

Ministère des solidarités et de la cohésion sociale
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat

Direction générale de la
cohésion sociale
Sous-direction des affaires
financières et de la modernisation
Bureau gouvernance du secteur
social et médico-social

Personne chargée du dossier :

Thierry Echaubard
tél. : 01 40 56 55 62
fax : 01 40 56 87 24
mél. : thierry.echaubard@social.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du
Système de soins
Bureau 1A

Personnes chargées du dossier :
Marie-José SAULI
tél. : 01 40 56 51 27
mél. : marie-jose.sauli@sante.gouv.fr
Samuel DELAFUYS
tél. : 01 40 56 73 45
mél. : samuel.delafuys@sante.gouv.fr
fax : 01 40 56 69 57

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

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour exécution)

CIRCULAIRE N° DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 du 5 avril 2012 relative aux orientations de l'exercice
2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des
personnes handicapées et des personnes âgées

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : SCSA1210143C

Classement thématique : Etablissements et services médico-sociaux

Validée par le CNP, le 23 mars 2012 - Visa CNP 2012-90

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application,
sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La présente circulaire a pour objet de préciser les orientations pour l'exercice
budgétaire 2012 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des
personnes handicapées ou des personnes âgées

Mots-clés : établissements et services médico-sociaux, personnes handicapées, personnes âgées, dotations régionales limitatives, convergence, autorisations d'engagements, crédits de paiement, crédits non reconductibles, HAPI, expérimentation sur les règles de tarification, Alzheimer, équipes spécialisées Alzheimer, conventionnement, médicalisation, frais de transport, plan autisme, handicaps rares, coupe Pathos

Textes de référence :

- Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L.314-3 et L.314-3-1 ;
- Article 67 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 *de financement de la sécurité sociale pour 2012* ;
- Arrêté du 26 février 2009 *fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité* (NOR :BCFS0904215A), modifié ;
- Circulaire DGCS/5C/DSS/2011/120 du 22 mars 2011 *proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services médico-sociaux relevant des articles L.314-3 et L.314-3-1 du CASF* ;
- Circulaire DSS/DGCS/CNSA/MCGR/2011/411 du 16 décembre 2011 *relative à l'application de trois ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD* ;
- Circulaire DGCS/5C/DSS/2011/436 du 24 novembre 2011 *relative à la méthode de gestion des autorisations d'engagement et des crédits de paiement finançant des mesures nouvelles dans les établissements et services médico-sociaux relevant des articles L. 314-3 et L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles* ;
- Circulaire N° DGCS/SD3A/2011/473 du 15 décembre 2011 *relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 (mesure 1) : mise en application du décret n° 2011-1211 du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour (capacités minimales des accueils de jour pour personnes âgées et régime dérogatoire)*

Textes abrogés : aucun

Textes modifiés : aucun

Annexes :

- Annexe 1 – Rappels tarifaire et comptables ;
- Annexe 2- Mesures salariales –campagne 2012 ;
- Annexe 3- Les modalités de financement de certains dispositifs spécifiques par des crédits non reconductibles ;
- Annexe 4– Réalisation des coupes PATHOS en EHPAD en 2012 ;
- Annexe 5 : Modalités de mise en œuvre de la tranche 2012 des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA).
- Annexe 6 : Enquête transports 2012

Diffusion : les établissements ou organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des services déconcentrés ou des ARS, selon le dispositif existant au niveau régional.

La présente circulaire vise à définir le cadre de la campagne budgétaire 2012 des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux relevant de l'article L314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Elle a pour objet de rappeler le cadre général du financement de ces établissements et services, notamment l'obligation de respecter l'objectif de dépense national réparti en dotations régionales limitatives, en application de l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles, dont le suivi doit mieux être garanti :

- d'une part, au niveau régional, par un rapprochement régulier avec les caisses primaires d'assurance-maladie, conformément aux préconisations de la circulaire DGCS/5C/DSS/2011/120 du 22 mars 2011 proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services médico-sociaux relevant des articles L.314-3 et L.314-3-1 du CASF, tout particulièrement aux fins d'objectivation des données d'activité des établissements tarifés au prix de journée, mais également en sorte de réduire les écarts entre les dépenses tarifées et celles effectivement payées, notamment mis en lumière par le rapport d'audit « flash » de l'IGAS sur la gestion d'enveloppe ;

- d'autre part, au niveau national, par le suivi en continu de la campagne tarifaire facilitée à compter de 2012 par le déploiement de l'outil de tarification « HAPI » qui sera effectivement mis en œuvre dans l'ensemble des ARS au 29 mars 2012, et par la mise en place sous l'égide de la CNSA d'une animation régionale renforcée permettant la fiabilisation des prévisions d'exécution et de leur ajustement en cours d'année ainsi que l'harmonisation indispensable des bonnes pratiques professionnelles de tarification.

Dans le contexte de forte tension pesant sur les équilibres des finances publiques, le financement du secteur médico-social reste l'objet, comme les années précédentes, d'une attention particulière qui se traduit par la progression des crédits réservés à son développement.

L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) médico-social progresse ainsi de 4% par rapport à l'année 2011, tandis que la progression de l'ONDAM général est limitée à 2,5%. Les dépenses de l'assurance maladie continuent ainsi en 2012 de progresser plus vite dans le secteur médico-social que dans les autres secteurs. Ces progrès restent prioritairement tournés vers le développement de l'offre et l'achèvement de la médicalisation des EHPAD, en application des plans gouvernementaux et de vos stratégies régionales arrêtées dans les projets régionaux de santé, et déclinées dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale. Ils doivent contribuer à consolider le volet médico-social des prises en charge des personnes, s'inscrivant de manière croissante dans une logique de parcours fortement développée sous votre impulsion. Ils ne doivent en aucun cas exonérer le secteur de l'effort d'efficience associé au financement public et la recherche d'une amélioration de la performance qui pourra s'appuyer en 2012 sur la diffusion des indicateurs mentionnés dans la circulaire DSS/DGCS/CNSA/MCGR/2011/411 du 16 décembre 2011 relative à l'application de trois ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD.

1. LE CONTEXTE DE LA CAMPAGNE 2012 ET L'EVOLUTION DES DOTATIONS REGIONALES LIMITATIVES

1.1 Taux de reconduction des dépenses récurrentes

Il vous est demandé de veiller à un strict respect des dispositions en matière de détermination des taux de reconduction des dotations soins de chaque établissement rappelées ci-après, qui ne peuvent conduire à l'application d'un taux uniforme de revalorisation pour chaque établissement équivalent au taux de revalorisation de vos dotations régionales limitatives. Le taux de revalorisation appliqué à chaque dotation soins pourra être supérieur ou inférieur au taux de revalorisation de votre DRL en fonction des différents paramètres applicables à l'établissement concerné.

1.1.1. L'évolution de la masse salariale et l'effet prix

L'effort de maîtrise des dépenses salariales, qui constituent une part prépondérante des budgets des établissements, doit se poursuivre dans le contexte rappelé supra, qui se traduit, dans les trois fonctions publiques par un gel de la valeur du point.

Le secteur social et médico-social participe de cet effort, tout en connaissant un développement de l'emploi dans le cadre de la poursuite du développement de l'offre. Le taux d'évolution de la masse salariale des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif pour 2012 est fixé pour l'ensemble des conventions collectives à 0,8 % comme cela a été annoncé aux partenaires sociaux lors de la conférence salariale du 30 janvier 2012.

Par ailleurs, l'effet des prix sur l'évolution des autres dépenses est, pour sa part, fixé à 0 %.

Compte tenu de la part relative des dépenses de personnel pour les établissements et services du secteur des personnes âgées (PA), soit 89 % des dépenses totales, et de celle s'attachant aux établissements et services du secteur des personnes handicapées (PH), soit 75 % des dépenses totales, le taux de progression des dépenses récurrentes appliqué globalement aux crédits des dotations régionales limitatives (DRL) en 2012 est donc de 0,712 % pour ceux destinés aux établissements et services du secteur PA et de 0,6 % pour ceux destinés aux établissements et services du secteur PH.

Les taux annoncés ci-dessus, appliqué au calcul des dotations régionales limitatives, ne doivent pas être mécaniquement transposés à l'évolution des dotations de chaque établissement dont le montant est arrêté à la suite du dialogue budgétaire entre l'établissement et l'agence régionale de santé conformément aux dispositions de la section II du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles.

Les valeurs de points du champ PA, applicables aux Ehpad, seront fixées par arrêté en conformité avec ces taux ; ils doivent s'établir de la sorte :

	2012
Tarif partiel sans PUI	9,62 €
Tarif partiel avec PUI	10,18 €

Conformément aux recommandations de la mission relative aux *Modalités de tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) –évaluation de l'option tarifaire dite globale* confiée en 2011 par le Gouvernement à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), **les valeurs de point du tarif global en 2012 seront fixées au même niveau que celles de 2011**, soit 12,44 € pour le tarif global sans PUI et 13,10 € pour le tarif global avec PUI.

En effet, ce rapport, rendu public au mois de janvier 2012, précise que le tarif global peut être, sous certaines conditions, un levier favorable pour la mise en place d'une organisation des soins de qualité mais souligne néanmoins que l'augmentation de dotation budgétaire induite par le passage du tarif partiel au tarif global apparaît plus importante que les économies sur les soins de ville qu'implique le changement tarifaire des établissements.

La mission formule un certain nombre de recommandations au nombre desquelles une pause de la revalorisation de la valeur du point du tarif global que le Gouvernement a décidé de suivre, tout en menant les travaux nécessaires pour objectiver la valeur nécessaire du tarif global.

Par ailleurs, pour l'exercice 2012, vous veillerez à ne pas signer de convention pluriannuelle prévoyant un changement d'option tarifaire vers l'option tarif global.

