

*Direction générale
de l'action sociale*

Sous-direction des institutions,
des affaires juridiques et financières
Bureau de la réglementation
financière et comptable (5B)

**Note d'information DGAS/SD5B n° 2007-162 du 19 avril 2007 relative aux réponses
apportées aux conseils généraux en matière de tarification des établissements et services
relevant de leur compétence exclusive ou mixte**

NOR : SANA0730235N

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de l'action sociale et des familles : articles D. 232-22, R. 314-22, R. 314-48 R. 314-53, R. 314-119, R. 314-140 à R. 314-148, R. 314-182, R. 314-194 et R. 314-195 ;

Circulaire DGAS/5 B n° 2001-228 du 21 mai 2001 relative aux reprises sur les comptes de réserves de trésorerie dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) en application de l'article 20 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 modifié par l'article 15 du décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 ;

Circulaire DGAS/5B n° 2004-06 du 8 janvier 2004 relative à la procédure de tarification et à la procédure d'approbation des plans de financement des programmes d'investissement en application du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 ;

Note d'information DGAS/5B n° 2004-379 du 2 août 2004 relative aux questions soulevées entre janvier et juillet 2004 par la mise en oeuvre du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 ;

Circulaire DGAS/5B n° 2006-356 du 8 août 2006 relative au forum aux questions sur les modifications intervenues en matière de réglementation financière, comptable et tarifaire notamment celles visant au développement de la pluriannualité budgétaire.

Textes abrogés : néant.

Annexe : extraits de la décision du Conseil d'Etat statuant au contentieux n° 258876 relative à la facturation des tarifs dépendance pendant les périodes d'absence des résidents.

Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'emploi, du travail de la cohésion sociale et du logement à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales, direction de la solidarité et de la santé de la Corse et de la Corse du Sud, direction de la santé et du développement social de la Guadeloupe, direction de la santé et du développement social de la Martinique, direction de la santé et du développement social de la Guyane) ; Monsieur le directeur de la caisse nationale d'assurance-maladies des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (pour information).

La circulaire DGAS/5B n° 2006-356 du 8 août 2006 mentionnée en référence a apporté aux conseils généraux des réponses à certaines de leurs questions en matière de tarification des services d'aide à domicile pour les familles d'une part et des équipes ou clubs de prévention spécialisée d'autre part.

Dans le même esprit d'information, la présente note d'information présente les réponses apportées aux questions des conseils généraux en matière de tarification de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de leur compétence exclusive ou mixte.

1. Les bases réglementaires de la tarification de l'accueil temporaire par les conseils généraux dans les établissements d'hébergement pour personnes handicapées et pour personnes âgées

Cette tarification pour les personnes handicapées est organisée par l'article R. 314-194 du CASF.

Cet article ne concerne que l'accueil temporaire des personnes handicapées compte tenu des renvois aux articles R. 314-119 et R. 314-147 du même code. En effet, la référence à l'article R. 314-119 du CASF vise les établissements pour jeunes et adolescents handicapés et celle à l'article R. 314-147 du même code vise les établissements pour adultes handicapés.

La tarification de l'accueil de jour ou temporaire dans les établissements pour personnes âgées relève de l'article R. 314-182 du CASF qui a prévu une modulation du tarif moyen journalier hébergement.

2. La tarification de la dépendance pendant les périodes d'absence des usagers et l'intangibilité des tarifs

Une lettre circulaire de la DGAS du 3 mai 2002 avait apporté des réponses à ces questions. Cette dernière avait été contestée par toutes les fédérations gestionnaires d'EHPAD et par le CNRPA. La section du contentieux du Conseil d'Etat a par une décision du 10 janvier 2007 validé les analyses juridiques de la DGAS dont vous trouverez quelques extraits en annexe.

3. La tarification de la dépendance dans les établissements pour personnes âgées ayant un Gir moyen pondéré (GMP) inférieur à 300

L'article D. 232-22 du CASF précise que les établissements à GMP inférieur à 300 appliquent en matière de dépendance la tarification des petites unités de vie (PUV). En conséquence, les aides soignantes sont prises en charge à 100 % sur la dépendance et n'ont donc pas à être financées par les anciens forfaits de soins courants de l'assurance maladie.

Ces établissements n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), ils ne peuvent donc plus gérer des médicaments et des dispositifs médicaux.

