

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

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 générale de l'action sociale

Sous-direction des âges de la vie

Bureau des personnes âgées (2C)

Sous-direction des personnes handicapées (3B)

Sous-direction des institutions,
des affaires juridiques et financières (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 interministérielle DGAS/5B/DSS/1A n° 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

NOR : M TSA0930110C

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.

Annexes :

- Annexe I. – Réglementation comptable et condition d'emploi des crédits non reconductibles.
- Annexe II. – Modifications de la procédure tarifaire des ESMS relevant de tarification plafond.
- Annexe III. – Mise en œuvre de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 dans les EHPAD.
- Annexe IV. – Politique de contractualisation.

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 et 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).

La présente circulaire vise à définir le cadre général des campagnes budgétaires 2009 pour les ESMS relevant de l'article L. 314-3-1 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 trois 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 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, 24 heures sur 24, 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 (1 200 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 occupacionnels, 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'efficacité 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-région (CPER).

En effet, dans un souci de cohérence et d'efficacité 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 annexe (1). 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.

(1) Cf. annexe I.

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 premier semestre 2009 afin d'éviter que des projets déposés trop tardivement ne puissent pas être instruits en raison du caractère effectif du nouveau texte.

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 (art. 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 annexe (1). 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 plafonds (2) 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 L. 314-3 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 tarifées (3). Je vous demande de tarifier 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 tarifés par arrêté en 2008 et n'ayant pas souscrit la convention tripartite, vous reconduirez la dotation fixée en 2008.

(1) Cf. annexe II.

(2) 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€.

(3) 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 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 décembre 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 tarifés 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 1^{er} 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 seconde 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 partiel (1).

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 31 M€, 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 cinq 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.

(1) 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.

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 1^{er} janvier 2008, le taux d'évolution de la masse salariale des ESMS, tel qu'il résulte des accords collectifs nationaux soumis à agrément (1) 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.

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 (2)). 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 R. 314-22 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 DGAS/SD5B n° 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 de la sécurité sociale,
D. LIBAULT

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

(1) 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 ».

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

ANNEXE I

RÈGLEMENTATION COMPTABLE ET CONDITION D'EMPLOI DES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES

I. – ACTUALISATION DES INSTRUCTIONS COMPTABLES APPLICABLES AUX ESMS

Le plan de comptes applicable aux ESMS a été revisité par deux arrêtés de décembre 2008 concernant :

- pour le premier, les établissements et services publics sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), à leurs budgets annexes et aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale publics exerçant les missions énoncées au b du 3° de l'article L. 312-7 du même code (arrêté du 19 décembre 2008) ;
- pour le second, les établissements et services privés sociaux et médico-sociaux à but non lucratif (arrêté du 22 décembre 2008).

Ces arrêtés s'inscrivent dans le cadre de la révision de l'instruction comptable dite M22 pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux : la nouvelle instruction a fait l'objet de deux avis favorables du conseil national de la comptabilité : avis n° 2007-5 du 4 mai 2007 et avis n° 2008-9 du 7 mai 2008 joints à cet envoi et a fait l'objet d'un arrêté du 10 novembre 2008.

Les établissements et services publics sociaux et médico-sociaux concernés par l'instruction comptable M22 comprennent, notamment, les établissements publics locaux sociaux et médico-sociaux et leurs budgets annexes, les services publics sociaux et médico-sociaux gérés en budgets annexes d'une collectivité locale ou d'un établissement public local (CCAS, CIAS) autre qu'un établissement public de santé, les services publics sociaux et médico-sociaux gérés en budgets annexes d'un établissement public national (par exemple : ONAC) en application du dernier alinéa de l'article R. 314-78 du CASF.

L'instruction précitée actualise les règles comptables afin de prendre en compte les normes européennes tout en neutralisant les surcoûts y afférent dans les tarifs.

Cette instruction M22, et notamment son tome I, est transposée (sous réserve des ajustements présentés dans l'instruction comptable DGAS/SD5B n° 2007-319 du 17 août 2007 confirmée par l'arrêté du 12 novembre 2008) au secteur non lucratif sous la référence M22 *bis*.

