexe :

- Annexe 1 : Réglementation comptable et condition d'emploi des crédits non reconductibles
- Annexe 2 : Modifications de la procédure tarifaire des ESMS relevant de tarification plafond
- Annexe 3 : Mise en œuvre de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009
dans les EHPAD
- Annexe 4 : politique de contractualisation

La présente circulaire vise à définir le cadre général des campagnes budgétaires 2009 pour les ESMS relevant de l'article L314-3-1 de code de l'action sociale et des familles. Les éléments de mise en œuvre sont précisés par la CNSA lors de sa notification du 13 février.

Ce cadre repose sur la poursuite des politiques engagées au cours des exercices précédents et sur la prise en compte des orientations nouvelles et des moyens financiers résultant des dispositions de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Les orientations que vous devrez mettre en œuvre peuvent être synthétisées autour de deux priorités : la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de réponse à des besoins médico-sociaux croissants (1) et l'impulsion d'une modernisation du secteur destinée à garantir et promouvoir la qualité de la prise en charge des personnes (2).

1. la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de réponse à des besoins médico-sociaux en développement

1.1. des créations de places massives, accélérées par le plan de relance, coordonnées dans des plans pluriannuels

1.1.1 Le plan de solidarité grand âge et le plan Alzheimer

Afin de répondre à des besoins médico-sociaux croissants, l'effort de création de places prévu dans le cadre du PSGA est poursuivi et renforcé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de relance et de la mise en place de services adaptés pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

1.1.1.1 - la poursuite du plan de solidarité grand âge

La tranche annuelle 2009 d'autorisations de création de places d'EHPAD est portée de 7 500 à 12 500 places par accélération du dispositif des enveloppes anticipées sur les 3 exercices 2010, 2011 et 2012, ce qui accroît notablement les volumes susceptibles d'être immédiatement autorisés. 2 400 places nouvelles sont spécifiquement réservées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Vous veillerez à ce que les autorisations correspondantes soient délivrées dès 2009. Atteindre 100% des places autorisées à la fin 2009 pour les places nouvelles réservées à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer doit être un objectif de premier rang.

De la même façon, la tranche annuelle 2009 du PSGA poursuit l'effort de créations de places pour développer le maintien à domicile et le recours à des services adaptés. A ce titre 6 000 places de SSIAD sont financées, lesquelles permettront notamment la mise en place des 500 places spécialisées dans la délivrance de prestations de soins d'accompagnement et de réhabilitation auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En outre, 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire sont programmées sur l'année 2009. Les notifications des crédits ainsi que les procédures techniques seront précisées dans l'instruction CNSA du 13 février 2009.

1.1.1.2 Les apports du plan Alzheimer 2008-2012

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

Il prévoit notamment :

- le développement et la diversification des structures de répit : un appel à projets a été lancé en vue de sélectionner 5 à 10 plates formes de services afin de « modéliser » les conditions de mise en place d'une offre diversifiée et combinée de formules de répit et d'accompagnement. Par ailleurs, une étude sera réalisée auprès d'un échantillon d'accueils de jour et d'hébergements temporaires accueillant les malades d'Alzheimer pour expertiser les freins et facteurs de réussite de ces dispositifs, notamment la question des transports en accueil de jour ;

- des actions d'information et de sensibilisation pour les aidants ;

- la mise en place, au sein des SSIAD, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS comprenant des SSIAD ou des SPASAD), d'équipes spécialisées, composées d'assistants de soins en gérontologie, de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes, dispensant une nouvelle prestation de « soins

de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes, dispensant une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » ; 40 équipes pilotes spécialisées seront ainsi mises en place en 2009, préfigurant leur généralisation, conformément aux objectifs du Plan Alzheimer de création de 500 équipes spécialisées d'ici 2012. Le fonctionnement de ces équipes sera analysé en lien avec la réforme de la tarification des SSIAD, afin de permettre un meilleur ajustement en moyens et en coûts dans le cadre de la nouvelle tarification ;

- en établissement d'hébergement, le plan Alzheimer a pour ambition d'adapter les établissements à la spécificité des malades. Deux types de structures devront être mises en place dans les EHPAD, voire dans les USLD : les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR). Le PASA a vocation à prendre en charge, sur le modèle d'un accueil de jour dédié aux résidents de l'établissement, les personnes âgées atteintes de troubles du comportement modérés. L'UHR doit permettre la prise en charge, 24h sur 24 h, dans une unité sécurisée, des malades atteints de troubles du comportement sévères. Ainsi, le plan Alzheimer fait entrer de nouveaux métiers dans les EHPAD : qu'il s'agisse de professionnels spécialisés dont la présence reste à développer (psychomotriciens, ergothérapeutes,...) ou de nouvelles compétences, tels les assistants de soins en gérontologie.