En conséquence, le maintien des anciens forfaits de soins courants n'est justifié que pour le financement d'un poste à temps partiel d'infirmière soignante. S'il s'agit d'une infirmière directrice son poste relève des charges afférentes à l'hébergement. Le compte d'emploi des recettes de l'assurance maladie prévu à l'article R. 314-104 du CASF doit donc être demandé.

4. La tarification des comités locaux d'information et de coordination (CLIC) (art. R. 314-195 du CASF)

Pour les CLIC comme pour d'autres centres de ressources, il ne s'agit pas d'une tarification pratiquée, selon les règles mises en oeuvre pour les autres établissements et services relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF, à savoir :

- 1° approbation des dépenses par groupes fonctionnels ;
- 2° approbation des recettes des groupes fonctionnelles II et III ;
- 3° détermination du groupe fonctionnel I afférent aux produits de la tarification après prise en compte du 1° et 2° et, le cas échéant, de la reprise des résultats des exercices antérieurs.

Il s'agit dans ces établissements et services d'une tarification « par solde » à la charge de

l'autorité qui a accordé l'autorisation.

En la circonstance, dans le cas des CLIC, le département peut accorder des subventions en application du 4° de l'article R. 314-195 du CASF.

Il lui appartient de fixer librement les critères généraux d'attribution de ces subventions et leurs montants. Ces subventions n'ont pas pour objet d'équilibrer le budget d'un CLIC. Aussi, une convention doit être passée avec chaque bénéficiaire.

Ces subventions relèvent d'ailleurs des recettes du groupe fonctionnel II (compte 74) et non des produits de la tarification du groupe fonctionnel I (compte 73).

Ces subventions du conseil général ne peuvent cependant pas être conditionnées par l'exigence d'engagements financiers de la part d'autres partenaires qui peuvent ou non, conventionner librement avec le CLIC. Le CLIC qui devra transmettre un compte d'emploi relatif à chaque subvention ne peut pas, quant à lui, solliciter une subvention auprès de plusieurs partenaires pour la prise en charge des dépenses afférentes à la même action.

5. Dès lors qu'une délibération d'un conseil d'administration d'un établissement public social et médico-social est exécutoire dès sa transmission au contrôle de légalité, quelle conséquence en tirer en matière de propositions d'affectation des résultats ?

La transmission d'une délibération au contrôle de légalité n'a pas pour objet de la faire approuver mais de la rendre exécutoire de plein droit.

En matière d'affectation des résultats dans les établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes, il s'agit d'une simple proposition formalisée sous la forme d'une délibération.

Si cette délibération, comme toutes les délibérations, est soumise au contrôle de légalité, il s'agit d'un acte qui n'est pas dans les faits exécutoire de plein droit.

En effet, la réglementation prévoit que la décision d'affectation des résultats revient à l'autorité de tarification compétente sauf si, en application de l'article R. 314-53 du CASF, cette dernière apporte moins de 50 % de produits d'exploitation.

Pour les résultats des sections tarifaires des EHPAD, il convient de se reporter aux réponses 13 et 14 du forum aux questions annexées à la circulaire DGAS/5B n° 2006-356 du 8 août 2006 mentionnée en référence.

Lorsque l'affectation des résultats relève de l'autorité de tarification, il s'agit d'une décision explicite qui doit intervenir au plus tard pour la fixation des tarifs de l'exercice suivant l'année de transmission du compte administratif et du compte de gestion.

Cette décision peut intervenir auparavant, notamment en cas d'incorporation des résultats dès l'année suivante puisque cela entraîne une décision budgétaire modificative.

6. Les déficits d'exploitation peuvent-ils être comblés par des reprises sur les réserves de trésorerie ?

En application de l'article R. 314-48 du CASF, les réserves de trésorerie sont reprises si les conditions prévues par cet article sont réunies et ce, au seul bénéfice du compte excédent affecté à l'investissement.

7. Les rôles respectifs du président du conseil général et du préfet en matière de tarification des foyers d'accueil médicalisé (FAM) et des services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) (articles R. 314-140 à R. 314-146 du CASF)

Le préfet fixe par arrêté le forfait annuel global soins, en retenant un forfait journalier afférent aux soins, et ce, dans la limite du forfait plafond fixé par arrêté ministériel.

