

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS,
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation

Bureau de la gouvernance du secteur social
et médico-social

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau 1A

Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A n° 2011-160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

NOR : SCSA1111806C

Validée par le CNP, le 22 avril 2011 – Visa CNP 2011-110.

Date d'application : immédiate.

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 2011 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Mots clés : établissements et services médico-sociaux – personnes handicapées – personnes âgées – frais de transport accueil de jour MAS/FAM – Alzheimer – PASA – UHR – convergence tarifaire – tarification – conventionnement – MAD – gratification stagiaire.

Texte modifié : circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A n° 2010-179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Annexes :

Annexe I. – Autorisation d'engagement/crédit de paiement.

Annexe II. – Les priorités du secteur des personnes handicapées.

Annexe III. – Le financement en 2011 des INJS/INJA.

Annexe IV. – Quelques rappels en matière de tarification.

Annexe V. – Les modalités de financement de certains dispositifs spécifiques par des CNR.

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

La présente circulaire vise à définir le cadre général des campagnes budgétaires 2011 des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, dont le financement est inscrit au budget de la CNSA.

La programmation des crédits médico-sociaux connaît de profondes mutations depuis près de trois ans et fait l'objet de la plus grande attention de la part des pouvoirs publics : missions IGAS/IGF, loi HPST, mise en place des ARS, institution de la présentation budgétaire en AE/CP... Ces éléments doivent faciliter un suivi des crédits et des créations de place de meilleure qualité.

À cet égard, la campagne tarifaire 2011 s'inscrit dans le cadre d'une progression de l'ONDAM médico-social 2011 de + 3,8 %, consécutif à la rénovation des modalités de construction budgétaire de cet objectif en application des recommandations de la mission IGAS-IGF de 2009 sur la consommation des crédits soumis à l'OGD.

En effet, les crédits qui vous seront notifiés sont désormais strictement ajustés aux besoins de fonctionnement des places installées ou à installer dans le courant de l'exercice, telles qu'identifiées au travers des données extraites de l'outil SELIA au 30 juin 2010, complétées de celles de l'enquête tarifaire de septembre dernier et des échanges techniques que vous avez poursuivis avec la CNSA.

Ce taux d'évolution traduit la volonté du Gouvernement de maintenir une offre d'accompagnement de qualité, tout en assurant la participation du secteur médico-social au nécessaire rééquilibrage des comptes de l'assurance-maladie.

Ainsi, si le respect d'un ONDAM général fixé à 3 % pour 2010 a rendu nécessaires des efforts d'économies sur l'ensemble des champs, et que le secteur médico-social a été mis à contribution (restitution de 100 M€ en 2010 à l'assurance maladie), l'objectif global de dépenses (OGD) connaît une croissance continue, traduisant la priorité donnée par le Gouvernement au développement du secteur médico-social. En quatre ans, en effet (2006-2010) :

- les crédits consommés de l'OGD personnes handicapées ont progressé de 25 %, passant de 6,7 à 8,4 milliards d'euros ;
- ceux également consommés de l'OGD personnes âgées ont cru de 70 %, passant de 4,6 à 7,9 milliards d'euros.

L'ampleur de l'effort réalisé en faveur du secteur médico-social, dans le cadre de l'évolution globale des finances publiques, très contrainte, et notamment dans le secteur social, oblige à davantage d'efficacité.

Ces enjeux budgétaires, comme ceux de la prise en charge des personnes âgées et handicapées nous engagent collectivement. Nous vous remercions de votre pleine mobilisation pour veiller à l'efficacité de l'exercice 2011 de campagne tarifaire.

1. Le contexte de la campagne 2011 et l'évolution des dotations régionales limitatives

Dans un contexte de gestion d'enveloppes définies comme limitatives par la loi, conformément aux dispositions de l'article L. 314-3 du CASF, la tarification annuelle effectuée par vos services doit être directement corrélée au niveau de crédits disponibles dans l'OGD.