Ces dispositions, tant à domicile qu'en établissement, feront l'objet d'instructions détaillées dans le cadre d'une circulaire spécifique relative aux mesures médico-sociales du plan Alzheimer.

1.1.2 La mise en œuvre des plans handicap

1.1.2.1 Le développement du nombre de places en établissements et services

Le plan pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées, annoncé par le président de la République le 10 juin dernier lors de la Conférence nationale du handicap, vise la réduction progressive des listes d'attente, l'amélioration de l'accompagnement des handicaps lourds – autisme, polyhandicap, troubles graves du comportement – et, enfin la prise en compte de l'avancée en âge de la population accueillie en établissements.

Le Gouvernement s'est engagé à réaliser au total plus de 50 000 places, pour un montant de 1,45 milliard d'euros pris en charge par l'assurance maladie et l'Etat, dont l'ouverture sera garantie à l'horizon 2015 (la durée de financement du plan handicap s'étend sur 2008-2014, les arrêtés de tarification devant s'étaler entre 2008 et 2012). D'ici à 2012, au moins 30 000 places devront être effectivement en service.

Ainsi d'ici 2012 plus de 40 000 places seront notifiées dans le cadre de l'OGD (28 000 places pour adultes, 12 000 places pour enfants) pour un montant de 1,25 milliard d'euros sur la période 2008-2012. Le plan de relance et l'augmentation des enveloppes anticipées (1200 places- équivalent MAS/FAM - sur la période 2010-2012 soit 400 par an) doit permettre d'accélérer le taux d'autorisation de créations de places de ces calibres.

Les priorités de ce plan concernant les enfants portent sur le développement de l'action précoce, le soutien à la scolarisation et au développement de l'autonomie et sur la prise en charge des enfants les plus lourdement handicapés.

L'action en faveur des adultes est axée notamment sur l'accompagnement de publics spécifiques et la prise en compte de l'avancée en âge des adultes les plus lourdement handicapés. Ainsi, s'agissant de l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées, qui nécessite en particulier de sécuriser leur maintien dans des structures de type foyers de vie ou foyers occupationnels, vous vous attacherez à ce que l'attribution de crédits d'assurance maladie pour la médicalisation de quelques places au sein de ces foyers s'inscrive dans une concertation globale avec le conseil général afin qu'elle soit articulée avec l'ensemble de la politique de création de places en structures adultes sur le territoire départemental. Cette concertation doit ainsi intégrer l'ensemble des objectifs de développement de l'offre de places en MAS-FAM sur le département.

Pour les mesures nouvelles au titre de 2009 en MAS et FAM, votre attention est appelée sur le mode de calcul de l'enveloppe accordée, qui repose sur 35% de places nouvelles en MAS et 65 % en FAM.

1.1.2.2 L'amélioration de la compensation de formes spécifiques de handicap

L'exécution du plan Handicap repose, pour sa mise en œuvre, sur le développement de plans thématiques dont il convient de rappeler les objectifs centraux.

- **le polyhandicap :**

Parallèlement aux créations de places, un décret fixera prochainement un socle commun d'obligations aux établissements et services qui accueillent ou accompagnent des adultes polyhandicapés (MAS, FAM et SAMSAH) et plus largement des personnes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie. Ce texte vise à améliorer la qualité, la continuité et la sécurité de l'accompagnement en renforçant notamment la dimension pluridisciplinaire de la prise en charge. Les ESMS disposeront d'un délai de cinq ans pour se mettre en conformité avec ces obligations.