Parallèlement, plusieurs autres recommandations de l'IGAS sont en cours de mise en œuvre. Ainsi, il est procédé à l'élargissement des missions de l'ATIH pour lui permettre de diligenter des études de coûts des services et établissements du secteur médico-social dont le financement est assuré par la CNSA¹ ; sur cette base sera lancée dès 2012 l'étude d'un échantillon durable de suivi des coûts en EHPAD ; en outre, les plans de comptes M22 et M22bis sont d'ores et déjà modifiés pour identifier dans les comptes administratifs de ces établissements les dépenses de soins selon le choix d'option tarifaire de l'établissement².

1.1.2. Mesures catégorielles et autres mesures impactant les modalités de reconduction des DRL

La détermination du volume des dotations régionales limitatives (DRL) destinées au financement des dépenses récurrentes résulte également d'autres facteurs que les taux généraux, tels que la prise en compte de mesures catégorielles ou celle des efforts de convergence, en application de l'article L314-3 II du CASF.

i) autres mesures catégorielles

Pour le financement de mesures catégorielles, les DRL sont abondées de crédits supplémentaires affectés à la prise en compte des conséquences financières pour les ESMS de divers accords nationaux relatifs :

- à la mise en œuvre de la nouvelle convention collective de la branche de l'aide à domicile pour laquelle 2,4 M€ sont prévus pour les SSIAD (2,2 M€ pour l'OGD PA, 0,2 M€ pour l'OGD PH) ;
- à la revalorisation, à mi-année, de certains actes infirmiers dans les conditions prévues par l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux : 8,3 M€ sont prévus dans l'OGD PA pour les services du secteur des personnes âgées justifiant du recours aux services d'infirmiers et libéraux ;
- au protocole d'accord relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière (FPH) des infirmiers et des professions paramédicales selon le modèle de formation et de qualification européen LMD. 16,1 M€ sont prévus à cet effet en 2012 (14,7 M€ pour l'OGD PA, 1,4 M€ pour l'OGD PH), destinés spécifiquement aux établissements employant des personnels de la fonction publique hospitalière concernés par cet accord.

Ces trois enveloppes de crédits seront réparties par la CNSA dans les dotations régionales limitatives selon le poids relatif de chacune des mesures dans les régions tel qu'apprécié :

- s'agissant du surcoût lié à la mise en application de la convention collective de la BAD , au regard de la répartition des SSIAD appliquant cette convention collective ;
- s'agissant du surcoût lié à l'avenant 3 de la convention nationale des infirmiers libéraux, sur la base du nombre de places de SSIAD installées ;
- s'agissant, enfin du surcoût lié à la mise en application de l'accord LMD, sur la répartition des ESMS de statut public.

ii) la mise en œuvre de la convergence dans les EHPAD

Dans le champ des PA, l'évolution des DRL est également impactée par la prise en compte de la poursuite de l'effort de convergence tarifaire dans les EHPAD.

La poursuite de la convergence représente une économie initialement évaluée à 13 M€ lors de la construction de l'OGD pour 2012. Toutefois, l'enquête tarifaire réalisée par la CNSA pour 2011 fait apparaître que l'effort de convergence devrait permettre de dégager au global 16,8 M€: Les crédits qui seraient rendus disponibles dans votre région, au-delà de la fraction initialement budgétée, pourront en conséquence être mobilisées pour augmenter le montant des crédits régionaux de

¹ Voir notamment le 11° du I de l'article L.14-10-1 CASF et le b du 2 du I de l'article L.14-10-5 du même code

² Ces modifications font l'objet comme traditionnellement d'une présentation spécifique dans une instruction à paraître.

médicalisation. Vous veillerez dans cette hypothèse à assurer une traçabilité parfaite de l'emploi de ces crédits.

Les modalités de cette convergence sont assouplies en 2012 pour les établissements financés sur le modèle des conventions de la première génération (dite DOMINIC) en application de l'arrêté du 6 février 2012 modifiant l'arrêté du 26 février 2009.

Pour les établissements tarifés au GMPS et dont le caractère comparable du besoin de soins requis par l'état de santé des populations accueillies ainsi que le niveau de dépendance a pu être mesuré et apprécié au travers de l'application des référentiels AGGIR et PATHOS, un niveau homogène des ressources maximales allouées en fonction de la cotation établie à l'aide de ces référentiels reste pleinement justifié. Nous vous invitons donc à poursuivre la mise en œuvre de la convergence entre les établissements concernés dans la continuité des règles édictées à l'article 3 de l'arrêté interministériel du 26 février 2009 qui prévoient, en 2012, une **réduction d'un cinquième de l'écart constaté entre la dotation globale afférente aux soins constaté au 31 décembre 2011 et le forfait résultant de l'application du tarif plafond** pour les établissements tarifés au GMPS qui n'auraient pas contractualisé, par avenant à la convention tripartite, un échéancier différent de résorption du dépassement à échéance du 31 décembre 2016. Il est rappelé que les règles de calcul des tarifs plafonds s'appliquent à la capacité des établissements correspondant à un hébergement à titre permanent de personnes âgées dépendantes et ne concernent donc pas les places occupées par des personnes handicapées vieillissantes.

L'enjeu d'équité attaché à la poursuite de cette mise en œuvre impose par ailleurs les rappels suivants :

- l'application homogène de la convergence sur l'ensemble du territoire, tout en ménageant votre capacité d'adaptation aux situations individuelles de chaque établissement sous convergence, n'apparaît pas offrir de justificatif à ce que l'effort de récupération *moyen* régional s'écarte du taux *moyen* national ; il importe donc que vous puissiez réaliser en 2012 en moyenne sur l'ensemble du territoire régional un effort de récupération égal à 20 %³ du dépassement total présenté par l'ensemble des établissements sous convergence ;

- l'allocation de crédits non reconductibles (CNR) ne doit pas être l'occasion de compenser pour partie l'effort demandé à l'établissement dans le cadre du dispositif de convergence sur l'allocation de ses moyens correspondant à ses dépenses pérennes ; vous veillerez à ce que l'allocation de CNR aux établissements sous convergence puisse être strictement réservée, dans le respect des règles générales d'emploi rappelées ci-après⁴, à l'atteinte de l'effort annuel d'économies défini dans le cadre conventionnel prévu à l'article 3 de l'arrêté du 26 février 2009,

- a contrario, les établissements qui ne sont pas sous convergence ne doivent pas pâtir de la réduction de la DRL opérée au titre de ce dispositif. Ainsi le taux de reconduction des dépenses récurrentes mentionné au point 1.1 reste la référence en matière de reconduction des moyens pour ces établissements.

En application de l'arrêté du 6 février 2012 précité, il est précisé par ailleurs que, pour les établissements non encore tarifés au GMPS, et conformément à l'engagement ministériel, il ne sera plus fait recours à l'équation GMPS théorique sur la base d'un PMP moyen national en application de l'arrêté précité. Les établissements non encore tarifés au GMPS pourront entrer dans le champ de la convergence tarifaire si leur situation objectivée par la validation de leur coupe PATHOS l'impose, dès lors que leur convention viendrait à être renouvelée sur l'exercice 2012. Les établissements entrant en convergence tarifaire disposeront alors de 5 ans pour résorber l'écart constaté avec les tarifs plafonds. Cet écart devra donc être totalement résorbé fin 2016.

³ Voir article 3 de l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds, et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité

⁴ Ces règles autorisent notamment, quelque soit la situation de l'établissement, la prise en charge de dépenses ne pouvant être financées par des crédits pérennes telles que la rétribution de stagiaires ou le remboursement des mises à disposition syndicales par exemple.

Pour les établissements qui ne sont pas encore tarifés au GMPS dont la dotation soin serait sensiblement supérieure à d'autres établissements de la région dans la même situation, vous veillerez, dès lors que le renouvellement de leur convention après validation de leur coupe PATHOS ne pourrait avoir lieu cette année, à ce que l'évolution de leurs ressources n'accroisse pas ces inégalités en application de l'article R314-23 6° du code de l'action sociale et des familles.

Par ailleurs, il est rappelé que la situation au regard des tarifs plafonds est déterminée avant le financement des PASA et des UHR et que la dotation plafond d'un établissement est calculée en dehors de tout éventuel financement d'activité de PASA ou d'UHR. En conséquence, les établissements en situation de convergence ou en situation de le devenir gardent la possibilité de résorber leur dépassement par la mise en place d'une UHR ou d'un PASA qui doivent être conformes aux dispositions des cahiers des charges.

1.2 Mesures nouvelles : des crédits de paiement (CP) ajustés aux créations de places effectives en 2012 et, dans le champ PA, la couverture de nouveaux engagements de médicalisation pris dans la limite des notifications d'autorisation d'engagement (AE) intervenues le 5 décembre 2011 et le 13 février 2012

Les AE 2011 et 2012 relatives à la médicalisation des EHPAD et à la création de places nouvelles dans les secteurs PA et PH, ainsi que la chronologie des CP en découlant, vous ont été notifiées par le directeur de la CNSA selon les modalités exposées par la circulaire DGCS/5C/DSS/2011/436 du 24 novembre 2011 *relative à la méthode de gestion des autorisations d'engagement et des crédits de paiement finançant des mesures nouvelles dans les établissements et services médico-sociaux relevant des articles L. 314-3 et L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles*.

Il vous appartient de programmer le plus rigoureusement possible le calendrier de la réalisation effective des mesures nouvelles que ces AE autorisent, en concordance avec les chronologies de CP qui s'attachent à ces AE et qui vous ont été communiquées par la CNSA.

Il est rappelé qu'il vous est loisible, en fonction de l'analyse de la situation de votre région au regard du bilan d'exécution des plans et de votre stratégie régionale d'organiser les éventuelles réaffectations de mesures nouvelles au sein de chacune des sous-enveloppes personnes âgées et personnes handicapées comme suit :

- pour le secteur des personnes âgées, hors enveloppe de médicalisation, exclusivement entre les dispositifs et services concourant au maintien à domicile (SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire) ;
- pour les personnes handicapées, en respectant la répartition des crédits destinés aux secteurs adultes et enfants, vous privilégiez le développement des modes d'accompagnement en milieu de vie ordinaire. En conséquence, il vous est demandé de ne pas réaffecter de crédits dédiés aux services pour le développement d'établissements.