1.1. La budgétisation en « AE/CP » conduit à un ajustement des DRL au niveau strictement nécessaire à la couverture de vos engagements de l'année

Les modalités de construction budgétaire 2011 conduisent désormais à distinguer les besoins en « autorisations d'engagement », nécessaires à la couverture d'engagements futurs, des besoins en « crédits de paiement », destinés au financement du fonctionnement des places installées ou à installer de l'exercice, en application des recommandations de la mission IGAS-IGF de 2009 dans son rapport sur la gestion de l'OGD.

La mobilisation des crédits de la dotation régionale limitative (DRL) doit permettre, dès lors, l'adéquation, sur un même exercice budgétaire, entre :

- le montant des enveloppes déléguées ;
- le montant des enveloppes dites « tarifées » : montant des enveloppes au terme de la campagne budgétaire, établi sur la base des arrêtés de tarification notifiés aux établissements et services ;
- le montant des versements d'assurance maladie constatés : versements effectués par les organismes locaux d'assurance maladie.

Le glossaire en annexe I précise davantage ces notions d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, issues des règles budgétaires appliquées pour la gestion des crédits de l'État, et leur transposition au médico-social. Il importe de retenir que :

Les autorisations d'engagement (AE)

Elles correspondent aux enveloppes anticipées relatives aux créations de places nouvelles. Ces autorisations d'engagement sont « millésimées » : la date qui leur est affectée correspond à l'échéance théorique de l'installation et par conséquent à celle du besoin de couverture par des crédits de paiement.

Les AE permettent en conséquence de couvrir les engagements financiers de vos services (arrêté d'autorisation, arrêté d'extension...) et d'anticiper ces engagements par la procédure d'appel à projets.

Pour vous permettre de bénéficier de la même capacité d'anticipation sur la médicalisation que sur les créations de place, les mesures de médicalisation devraient donner également lieu à compter de 2011 à notification d'autorisations d'engagement qui se traduiraient en crédits de paiement

en 2012. Le calibrage de ces enveloppes anticipées vous sera précisé dès que possible au vu de la consommation des crédits 2011 et des prévisions pour la construction de l'objectif global de dépenses pour 2012. Il convient donc d'attendre communication de votre enveloppe régionale, qui présentera un caractère limitatif, pour signer de nouvelles conventions de médicalisation prenant effet en 2012.

Les crédits de paiement (CP)

Ils retracent l'enveloppe avec laquelle les services tarifient les établissements et services installés ou en voie de l'être au cours de l'année considérée. Il s'agit de la masse de crédits nécessaires au fonctionnement des places autorisées et à la réalisation effective des engagements pris dans le cadre des autorisations d'engagement.

Les CP-mesures nouvelles constituent la part des crédits venant abonder votre enveloppe régionale limitative pour le financement des AE afin d'en permettre l'installation effective au cours de l'année considérée. La consommation des CP, ou tarification des crédits, marque le dénouement de l'engagement juridique et l'ouverture effective de l'ESMS/extension.

Conformément au caractère millésimé des autorisations d'engagement, aucun crédit de paiement ne peut être accordé pour l'installation d'un établissement ou d'un service qui interviendrait antérieurement à l'échéance théorique de l'AE ayant permis son autorisation.

Exemple : une MAS autorisée sur une autorisation d'engagement 2013 ne peut donner lieu au versement de crédits de paiement avant l'année 2013.

1.2. L'évolution des enveloppes régionales : taux de reconduction et mesures nouvelles

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

La conférence salariale du 3 février 2011 a permis de rappeler l'objectif de réduction des déficits publics, et les mesures d'évolution strictes adoptées par l'État s'agissant des structures publiques : gel de la valeur du point dans les trois fonctions publiques pour 2011 et non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux dans le cadre des départs à la retraite.

Le secteur social et médico-social participe de cet effort, tout en maintenant et développant l'emploi dans le cadre de la poursuite du développement de l'offre. Dans ce contexte, le taux d'évolution de la masse salariale des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif pour 2011, annoncé aux partenaires sociaux, est fixé à 1 % pour l'ensemble des conventions collectives, représentant un effort significatif des pouvoirs publics pour le secteur social et médico-social.