- **le deuxième plan autisme 2008-2010:**

Reposant sur une large concertation, ce plan vise à améliorer la prise en charge de l'autisme, en privilégiant trois niveaux d'action : mieux connaître pour mieux former, mieux repérer pour mieux accompagner et diversifier les prises en charge dans le respect des droits fondamentaux de la personne .

Les créations de places doivent nécessairement tenir compte du coût de l'accompagnement renforcé nécessaire dans les structures concernées, dans le respect global des calibres de créations de places. Un cahier des charges national et un référentiel d'évaluation vous seront par ailleurs diffusés afin d'accompagner les projets expérimentaux.

- **le plan handicap visuel 2008-2011 :**

L'objectif de ce plan est double : améliorer l'accessibilité de la cité et renforcer la compensation, en privilégiant notamment les créations de places en milieu ordinaire.

- **le handicap psychique et les traumatisés crâniens :**

Dans la continuité du plan santé mentale, le développement de structures médico-sociales dédiées aux personnes handicapées psychiques doit être poursuivi.

Pour ce qui concerne les traumatisés crâniens, un décret fixera prochainement les conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS). Les UEROS au nombre d'une trentaine sur le territoire national ont vocation à garantir la continuité de l'accompagnement des personnes handicapées entre les différents secteurs sanitaire, médico-social, éducatif et professionnel.

1.2. une mise en œuvre qui s'appuie sur des outils mieux maîtrisés

1.2.1.une utilisation des enveloppes anticipées coordonnée avec le volet « PA/PH » du plan de relance de l'économie

Le dispositif des enveloppes anticipées permet la délivrance d'autorisations à effet différé et réduit le délai de mise en œuvre des projets dans le cas de travaux à réaliser. Afin d'optimiser leur utilisation, vous veillerez à lier l'année de disponibilité des crédits avec celle de la date prévisionnelle de mise en fonctionnement de l'établissement : l'accélération des enveloppes anticipées et leur ouverture à N+3 constitue en ce sens un vecteur supplémentaire de rationalisation et d'efficience du dispositif.

Vous vous attacherez à utiliser au maximum cet outil important dans la rationalisation et la concrétisation de la politique d'offre de places et ceci de manière articulée avec la mise en œuvre du plan de relance de l'économie. A ce titre, des enveloppes anticipées supplémentaires et portant sur trois années (N+1 à N+3) vous seront notifiées par la CNSA pour 2009. Votre attention est attirée sur le fait que le taux d'autorisation de ces crédits doit être maximum dès la fin d'exercice 2009.

En effet, les enveloppes anticipées et le soutien à l'investissement doivent être, chaque fois que cela est possible, mis en œuvre conjointement afin d'une part de réduire les délais de mise en fonctionnement des structures nouvellement autorisées ou rénovées et, d'autre part, de constituer un levier à court terme de dynamisation de l'activité dans le secteur du bâtiment et des travaux publics.

Dans le cadre du plan de relance, le montant des enveloppes anticipées a été majoré, car dès que les projets ont été sélectionnés, il est primordial qu'ils soient autorisés sans délai. La capacité à engager

immédiatement l'opération est un critère pour pouvoir bénéficier des autorisations supplémentaires et des aides à l'investissement.

1.2.2.la politique d'aide à l'investissement

Le plan d'aide à l'investissement de la CNSA, prévu initialement à 260 M€ pour 2009, et qui sera porté à 330 M€ dans le cadre du plan de relance de l'économie, comprend 30 M€ au titre d'une reprise des opérations initialement prévues dans le cadre des contrats de plan Etat-régions(CPER).

En effet, dans un souci de cohérence et d'efficience de l'action publique, a été décidé le regroupement de l'ensemble des actions d'aide à l'investissement en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sous la responsabilité d'un même opérateur. L'intégralité des opérations à venir des CPER 2007-2013 sera donc reprise par la CNSA.

L'Etat continuera d'honorer ses engagements concernant les opérations déjà engagées au titre des CPER précédents ou des premières années d'exécution de l'actuelle génération de CPER. Les opérations à venir concernant les ESAT, qui ne font pas partie du champ de compétence de la CNSA, continueront également d'être prises en charge par l'Etat.