II. – RAPPEL DES LEVIERS COMPTABLES DE SOUTIEN À L'INVESTISSEMENT IMMOBILIER

Le contexte économique, et la nécessité d'en soutenir les acteurs à tous les niveaux de l'action publique, rend fondamental une optimisation par les services déconcentrés des trésoreries d'enveloppes générées par le financement effectif de places avant leur mise en fonctionnement.

Par conséquent, vous soutiendrez les projets d'investissements en cours d'élaboration, chaque fois que cela est possible, par la mobilisation de ces trésoreries au moyen des leviers suivants :

A. – LE SOUTIEN DE LA CAPACITÉ D'INVESTISSEMENT DES ESMS

Si les aides en capital de la CNSA constituent un dispositif majeur de soutien de la capacité d'investissement des ESMS (dispositif dont le caractère transférable (1) des subventions est adapté au contexte d'enveloppe limitative puisqu'il conduit à minorer l'impact en fonctionnement des investissements), il ne saurait suffire à solvabiliser la totalité du plan de financement (ex : MAS-FAM 40 % à 60 % maxi de la dépense subventionnable, pour les EHPAD le maximum est de 40 %) : celui-ci doit donc « épuiser » la totalité de l'autofinancement disponible (en application des critères posés par l'article D. 314-205 CASF) et peut, en tant que de besoin, nécessiter un recours à l'emprunt.

Afin de limiter ce recours à l'emprunt, l'autofinancement disponible peut être utilement soutenu via emploi de crédits non reconductibles : leur impact générant un excédent d'exploitation affecté à l'investissement (compte 10682) en application de l'article R. 314-51 (2°).

D'une façon générale, vous veillerez à privilégier cette affectation lors de l'instruction des comptes administratifs 2008 pour les ESMS (ainsi que pour les CA2007 en attente approbation) engagés dans des projets d'investissements à court terme et qui présenteraient un excédent significatif.

B. – LES DISPOSITIFS DE COMPENSATION DES SURCOÛTS AFFÉRENTS À L'INVESTISSEMENT

Les nouvelles instructions M22 et M22 *bis* pérennisent les récentes évolutions comptables permettant de minorer l'impact en fonctionnement des projets d'investissement.

En effet, toute politique d'investissement, aussi souhaitable soit-elle en termes d'amélioration et de modernisation d'un parc immobilier dédié à l'accueil des personnes en situation de dépendance, conduit à une augmentation des charges de fonctionnement des ESMS. Cet impact en fonctionnement s'explique par une hausse des amortissements et des frais financiers (si emprunt) et se traduit par une hausse des tarifs de l'établissement.

(1) L'enregistrement comptable d'une subvention se traduit, à l'issue de la période d'amortissement du bien subventionné, par la disparition de celle-ci au bilan de l'investisseur. En revanche, elle atténue, par un mécanisme de reprise, l'impact de cet investissement en termes de charge d'amortissement dans le budget de fonctionnement de l'établissement.

Afin de limiter l'effet précité sur les tarifs (notamment ceux acquittés par l'utilisateur), des aménagements réglementaires et comptables ont donc été apportés afin de permettre la mise en œuvre de dispositifs destinés à minorer ou à limiter l'impact sur les tarifs de cette politique d'investissement. Ces aménagements ont été précisés dans l'instruction DGAS/SD5B n° 2007-319 du 17 août 2007 prolongée par l'arrêté du 12 novembre 2008.

Ces dispositifs, d'ordre budgétaire et comptable, sont les suivants :

- provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations ;
- amortissements dérogatoires.

Ce dispositif n'est pas exclusif de l'utilisation simultanée du mécanisme des amortissements dégressifs (cf. §II-C).

Le mécanisme employé, de type « semi-budgétaire », est le même dans les deux cas : il s'agit de provisionner un certain niveau de crédit de fonctionnement, à charge pour le gestionnaire d'effectuer, au cours de la période d'amortissement une reprise sur cette provision afin de limiter voire de réduire l'impact des investissements sur les tarifs.

Ce provisionnement peut être constitué soit par dotation ponctuelle supplémentaire, soit par affectation de résultat excédentaire.