La fixation du forfait global n'entraîne aucune approbation des dépenses, ni par groupe fonctionnel, ni par un montant global de classe 6. En effet, si l'article D. 312-167 précise les dépenses afférentes aux soins dans les SAMSAH, les dépenses à prendre en compte dans le

forfait global soins d'un FAM ne sont pas définies réglementairement. De plus, il n'y a pas de section tarifaire dans les FAM similaires à celles des EHPAD. Aussi, il n'appartient pas à un gestionnaire de définir ces dépenses de soins. S'agissant d'un forfait global, ce dernier n'a pas obligation légale de couvrir l'intégralité des charges. Il peut les couvrir forfaitairement et donc partiellement.

L'arrêté du 28 février 2007 a fixé les indicateurs médico-socio-économiques des FAM. A l'instar des dispositions analogues prises pour les MAS, l'indicateur relatif aux soins est calculé sur la base d'un périmètre de dépenses afférentes aux soins.

Ce périmètre des dépenses réalisées au dernier compte d'emploi peut donc être pris en considération. Cet indicateur relatif aux soins des FAM d'un département peut être rapproché à celui des MAS afin de vous aider à fixer vos orientations budgétaires. En effet, les différents forfaits journaliers FAM retenus par le préfet sont précisés dans les orientations qu'il fixe dans son rapport d'orientation budgétaire (ROB) prévu au 5° de l'article R. 314-22 du CASF. En outre, en application de l'article R. 314-144 du même code, aucune quote-part de frais de siège n'est susceptible d'être prise en compte dans le forfait global soins.

Par ailleurs, il n'y a pas de détermination d'un résultat soins à affecter. Il y a d'ailleurs un résultat unique pour le FAM et non deux (soins et hébergement)

En application de l'article R. 314-146 du CASF, il n'y a pas de compte administratif mais un compte d'emploi qui vise à vérifier la bonne utilisation des crédits d'assurance maladie, la sanction étant, en la circonstance, le reversement des sommes non ou mal utilisées. Il résulte d'ailleurs de l'avis du Conseil d'Etat n° 290909 en date du 21 juin 2006 que le juge de la tarification est compétent pour connaître des litiges relatifs à ces reversements.

Si ces règles sont respectées, aucun recours contentieux ne peut dès lors être formé, hormis sur la conformité de la décision avec le ROB ou une évaluation inappropriée de l'activité.

Le préfet notifie au président du conseil général son arrêté fixant le forfait global afin que celui-ci fixe le tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale en prenant en compte l'intégralité des charges du FAM qu'il approuve par groupes fonctionnels.

Le forfait global soins constitue donc la plus importante des recettes atténuatives permettant le calcul des prix de journée par le président du conseil général sur la base des charges nettes majorées ou minorées des résultats des exercices antérieurs.

Vous voudrez bien faire part aux services des conseils généraux concernés des informations contenues dans la présente note d'information et prendre l'attache de mes services (Jean-Pierre Hardy, chef du bureau de la réglementation financière et comptable (5B) jean-pierre.hardy@sante.gouv.fr ou IAJF-COOP-PLURI@sante.gouv.fr pour toute question utile à ce sujet.

*Le directeur général
de l'action sociale,
J.-J. Trégoat*

ANNEXE I

EXTRAITS DE LA DÉCISION DU CONSEIL D'ÉTAT STATUANT AU CONTENTIEUX N° 258876 DU 10 JANVIER 2007 RELATIVE À LA FACTURATION DES TARIFS DÉPENDANCE PENDANT LES PÉRIODES D'ABSENCE DES RÉSIDENTS

« Considérant, en premier lieu, que si le premier alinéa de l'article 7 du décret du 26 avril 1999 modifié, aujourd'hui repris à l'article R. 314-204 du code de l'action sociale et des familles, a prévu que le tarif journalier afférent à l'hébergement était, en cas d'absence de plus de soixante-douze heures, minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale et que, pour

les absences de plus de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation, cette minoration devait tenir compte du montant du forfait hospitalier, rien de tel n'a été prévu pour le tarif journalier afférent à la dépendance ; que ce tarif, qui, aux termes du dernier alinéa de ce même article 7, réitéré à l'article R. 314-166 du code, est obtenu selon les modalités précisées dans l'annexe II du décret, devenue l'annexe 3-1 du code, est calculé sur la base du même nombre de journées prévisionnelles que le tarif afférent aux soins et est destiné à prendre en charge les surcoûts effectifs liés à la dépendance ; que, dans ces conditions, en énonçant que la facturation de ce tarif était suspendue en cas d'absence de la personne hébergée, dont la dépendance peut alors être prise en charge soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à domicile, la lettre attaquée n'a pas édicté de règles nouvelles et s'est livrée à une interprétation exacte des règles applicables en la matière, qui ne sont pas entachées d'erreur manifeste d'appréciation ;