Dans ce même cadre du plan de relance de l'économie, vous veillerez à mettre en place une politique d'optimisation des trésoreries d'enveloppes disponibles. Les modalités comptables permettant aux ESMS d'utiliser les dotations non reconductibles que vous pourriez ainsi allouer sont rappelées en annexe¹. L'intérêt de ces dispositifs, qui s'apparentent à un « préfinancement », repose, d'une part, sur un soutien des capacités d'autofinancement de la structure et, d'autre part, sur une limitation de l'impact « surcoût en fonctionnement/hausse des tarifs » attaché à tout investissement.

Votre attention est vivement attirée sur la nécessité de soutenir au niveau local une politique volontariste d'investissement à court terme : vos décisions d'attributions de crédits non reconductibles ont ainsi vocation à dynamiser des programmes à mise en œuvre rapide. Vous utiliserez notamment ces disponibilités pour permettre l'accélération de la mise aux normes des établissements en termes de sécurité électrique (notamment par l'achat de moyens d'alimentation autonomes en énergie).

1.2.3.le nécessaire maintien jusqu'à fin 2009 des CROSMS

A la faveur du projet de loi « HPST », le gouvernement a souhaité répondre aux critiques faites à l'actuel dispositif d'autorisation en inversant la logique de mise en œuvre : l'autorité de tarification peut désormais prendre l'initiative dans la définition des projets qu'elle souhaite susciter. Dans ce dispositif, les CROSMS seront supprimés. Compte tenu de l'examen prochain du texte au parlement, ce dispositif pourra être opérationnel au 1^{er} janvier 2010.

Par conséquent, il vous est demandé, pour ceux des CROSMS dont le mandat des membres arriverait à expiration au cours de l'exercice 2009 et avant l'entrée en vigueur de la loi, de prolonger la durée de ces mandats jusqu'au 31 décembre 2009.

Par ailleurs, en terme de structuration du calendrier de travail des services déconcentrés et des CROSMS, vous veillerez à placer les fenêtres de dépôt des projets au 1^{er} semestre 2009 afin d'éviter que des projets déposés trop tardivement ne puissent pas être instruits en raison du caractère effectif du nouveau texte.

¹ Cf annexe n° 2

2. une modernisation du secteur au service de la qualité de la prise en charge des personnes

2.1. des réformes structurantes modernisant la gestion du secteur « personnes âgées »

2.1.1 La recherche de l'équité par la mise en œuvre d'outils de convergence tarifaire

Le dispositif d'allocation budgétaire aux ESMS a été, en 2008, profondément transformé par la mise en place d'un dispositif de tarification plafond. Ce pouvoir reconnu au ministre de fixer des tarifs plafond est complété (article 63 de la LFSS pour 2009), d'une part par la reconnaissance d'un pouvoir lui permettant de fixer également les modalités destinées à ramener les tarifs dépassant lesdits plafonds au niveau de ces derniers et, d'autre part, par une mise en cohérence des procédures tarifaires pour les établissements concernés. Ces modifications procédurales sont détaillées en annexe². Elles ont pour caractéristiques communes de procéder à un allègement du formalisme qui constitue la contrepartie du plafonnement du tarif applicable.

Comme en 2008, ce dispositif complété sera mis en œuvre en 2009 pour les seuls EHPAD. Cette application constitue un enjeu majeur en termes d'équité à rechercher dans la politique d'allocation de ressources. En effet, le caractère comparable des populations accueillies, mesuré et apprécié via les référentiels PATHOS pour le soins et AGGIR pour la dépendance, justifie la convergence des ressources allouées en fonction de la cotation établie à l'aide de ces référentiels. L'ajustement des ressources à la population accueillie, et donc le maintien du caractère équitable des ressources allouées, est garanti par le dispositif d'actualisation du GMPS au delà d'une variation de 50 points. Il est tenu compte de cette variation du GMPS au cours de l'exercice suivant celui au cours duquel cette variation est constatée.

Dans ce cadre, un arrêté ministériel à paraître fixera les valeurs plafonds³ pour 2009 et les modalités de convergence des EHPAD en dépassement. Les principes directeurs en sont les suivants :

- une application des tarifs plafonds intégrant un financement des dispositifs médicaux en année pleine ;
- une revalorisation limitée à 0,5 % des budgets des établissements en dépassement en 2009 ;
- une convergence tarifaire de 2010 à 2016 ramenant, à l'issue de la période, tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds.