Aux CP rattachés à ces AE, qui vous seront notifiés au titre de 2012 (médicalisation EHPAD et création de places nouvelles dans le secteur PA uniquement), s'ajoutent pour les deux secteurs PA et PH les crédits de paiement prévus pour les extensions en année pleine du financement des places créées en cours d'année 2011, ainsi que les crédits de paiement à échéance 2012 nécessaires à couvrir les places effectivement créées cette année en application d'autorisations délivrées sur la base des anciennes enveloppes anticipées antérieures à 2011.

S'agissant du financement de ces engagements antérieurs, comme indiqué lors des modifications des modalités de budgétisation de l'ONDAM MS en autorisation d'engagement et crédits de paiement, la CNSA notifiera les CP nécessaires en fonction du compte-rendu des besoins de crédits correspondants que vous aurez été amené à lui communiquer et compte-tenu des crédits que vous auriez été amené à mettre en réserve également à cette fin.

A la lumière de l'exercice de dialogue budgétaire conduit fin 2011, conjugué à la persistance d'une sous-consommation, en 2011, des crédits de paiement correspondant aux mesures nouvelles notifiées, il apparaît essentiel que vous vous attachiez à améliorer la fiabilité de la prévision de besoins de crédits de mesures nouvelles associées aux créations de place. A cette fin, vous pourrez vous appuyer sur l'engagement de la CNSA, renforcée par la COG 2012-2015 dans son rôle d'appui à la programmation des enveloppes et de suivi de la consommation des crédits par les ARS.

1.3 Les crédits non reconductibles

Il ressort des échanges techniques sur la campagne 2011 entre la CNSA et les ARS que l'allocation de crédits non reconductibles (CNR) reste importante, même si une diminution sensible est observée par rapport à 2010. Ils représentent un montant de près de 500 M€ en 2011 (344 M€ dans le secteur PA et 155 M€ dans le secteur PH) dont 41,8 M€ ont été attribués sur la base de directives nationales spécifiques (expérimentation médicaments, ...).

En 2012, cette diminution devrait s'accroître en raison de l'amointrissement de la principale source de crédits non reconductibles que constitue l'écart entre les prévisions d'installation et les réalisations, compte tenu du nouveau dispositif de budgétisation en AE/CP. C'est en effet cet écart, notamment associé au maintien de la budgétisation en année pleine des mesures nouvelles destinées à la mise en œuvre du plan Alzheimer, qui vous a permis d'identifier au sein des dotations régionales limitatives des crédits temporairement disponibles pour constituer vos marges de crédits non reconductibles.

Le caractère non reconductible de ces marges impose de ce fait la plus grande rigueur dans leur emploi. Les dispositifs ayant vocation à être financés par des crédits non reconductibles sont donc marqués par leur vocation non pérenne comme rappelé en annexe 3 de la circulaire, à l'exception des indemnités forfaitaires versées par les EHPAD aux médecins et masseurs-kinésithérapeutes libéraux participant à la commission de coordination gériatrique, dans la limite d'une réunion annuelle, dans les conditions fixées aux articles R. 313-30-2 à R. 313-30-4 du code de l'action sociale et des familles. Cette indemnité est due dès lors que la participation du professionnel de santé est constatée.

Comme cela avait déjà été rappelé l'année dernière, **l'utilisation des CNR aux fins de financement de mesures pérennes est, en tout état de cause, par nature proscrite.**

Par ailleurs le caractère non reconductible de ces crédits n'autorise, en aucun cas, le recours à des pratiques dont la conformité réglementaire, budgétaire et comptable, n'est pas strictement établie. Il en va ainsi notamment du recours aux CNR pour le financement d'intérêts d'emprunt pour l'investissement immobilier des EHPAD. Ce financement peut être autorisé mais dans des conditions définies par la loi (article 86 de la LFSS pour 2007) et précisée par décret (article D. 314-205 du CASF). Malgré le rappel en la matière opéré l'année dernière, certains arrêtés de tarification ont, en 2011, procédé à des allocations de CNR dans des conditions réglementaires qui n'étaient pas strictement assurées.

Enfin, d'une manière générale il est rappelé à nouveau que l'allocation des CNR ne doit pouvoir couvrir que des charges relevant strictement du périmètre de celles pouvant être prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre du tarif de soins.

Vous veillerez à assurer strictement la traçabilité de ces crédits, afin d'avoir la capacité d'en expliquer l'origine ainsi que la destination précise dans le cadre du dialogue de gestion conduit avec la CNSA, notamment en ce qui concerne les établissements sous convergence (cf. supra, point 1.1.2, ii)

1.4. Les mises en réserve de précaution dans le cadre du suivi de l'ONDAM 2012

En application des dispositions de l'article 8-III de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, 545 M€, dont 100 M€ pour le secteur médico-social, ont été mis en réserve.

Cette mesure conduit, dans le champ médico-social, à surseoir, en début d'exécution, aux dépenses suivantes :

- 48 M€ sur les crédits PAI 2012 – hors soutien aux mesures Alzheimer
- 15 M€ sur opérations PAI anciennes qui n'ont pas fait l'objet d'engagement et devraient être soumises à déchéance ;
- 16,4 M€ de crédits destinés à des opérations diverses qui ne pourront voir le jour en 2012 ;
- 20,6 M€ de crédits de paiement de places nouvelles sur le secteur PA.

Le déblocage éventuel de ces crédits avant la fin de gestion dépend de la capacité au niveau national d'anticiper, le plus tôt possible dans l'année, de manière précise et fiable, le niveau de consommation de l'ONDAM, et nous impose collectivement d'améliorer sensiblement le pilotage infra-annuel des crédits de l'ONDAM/OGD, qui bénéficiera en 2012 du déploiement du système d'information commun de gestion des campagnes, comme exposé ci-après.

1.5 Modalités techniques de tarification et suivi d'enveloppe

1.5.1 Déploiement du SI de tarification

La campagne d'allocation des moyens des ESMS doit se faire au travers du système d'information dédié déployé par la CNSA afin que les données d'exécution de la campagne puissent être transmises par cette dernière, en continu, à ses autorités de tutelles tout au long de l'exercice 2012

L'amélioration du pilotage des crédits de l'OGD, tant au niveau national que territorial, est un objectif essentiel aux fins d'optimiser, d'une part, l'exécution annuelle de l'ONDAM et de l'OGD, et, d'autre part, fiabiliser les prévisions budgétaires nécessaires à la mise au point du projet de loi de financement de la sécurité sociale n+1 sur la base de prévision d'exécution de l'ONDAM et l'OGD intermédiaires, plus particulièrement aux mois de juin et de septembre.

En outre, le suivi et la synthèse nationale de l'utilisation des crédits de l'OGD en cours d'année sont indispensables pour anticiper dès le milieu de l'année des décisions de gestion, notamment en termes de gel ou dégel de crédits et pour élaborer le projet d'ONDAM et d'OGD de l'année suivante.

En tout de cause la CNSA et la DGCS devront disposer des données attendues pour le début du mois de juin puis de septembre 2012.

L'utilisation en 2012 du système d'information de gestion des campagnes déployé par la CNSA dans l'ensemble des ARS dans le cadre du projet dénommé HAPI (Harmonisation et Partage d'Information) permettra la réalisation de cet objectif.

Il convient de rappeler que ce système permet de collecter les données budgétaires des établissements, d'effectuer et d'enregistrer toutes les modifications budgétaires demandées par l'autorité de tarification, d'automatiser la production et la notification des arrêtés tarifaires, d'assurer le respect de la dotation régionale limitative, enfin d'effectuer des opérations de compte-rendu et de suivi de consommation d'enveloppes.

Par le partage d'information, mais aussi par l'harmonisation des pratiques qu'il sous-tend, le système doit donc permettre d'optimiser le processus d'allocation des ressources et de faciliter le pilotage régional et national de l'OGD en permettant de connaître au plus vite en cours d'année l'état de consommations des DRL de chaque ARS, il permet en effet d'optimiser le dialogue budgétaire et de gestion entre les échelons national et régional.

Pour mémoire, une formation a été proposée à l'ensemble des tarificateurs dans chaque région en fin d'année 2011 et le logiciel est déployé dans l'ensemble des ARS à la fin du mois de mars 2012.

Toutes les conditions sont donc réunies pour une bonne utilisation de HAPI pour la campagne budgétaire 2012 en s'appuyant sur les outils métiers constituées par les supports de formation, les tutoriels, un lexique. En parallèle, un club des utilisateurs HAPI permettra de recueillir les demandes d'évolution afin d'optimiser l'outil pour les campagnes ultérieures.

Il vous est donc demandé expressément de veiller à l'utilisation systématique par toutes vos équipes de tarification du logiciel HAPI dès la campagne de tarification des ESMS pour 2012.

Nous ne méconnaissons pas l'effort d'adaptation que cela implique au sein de vos services. Il convient néanmoins de souligner que cet effort permettra en contrepartie de libérer à terme les services des charges actuelles de réponse de nombreuses enquêtes non automatisées diligentées par l'échelon national. L'utilisation de ce système d'information dédié à l'allocation des ressources permettra en effet au niveau national de suivre l'utilisation de l'OGD sans avoir recours aux enquêtes tarifaires auxquelles les ARS répondaient.

En 2012 toutefois, année de transition, la CNSA demandera une remontée de l'enquête tarifaire qui permettra un recoupement avec les données HAPI afin de s'assurer de l'exhaustivité et de la cohérence des données saisies dans HAPI.

1.5.2 Tarification au prix de journée dans le champ PH

Votre attention est appelée comme l'an dernier, sur la nécessité d'assurer un suivi effectif de l'activité des établissements tarifés en prix de journée que le rapport IGAS de mars 2011 relatif à la tarification dans quatre régions a particulièrement mis en avant comme facteur de dépassement. Une remontée d'information sur le niveau d'activité retenu dans le calcul des tarifs 2012, intégrant l'activité réalisée depuis le 1^{er} janvier de l'année, vous sera demandée de nouveau en septembre afin d'anticiper toute mesure de régulation à prendre pour assurer le respect du niveau de l'OGD.