C. – LA DIVERSIFICATION DES MODALITÉS STRUCTURELLES D'AMORTISSEMENT

à ces dispositifs récents, il convient de rappeler la possibilité offerte par la M22, et M22 *bis*, de permettre, en début d'amortissement, une mise en œuvre d'amortissement dégressif, lequel permet d'accélérer les amortissements des biens mobiliers en début de vie (laquelle accélération a vocation à être soutenue en crédits ponctuels) et de dégager tout de suite une capacité d'autofinancement en « saturant le groupe 3 des dépenses autorisées ».

La mise en œuvre de ce dispositif a vocation à être utilement mis en œuvre dans un cadre contractuel : le CPOM apparaissant particulièrement adapté à un suivi nécessitant des garanties de la part du gestionnaire en matière de pilotage et de maîtrise financière et comptable.

ANNEXE II

LES MODIFICATIONS DE LA PROCÉDURE TARIFAIRE DES ESMS RELEVANT DE TARIFICATION PLAFOND

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait modifié l'article L. 314-3 CASF en octroyant au ministre la possibilité de fixer pour certaines catégories d'ESMS des tarifs plafonds (ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a complété ce dispositif en permettant également au ministre de fixer les modalités de convergence tarifaire pour les structures qui dépasseraient lesdits tarifs plafonds. La LFI 2009 a par ailleurs transposé l'ensemble de ce dispositif complété aux ESMS relevant de financement Etat (art. L. 314-4 du CASF).

Ces dispositions sont applicables dès 2009 à l'ensemble des EHPAD (1) pour l'OGD.

I. – L'ALLÈGEMENT DE LA PROCÉDURE

En complétant le dispositif de tarification plafond et de convergence tarifaire, l'article 63 de la LFSS pour 2009 a également aménagé la procédure d'allocation de ressource applicable aux établissements concernés : compte tenu du caractère prédéterminé de la ressource allouée en application du tarif plafond fixé par arrêté ministériel, la procédure contradictoire de fixation des tarifs perd le sens qu'elle pouvait avoir dans un contexte itératif d'approbation des propositions budgétaires.

Ces modifications du formalisme antérieur valent tout autant en cas de tarification d'office, laquelle s'applique :

- aux établissements ou services qui n'ont pas transmis dans les délais les données relatives au calcul des indicateurs médico-sociaux ;
 - aux ESMS n'ayant pas transmis leurs propositions budgétaires au 31 octobre 2008 ;
 - aux EHPA n'ayant pas respecté l'obligation de conventionnement tripartite au 31 décembre 2007.
- Les conséquences formelles sont les suivantes.

A. – POUR LES ESMS (DÉPÔT DES BP)

En application du II de l'article 63 précité, les établissements dépassant les plafonds ministériels ne sont plus assujettis à l'obligation de dépôt des propositions budgétaires au 31 octobre de l'exercice $n-1$. En effet, la présentation des prévisions budgétaires s'effectue dès notification du tarif plafond de l'exercice.

La loi précise que cette présentation s'effectue via un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) dont le modèle doit être fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales : ce modèle sera élaboré au cours de l'exercice 2009. Par dérogation et à titre transitoire, les prévisions de dépenses 2009 pourront être cette année adressées via le cadre normalisé de présentation du BP. Le compte administratif reste également normé par le cadre réglementaire en vigueur à ce jour.

Il convient de souligner que le futur EPRD a également vocation à s'appliquer aux ESMS financés partiellement sur les soins par atténuation des dépenses globales (FAM).

B. – POUR LES TARIFICATEURS (APPROBATION)

Le dispositif « classique » d'approbation (et de réformation) des dépenses et ressources prévisionnelles des ESMS se justifie par la nécessité de donner aux tarificateurs les « outils » pour permettre le respect des enveloppes limitatives qui en assurent le financement.

Ce pouvoir du tarificateur perd son sens quand la ressource à allouer à une structure est fixée d'office et/ou nationalement déterminée. En effet, la discussion sur les ressources devient obsolète et celles sur les dépenses devient sans objet : les dépenses des ESMS doivent s'inscrire dans le respect de cette ressource sauf à être prêt à assumer un déficit *a priori* inopposable au tarificateur (hors circonstances exceptionnelles ou causes exogènes de dépassement budgétaire).

Dans ce cadre, vous veillerez en revanche à ce que les prévisions de dépenses transmises par les ESMS concernés respectent les plafonds de ressources et apparaissent en cohérence avec les éléments d'exécution budgétaire constatés lors des exercices précédents.