L'équation GMPS constitue la base de calcul pour l'ensemble des établissements y compris ceux qui ne bénéficient pas encore de la tarification au GMPS. Pour ces derniers, l'équation GMPS repose sur le PMP moyen national consolidé par la CNAM-TS et correspondant à la moyenne des coupes pathos réalisées en 2007 et 2008 (PMP = 168).

Nous appelons votre attention sur le fait que si les établissements qui ne sont pas encore soumis à la tarification au GMPS voient leur plafond calculé sur la base de celle-ci, l'application de cette équation ne sert qu'à vérifier la situation budgétaire de l'EHPAD au regard du plafond et non au calcul de la dotation 2009. Concernant, la politique d'actualisation des tarifs, la revalorisation 2009 d'un EHPAD dont la dotation historique serait proche du plafond ne doit pas conduire à un dépassement de celui-ci. Les éléments techniques vous sont communiqués par ailleurs dans l'instruction CNSA.

Dans le cadre de la mission reconnue par l'article L314-3 du CASF à la CNSA de procéder à une détermination des dotations régionales limitatives en prenant en compte un objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements relevant de la même catégorie, celle-ci procèdera au calcul de l'impact qui en résulte pour vos dotations régionales et départementales

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 : à cette date, environ 7 000 places d'EHPAD ne sont ni conventionnées ni tarifées⁴. Je vous demande de tarifier

² Cf. annexe n°2

³ Tarif Global sans pharmacie à usage intérieur (PUI) : 12,08€ ; tarif global avec PUI : 12,83€
Tarif partiel sans PUI : 9,20€ ; tarif partiel avec PUI : 9,89€.

⁴ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 entérinait la date butoir de signature de la convention tripartite de première génération au 31 décembre 2007 pour les établissements accueillant des personnes âgées dont le GMP est supérieur à 300 et soumettait les établissements retardataires à une tarification d'office prévue

d'office dès réception de la présente circulaire tous les établissements non conventionnés. Cette instruction ne peut plus dorénavant souffrir d'exception ou de retard. Pour les établissements tarifiés par arrêté en 2008 et n'ayant pas souscrit la convention tripartite, vous reconduirez la dotation fixée en 2008.

2.1.2 Une évolution prochaine de la tarification des EHPAD dans le sens d'une globalisation accrue

La tarification en EHPAD connaît une évolution profonde dictée par un souci accru de juste emploi des fonds publics, qu'ils proviennent de l'assurance maladie ou des conseils généraux. Cette globalisation répond à une volonté de coordination renforcée des soins, au sein des établissements et avec leurs partenaires, avec un objectif réaffirmé de santé publique, et notamment de lutte contre l'iatrogénie. La tarification des EHPAD poursuit en ce sens le mouvement engagé l'an passé avec la réintroduction des dispositifs médicaux.

Sur ce point, je vous rappelle, comme l'indiquait la circulaire budgétaire du 15 février 2008, que la réintroduction en année pleine des dispositifs médicaux en 2009 se fait, pour les établissements en tarification au GMPS, par la revalorisation de la valeur du point et pour ceux non encore tarifiés au GMPS sur la base forfaitaire correspondant à huit mois supplémentaires de prise en charge de ces dispositifs et, ce, quelle que soit par ailleurs, la situation de l'établissement vis-à-vis des valeurs plafonds. Vous veillerez par ailleurs à ce que les places d'hébergement temporaire bénéficient elles aussi de la réintégration des dispositifs médicaux.

Il vous est rappelé que les établissements (EHPAD et HT) disposent depuis l'an dernier dans leur budget dédié aux soins des crédits nécessaires à l'achat ou à la location des dispositifs listés dans l'arrêté du 30 mai 2008. Par conséquent, une vigilance soutenue doit être portée sur le suivi des pratiques en la matière. Les résidents ne peuvent se voir demander par les établissements l'achat de ces dispositifs avant leur entrée en institution sous peine d'une reprise des crédits afférents sur la dotation soins des prochains exercices au titre de la récupération des indus. Une circulaire spécifique sur la récupération des indus vous sera prochainement adressée.

