

## SOLIDARITÉS

### ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DES RELATIONS SOCIALES,  
DE LA FAMILLE ET DE LA VILLE

MINISTÈRE DU BUDGET,  
DES COMPTES PUBLICS  
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

*Direction générale de l'action sociale*

Sous-direction des institutions, des affaires  
juridiques et financières

Bureau réglementation financière  
et comptable (5B)

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement du système de soins

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

**Circulaire DGAS/5B/DSS/1A n° 2009-70 du 4 mars 2009 relative au mode de facturation des forfaits journaliers hospitaliers en IME et à la participation des usagers accueillis au titre des amendements « Creton »**

NOR : M TSA0930195C

*Date d'application* : immédiate.

*Résumé* : calcul des tarifs pour les établissements accueillant des jeunes handicapés en internat.

*Mots clés* : établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées - tarification - IME personnes handicapées enfants et adultes - amendement « Creton » - CPOM.

*Références* :

Circulaire ministérielle du 6 avril 2007 – annexe I ;

Circulaire interministérielle DGAS/SD.5B n° 2007/412 du 21 novembre 2007 proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article R. 314-1 du code de l'action sociale et des familles et visant à prévenir les contentieux de la tarification.

*Textes abrogés* : note d'information DGAS/SD.5B/CNSA/DSS n° 2006-203 du 4 mai 2006 relative au calcul des tarifs pour les établissements accueillant des « amendements Creton ».

*Annexe* : modalités de tarification des établissements assurant l'hébergement d'enfants handicapés.

*Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille 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).*

Par circulaires ci-dessus référencés, les paramètres de suivi des enveloppes limitatives de crédits d'assurance maladie ont fait l'objet d'une clarification visant à harmoniser les pratiques des services : ces paramètres reposent sur une réaffirmation de la nécessaire prise en compte des recettes perçues par les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à un autre titre que la tarification (forfait journalier hospitalier, indemnités journalières, participation des usagers...).

Dans ce contexte une modification comptable (intervenues depuis l'avis du Conseil national de la comptabilité n° 2007-04 du 4 mai 2007 et pris en compte dans les nouvelles instructions comptables applicables aux ESMS publics et privé : arrêté du 19 décembre 2008 relatif au plan comptable M. 22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux communaux, intercommunaux, départementaux et interdépartementaux et arrêté du 22 décembre 2008 relatif au plan comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) est venue impacter ce mécanisme de gestion des enveloppes limitatives.

En effet, le forfait journalier hospitalier (FJH), qui figurait précédemment dans le périmètre des enveloppes limitatives en est désormais exclu. Au terme de la requalification comptable résultant de l'avis précité, le produit correspondant aux FJH cesse donc d'être comptabilisé dans les recettes de groupe 1 (« produits de la tarification ») des ESMS pour être imputé en recette de groupe 2 (« autres produits relatifs à l'exploitation »).

Cette requalification s'explique par le fait que le FJH n'est pas un produit résultant d'une tarification dite « administrée » (c'est-à-dire fixée par le tarifificateur local) mais constitue un produit correspondant à une participation forfaitaire de l'utilisateur au coût de son hébergement.

Si cette modification de la nomenclature comptable reste budgétairement neutre pour les ESMS, elle a pu, en revanche, générer localement, et de façon mécanique, des disponibilités d'enveloppe pour les tarifificateurs compte tenu des paramètres de suivi des enveloppes départementales limitatives.

Vous avez été nombreux à attirer l'attention de nos services, et ceux de la CNSA, sur cette situation.

Cette souplesse d'enveloppe est effectivement réelle sur le secteur des établissements pour adultes handicapés où le FJH est acquitté par la personne accueillie. Compte tenu du fait que ces disponibilités s'inscrivent dans un périmètre de dépense inchangé, vous veillerez toutefois à employer celles-ci au profit de la politique de contractualisation des ESMS, précisé par les articles L. 313-11 et R. 314-39 et suivants du CASF.