Concernant plus spécifiquement les EHPAD, votre attention est attirée sur le fait que, dans le cadre précité, le respect d'un accord collectif agréé en application de l'article L. 314-6 ne saurait constituer un motif de non-respect du tarif plafond que ce soit en prévision ou en exécution : l'article 63-VII de la LFSS pour 2009 a, en effet, assoupli le régime d'opposabilité au tarificateur des accords collectifs agréés en précisant que cette opposabilité ne vaut pas pour les EHPAD.

(1) Les EHPAD sont concernés par l'arrêté tarif plafond du 16 juillet 2008 ; la modification prochaine de cet arrêté compte tenu de la mise en œuvre de la convergence tarifaire d'une part et de la modification des valeurs de point d'autre part ne doit pas faire obstacle à l'application du nouveau régime de tarification à ces structures.

Il convient, à l'heure où les dotations soins sont en croissance compte tenu de l'application de l'équation tarifaire au GMPS, de rappeler explicitement, notamment dans vos rapports d'orientation budgétaire, cette évolution aux gestionnaires concernés afin qu'ils prennent en considération cette contrainte dans l'utilisation des crédits complémentaires afférents à l'équation tarifaire susmentionnée.

Les EHPAD dépassant les plafonds précisés dans l'arrêté susmentionné pourront gérer ces contraintes dans le cadre d'une option pour le tarif global permettant de passer de l'équation DOMINIC à l'équation GMPS même si la première convention tripartite n'est pas arrivée à échéance.

II. – UNE ACCÉLÉRATION DU DISPOSITIF DE NOTIFICATION

L'impact des ajustements précités induit une accélération du dispositif de fixation des tarifs et c'est bien dans le sens de cette accélération qu'elles devront être mises en œuvre.

Suppression de la procédure contradictoire

La procédure itérative contradictoire de fixation des tarifs, d'une durée de soixante jours à compter de la publication au *JO* des enveloppes limitatives, n'a plus lieu d'être dans le cadre d'une tarification plafond.

En effet, comme précisé précédemment, la ressource étant plafonnée et nationalement déterminée et les prévisions de dépenses n'étant plus soumises à approbation de l'autorité de tarification, la procédure de soixante jours n'est plus applicable aux établissements concernés.

Pour les établissements concernés (tarification d'office-tarification plafond), il convient par conséquent, dès publication des enveloppes limitatives, d'arrêter sans délai leur tarif pour l'exercice : un courrier simple suffisant pour notifier le tarif. Pour les EHPAD, un arrêté viendra prochainement fixer les plafonds actualisés pour 2009.

Il est bien évident que l'arrêté de tarification doit dans ce cadre être pris rapidement afin que cette procédure puisse se traduire par une accélération de l'allocation des moyens de l'exercice aux établissements et par une accélération des décaissements de l'assurance maladie (laquelle permettra une meilleure projection des décaissements de l'exercice en cours d'année en minorant l'impact des prises d'arrêtés tardives).

Cette accélération des notifications de l'exercice doit également profiter aux établissements concernés en minorant l'impact sur leur trésorerie des dépenses nouvelles de l'exercice dans l'attente du nouveau tarif.

Accélération des publications

Afin de permettre aux modifications précitées de produire leur plein effet, le calendrier de notification budgétaire pour 2009 a fait l'objet d'une accélération significative au regard des exercices précédents : la CNSA pourra ainsi produire dès le 15 février 2009 la décision de son directeur fixant les enveloppes départementales limitatives intégrant à la fois les mesures de reconduction, de médicalisation et les mesures nouvelles de création de places.

La publication de l'arrêté au *JO* pourra donc intervenir aux alentours du 1^{er} mars.

A compter de la publication, vous voudrez bien, dès le début de campagne budgétaire, mettre en œuvre l'ensemble des préconisations ci-dessus relatives à l'accélération de la fixation des tarifs pour les établissements concernés par la tarification plafond.