La LFSS 2009 prévoit dans son article 64 une expérimentation, sur volontariat, destinée à apprécier la faisabilité d'une réintroduction des médicaments dans le forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur (PUI) ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Un rapport remis au parlement en octobre 2010 en dressera le bilan. Cette expérimentation a vocation à être généralisée à compter du 1er janvier 2011 au vu de ses résultats.

De façon générale, et dans le prolongement de cette politique de gestion globale et coordonnée du soin en EHPAD, vous veillerez à inciter et favoriser le choix des EHPAD 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.

De plus, conséquence du caractère plus efficient du tarif global, celui-ci fait l'objet d'une revalorisation incitative en 2009 avec un taux d'actualisation supérieur à celui du tarif partiel⁵.

par les dispositions de l'article L 313- 12 du code de l'action sociale et des familles complétées par arrêté (instruction du 29 janvier 2008 et arrêté du 14 avril 2008). De ce fait, le taux de conventions de première génération a progressé jusqu'à 98% des places de la cible soit 549 000 places conventionnées au 31/12/2008.

⁵ Après prise en compte des DM, les taux d'actualisation 2009 se décomposent comme suit :

- TP : 0,15% sans PUI et 1,15% avec PUI
- TG : 2,5% sans PUI et 3,5% avec PUI

2.2. Le développement de modalités d'allocation de ressources responsabilisantes

Les mécanismes d'allocation budgétaire aux ESMS évoluent progressivement d'un financement dit « administré » vers une logique plus globale reposant sur une plus grande liberté des acteurs, corrélée à une responsabilisation accrue des gestionnaires.

2.2.1. la poursuite de la politique de contractualisation et de coopération

Initiée en 2006, la politique de contractualisation réside dans un lien renforcé entre le financement alloué et les objectifs assignés à un gestionnaire. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre la personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification concrétise ce nouveau rapport, différent du régime classique de tarification.

Cette politique, largement amorcée sur le champ « PH » et dotée en 2009 de 31M€, doit être poursuivie et il convient d'en rappeler ses objectifs fondamentaux.

La contractualisation est avant tout, pour l'Etat, l'occasion de faire évoluer les modes de relation avec les gestionnaires d'établissement (sans considération de statut public ou privé) : en d'autres termes, il s'agit de changer d'approche dans l'animation du secteur et de passer d'une démarche tutélaire, induite par le mode de tarification « établissement par établissement », à une approche pluriannuelle (contrat de 5 ans) et globale (analyse des financements pour un ensemble d'établissements) mettant en relation objectifs de qualité de service rendu et moyens alloués.

Cette approche décloisonnée du financement des ESMS vise à rendre de la lisibilité et de la visibilité tant au secteur gestionnaire qu'aux tarificateurs. La politique de contractualisation repose sur la volonté de redonner des marges de gestion pour ceux des gestionnaires dont la taille et l'importance leur permettent de développer cette conduite stratégique plus efficiente.

Vous veillerez ainsi à respecter les engagements pris dans les contrats en cours, lors de l'actualisation des tarifs (en application de la circulaire du 21 novembre 2007).

En outre, vous veillerez à valoriser l'intérêt des groupements de coopération sociaux et médico-sociaux (GCSMS), notamment pour les gestionnaires de petite taille pour lesquels la contractualisation peut paraître trop lourde à mettre en œuvre. Dans ce cadre, vous êtes invités à utiliser vos trésoreries d'enveloppe pour le financement d'aides au démarrage dédiées à la mise en place de ces groupements, via les tarifs d'ESMS bénéficiant des services de ces derniers.

2.2.2 Une politique salariale plus globale

Depuis le 1er janvier 2008, le taux d'évolution de la masse salariale des ESMS, tel qu'il résulte des accords collectifs nationaux soumis à agrément⁶ est fixé globalement. Il inclut, outre les mesures générales et les mesures catégorielles, les GVT prévisionnels ainsi que les effets report de l'année précédente.