La tarification en prix de journée, rappelée au 2) de la circulaire du 22 mars 2011 sur les modalités de gestion de l'enveloppe, implique en effet la détermination d'un nombre de journées prévisionnelles. Or, tout dépassement du niveau prévu d'activité a un double effet sur le niveau de la dépense couverte in fine par l'OGD puisqu'il se traduit par une facturation supplémentaire non prévue liée au dépassement de l'activité mais également par le fait que les prix fixés en début de campagne ont été majorés par l'activité trop faible prévue. Tout constat d'évolution importante du nombre de journées doit donc vous amener à rectifier la décision tarifaire prise initialement de manière à ajuster le prix à la progression du volume.

1.5.3 Gestion des résultats et mobilisation des ratios d'analyse

La circulaire DGCS/5C/DSS/2011/120 du 22 mars 2011 *proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services médico-sociaux relevant des articles L. 314-3 et L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, et précisant les modalités de détermination des prix de journée* a rappelé les modalités d'intégration des résultats retenus dans le cadre de l'analyse des comptes administratifs des établissements et services et affectés conformément aux dispositions des II, 1°, et III, 1° de l'article R. 314-51 CASF, en vue de l'appréhension globale de la dotation régionale limitative dont vous disposez et des conséquences sur les pratiques tarifaires :

- le total des résultats déficitaires des établissements et services s'impute sur le niveau de la DRL et vient diminuer, le cas échéant, le montant du disponible sur enveloppe ;

- le total des résultats excédentaires repris en atténuation des charges d'exploitation, conformément au 1° de l'article R. 314-51 du CASF, augmente le volume du disponible sur enveloppe.

Il convient de se référer à cette circulaire pour la prise en compte des résultats dans la gestion 2012, afin de majorer votre dotation en cas de reprise de résultats excédentaires mais aussi, notamment, pour utiliser avant l'approbation et l'affectation des résultats déficitaires, et en vue d'une minoration ou d'une neutralisation de l'impact de ces résultats sur votre enveloppe, les possibilités ouvertes à l'article R. 314-52 du CASF en matière de réformation du montant du résultats ainsi que la mobilisation de la réserve de compensation dans les conditions prévues à l'article R. 314-51 du CASF.

S'agissant des EHPAD, la circulaire DSS/DGCS/CNSA/MCGR/2011-1411 du 16 décembre 2011 *relative à l'application de trois ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD* met en œuvre une des priorités de la gestion du risque axée sur l'efficacité des EHPAD. La démarche engagée vise à engager les ARS dans une analyse de l'efficacité des EHPAD au travers d'une première mesure de l'emploi des ressources allouées par les ARS : il s'agit d'améliorer le suivi et l'analyse ciblée des dépenses de soins de ces établissements. L'objectif est, à terme, de mettre à disposition des ARS une grille de lecture des dotations soins et leur permettre à travers la reconstitution de la dépense complète de soins des résidents en EHPAD s'appuyant notamment sur les dépenses de soins de ville des résidents, d'opérer les comparaisons utiles entre établissements et d'enrichir le pilotage budgétaire, voire d'éclairer le processus de conventionnement.

Nous vous rappelons que la totalité des EHPAD d'un département librement choisi de votre région doit faire l'objet du calcul des 3 ratios suivants, à partir des données des comptes administratifs 2010 :

- taux d'utilisation de la dotation soins, qui éclaire notamment les décisions de financement du renouvellement des conventions tripartites
- taux d'occupation
- temps de présence du médecin coordonnateur, pour un état des lieux apprécié au regard du décret du 2 septembre 2011 qui l'a renforcé

et que ces données sont à remonter pour le 31 mars, assorties d'une synthèse des actions à entreprendre au vu de l'analyse des résultats.

2. LES EXPERIMENTATIONS PREVUES PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu à son article 67, la possibilité de mener des expérimentations sur les règles de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin d'accompagner et d'encourager la dynamique d'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins des résidents de ces établissements.

Ainsi, pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait relatif aux soins prévu au 1° de l'article L. 314-2 du même code en introduisant une majoration de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité dont la liste sera fixée par décret.

Versée forfaitairement la première année pour compenser le coût d'entrée dans l'expérimentation, la majoration a vocation à être modulée dès la seconde année en fonction de la progression de l'établissement concerné dans l'atteinte de ses objectifs de qualité et d'efficacité.

A terme, il s'agira de prévoir une modalité de calcul du forfait global de soins comportant une part fixe résultant d'une équation tarifaire prenant en compte le niveau de dépendance moyen et le besoin en soins médico-technique des résidents et une part variable qui fera l'objet d'une modulation en fonction de la progression de l'établissement vers une meilleure qualité et efficacité de la prise en charge en soins.

Ces expérimentations, conduites dans des établissements volontaires, débuteront pendant l'exercice 2012 pour une période de 3 années et seront pilotées par les agences régionales de santé retenues par arrêté.

Les établissements susceptibles de participer aux expérimentations conduites dans les différentes régions devront faire l'objet d'une tarification au GMPS dans le cadre d'une convention pluriannuelle telle que prévue à l'article L.313-12 du CASF et avoir opté pour le tarif journalier partiel conformément aux dispositions du 2° de l'article R.314-162 du même code. Il est demandé dès à présent aux ARS candidates de travailler à l'identification des établissements désireux d'entrer dans l'expérimentation.

En 2012, la majoration versée aux établissements participant à l'expérimentation fera l'objet d'un arrêté d'attribution distinct de la campagne tarifaire classique, qui devrait intervenir dans le courant du second semestre 2012 dès lors que les textes le permettront.

Ces expérimentations feront l'objet d'un bilan annuel transmis au Parlement qui sera également adressé à l'ensemble des agences régionales de santé pour information.

3. LES PRIORITES DU SECTEUR PERSONNES AGEES

Comme les années précédentes, les efforts en direction des personnes âgées sont poursuivis en 2012 en vue de permettre la déclinaison du plan Alzheimer et l'achèvement du plan solidarité grand âge 2007-2012 (PSGA).

3.1 La déclinaison des mesures du plan national Alzheimer : les feuilles de route 2012-2013

La mise en œuvre du plan Alzheimer a connu en 2011 des avancées significatives, qu'illustrent le bilan de sa mise en œuvre établi en décembre 2011 même si les situations régionales continuent d'être hétérogènes s'agissant des capacités à trouver des porteurs de projets et, partant, d'atteindre les objectifs mesure par mesure.

Au niveau national, 460 PASA, 58 UHR médico-sociales et 65 UHR sanitaires accueillent d'ores et déjà des malades. 40 MAIA supplémentaires ont été sélectionnées en 2011 ainsi que 69 plateformes d'accompagnement et de répit. 195 équipes spécialisées Alzheimer opèrent à domicile pour faciliter la prise en charge et les actes de la vie quotidienne en début de maladie. Vous êtes invités à ne pas différer les visites de labellisation des dossiers instruits favorablement.

Il reste que les objectifs pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire peinent à être atteints. Priorité doit être donnée en 2012 à la restructuration des accueils de jour, conformément aux dispositions de la circulaire N° DGCS/SD3A/2011/473 du 15 décembre 2011 pour mettre fin au « saupoudrage » des autorisations de création de places et faire obstacle aux effets d'aubaine de certains établissements qui transforment leurs places d'accueil temporaire en places d'accueil définitif. Les dispositifs d'accueils de jour doivent désormais avoir une taille critique et un véritable projet d'accueil des personnes âgées.

Au quatrième anniversaire de la mise en œuvre du plan, la feuille de route 2012-2013 adressée à chaque directeur général d'ARS récapitule les objectifs de mise en œuvre en la matière. Nous vous invitons à vous reporter aux feuilles de route pour poursuivre la déclinaison sur tout le territoire de ce plan.

Plus particulièrement, vous veillerez à ce que les équipes spécialisées Alzheimer (mesure 6) dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ciblent leur file active sur les malades en début de maladie et entretiennent des liaisons étroites et formalisées avec les consultations mémoire. L'annexe 5 vous précise les assouplissements apportés pour la mise en œuvre de la tranche 2012 de cette mesure.

Vous veillerez, en ce qui concerne l'ensemble des mesures médico-sociales du plan, à mettre à jour FINESS de manière régulière, notamment en établissant des liens fonctionnels étroits entre le référent Alzheimer et le responsable de la mise à jour de FINESS.

Enfin, j'appelle votre attention sur le fait que les crédits de mesures nouvelles correspondant au financement sur 6 mois de la tranche 2012 des PASA et des ESA sont conservés au niveau national. Ils pourront être délégués en cours d'année aux régions qui auront totalement achevé la réalisation des tranches 2010 et 2011, sur la base des besoins de CP présentés par l'ARS pour la mise en œuvre de la tranche 2012.

3.2 L'achèvement de la mise en œuvre du plan solidarité grand âge (PSGA)

Le financement de l'achèvement du PSGA est assuré par les autorisations d'engagement de mesures nouvelles notifiées par la CNSA en 2011 (9,5 M€) et en 2012 (10,8 M€) – voir annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et la circulaire DGCS/5C/DSS/2011/436 du 24 novembre 2011 *relative à la méthode de gestion des autorisations d'engagement et des crédits de paiement finançant des mesures nouvelles dans les établissements et services médico-sociaux relevant des articles L. 314-3et L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles*.

Comme la totalité de l'objectif de création de places d'EHPAD est d'ores et déjà atteinte, voire dépassée dans certaines régions, ces crédits ont vocation à ne permettre que la création ou l'extension de places de SSIAD, d'accueils de jour et d'hébergements temporaires dont la feuille de route 2012-2013 de mise en œuvre du plan Alzheimer précise que les 2/3 de ces AE est dédiée aux créations ou extensions de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, le 1/3 restant l'étant à celles de SSIAD.