Dans le cadre contraint rappelé ci-dessus, l'effet prix est, quant à lui, fixé à 0 %.

Il résulte de ces deux effets que le taux de reconduction appliqué au global sur les DRL s'établit à 0,89 % (champ personnes âgées [PA]) ou 0,75 % (champ personnes handicapées [PH]) en fonction de la part relative des dépenses de personnel dans le champ considéré.

Les valeurs de point du champ PA évoluent strictement en conformité avec ce taux et s'établiront en conséquence de la sorte pour l'année 2011 :

(En euros.)

	2011
Tarif partiel sans PUI	9,55
Tarif partiel avec PUI	10,10
Tarif global sans PUI	12,44
Tarif global avec PUI	13,10

1.2.2. La couverture des besoins nouveaux : les mesures nouvelles 2010 sont complétées d'un rebasage partiel des crédits débasés en 2010, conformément aux engagements

Au-delà du taux de reconduction précité applicable à la base de votre DRL, celle-ci intègre une progression destinée à financer les créations de places de l'année. Ces crédits de mesures nouvelles sont de deux ordres en 2011 :

- la réintégration partielle des débasages temporaires opérés fin 2009 conformément aux conclusions de la mission IGAS-IGF « Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (OGD) » : 43,6 % des crédits débasés sur les enveloppes PA (soit 63,7 M€) et 59,6 % des sommes débasées sur les enveloppes PH (soit 96 M€) sont réintégrés. Ces crédits correspondent à des places autorisées avant la fin de l'année 2009, qui n'étaient pas susceptibles d'être installées en 2010 et qui seront ouvertes en 2011 selon les informations transmises par vos services au 30 juin 2010 via l'outil SELIA. Ces crédits sont notifiés en année pleine ;

- sont alloués pour la première fois ceux destinés au financement des créations de places remontées lors de l'enquête menée par la CNSA en septembre 2010 et confirmées lors des échanges techniques en début d'année. Ces places sont valorisées pour les deux champs PA et PH à mi-année, en l'absence de précision sur la date exacte de leur ouverture.

Il est à noter que les montants des crédits de paiement qui vous seront effectivement notifiés par la CNSA pour la couverture des besoins nouveaux tiendront compte des crédits disponibles dans vos bases budgétaires à l'issue de la campagne 2010, tels qu'ils peuvent être calculés à partir des informations que vous avez communiquées dans l'enquête tarifaire et les échanges techniques.

Par ailleurs, les mesures nouvelles relatives à la médicalisation des EHPAD comprennent à la fois les crédits pour les extensions en année pleine des renouvellements des conventions tripartites qui ont pris effet dans le courant de l'exercice précédent, ainsi que les crédits nouveaux. Leur total s'élève en 2011 à 159 M€ et devra permettre, compte tenu des crédits restant disponibles dans vos bases régionales, la couverture de l'ensemble des engagements contractualisés avant le 1^{er} janvier 2011.

Si l'ensemble de ces mesures continue de faire l'objet d'un fléchage dans les dotations régionales limitatives, dans le cadre de la gestion 2011, et dans le contexte de tension sur les crédits de médicalisation, il vous sera loisible, dans le seul cas de constat d'une annulation dans l'ouverture des établissements et services dans l'année, de mobiliser ces crédits libres d'emploi pour soutenir le renouvellement des conventions tripartites. Dans ce cas, cette mobilisation devra se traduire par la suppression à due concurrence d'autorisations de crédits.

Vous veillerez à assurer une traçabilité parfaite de l'emploi de ces crédits et de vos choix d'allocation dans ce cadre, renforçant votre capacité de pilotage régional, et dans la stricte limite du montant de la dotation régionale limitative.

2. Les priorités du secteur des personnes âgées

2.1. Intensifier le déploiement des mesures médico-sociales du plan Alzheimer dans la perspective de la réalisation des objectifs d'ici à 2012

Le plan Alzheimer vise à améliorer la qualité de vie tant des malades que de leurs aidants par une prise en charge spécialisée, reposant sur un personnel formé à l'accompagnement de la maladie et mobilisant des compétences pluridisciplinaires. La tarification des établissements et services concernés s'effectuera dans le respect des orientations spécifiques données ou à venir sur ce secteur.