Il n'en va pas de même sur le champ, très majoritaire au sein de l'OGD, des établissements pour enfants handicapés pour lesquels l'effet précité est purement artificiel et ne conduit donc pas à constitution de disponibilités d'enveloppe : en effet, pour les enfants et adolescents, ce forfait n'est pas acquitté par l'utilisateur mais par l'assurance maladie en application de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. A ce titre, la facturation de ces forfaits pèse bien, de manière désormais certaine, sur l'objectif global de dépenses (OGD) « Personnes Handicapées » et est donc comptabilisée dans les décaissements enregistrés par l'assurance maladie.

Il en résulte, dès lors, un fort risque de dérapage des dépenses d'assurance maladie dans les établissements pour enfants à tarification par prix de journée.

La présente circulaire vise par conséquent à mettre les pratiques de fixation du prix de journée dans ces établissements en conformité avec les modifications comptables mentionnées ci-avant.

Ainsi, le principe directeur du mode de calcul du tarif à appliquer désormais aux établissements pour jeunes consiste à ne plus calculer de recette correspondant au produit des forfaits journaliers pour les structures de type IME pour leur partie internat, sauf pour les jeunes relevant de l'amendement « Creton ».

La présente circulaire est accompagnée d'une annexe technique qui précise dans le détail, selon le type de prise en charge (internat/externat) et selon le type de population accueillie (jeunes de moins de 20 ans/jeune adulte relevant de l'amendement « Creton »), le mode de calcul du tarif « prix de journée » à appliquer.

Compte tenu de ce qui précède, vous voudrez bien prendre en compte lors de la fixation des tarifs 2009 ces nouvelles modalités de calcul afin d'enrayer dès à présent les surcoûts que les dispositions antérieures risquent d'engendrer pour l'assurance maladie.

Vous rappellerez par ailleurs aux services de l'assurance maladie qu'il conviendra de ne plus acquitter de participation au titre du forfait journalier hospitalier en structures types IME dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

L'annexe jointe à la présente circulaire vous précise les modalités de mise en œuvre de ces modifications.

*Le directeur général de l'action sociale,*  
F. HEYRIES

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
D. LIBAULT

## ANNEXE

### MODALITÉS DE TARIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ASSURANT L'HÉBERGEMENT D'ENFANTS HANDICAPÉS

La présente annexe identifie les 3 contextes de tarification modifiés en 2009 :

1. Le droit commun : IME accueillant des jeunes de moins de 20 ans
2. IME accueillant pour partie des jeunes adultes au titre de l'amendement « Creton »
3. IME couvert par une dotation globalisée commune dans le cadre d'un CPOM

Ces ajustements du mode de calcul des tarifs doit permettre une mise en cohérence entre les périmètres des enveloppes limitatives de dépenses autorisées et les versements des caisses d'assurance maladie.

#### **1. Modification des modalités de calcul des tarifs en internat pour les IME (et structures assimilées)**

La règle antérieure concernant le calcul du tarif internat consistait à valoriser le produit résultant de la multiplication du montant du forfait journalier (montant fixé par arrêté ministériel) par l'activité prévisionnelle approuvée (laquelle repose normalement sur l'activité moyenne réelle constatée sur les 3 derniers exercices). Ce produit constituait une recette qui, avec la somme des autres produits de groupe 2 et de groupe 3, d'une part, ainsi que l'éventuelle reprise d'excédent N-2, d'autre part, venait minorer les charges brutes (classe 6) de l'établissement autorisées par l'autorité de tarification : ces charges, minorées des recettes dites « atténuatives », constituaient la base de calcul du tarif de l'établissement (soit le numérateur de l'équation tarifaire de détermination du prix de journée).

La règle générale est désormais modifiée comme suit : Il vous est désormais demandé de ne plus calculer de recette correspondant au produit des forfaits journaliers pour les structures de type IME pour leur activité d'internat, sauf pour les jeunes relevant de l'amendement Creton (*cf. infra*).