3.3 L'affectation et l'utilisation des 140 M€ de crédits de médicalisation 2012 : médicalisation et conventionnement

L'année 2012 permet la délégation de crédits nouveaux pour la médicalisation, qui devra se poursuivre jusqu'à l'achèvement de la médicalisation de l'ensemble des EHPAD.;

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a notifié le 5 décembre 2011 140 M€ d'AE destinés à financer la conclusion de conventions prévues à l'article L.313-12 du CASF ; leur couverture donne lieu à 140 M€ de CP prévus dans l'OGD PA 2012 ; ils seront consacrés au financement de conventions conclues et prenant effet en 2012, et à celui de la mise en œuvre de moyens échelonnée sur plusieurs exercices de conventions déjà conclues.

Les crédits qui vous sont notifiés pour 2012 au titre de la médicalisation pourront être renforcés des marges dégagées par l'application du dispositif de convergence dans les conditions et limites indiquées ci-dessus au ii) du 1.1.2, relatif à la mise en œuvre du dispositif de convergence. Conformément à l'article 56-II de la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 *instituant un droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale*, vous veillerez strictement à ce que le renouvellement de la convention pluriannuelle des établissements s'effectue selon le modèle dit de « 2^{ème} génération » et permette leur tarification fondée sur l'emploi du référentiel PATHOS.

Comme indiqué par la circulaire DGCS/5C/DSS/2011/436 du 24 novembre 2011 *précitée*, les mesures nouvelles destinées au financement de la médicalisation d'EHPAD sont à utiliser, en priorité absolue, au renouvellement de conventions d'établissements encore tarifés en mode DOMINIC dont les conventions tripartites seraient toujours en instance de renouvellement. Vous veillerez à prioriser pour cet exercice et après leur repérage, les EHPAD dont la dotation de soins résultant du mode DOMINIC est la plus faible, ainsi que ceux dont le niveau de dotation, au contraire, apparaîtrait supérieur aux tarifs plafonds et dont le principe d'équité commande qu'ils entrent dans une démarche de convergence. Il est par ailleurs rappelé qu'il convient de prioriser les conventions signées en 2006 et de ne renouveler les conventions signées en 2008 qu'après avoir contractualisé avec l'ensemble des établissements disposant d'une convention signée en 2006.

S'agissant de la médicalisation des EHPAD renouvelant leur convention tripartite, votre attention est appelée sur le fait que les dispositions de l'article D. 312-156 du CASF issues du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 *relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD* qui renforcent son temps de présence trouvent à s'appliquer de manière graduelle à l'occasion de ce renouvellement ; ce temps de présence supplémentaire est financé sur la dotation existante, le passage à la tarification au GMPS permettant d'en lisser les effets .

Nous vous rappelons en outre que les dispositions du I de l'article L. 313-12 du CASF⁵ doivent faciliter le report du renouvellement de certaines conventions sous tarification au GMPS dès lors que la dotation régionale limitative aura été consommée en totalité pour donner suite aux priorités mentionnées ci-dessus.

Il vous est encore rappelé (voir point 1.1. ci-dessus) que le renouvellement des conventions tripartites doit intervenir à option tarifaire constante en 2012, comme en 2011. Ainsi, le renouvellement de la convention d'un EHPAD ayant opté pour l'option tarifaire partielle ne peut donner lieu à un changement d'option tarifaire, quelle que soit par ailleurs son statut au regard du dispositif de convergence.

Enfin, s'agissant du conventionnement des établissements en cours d'ouverture, l'option tarifaire qui fait foi est celle figurant dans le projet du dossier d'autorisation.

L'application de l'équation tarifaire au GMPS préalablement à la passation de conventions implique la réalisation préalable et la validation d'une coupe Pathos : les modalités de la campagne 2012 d'organisation et de validation des coupes Pathos fait l'objet de l'annexe 4 qui rappelle la corrélation étroite qui doit exister entre l'exercice de la coupe et l'exercice tarifaire, entre les médecins valideurs et les tarificateurs.

Le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS⁶, instance indépendante et pluridisciplinaire d'expertise et d'observation scientifiques, chargée d'organiser l'audit, l'harmonisation et l'évolution desdits référentiels présidée par le Pr Jean-Luc Novella, va rendre un premier rapport en juillet 2012 de description et d'évaluation du référentiel PATHOS en analysant plus particulièrement et en expertisant la façon dont il prend en compte la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, les médicaments et la dénutrition.

3.4 La reprise de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les tarifs soins des EHPAD sans PUI

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Parlement a adopté, pour deux années supplémentaires, à échéance du 1^{er} janvier 2013, la prolongation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les tarifs soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur afin de permettre l'approfondissement de celle-ci et son évaluation quantitative et qualitative dans de bonnes conditions.

Dans ce contexte une mission d'appui a été confiée à l'IGAS, à laquelle la DSS, la DGCS, la DGS, la CNAMTS et la CNSA apportent leur concours, pour réactiver l'expérimentation et la poursuivre en l'élargissant, en la simplifiant et en créant les conditions d'une observation partagée et comparée des effets de cette réintégration. Le comité national de suivi a été réuni une première fois le 14 novembre 2011 et le sera à nouveau le 6 avril prochain.

⁵ Dans sa rédaction actuelle qui résulte de l'article 68 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 *de financement de la sécurité sociale pour 2012* : « si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou par le président du conseil général, elle est réputée prorogée pendant une durée maximale d'un an. »

⁶ Prévu par l'arrêté du 31 octobre 2011 portant création du comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS mentionnés respectivement à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles et au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 *de financement de la sécurité sociale pour 2006 et fixant ses missions et sa composition* (NOR: SCSA1127877A) et installé le 19 décembre 2011. Un comité de pilotage national inter-administrations des référentiels a également été institué.

La circulaire N°DGCS/DSS/CNSA/CNAMTS/2011/426 du 16 novembre 2011 relative à l'application de l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 précise les modalités de mise en œuvre de ce deuxième volet de l'expérimentation de la réintégration des médicaments.

Il repose sur

- des données d'enquête - quantitatives et qualitatives - destinées à évaluer l'expérimentation et à mesurer l'effet de la coordination entre les acteurs de santé extrêmement simplifiées par rapport aux précédentes ;
- la remontée par votre canal, deux jours donnés, le 15 janvier et le 15 juin 2012, de cette enquête sur les prescriptions de médicaments de chaque résident au regard des traitements en cours le jour de l'enquête.
- deux échantillons d'établissements : l'échantillon des EHPAD sans PUI déjà constitué et ayant participé à la première phase de l'expérimentation et dont les dotations soins 2011 et 2012 intègrent les dépenses de médicaments et un échantillon de référence composé lui aussi d'EHPAD sans PUI dont les dépenses de médicaments sont remboursées à titre individuel aux résidents et donc financées dans le cadre de l'objectif de dépenses soins de ville.

L'analyse de ces données fera l'objet d'un rapport au Parlement en octobre 2012.

A la date du 17 février 2012, 80 établissements sur les 257 continuant à participer à la deuxième phase de l'expérimentation ont remonté les données de l'enquête pour la journée du 15 janvier 2012. Il convient d'opérer une relance des établissements expérimentateurs non répondants et à cette occasion il importe de souligner le rôle de vos services et du référent que vous avez désigné sur ce dossier dans la réussite d'une enquête dont le taux de retour doit être amélioré pour permettre une évaluation crédible de l'expérimentation et pour arrêter les suites à lui donner en connaissance de cause.

3.5. Déploiement du traitement automatisé de la liste des résidents et de la consommation de soins dans les EHPAD

L'article R 314-169 du Code de l'Action Sociale et des Familles impose aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de transmettre à leur organisme pivot, mensuellement, d'une part, la liste des personnes hébergées ainsi que leurs entrées/sorties et, d'autre part, les données de consommation médicale de l'établissement et l'activité des professionnels de santé libéraux y intervenant.

Le déploiement de ce traitement, porté par la CNAMTS pour l'inter-régimes, est en cours.

Cette transmission informatisée des listes des résidents en EHPAD et des consommations de soins a pour objectif :

- d'éviter le double paiement des soins par l'assurance maladie lorsque ces soins sont couverts par la dotation de l'établissement ;
- de permettre le suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels de santé libéraux dans l'établissement ;
- d'agréger automatiquement des informations au niveau national et mettre à disposition de la CNAMTS, de la CNSA et des ARS, les données anonymisées nécessaires à une meilleure connaissance de la dépense de soins des résidents des EHPAD.

Nous vous remercions de rappeler aux EHPAD leurs obligations en ce domaine, afin que ces informations soient disponibles le plus rapidement possible puis actualisées mensuellement.

4. LES PRIORITES DU SECTEUR PERSONNES HANDICAPEES

A mi-parcours du programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées 2008-2012, le bilan de sa réalisation a fait apparaître l'année dernière des écarts sensibles entre les objectifs du programme et sa réalisation effective.

Avec un taux global d'exécution de 78% et un taux de consommation des crédits de 64% un écart important est constaté entre les réalisations de structures pour enfants (taux de réalisation de l'ordre 89%) et celles pour adultes (taux de l'ordre de 70%) avec une difficulté pour évaluer si ces réalisations permettent un rattrapage d'équipement et apportent des réponses à des besoins non satisfaits.

En outre, depuis plusieurs années l'exécution de l'OGD pour le champ des personnes handicapées fait apparaître une sur-exécution dont les déterminants ont commencés d'être mis en évidence par l'enquête « flash » réalisées par l'IGAS en 2011.

Afin d'établir un état des lieux des modes de tarification applicables et leur impact sur l'exécution de l'OGD ainsi que sur la disparité des coûts pour des structures relevant de la même catégorie, une mission a été confiée à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances qui s'attacheront à examiner la situation de l'offre d'équipements médico-social pour les personnes handicapées ainsi que les modes de financement et de tarification des structures médico-sociales pour les personnes handicapées.