ANNEXE III

MISE EN ŒUVRE DE L'ARTICLE 64 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 DANS LES EHPAD

La réintégration des médicaments dans les forfaits « soins » en EHPAD

A l'instar des dispositifs médicaux, dont la réintégration est achevée au cours de l'exercice budgétaire 2009 avec leur financement en année pleine dans les tarifs des EHPAD, l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale propose de réintégrer les médicaments dans les forfaits soins des établissements au 1^{er} janvier 2011. Cette réintégration a un double objectif. D'une part, elle vise un objectif de santé publique par la recherche d'une gestion mieux coordonnée du circuit du médicament, luttant ainsi efficacement contre l'iatrogénie. D'autre part, elle rend plus efficiente la gestion de l'enveloppe « médicaments ».

Afin de tenir compte des difficultés dont font état les EHPAD gérant des pharmacies à usage intérieur (PUI) pour intégrer le coût des prescriptions de certains médicaments dans leur forfait, une « liste en sus », précisant la liste des médicaments exclus du forfait soins, sera établie courant 2009 ; son financement sera supporté par l'enveloppe soins de ville. Elle sera appliquée à tous les établissements qui gèrent les médicaments dans leurs tarifs.

Pour réaliser cette réintégration dans des conditions optimales, une expérimentation préalable prévue par la loi de financement de la sécurité sociale, donnant lieu à un rapport soumis au Parlement, doit être réalisée courant 2009 et 2010. Pour ce faire, une mission a été confiée à M. Pierre-Jean Lancry afin de mener cette expérimentation et de déterminer les conditions, notamment budgétaires, de sa réalisation. Les services du ministère, la CNAM-TS, la CNSA ainsi que les représentants des établissements, des pharmaciens et des médecins coordonnateurs y seront associés.

L'expérimentation est prévue en trois étapes :

- une première étape consistera à déterminer le montant du forfait « médicaments » à ajouter aux dotations soins des établissements volontaires pour l'expérimentation. Dans ce cadre, il est demandé à l'inspection générale des affaires sociales de réaliser une synthèse définissant la ligne de conduite à tenir pour mener l'expérimentation sur la base de deux enquêtes réalisées, d'une part, par la CNAM-TS et, d'autre part, par un prestataire. La première étude consiste à déterminer, sur la base d'un échantillon d'EHPAD, quelle est la consommation, sur l'enveloppe soins de ville, de médicaments des résidents en EHPAD, la seconde à déterminer le coût d'achat des médicaments dans les EHPAD gérant des pharmacies à usage intérieur. Cette dernière s'attachera à examiner les difficultés rencontrées par les établissements dans la gestion de ces médicaments. En parallèle, devra être réalisée l'élaboration de la liste en sus afin de lancer l'expérimentation. A la fin de cette première étape, les établissements expérimentateurs devront être répertoriés : la méthode retenue pour ce choix est en cours de concertation avec les professionnels. Une instruction spécifique vous sera adressée durant le courant du second trimestre 2009. D'ores et déjà, vous êtes invités à repérer les EHPAD susceptibles de participer à l'expérimentation ;
- la seconde étape consistera à expérimenter la gestion des médicaments dans les budgets. Vous serez étroitement associés à cette phase où il s'agira d'aider les établissements à mener l'expérimentation (tarification, suivi). La durée de celle-ci devrait être d'environ une année (environ juin 2009 à juin 2010) ;
- enfin, la dernière étape consistera à établir le rapport au Parlement, sur la base duquel l'expérimentation sera généralisée en janvier 2011.

Cette intégration des médicaments dans les tarifs des établissements participe d'une évolution générale de la tarification et de la gestion des soins en établissement allant dans le sens d'une plus grande coordination des interventions des personnels soignants, salariés ou libéraux, et pharmaciens. A ce titre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 renforce le rôle du pharmacien d'officine et du médecin coordonnateur pour que la qualité de la prise des personnes âgées en établissement soit améliorée.

Pour ce faire, vous recevrez dans les semaines à venir les décrets et arrêtés d'application de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique (loi de financement de la sécurité sociale pour 2006). Les deux arrêtés susvisés portent respectivement sur la convention type à appliquer entre l'EHPAD et le pharmacien d'officine pour une gestion plus performante du circuit du médicament et sur les bonnes pratiques de dispensation des médicaments en établissement. Vous veillerez à ce que les établissements concernés les mettent en application.

Enfin, cette intégration de nouvelles charges au budget des établissements a pour corollaire le renforcement de la coordination des soins au sein des EHPAD. A ce titre, une réflexion est en cours sur le renforcement du rôle du médecin coordonnateur, les modalités de participation des libéraux au sein des établissements. Vous serez tenus informés de ses développements.