Hormis cette modification, qui conduit à une diminution du niveau global des recettes atténuatives, l'équation tarifaire susmentionnée reste applicable.

La justification de cette modalité de tarification est triple :

- elle met en cohérence le mode de tarification avec le périmètre de vos dotations limitatives et simplifie le suivi d'enveloppe ;
- elle permet aux CPAM de ne plus acquitter pour chaque usager que le seul prix de journée (au lieu du prix de journée et du forfait journalier) ;
- elle évite dans les cadre des CPOM de maintenir ces forfaits sous forme de forfait globalisé (*cf. modèle d'arrêté de dotation globalisée commune annexé à la circulaire interministérielle du 21 novembre 2007 susvisée*) ;

Il est bien évident, compte tenu de ce qui précède, que l'impact est neutre sur les dépenses d'assurances maladie.

#### **2. Impact des modifications sur la tarification des jeunes adultes accueillis au titre de l'amendement « Creton »**

La note d'information DGAS/SD.5B/CNSA/DSS n° 2006/203 du 4 mai 2006 relative au calcul des tarifs pour les établissements accueillant ces jeunes adultes, qui venait préciser les modalités de mise en œuvre de l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1<sup>er</sup> décembre 2005 dite de simplification administrative, ne s'avère que très légèrement modifié par le dispositif précité.

##### *2.1. Sur la facturation du forfait journalier hospitalier*

En effet, le principe général de tarification qui leur est applicable reste inchangé : la prise en charge financière du coût de l'accueil du jeune adulte relevant de l'amendement « Creton » relève du financeur qui serait compétent si la personne était effectivement accueillie dans le type d'établissement médico-social vers lequel elle a été orientée (à l'exception des établissements relevant d'un financement Etat) tout en tenant compte, notamment lorsqu'il s'agit d'un internat, de l'établissement dans lequel la personne est maintenue

En application de ce principe, il convient de distinguer les 2 situations suivantes :

- d'une part, pour les jeunes adultes relevant de l'amendement « creton » maintenus en internat d'IME, ils doivent se voir facturer par l'établissement de maintien le forfait journalier hospitalier et ce, quelle que soit l'orientation décidée par la MDPH.

La recette atténuative afférente au produit de ces forfaits journaliers relève des recettes de groupe 2 « autres produits relatifs à l'exploitation » et va continuer à avoir un effet sur le niveau des dépenses nettes que l'autorité de tarification peut autoriser.

- d'autre part, pour les jeunes adultes relevant de l'amendement « Creton » maintenus en externat ou demi-pensionnat d'un IME, l'établissement de maintien doit leur facturer : le forfait journalier hospitalier s'ils sont orientés en MAS, en FAM, en foyer de vie en internat et en double orientation ESAT-foyer d'hébergement ; la participation aux frais de repas (règles de fixation posées par l'arrêté du 13 juillet 1978) et aux frais de transport qui leur aurait été demandée en ESAT en cas d'orientation uniquement en ESAT.

### 2.2. Sur les tarifs opposables aux conseils généraux

Le groupe 2 « autres produits relatifs à l'exploitation » (qui intègre donc le produit des FJH) étant pris en compte pour le calcul des tarifs de ces établissements, cela a bien pour conséquence de réduire ces derniers. Aussi, les tarifs journaliers opposables aux conseils généraux sont bien ceux précisés par l'arrêté préfectoral de tarification et ne doivent donc pas être diminués une deuxième fois desdits forfaits journaliers et autres participations.

Cette procédure respecte strictement la nouvelle formulation de l'article L. 242-4 du CASF qui repose sur un mode de calcul des tarifs désormais basé sur un diviseur ne distinguant plus entre les jeunes de plus de 20 ans et de moins de 20 ans ainsi que cela est précisé dans la circulaire visée en référence.