Cette mission prendra l'attache de plusieurs ARS afin d'identifier leurs pratiques et leurs attentes sur le secteur et de dresser un état des lieux à partir de l'existant dans quelques régions dont les équipements pourront être considérés comme représentatifs de la réalité nationale.

4.1. Le plan pluriannuel handicap

La poursuite du plan pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées constitue un engagement majeur. Ce plan vise de manière générale à permettre la mise en œuvre effective du projet de vie des personnes et à réduire notamment le nombre de celles qui sont en attente d'admission dans un établissement ou service spécialisé à la suite d'une décision d'orientation prise par la CDAPH.

Il a vocation, par le renforcement et la diversification de l'offre médico-sociale, à créer les conditions d'un libre choix de la personne handicapée entre l'entrée dans un établissement spécialisé et le maintien à domicile avec l'ensemble des accompagnements nécessaires.

Au regard du bilan établi par la CNSA sur la période 2008-2010, ce sont près de 42 % de la totalité des places prévues par le plan qui ont été autorisées sur l'ensemble du secteur PH (enfants / adultes) financé au titre de l'OGD, soit plus de 17 000 places. Le taux global d'exécution s'établit autour de 77% sur 3 ans, et le taux de consommation des enveloppes à 64 %, avec des écarts importants entre les champs enfant et adulte, écarts qui diminuent par rapport au précédent bilan réalisé au 31/12/2009. Alors que 89% des places notifiées au titre des exercices 2008 à 2010 pour les enfants ont été installées, 70% des places pour adultes ont été ouvertes. On note également que plus de 80% des crédits « enfants » ont été consommés, contre 53% pour les crédits à destination des ESMS pour adultes. Ce dernier chiffre s'explique par le poids important des établissements, et l'impact de leurs délais d'installation.

S'agissant plus particulièrement des établissements pour personnes adultes handicapées, et notamment de la répartition des créations de places entre les MAS et les FAM, j'appelle à nouveau vivement votre attention sur le fait que le chiffrage du plan pluriannuel repose sur la base de 35% de places nouvelles en MAS et 65 % en FAM, objectif dont il convient impérativement de se rapprocher.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur le fait que le développement de l'offre supplémentaire rendue possible par les crédits délégués dans le cadre du plan s'accompagne de l'adaptation de l'offre existante aux besoins des personnes. En effet l'accessibilité du milieu ordinaire de vie incite

à concevoir une organisation médico-sociale qui soutienne et facilite cette accessibilité. Cette réflexion a guidé l'élaboration des schémas régionaux de l'organisation médico-sociale (SROMS) que vous allez mettre en œuvre dans vos régions.

4.2. Frais de transports des personnes handicapées

Pour le secteur des adultes, nous vous rappelons que, depuis 2010, l'article L.344-1-2 du CASF prévoit que les frais de transport correspondant aux trajets quotidiens entre le domicile et l'établissement des personnes en accueil de jour dans les MAS et les FAM sont compris dans le budget des établissements. L'article R 314-208 du même code précise que ces frais de transport sont à inscrire dans les dépenses d'exploitation de ces établissements sur la base du nombre de places d'accueil de jour installées. Pour les FAM, ces frais sont inclus dans le forfait annuel global de soins.

Vous veillerez à évaluer le montant des crédits à allouer aux établissements dans le cadre des enveloppes qui vous ont été déléguées par la CNSA dans vos dotations 2010 et 2011, au regard du plan d'organisation des transports que les gestionnaires d'établissements doivent vous transmettre. Pour réaliser le suivi de ces dépenses, je vous rappelle qu'il a été ajouté en début d'année 2011 au plan comptable applicable aux établissements sociaux et médico-sociaux, M22 et M22 bis, les comptes 6242 2 (accueil de jour en MAS) et 6242 3 (accueil de jour en FAM). A ce sujet, j'appelle votre attention particulière au suivi de ces comptes lors de l'examen par vos services des comptes administratifs de l'exercice 2011 des établissements afin d'évaluer cette nouvelle dépense à la charge de l'objectif de dépenses médico-sociales.

Afin de mettre en œuvre une évaluation du dispositif pour affiner les critères d'allocation de ressources et comme cela avait été indiqué dans l'instruction N°DGCS/DSS/SD3A/SD1A/2010/340 du 6 septembre 2010, un formulaire d'enquête est annexé à la présente circulaire. Vos services, en relation avec les gestionnaires d'établissements concernés, sont invités à renseigner ce formulaire et à l'envoyer à l'adresse électronique : patrice.perroteau@social.gouv.fr avant le 1^{er} septembre 2012 délai de rigueur.

Nous vous rappelons que l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de l'article 54 de la loi n°2011-1906 *de financement de la sécurité sociale pour 2012* prévoit la prise en charge des frais de transport des enfants et adolescents se rendant dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), dans les conditions et limites du droit commun de l'assurance maladie. En conséquence, ces frais de transports n'entrent pas dans le périmètre de la dotation globale de ces structures couvertes par l'OGD PH.

4.3. Le plan autisme 2008-2010.

Certaines mesures prévues dans le cadre du plan autisme 2008-2010 continuent de produire leurs effets. C'est notamment le cas de la mesure 5, qui concerne le dispositif de formation de formateurs confié à l'EHESP. Son organisation en 2011 et 2012 vise au déploiement par la suite des actions de formation en direction des professionnels et des familles. La circulaire du 8 avril 2011 relative à la diffusion régionale du corpus commun de connaissances sur l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) par la mise en œuvre de la formation de formateurs prévue à la mesure 5 du plan autisme 2008-2010 a précisé les conditions d'organisation de ces formations de formateurs dont la mission est l'appropriation en région, dans les différents milieux de prise en charge de l'autisme et des TED, du corpus commun de connaissances sur l'autisme et les troubles envahissants du développement, publié par la HAS en 2010.

La programmation bi-annuelle 2011-2012 des actions de formations se poursuit, comme l'an dernier, sur financement par des crédits non reconductibles disponibles au sein de vos enveloppes limitatives et dans leur limite : le montant et l'affectation des CNR utilisés devront faire l'objet d'un retour très précis auprès de la CNSA **pour le 1^{er} septembre 2012** : poleprogrammation@cnsa.fr,

Par ailleurs, en application de la lettre circulaire DGAS/DGOS/DGS/CNSA du 24 mars 2009 relative au suivi de l'activité des CR A, vous veillerez à faire remonter le rapport d'activité standardisé du centre ressources autisme de votre région à la DGCS et à la CNSA.

4.4. Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2009-2013

Les travaux engagés au niveau national pour la mise en œuvre du schéma pour les handicaps rares permettent d'engager aujourd'hui le déploiement des mesures médico-sociales territoriales.

Vous avez été informé du processus de mise en œuvre de ces mesures par instruction DGCS/SD3A/2012/64 du 3 février 2012.

Pour mémoire, deux vagues successives d'autorisation vont être engagées dès cette année :

- Afin de répondre rapidement aux besoins des personnes en situation de handicap rare et de leurs aidants, sans attendre le lancement d'appels à projet, une première vague va concerner l'autorisation de projets orientés vers ces publics et n'ayant pu être autorisés pour défaut de financement. Ceci recouvre les projets ayant fait l'objet d'un examen du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale ou d'une demande d'extension de capacité inférieure aux seuils fixés par la réglementation
- Ensuite, et à l'issue d'un état des lieux approfondi des interventions et des dynamiques d'acteurs permettant d'identifier localement les compétences et réseaux existants sur lesquels s'appuieront les actions à développer, la seconde vague de déploiement de l'offre médico-sociale pourra être engagée au niveau interrégional.

Nous appelons votre attention sur l'intérêt de vous engager dès à présent dans une réflexion interrégionale sur ces questions. C'est en effet à ce niveau qu'il convient de définir la stratégie à mettre en œuvre pour garantir l'équilibre entre proximité de service et technicité des expertises requises pour accompagner les personnes en situation de handicap rare.

4.5. Le financement des instituts nationaux de jeunes sourds et de jeunes aveugles

A compter de 2011, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi HPST, les ARS ont repris, en concertation avec les autres régimes d'assurance maladie, les conventions conclues par les CRAM avec les instituts nationaux de jeunes sourds et de jeunes aveugles, dans les conditions explicitées par lettre en date du 2 mars 2011 du Directeur de la sécurité sociale au Directeur général de la CNAMTS et par lettre en date du 29 mars 2011 de la CNAMTS aux CPAM concernées.

En 2012, les ARS concernées (Ile-de-France pour les INJS/INJA de Paris, Rhône-Alpes pour l'INJS de Chambéry-Cognin, Aquitaine pour l'INJS de Bordeaux-Gradignan) négocieront l'avenant à la convention et fixeront le montant de la dotation globale pour permettre aux CPAM de payer. Pour ce qui concerne l'INJS de Metz, la création de la CARSAT en Alsace-Moselle au 1er avril 2012 (loi n° 2012-355 du 14 mars 2012 relative à la gouvernance de la sécurité sociale et à la mutualité), rend l'ARS de Lorraine compétente à cette date pour signer cet avenant.

Nous vous remercions de votre engagement dans la mise en œuvre de ces instructions et vous assurons de la disponibilité de nos services pour répondre aux questions qu'elles susciteraient.

Pour la ministre des solidarités et de la cohésion
sociale et par délégation

signé

Sabine FOURCADE
Directrice générale de la cohésion sociale

Pour le ministre du budget, des comptes publics, de
la fonction publique et de la réforme de l'Etat et par
délégation

signé

Thomas FATOME
Directeur de la sécurité sociale

Annexe 1 – Rappels tarifaire et comptables

1- L'imputation comptable des frais d'évaluation externe

L'instruction budgétaire et comptable M22 du 31 mars 2009 prévoit que les frais d'évaluation externes mis en œuvre par l'EPSMS en application de l'article L.312-8 du CASF s'enregistrent au compte 2013 « frais d'évaluation ». Ces frais font l'objet d'un amortissement sur une période qui ne peut excéder cinq ans.