ANNEXE IV

POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION ET DE RESTRUCTURATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

L'enquête SOLEN menée au cours de l'été 2008, dont les résultats vous seront très prochainement transmis, a permis un premier bilan de la démarche de conventionnement de première génération.

Au terme de cette enquête, il apparaît que la conduite de la politique de contractualisation doit, de la part des services déconcentrés, faire l'objet d'un suivi affiné sur les points suivants :

1. Préparation et négociation du contrat

Il conviendra dans ce cadre d'apporter une attention particulière aux éléments suivants :

- analyse de la taille critique : disposer d'une assiette de contractualisation suffisamment large (en ESMS/places/ETP) pour que la gestion budgétaire centralisée permette à un gestionnaire d'isoler les marges potentielles de redéploiements (recherche du « point mort ») : à titre indicatif, la taille moyenne de contractualisation sur le secteur social et médico-social est évaluée à 6 ESMS représentant 320 places et 150 ETP en encadrement (source SOLEN) ;
- analyse des frais de siège inhérents à la mise en place d'une direction générale pour l'ensemble des ESMS inclus dans l'assiette du CPOM : mesure des effectifs-emplois-ETP ayant vocation à faire l'objet d'un redéploiement du budget des ESMS (groupe 2) vers le budget propre du siège. A titre indicatif, le taux médian constaté dans les contrats avec des gestionnaires gérant majoritairement des ESMS relevant du secteur PH/PA s'élève à 3,6 % ;
- analyse de la dimension GPEC contenue dans les contrats (prévision pluriannuelle des GVT notamment en termes d'effet noria) : cet aspect fondamental pour un secteur dont la masse salariale représente 75 % des dépenses de fonctionnement apparaît encore insuffisamment pris en compte dans les objectifs prévisionnels déterminés lors de la signature du contrat ;
- analyse d'adéquation des organigrammes et des qualifications avec l'évolution des besoins des publics accueillis ;
- restructuration de l'offre des services (redéploiements des établissements d'enfants handicapés vers des services d'intégration scolaire, des structures pour polyhandicapés et des structures pour adultes) dans une logique d'intégration dans une filière de prise en charge globale sur des territoires pertinents.

Ces cinq points ont vocation à être analysés de façon concomitante lors de la négociation du contrat.

Ils doivent également faire l'objet d'évaluation régulière dans le cadre du dialogue de gestion annuel (juin-octobre).

2. Le calibrage de la dotation globalisée commune (DGC)

Concernant le volet financier du CPOM, il faut rappeler et souligner que le CPOM est un outil au service d'une politique globale de structuration du secteur. Ce n'est donc pas un outil de rebasage et les enveloppes dédiées au soutien de cette politique ne doivent pas être utilisées comme telles.

Les éléments financiers du CPOM peuvent reposer :

- en tout ou partie sur le financement initial perçu antérieurement par un gestionnaire (1) ;
- sur une mobilisation des enveloppes de création de places nouvelles dans le cadre d'un développement de l'offre de service initialement assurée par le gestionnaire ;
- sur une mobilisation des enveloppes de contractualisation existantes ou des marges de manœuvres locales.

Concernant le calcul de la DGC, et sous réserve des éventuels augmentation-redéploiement de capacité : l'analyse de la base budgétaire « avant CPOM », hors financement des mesures nouvelles de création de place, doit reposer sur les dépenses réelles constatées dans le cadre du compte administratif $n-1$ (hors comptes de provisions, non pérennes par nature). L'analyse de cette base s'effectue donc à moyens (humains-matériels) constant.

Par conséquent, pour les ESMS relevant de l'OGD « PH » (dont l'écart entre dépenses prévisionnelles « BP » et dépenses réelles « CA » est parfois substantielle), les enveloppes de contractualisation déléguées par la CNSA ont vocation, sous réserve de l'instruction des services déconcentrés, à absorber tout ou partie de cet écart pour permettre le passage à un financement globalisé et forfaitaire. En d'autres termes, l'enveloppe de contractualisation ne constitue pas une enveloppe de mesures nouvelles (création de places, ETP...) mais de pérennisation des moyens actuels tels que validés par les services instructeurs (2).