2.1.1. La feuille de route 2011-2012

Une feuille de route 2011-2012 signée du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale vient d'être adressée à chacun de vous et récapitule vos engagements sur les mesures concernant :

- l'offre de répit, la mise en conformité des accueils de jour et le développement des « plates-formes de répit et d'accompagnement (mesure 1) ».

Un décret est en cours de préparation (il a reçu l'avis favorable du CNOSS du 13 avril 2011) pour conforter la structuration des accueils de jour en leur assurant une taille critique minimale. Sa publication prochaine doit conforter votre action en direction de ces accueils, qui disposeront d'une période de trois ans pour se conformer à ses prescriptions, qui feront l'objet d'une instruction particulière.

Une circulaire à paraître en mai prochain vous saisira du cahier des charges des plates-formes de répit et d'accompagnement à développer en 2011 et 2012 par redéploiement d'une partie des mesures nouvelles de création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, à hauteur de 8 M€ en année pleine, et détaillera l'objectif de création de ces nouveaux dispositifs région par région, à raison de soixante-quinze plates-formes par an en 2011 et 2012 :

- les équipes spécialisées des SSIAD pour la prise en charge à domicile des malades Alzheimer (mesure 6), dont le cahier des charges vous a été communiqué par la circulaire DGCS/SD3A n° 2011-110 du 23 mars 2011 ;
- le développement des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcées (UHR) en EHPAD (mesure 16) ;
- les unités cognitivo-comportementales (UCC – mesure 17).

Nous vous invitons à vous y reporter.

2.1.2. La poursuite du développement des UHR et des PASA

Un arrêté modifiant celui du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions triparties, en cours de publication, assoit juridiquement les cahiers des charges des PASA et des UHR. Il reprend *in extenso* les cahiers des charges annexés à la circulaire du 6 juillet 2009, à la double réserve suivante :

- pour les PASA, l'intervention du psychologue a été réécrite, pour être en adéquation avec le contenu de la recommandation de l'ANESM de février 2009 sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Sur le plan architectural, a été prévue également la possibilité d'intégrer au PASA un espace bien-être destiné à des activités sensorielles ;

- pour les UHR, l'organisation architecturale des unités doit s'articuler autour de chambres individuelles. En effet, compte tenu de la lourdeur des symptômes des malades qui y sont accueillis, il ne doit pas exister au sein des UHR de chambres doubles, préjudiciables au bon fonctionnement de telles unités.

Comme en 2010, il vous est rappelé que les enveloppes qui vous sont notifiées couvrent intégralement les charges de personnel mentionné dans le cahier des charges et imputables sur la section soins : outre les psychomotriciens et les ergothérapeutes, elles intègrent la prise en charge à 100 % des postes d'aides soignants, d'aides médico-psychologiques et d'assistants de soins en gérontologie supplémentaires nécessaires au fonctionnement des PASA et des UHR ainsi que, de façon exceptionnelle, les aidants soignants et les aides médico-psychologiques faisant fonction d'assistants de soins en gérontologie en attendant leur formation.

La tarification des UHR fait, à compter de 2011, l'objet d'un forfait annuel à la place.

La totalité des crédits correspondant à la création des 190 UHR médico-sociales à échéance 2012 (35 M€) vous a été notifiée en base en 2010.

En 2011, vous allouerez aux établissements labellisés pour mettre en service une UHR les ressources en fonction des forfaits suivants :

- pour une création d'EHPAD ou une extension de places comportant une UHR, un forfait de 30 500 €/place ;
- pour une création d'UHR sans création de places supplémentaires, un forfait de 20 900 € pour un EHPAD tarifé à la DOMINIC ;
- pour une création d'UHR sans création de places supplémentaires, un forfait de 18 600 € pour un EHPAD en tarif partiel, déjà tarifé au GMPS ;
- pour une création d'UHR sans création de places supplémentaires, un forfait de 16 400 € pour un EHPAD en tarif global, déjà tarifé au GMPS.