Cette instruction budgétaire et comptable s'inspire du plan comptable général (PCG) et a été rédigée conformément à celui-ci. Or, l'article 361-1 du PCG précise que les dépenses engagées à l'occasion d'opérations qui conditionnent l'existence ou le développement d'une entité mais dont le montant ne peut être rapporté à des productions de biens ou de services déterminés peuvent être inscrits soit à l'actif comme frais d'établissement (compte 201) soit au compte de résultat (classe 6).

L'option est donc offerte aux EPSMS de comptabiliser leurs frais d'évaluation externe :

- au compte 2013 ;
- ou au compte 617 « études et recherches ».

Attention : les frais d'évaluation inscrits au compte 617 sont enregistrés pour leur montant total au compte de résultat de l'exercice au cours duquel l'évaluation est réalisée. Ils ne peuvent pas être provisionnés car ils ne répondent pas à l'objet d'une provision.

2- La comptabilisation dans les sections tarifaires des frais de personnel dans un EHPAD

La répartition des charges à ce titre au sein des différentes sections tarifaires est prévue aux articles R314-158 et suivants du code de l'action sociale et des familles. L'article R314-162 précise notamment que :

- relèvent de la section hébergement, les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation et la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
- relèvent de la section dépendance, les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes ;
- relèvent de la section soins, les charges relatives aux frais de personnel assurant les soins y compris celles prévues à l'article R314-164 ;

Ce dernier article précise la répartition des charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques (AMP). Ces charges sont réparties entre les sections tarifaires dépendance et soins suivant une clé de répartition de 30 % pour la dépendance et de 70 % pour le soin.

Par ailleurs, l'article R314-163 renvoie à des tableaux figurant en annexe 3-2 et 3-3 du même code pour la définition des modalités de calcul des différents tarifs ainsi que des clés de répartition des charges et des produits communs à différents tarifs.

Il apparaît toutefois nécessaire de clarifier la lecture qui doit être faite de ces tableaux. Ainsi, pour effectuer la répartition des charges (compte 64 pour les salariés, compte 621 pour les autres, salaires et charges sociales comprises) entre les différentes sections tarifaires, c'est bien la mission de ces personnes qui doit être privilégiée, dans le respect des dispositions de l'article R314-62 du CASF, et non leur qualification. Par exemple, le temps de travail au titre de tâches administratives d'un médecin doit être imputé à la section hébergement. De même, un médecin non spécialiste qui effectue des prestations de psychologie doit voir le temps de travail à ce titre imputé à la section dépendance.

3- Les rapports d'orientation budgétaire

Les dispositions de l'article R.314-22 CASF définissent les modalités de modification des propositions budgétaires par l'autorité de tarification. Le 5° de cet article indique que les modifications peuvent notamment porter sur les dépenses dont la prise en compte paraît incompatible avec les dotations limitatives de crédit mentionnées aux articles L313-8, L314-3 et L314-5 au regard des orientations retenues par l'autorité de tarification.

Il est donc essentiel d'élaborer en début d'exercice un rapport d'orientation budgétaire (ROB) rappelant les orientations régionales applicables à la tarification des établissements médico-sociaux du champ PA/PH pour la campagne 2012 ainsi que les contextes national et régional puisque ce document constituera **l'élément de motivation majeur** de la procédure budgétaire contradictoire.

Sans qu'un modèle soit ici proposé, un ROB doit donc contenir un rappel du contexte budgétaire national dans chaque champ puis doit décliner vos propres orientations locales au regard des crédits dont vous disposez.

Annexe 2- Mesures salariales –campagne 2012

1- Mesures concernant les SSIAD

1-1 Mise en œuvre de la nouvelle convention collective de la branche de l'aide à domicile

La nouvelle convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD) conclu le 21 mai 2010 entre l'ensemble des unions et fédérations d'employeurs du secteur (UNA, UNADMR, ADESSA A DOMICILE, FNAAFP/CSF) et deux organisations syndicales de salariés (CFDT, UNSA SNAPAD), a été agréée par arrêté du 3 octobre 2011. La nouvelle convention collective est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Elle remplace les quatre textes conventionnels qui organisaient jusqu'alors les relations collectives dans la branche :

- la convention collective du 2 mars 1970 concernant les personnels des organismes de travailleuses familiales (CCN70) ;
- la convention collective du 6 mai 1970 concernant les différentes catégories de personnels de l'ADMR (CCN ADMR) ;
- la convention collective du 11 mai 1983 des organismes d'aide et de maintien à domicile (CCN83) ;
- les accords collectifs UNACCS du 24 mai 1993.

La convention collective de branche intègre plusieurs dispositions nouvelles susceptibles de générer un coût pour certaines associations de l'aide à domicile. Vous veillerez à ce que les demandes de financements portent effectivement sur des mesures nouvelles coûteuses pour les associations.

Il convient à cet égard d'observer que certaines dispositions ne sont pas imposées par la convention collective. Il revient à l'employeur de décider s'il souhaite les mettre en œuvre dans son association (c'est notamment le cas des dispositions relatives à la mise en place de temps d'organisation, de concertation, de coordination). Il vous revient, en fonction de la situation financière de l'association, de juger du bien fondé de la mise en place de ces mesures facultatives.

Bien que l'essentiel du coût des dispositions de la convention collective soit à la charge des conseils généraux et des organismes de sécurité sociale, une enveloppe de 2,4 M€ destinée au financement de ces mesures nouvelles est prévu au sein de l'ONDAM médico-social 2012.

1.2 Prise en charge de la revalorisation des activités d'infirmiers exerçant en établissements et services du secteur des personnes âgées

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a signé le 28 septembre 2011 avec les syndicats représentant la profession des infirmiers libéraux, un avenant n°3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux. Cet avenant, approuvé par arrêté du 25 novembre 2011, prévoit notamment des mesures revalorisant certains actes infirmiers.

Ces mesures consistent en :

- la revalorisation de 2,30 € à 2,50 € des indemnités forfaitaires de déplacement (IFD) ;
- la création d'une majoration d'acte unique (MAU) d'une valeur de 1,35 € pour les cotations AMI 1 et AMI 1,5 afin de valoriser les actes réalisés de façon unique à l'occasion d'une séance de soins au domicile du patient ;
- la création d'une majoration spécifique (MCI), d'une valeur de 5 € par passage de l'infirmière à domicile pour la prise en charge des patients en soins palliatifs et des patients nécessitant des pansements complexes pour les soins les plus lourds, notamment les

escarres et les plaies chroniques. Cette majoration vise à valoriser le rôle dévolu à l'infirmière en matière de coordination, de continuité et d'environnement des soins.

Cet avenant ne concerne que les infirmières libérales intervenant en établissements et services du secteur des personnes âgées. Il est prévue une enveloppe de 8,3M€ permettant d'assurer le financement de ces revalorisations. Vous veillerez donc à ce que ces revalorisations s'adressent spécifiquement à ces structures.

2. Mise en œuvre du protocole d'accord du 2 février 2010 pour le personnel non-médical

Un protocole d'accord relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière (FPH) des infirmiers et des professions paramédicales selon le modèle de formation et de qualification européen LMD et à l'intégration des corps de catégorie B de la FPH dans nouvel espace statutaire de la catégorie B (B NES), a été signé le 2 février 2010 entre le ministre de la santé et les organisations syndicales de salariés. Ces intégrations emportent une revalorisation indiciaire.

Le protocole s'applique aux personnels exerçant dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics dont le personnel relève de la fonction publique hospitalière, soit les EHPAD publics, à l'exclusion de ceux qui sont rattachées au bureau d'aide sociale de Paris, les établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et maisons d'enfants à caractère social (MECS), les établissements publics ou à caractère public pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, à l'exception des établissements nationaux et des établissements d'enseignement ou d'éducation surveillée.

Une enveloppe de 16,1 M€, répartie entre établissements pour personnes âgées (14,7 M€) et personnes handicapées (1,4 M€), a été prévue à ce titre dans le cadre de l'ONDAM médico-social 2012.

Annexe 3- Les modalités de financement de certains dispositifs spécifiques par des crédits non reconductibles

1. L'annexe V de la circulaire du 29 avril 2011 toujours applicable

Il est ici renvoyé à l'annexe V de la circulaire susmentionnée qui est toujours applicable sur les sujets suivants :

- la rémunération des professionnels de santé libéraux participant à la commission de coordination gériatrique en EHPAD ;
- le dispositif de formation des formateurs autisme ;
- la gratification des stages étudiants.

2. Le financement des mises à disposition syndicales

Il existe trois types de mises à disposition syndicales de salariés dans le secteur social et médico-social :

- les articles L.2135-7 et L.2135-8 du code du travail disposent qu'un salarié peut être mis à disposition d'une organisation syndicale ou d'une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective ou un accord collectif de branche étendu.
Pour la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif, un accord de branche 2009-01 du 20 mai 2009, agréé par arrêté du 7 juillet 2009, prévoit la répartition du nombre de salariés par organisation syndicale représentative.
- l'avenant n°2002-2 du 25 mars 2002, agréé par arrêté du 6 mars 2003, modifiant la convention collective du 31 octobre 1951, a créé un comité national paritaire de modernisation et de développement du dialogue social (CMDSD), pour lequel 4 ETP sont mis à disposition de chaque organisation syndicale le composant.
- dans le secteur social et médico-social public, des mises à disposition auprès d'organisations syndicales représentant les agents publics hospitaliers de personnels travaillant dans des maisons de retraite publique interviennent dans le cadre des dispositions de l'article 97 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et des articles 19 et suivants du décret n°86-660 du 19 mars 1986.

La DGCS est chargée d'établir la liste des salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux mis à disposition, sur la base des conventions de mise à disposition signées entre les employeurs, les organisations syndicales et les salariés concernés, ainsi que les montants perçus par les salariés concernés.