Ce taux est défini en cohérence avec les crédits votés dans les lois de finances de l'Etat et de financement de la sécurité sociale, afin de garantir au niveau macro économique la couverture de l'impact budgétaire des évolutions salariales dans les ESMS. Pour l'année 2009, il est fixé à 1,60%

Globalement, le taux d'actualisation des enveloppes régionales qui vous seront déléguées au titre des dépenses de personnel sera de 2%. Il vous permettra de prendre en compte un taux de revalorisation salariale moyen de 1,6% pour tous les établissements quel que soit leur statut, y compris ceux relevant de la fonction publique hospitalière et du secteur privé à but lucratif.

⁶ L'agrément concerne les établissements et services appliquant l'une des conventions collectives de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée non lucrative : CC du 15 mars 1966, CC du 31 octobre 1951, CC de la Croix Rouge Française, accords SOP, ainsi que la convention collective du 25 août 1965 (UNISS)

Vous pourrez par conséquent accorder des mesures particulières dans la limite des crédits qui vous sont délégués et dans le respect du principe de convergence tarifaire, le cas échéant dans le cadre d'accords d'établissement. Ces accords ne devront pas conduire à des inégalités en termes d'allocation de ressources aux ESMS ni emporter d'effets reports non soutenables. Ces éléments devront faire l'objet d'une attention particulière dans les avis que vous serez amenés à rendre dans le cadre de l'instruction des accords pour fonder la décision d'agrément.

Concernant plus particulièrement les EHPAD, je vous rappelle que l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé l'opposabilité au financeur des accords agréés pour les EHPAD compte tenu des nouvelles modalités de tarification qui leur sont appliquées (cf. annexe)⁷. Par conséquent, la prise en compte des coûts salariaux n'est plus le paramètre déterminant à prendre en compte dans la fixation du tarif. L'évolution de celui-ci doit s'apprécier dorénavant dans une logique de convergence tarifaire

Les autres dépenses de fonctionnement sont quant à elles revalorisées de 1,6% au titre de l'inflation.

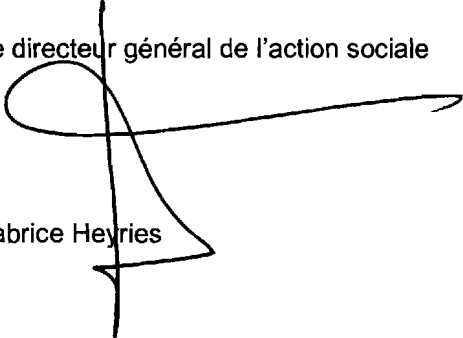
D'une façon générale, l'ensemble des éléments précités ne sont qu'un des paramètres des échanges que vous aurez avec vos interlocuteurs sur le niveau du tarif 2009. Les taux précités n'ont donc pas vocation à être appliqués uniformément mais à s'inscrire, conformément à l'article R314-22 du CASF, d'une part dans une analyse du caractère raisonnable des évolutions budgétaires sollicitées au regard de celles de l'enveloppe et, d'autre part, dans une appréciation des moyens de la structure au regard d'une comparaison avec les moyens accordés aux structures comparables. La même logique doit prévaloir à la négociation des CPOM en cours.

Vous veillerez à décliner ces orientations en utilisant une méthodologie respectant les principes directeurs posés dans la circulaire interministérielle N°DGAS/SD5B/2007/412 du 21 novembre 2007 relative à la gestion des enveloppes de crédits limitatifs. Votre attention est attirée sur le fait que le respect de ces axes est de nature à prévenir les risques de contentieux de la tarification.

Vous voudrez bien rendre compte, sous le double timbre de la DGAS et de la DSS, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces instructions.

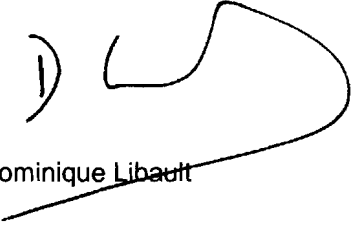
Le directeur général de l'action sociale

Fabrice Heyries



Le directeur de la sécurité sociale

Dominique Libault



⁷ L'applicabilité des accords collectifs dans les ESMS reste toutefois soumise à l'agrément.