(1) Ex. : le mouvement de développement des services de scolarisation par le biais de transformation de places en institution offre des marges de manœuvre incontestables pour les services déconcentrés en vue d'une animation de ce mouvement sans mobilisation excessive des enveloppes de contractualisation disponibles sur l'OGD.

(2) Pour le calcul du niveau de crédits requis pour permettre cette pérennisation, le bureau réglementation financière et comptable tient à disposition un tableur Excel calculant le passage de l'enveloppe de dépenses autorisées à la DGC correspondante.

Enfin, l'éventuel apurement de déficit dans le cadre du CPOM ne doit pas être l'occasion d'accepter « ex-post » des dépenses considérées comme abusives ou excessives lors des exercices antérieurs : La notion de dépense abusive garde son opposabilité à l'égard du gestionnaire en dépit de la signature du CPOM. A titre indicatif, l'apurement des déficits représente environ 2 % des DGC lors de la première année du contrat.

3. Contrôle de l'exécution et du suivi des objectifs du contrat

Nonobstant les enseignements qu'il conviendra de formaliser à l'issue des premiers dialogues de gestion, votre attention est attirée sur les points suivants relatifs au suivi des objectifs des contrats :

- analyse des taux d'activité dans le cadre du contrôle de gestion : l'exécution du contrat ne doit qualitativement pas se traduire par une baisse de l'activité mesurée lors des exercices précédant la signature. En d'autres termes, l'ajustement du fonctionnement, et de ses coûts induits, doit bien reposer sur l'adaptation des organisations internes et non sur celle de l'activité. Tout constat de ce type ne pourrait se traduire que par une baisse des ressources allouées dans le cadre des dialogues de gestion inhérent au suivi de l'exécution du CPOM. Ce point doit être explicitement mentionné dans le CPOM et les modalités de suivi de l'activité précisées ;
- analyse des modalités de convergence tarifaire mises en œuvre par le gestionnaire (ex : actualisation différenciée d'une structure à l'autre) ;
- analyse de la gestion du CPOM : dans le respect de la DGC, l'organisme gestionnaire doit pouvoir :
 1. Librement procéder à des virements de crédits entre groupes fonctionnels des ESMS ;
 2. Librement procéder à des décisions budgétaires modificatives en charges comme en produits entre les ESMS relevant du périmètre du CPOM ;
 3. Librement déterminer les quotes-parts de frais de siège des ESMS concernés par le contrat.

Ces mécanismes vont permettre à l'organisme gestionnaire de maîtriser les résultats de chacun des ESMS dans le périmètre du CPOM et le résultat cumulé y afférent.

Par ailleurs, dans le cadre de l'analyse des résultats, le CPOM induit une libre affectation des résultats dans le respect de l'article R. 314-51 du CASF. Avant affectation de ces résultats, l'organisme gestionnaire peut procéder à des provisionnements adéquats (provisions pour risques et charges) et aux provisions réglementées prévues à l'article D. 314-206 du CASF.

L'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 a créé deux comptes permettant de mutualiser l'affectation des résultats dans le cadre d'un CPOM. Il s'agit du compte 10683 : excédents affectés à l'investissement d'un CPOM prévu à l'article R. 314-43-1 du CASF et du compte 11511.4 : financement d'un CPOM prévu à l'article R. 314-43-1.

Si l'organisme gestionnaire doit pouvoir affecter librement ces résultats, voire les mutualiser, il vous est toujours possible dans le cadre de vos contrôles de réformer ces résultats en application de l'article R. 314-52 du CASF mais cela ne peut se faire que sur les dépenses que vous pouvez qualifier d'excessives et d'abusives dans le cadre de la réglementation.

Concernant les modifications législatives introduites par les PLFSS pour 2009, il convient de souligner que le dispositif EPRD applicable aux ESMS relevant d'une tarification plafond aura naturellement vocation à être repris dans le cadre des documents produits par un gestionnaire en vue du dialogue de gestion : les affectations de résultats excédentaires (après provisionnement) ou déficitaires s'incrémenteront dans la capacité d'autofinancement du gestionnaire pour l'ensemble de ses structures.

Dans l'attente de ce cadre de présentation, le contrôle de gestion peut continuer à s'établir sur la base d'une présentation simplifiée du cadre normalisé du compte administratif.