### 3. Impact des modifications sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

La modification tarifaire précitée impacte potentiellement le calcul du périmètre de la dotation globalisée commune (DGC) négociée dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectif et de moyens (CPOM).

Cette modification conduit en effet, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009, à une majoration des DGC à due proportion du montant prévisionnel du produit des forfaits journaliers calculé pour les structures « enfants » fonctionnant en internat et entrant dans le périmètre du CPOM à l'exception des forfaits journaliers hospitaliers et des participations financières des personnes relevant de l'amendement « Creton ». Cette opération se traduit concrètement par un transfert de ressource de groupe 2 vers le groupe 1.

Ce transfert est une opération blanche pour l'assurance maladie puisque celle-ci acquittait déjà, comme précisé ci-avant, le forfait journalier hospitalier correspondant à la prise en charge en internat des enfants et adolescents de moins de 20 ans.

Par conséquent, en termes de mise en œuvre concrète, il n'y a pas lieu de négocier d'avenant à la convention puisque le périmètre budgétaire de la DGC ne fait qu'englober un montant de crédit déjà analysé et précisé en amont de la signature de la convention. Il convient en revanche de modifier l'arrêté fixant la DGC.

## Synthèse

### Dispositif applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2009

#### A. – ACCUEIL EN IME D'INTERNAT D'ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS DE MOINS DE 20 ANS

Les recettes atténuatives afférentes à l'exploitation (produit de groupe 2) ne tiennent plus compte du FJH qui n'est plus facturé à l'assurance maladie ;

Le mode de calcul du prix de journée est inchangé ;

Aucune conséquence sur le financement de l'IME ni sur l'enveloppe limitative : le mécanisme se concrétise dans une « fusion » des 2 recettes versées par les CPAM (prix de journée, FJH pour les moins de 20 ans) dans le seul prix de journée.

#### B. – ACCUEIL EN INTERNAT D'IME DE PERSONNES DE MOINS DE 20 ANS ET DE PLUS DE 20 ANS

Pour les moins de 20 ans, les recettes atténuatives afférentes à l'exploitation (produit de groupe 2) ne tiennent plus compte du FJH qui n'est plus facturé à l'assurance maladie ;

Pour les plus de 20 ans, le FJH reste facturé à l'utilisateur compte tenu de sa prise en charge en internat.

#### C. – ACCUEIL EN EXTERNAT/SEMI-INTERNAT DE MOINS DE 20 ANS ET DE PLUS DE 20 ANS

Pour les moins de 20 ans, les recettes atténuatives afférentes à l'exploitation (produit de groupe 2) ne tiennent pas compte du FJH (situation inchangé : le FJH n'étant du par l'utilisateur et facturé à la CPAM que pour la seule activité hébergement/internat) ;

Pour les plus de 20 ans, la facturation éventuelle du FJH dépend de l'orientation prononcée par la MDPH :

- s'il s'agit d'une orientation comportant un accueil en hébergement (MAS/FAM/FV/FH) ou une double orientation ESAT/foyer d'hébergement, le FJH est facturé et acquitté par l'utilisateur ;
- s'il s'agit d'une orientation sans hébergement, le FJH n'est pas facturé, la personne accueillie ne restant redevable que de la participation aux frais de repas et transport en cas d'accueil en ESAT).

D. – IME FINANCÉS DANS LE CADRE DE LA DOTATION GLOBALISÉE COMMUNE  
ATTACHÉE À UN CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIF ET DE MOYENS (CPOM)

La DGC (produit de groupe 1) est majorée du montant prévisionnel du produit des FJH (produit de groupe 2) calculé pour les structures type IME sur la population de moins de 20 ans ;

Le FJH continue d'être facturé, selon les cas précisés ci-dessus, aux jeunes adultes de plus de 20 ans ;

Le niveau global des produits de groupes 1, 2 et 3 reste inchangé (transfert de ressource du groupe 2 vers le groupe 1).