« Considérant, en deuxième lieu, que »... qu'il « ne saurait utilement soutenir que ces règles ne pourraient trouver à s'appliquer aux établissements non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement, anciennement régis par la loi du 6 juillet 1990, pour lesquels l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles dispose qu'ils fixent librement le prix de chaque prestation avec la personne hébergée lors de la signature du contrat d'accueil, dès lors qu'il ressort des termes mêmes de cet article que les prestations liées à la dépendance ne sont pas au nombre de celles pour lesquelles la libre fixation du prix est prévue »...

« Considérant, enfin, que la suspension du tarif afférent à la dépendance ne peut prendre effet que si l'établissement a été informé de l'absence de la personne hébergée qui peut alors être regardée comme ayant suspendu, à titre provisoire, le lien l'unissant à son établissement d'accueil ; que, par suite, en énonçant que la suspension de la tarification intervenait à compter du premier jour d'absence de l'intéressé dès lors que l'établissement en a été informé, la lettre litigieuse n'a pas méconnu le sens et la portée des dispositions qu'elle entend expliciter »...

Sur le « principe d'intangibilité des tarifs annuels afférents à la dépendance » :

« Considérant qu'en application du deuxième alinéa de l'article 7 du décret du 26 avril 1999 modifié, repris à l'article R. 314-165 du code de l'action sociale et des familles, le tarif journalier afférent à la dépendance, qui sert à couvrir les charges nettes de la section tarifaire dépendance, est modulé selon le niveau de dépendance des personnes hébergées ; qu'à cet effet, ces personnes sont, en vertu de l'article 12 du même décret, devenu l'article R. 314-170 du code, classées dans des « groupes iso-ressources » conformément à une grille nationale ; qu'aux termes de l'article 13 du décret, devenu l'article R. 314-171, ce classement ayant donné lieu à une cotation en points, le total des points dans les différents groupes de toutes les personnes âgées dépendantes hébergées dans l'établissement divisé par le nombre de personnes hébergées permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement, dénommée « GIR moyen pondéré » de l'établissement et qui est établie entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre de l'année ; qu'il résulte de l'article 15 du décret, repris à l'article R. 314-173, que c'est sur la base du GIR moyen pondéré de l'année précédente que sont établis les tarifs journaliers afférents à la dépendance de l'exercice en cours et formulées les propositions budgétaires annuelles ; qu'ainsi, les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont, en principe, arrêtés pour l'ensemble de l'exercice en cours »...

« Considérant, toutefois, qu'en cas de modification importante de l'activité liée à l'évolution de la répartition de la population accueillie, par niveaux de dépendance, ces tarifs peuvent être révisés sous réserve qu'une décision modificative ait été prise avec l'accord de l'autorité de tarification dans les conditions définies à l'article 29 du décret du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées

dépendantes, remplacé par l'article 45 du décret du 22 octobre 2003, ultérieurement repris à l'article R. 314-46 du code ; que ce n'est que dans cette hypothèse, permettant d'actualiser le « GIR moyen pondéré » et de recalculer de nouveaux tarifs en conséquence, qu'il peut y avoir un changement de la tarification d'un résident en cours d'exercice au vu de l'évolution de son état de dépendance ; qu'en énonçant un « principe d'intangibilité des tarifs annuels afférents à la dépendance », la lettre attaquée n'a pas entendu remettre en cause la possibilité ainsi ouverte, dans des conditions limitativement définies, d'un changement de tarification en cours d'exercice ; que, par suite, la lettre attaquée a donné une interprétation exacte des dispositions réglementaires applicables ; que, contrairement à ce que soutient le syndicat requérant, ces règles ne sont pas entachées d'erreur manifeste d'appréciation et ne méconnaissent pas le principe d'égalité »...