Sur la base de ces informations, qui seront détaillées dans une instruction aux ARS concernées, il vous appartiendra, en tant qu'autorité de tarification, de majorer les budgets des établissements du coût des salaires des salariés concernés, en utilisant les crédits spécifiques qui vous seront délégués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Par ailleurs, pour les établissements dont le budget n'a pas pu être majoré en 2010 du coût du salaire du salarié mis à disposition, il vous est demandé de régulariser la prise en charge de ce coût au moment de l'approbation des comptes administratifs 2010, en acceptant la part du déficit afférente à cette dépense sous financée. En compensation, des crédits supplémentaires vous seront délégués pour financer les reprises de déficit.

Les modalités de régularisation des crédits versés au titre de l'exercice 2010 seront précisées par instruction aux ARS concernées.

3. Le financement de certaines mesures d'investissement dans les EHPAD

Comme déjà indiqué l'an dernier, le caractère non reconductible des crédits ne permet en aucun cas à l'ARS de les allouer au financement de charges ne rentrant pas dans le périmètre de celles pouvant être prises en charge par l'assurance maladie.

Les seules dérogations à ce principe, introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, concerne le financement des seuls frais financiers afférents à un investissement immobilier, dans les conditions fixées par l'article D.314-205 du CASF.

Les conditions de prise en charge des frais financiers des EHPAD par l'assurance maladie sont explicitement prévues par les textes. La loi réserve ainsi cette prise en charge à certaines catégories d'établissements (établissements pour jeunes handicapés, centre d'action médico-sociale, établissements relevant de la PJJ et EHPAD dont la totalité des places sont habilités à l'aide sociale) dans le cadre des seuls investissements immobiliers et renvoie à un texte réglementaire les modalités de cette prise en charge. Les modalités de prise en charge sont fixées par les articles D314-205 et D314-206 du CASF résultant du décret n°2007-1554 du 31 octobre 2007 *relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

L'article D314-205, qui ne s'applique qu'aux EHPAD, précise comme suit les conditions d'endettement ou de liquidités des établissements à vérifier:

- le plan pluriannuel de financement doit avoir été approuvé par le président du conseil général qui tarifie l'hébergement ;
- le taux d'endettement résultant du rapport entre les emprunts contractés ou à contracter et les financements stables hors amortissements cumulés du fonds de roulement d'investissement doit être inférieur à 50 % ;
- l'établissement pratique une politique de dépôts et de cautionnement auprès des hébergés ;
- les reprises sur les réserves de trésorerie ou de couverture du besoin en fonds de roulement ont, le cas échéant, été effectuées ;
- les liquidités permanentes de l'établissement ne dépassent pas un niveau égal ou supérieur à 30 jours d'exploitation.

Annexe 4– Réalisation des coupes PATHOS en EHPAD en 2012

Comme le rappelle la circulaire DGCS/5C/DSS n° 2011 -436 interministérielle du 24 novembre 2011 les agences régionales de santé s'attacheront « à mobiliser les crédits de médicalisation pour 2012 au profit exclusif des établissements encore tarifés en mode DOMINIC dont les conventions viendraient à caducité. Si le niveau de l'enveloppe régionale conduit à vous imposer un choix parmi ces établissements, vous vous attacherez à retenir ceux qui sont manifestement sous ou surdotés et dont vous attendez de la pathossification qu'elle vous aide à ajuster le niveau de dotation aux besoins mieux objectivés des résidents de l'établissement. »

Ainsi :

1. il n'y a pas lieu de réaliser une coupe Pathos qui n'emporte pas une mesure nouvelle de médicalisation pour ne pas mobiliser inutilement médecins coordonnateurs des EHPAD et médecins valideurs des ARS car c'est au terme d'un dialogue entre les médecins chargés de la validation des « coupes Pathos » et les tarificateurs de chaque ARS que doit être, dans la limite de la dotation régionale limitative qu'est établie la liste des établissements devant faire l'objet d'une coupe Pathos validée en 2012 ;
2. La cible de la campagne de médicalisation 2012 est constituée des établissements dont la convention tripartite de première génération signée entre 2000 et 2006 est toujours en attente de renouvellement en commençant par les établissements dont la DOMINIC est la plus faible, qui sont manifestement sous-dotés, et en examinant au cas par cas ceux dont la DOMINIC a été sur-calibrée, susceptibles de basculer dans la convergence à l'issue de la coupe Pathos au regard d'un PMP relativement faible.
3. Il n'y a qu'avantage à ce que le calendrier des coupes soit un calendrier conjoint ARS/conseil général, coordonnant la réalisation simultanée d'une coupe AGGIR et d'une coupe Pathos, avec un accord sur les établissements éligibles en 2012 et une validation simultanée (ou à quelques jours de distance) des coupes Pathos et AGGIR qui, s'agissant d'établissements renouvelant leur convention tripartite, est obligatoirement une validation sur site.
4. Le rapprochement du médecin de l'ARS et du médecin du conseil général chargés de la validation des coupes est nécessaire car les deux évaluations sont indissociables pour apprécier au mieux les soins de base et les soins requis à un moment donné.
5. Le déroulé de la campagne s'organise selon les étapes suivantes :
 - information (conjointe ARS/conseil général) des établissements éligibles à une coupe en 2012 ;
 - évaluation par le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordonnatrice au moyen des référentiels AGGIR et Pathos de tous les résidents de 60 ans et plus en hébergement permanent ;
 - transmission par l'EHPAD de la base à valider sur la plateforme sécurisée GALAAD de la CNSA pour contrôle et validation par un médecin du département appartenant à une équipe médico-sociale et par un médecin de l'ARS territorialement compétente désigné par le directeur général de l'ARS, avec accès du médecin du conseil général à la base informatique à valider ;
 - validation des coupes en deux temps : analyse préalable de la base adressée par l'EHPAD et validation sur site, dans l'EHPAD selon la procédure habituelle (échantillon et taux d'erreurs).

Comme vous le savez, vous pouvez saisir en tant que de besoin les médecins experts nationaux, le docteur Catherine REA (catherine.rea@ars.sante.fr; catherine.rea@cnsa.fr) et le docteur Yannick EON (yannick.eon@ars.sante.fr; yannick.eon@cnsa.fr) des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la validation des coupes AGGIR et Pathos.

Pour mémoire, en cas de désaccord entre les deux médecins chargés de l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents d'un établissement ou en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins de l'ARS et du conseil général chargés de la validation, une commission départementale de coordination médicale, composée d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un médecin du conseil général et d'un praticien-conseil d'une caisse d'assurance maladie, détermine à la majorité de ses membres le classement définitif à retenir et le transmet aux deux autorités chargées de la tarification (article R.314-170 du CASF).

Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1.(article L.314-9 du CASF)

Un projet de décret en Conseil d'Etat prévoit la modification de la partie réglementaire du CASF afin de prévoir la même périodicité des évaluations de la perte d'autonomie (AGGIR) et des besoins en soins requis (Pathos) des résidents des établissements d'hébergement qui seront renouvelées simultanément à la signature ou au renouvellement de la convention tripartite et une fois au cours de l'exécution de celle-ci.

Le projet apportera en outre des modifications quant aux modalités d'évaluation des coupes transversales transmises par les établissements aux médecins qui en sont chargés ainsi qu'au rôle, à la composition et aux modalités de fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale que vous serez chargés de constituer et de mettre en place à la parution du décret.

Annexe 5 - Modalités de mise en œuvre de la tranche 2012 des équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA)

1° Les procédures - appel à candidatures ou appel à projets - sont à la main des ARS.

Comme pour d'autres mesures du plan Alzheimer (MAIA, plateformes d'accompagnement et de répit, formation des aidants) la DGCS a ouvert la possibilité de passer par des appels à candidatures, censés constituer une procédure allégée, en ce qui concerne la sélection des équipes spécialisées à domicile eu égard à l'importance des objectifs à réaliser mais les ARS ont pu ou peuvent préférer se conformer aux dispositions de droit commun qui régissent les appels à projets.

Dans l'hypothèse où l'ARS a recours à la procédure de l'appel à candidatures, votre attention est appelée sur le fait que la capacité initiale du SSIAD ne saurait être inférieure à 33/34 places (seuil où 10 places représentent une extension inférieure à 30 %) sauf circonstances exceptionnelles dûment vérifiées quant à la qualité du projet et à la capacité actuelle du SSIAD témoignant de la solidité de son implantation.

Si c'est la procédure d'appel à projets qui est retenue, seuls sont soumis à la commission de sélection les dossiers pour lesquels une extension de 10 places est une extension importante de la capacité initiale.

2° La mention d'une capacité initiale minimale de 60 places pour que les SSIAD puissent candidater peut être remplacée, à l'appréciation de l'ARS, par des critères relatifs notamment à la qualité du projet et à la solidité du promoteur, estimés être de nature à garantir la pertinence et la pérennité de la prestation fournie.

C'est aux ARS qu'il appartient de fixer, dans le cahier des charges de l'appel à projets ou de l'appel à candidatures, au-delà de la capacité initiale, les critères qui témoignent de la bonne implantation et de la solidité du promoteur, de la qualité, de la consistance du projet et des assurances de sa pérennité et, le cas échéant, la taille suffisante pour mettre en œuvre, dans tel contexte local, une équipe spécialisée à domicile.

Cette faculté donnée aux ARS de prendre en compte la diversité du contexte local ne doit en aucun cas conduire à un saupoudrage des moyens et à une dilution de la mesure.

3° Une ESA peut être portée (territoires ruraux, territoires de montagne) par deux SSIAD si cela s'avère praticable ou nécessaire pour identifier une file active suffisante, pour raccourcir les temps de déplacement des professionnels et s'ils sont volontaires. On peut envisager deux fois 5 places et le partage des 150 000 €. Par contre, dans FINESS, une seule des deux structures sera identifiée comme bénéficiant d'une extension de 10 places.

DGCS et DREES doivent expertiser et valider les modalités de remplissage de FINESS dans cette occurrence.