Ces nouvelles modalités s'appliquent dans le cadre de l'enveloppe allouée rappelée plus haut.

Pour appuyer le déploiement des PASA et éviter d'en interdire, de fait, la création aux EHPAD candidats qui sont encore sous l'équation tarifaire de la DOMINIC, vous êtes autorisés, en vous cantonnant strictement aux seuls établissements dont la demande de création de PASA est à même de déboucher de façon certaine sur une labellisation, et par dérogation aux instructions ci-après relatives aux modalités de conventionnement, à leur appliquer la tarification au GMPS sur la capacité installée qui, dans la construction du financement des PASA, est un préalable à l'attribution du forfait PASA (4 557 €/place, soit 55 k€ ou 63 k€, selon que le PASA comporte douze ou quatorze places). Une partie des crédits correspondant aux crédits notifiés en 2010 pour les équipes spécialisées en SSIAD, UHR et PASA, non consommés et qui sont maintenus dans vos bases, peut être utilisée à cet effet.

2.2. La mise en œuvre du plan solidarité grand âge (PSGA)

S'agissant des créations de places dans le secteur des personnes âgées, les crédits de paiement inscrits dans l'OGD 2011, fixés sur la base des données de l'outil SELIA au 30 juin 2010, permettent le financement sur six mois de :

- l'installation de 2 085 places d'EHPAD ;
- l'installation de 1 262 places de SSIAD ;
- l'installation de 1 200 places d'accueil de jour (AJ) ;
- l'installation de 800 places d'hébergement temporaire (HT).

Il est par ailleurs rappelé que les extensions en année pleine des créations de places sur six mois réalisées en 2010 sont intégrées dans votre base pour l'équivalent de :

- l'installation de 2 273 places de SSIAD ;
- l'installation de 496 places d'accueil de jour (AJ) ;
- l'installation de 176 places d'hébergement temporaire (HT).

L'instruction de la CNSA vous précisera la part attribuée à chaque région, qui tiendra compte des crédits disponibles dans vos bases régionales ainsi que de l'actualisation de vos besoins au travers de l'enquête tarifaire et des échanges techniques.

2.3. Les modalités de la politique de conventionnement en 2011

L'enquête tarifaire et les échanges techniques entre les ARS et la CNSA ont mis en évidence, pour l'exercice 2011, un dépassement prévisionnel des crédits de médicalisation liés aux engagements déjà signés prenant effet le 1^{er} janvier 2011.

Comme rappelé ci-dessus, au point 1.1.2, l'enveloppe prévisionnelle d'un total de 159 M€ de crédits de médicalisation 2011 doit permettre la couverture de l'ensemble des engagements contractualisés. Toutefois, le haut niveau de ces engagements devant prendre effet à compter du 1^{er} janvier ne vous permettra pas, sauf fongibilité de vos mesures nouvelles, de souscrire de nouveaux engagements sur 2011.

Vous devrez donc mettre à profit l'année 2011 pour préparer l'exercice 2012 et en identifier notamment les priorités, dès lors que ce renouvellement doit s'exercer dans le cadre limitatif des dotations régionales. La notification d'enveloppes anticipées de médicalisation à échéance 2012 à venir, qui constituera le cadrage financier de ces engagements, sera accompagnée de propositions en ce sens.

2.4. Les modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire en 2011

La convergence tarifaire constitue un enjeu majeur en termes d'équité à rechercher dans la politique d'allocation de ressources.

En effet, le caractère comparable du besoin de soins requis par l'état de santé des populations accueillies, ainsi que leur niveau de dépendance, mesuré et apprécié via les référentiels PATHOS pour les soins et AGGIR pour la dépendance, justifient le caractère homogène des ressources allouées en fonction de la cotation établie à l'aide de ces référentiels.

Nous vous invitons donc à poursuivre sa mise en œuvre, dans la continuité des règles posées par l'arrêté ministériel du 26 février 2009 qui prévoient une réduction, en 2011, d'un sixième (1) de l'écart entre le forfait global relatif aux soins constaté au 31 décembre 2010 et le forfait résultant de l'application du tarif plafond, à défaut de contractualiser par avenant à la convention tripartite un échancier différent de résorption du dépassement à l'horizon du 31 décembre 2016.

Par ailleurs, vous serez attentifs à ce que la revalorisation de la dotation d'un EHPAD, dès lors que celle-ci serait proche du plafond, ne conduise pas à un dépassement de celui-ci.

Il vous est rappelé que l'équation GMPS constitue la base de calcul pour l'ensemble des établissements sous convergence, y compris ceux qui ne bénéficient pas encore de la tarification au GMPS. Pour ces derniers, l'équation GMPS repose sur le PMP moyen national établi à la fin 2010, soit 168 points.

Les établissements qui ne sont pas encore soumis à la tarification au GMPS voient leur plafond calculé sur la base de celle-ci, étant entendu que l'application de cette équation ne sert qu'à vérifier la situation de l'EHPAD au regard du plafond et non à calculer sa dotation 2011, et en aucun cas à allouer des crédits de médicalisation supplémentaires.

Il est précisé 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 amont de tout financement lié à une activité de PASA ou d'UHR. Les établissements en situation de convergence gardent la possibilité de résorber leur dépassement par la mise en place d'une UHR ou d'un PASA.

Dans le cadre de la mission reconnue, par l'article L. 314-3 du CASF, à la CNSA de procéder à une détermination des dotations régionales limitatives en prenant en compte un objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements relevant de la même catégorie, celle-ci procèdera au calcul de l'impact résultant de la convergence pour vos dotations régionales.

2.5. La poursuite de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les tarifs soins des EHPAD sans PUI

Le Parlement a voté la prolongation de l'expérimentation des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur pour deux années supplémentaires, à échéance du 1^{er} janvier 2013, afin de permettre l'approfondissement de celle-ci et son évaluation quantitative et qualitative dans de bonnes conditions.

Des instructions vous parviendront pour l'accompagnement des établissements concernés courant mai, suite à la réunion du comité de pilotage national. Les établissements qui ont participé à la première phase de l'expérimentation seront sollicités prioritairement pour participer à cette seconde phase.

3. Les enjeux dans le secteur des personnes handicapées

3.1. Le plan pluriannuel de création de places

Concernant le dispositif d'accompagnement des personnes handicapées, l'exercice 2011 s'inscrit dans la continuité du plan pluriannuel de création de places 2008-2012.

Pour les adultes, les priorités restent axées notamment sur l'accompagnement de publics spécifiques et la prise en compte de l'avancée en âge des personnes les plus lourdement handicapées.

Pour les enfants, il s'agit de garantir le développement de l'action précoce, le soutien à la scolarisation et au développement de l'autonomie et la prise en charge des enfants les plus lourdement handicapés.

Au-delà, nous appelons votre attention sur les modalités de prise en charge des frais de transport des personnes accueillies en journée dans les MAS et les FAM et sur les avancées dans la mise en œuvre du schéma national pour les handicaps rares (voir annexe II).

3.2. Les enjeux en matière de tarification

L'exécution 2010 sur le secteur personnes handicapées a montré une forte surexécution, à hauteur de 191 M€.

Le rapport IGAS sur la tarification dans quatre régions, diligenté à la suite du constat du fort niveau de dépassement de l'OGD PH a mis en lumière les différents facteurs explicatifs, et a notamment insisté sur la nécessité de s'assurer du bon suivi de l'activité des établissements en prix de journée.

(1) Modalités de convergence fixées dans l'arrêté du 26 février 2009 : réduction de l'écart d'un septième en 2010, d'un sixième en 2011, d'un cinquième en 2012, d'un quart en 2013, etc., jusqu'en 2016.

En effet, la dépense relative aux établissements tarifés en prix de journée correspond à 59 % de la dépense totale en 2010, soit 5 Md€. La tarification en prix de journée implique, pour la fixation du tarif, la détermination d'un nombre de journées prévisionnelles. Tout dépassement du niveau d'activité prévue entraîne une facturation supplémentaire au tarif fixé initialement, ce qui implique un double effet sur le niveau de la dépense couverte *in fine* par l'OGD.

En effet, le prix de journée fondée sur une hypothèse de volume d'activité trop bas implique :

- une facturation supplémentaire non prévue, liée au dépassement de l'activité ;
- qui est mécaniquement majorée d'un effet prix lié au tarif plus élevé déterminé en début de campagne.

En conséquence, votre mobilisation est appelée, en 2011, sur la nécessité de suivre de manière régulière l'activité des établissements médico-sociaux tarifés en prix de journée et de vous assurer de la prévision absolument sincère du nombre de journées retenues dans le cadre de la fixation du prix de journée. Une remontée d'information sur le niveau d'activité retenue dans le calcul des tarifs 2011, intégrant l'activité réalisée depuis le 1^{er} janvier de l'année, vous sera demandée en septembre afin d'anticiper toute mesure de régulation à prendre pour assurer le respect du niveau de l'OGD.

La récente circulaire du 22 mars 2011 sur les modalités de gestion de l'enveloppe vous rappelle les conditions de détermination du nombre de journées prévisionnelles à prendre en compte. Au-delà de la fixation prévisionnelle, tout constat d'évolution importante du nombre de journées doit vous amener à rectifier la décision tarifaire prise initialement, de manière à ajuster le prix à la progression du volume.

S'agissant plus particulièrement des INJA et INJS des régions Île-de-France, Lorraine, Aquitaine et Rhône-Alpes, leurs modalités de financement sont précisées en annexe III, qui précise également les consignes à appliquer en matière de reprise de leur régime conventionnel.

4. Autres mesures impactant la campagne tarifaire 2011

4.1. Des modalités de tarification des EHPAD inchangées en 2011

La campagne budgétaire 2011 dans le secteur des personnes âgées s'effectuera à droit constant par rapport à l'année 2010.

Le ministre des solidarités et de la cohésion sociale a en effet souhaité retarder la publication du décret portant réforme tarifaire des EHPAD, préparé au long de l'année 2010, afin, d'une part, de mettre à profit le débat sur la dépendance pour approfondir la réflexion sur certains points et, d'autre part, éviter l'entrée en vigueur d'une réforme que l'issue de ce débat pourrait conduire à modifier à brève échéance.

La fixation de la dotation globale soins de l'année s'effectuera donc selon les modalités antérieures, dans le cadre de la procédure budgétaire contradictoire.

S'agissant plus particulièrement de la généralisation du tarif global, initialement envisagée, il apparaît nécessaire de s'appuyer sur des données précises et complètes quant au montant relevant de l'enveloppe soins de ville ou de l'enveloppe médico-social. Cette estimation est menée par un groupe de travail associant la CNAMTS et la CNSA dont les travaux se prolongeront au cours de l'année 2011. Il s'appuiera également sur les travaux de mission d'inspection confiée à l'IGAS sur les tarifs global et partiel, aux fins d'analyser le niveau de prestations de soins proposé aux personnes résidant en établissement au regard des besoins évalués et l'impact du mode de financement choisi sur la qualité de la prise en charge. Dans l'attente des résultats de ces travaux et des décisions issues de ce grand débat auquel vous serez associés, il vous est recommandé de surseoir au développement du tarif global, qui n'est, à ce jour, pas financé.

4.2. La gestion des crédits non reconductibles

Les modalités de budgétisation de l'OGD au plus de la prévision d'exécution doivent conduire à diminuer les marges dont vous avez pu disposer sous forme de crédits non reconductibles (CNR) qui ne pourront résulter, à terme, que du traitement des résultats excédentaires des établissements et services. Les échanges techniques entre la CNSA et les ARS ont mis en évidence à ce stade un exercice 2010 contrasté, avec une nette diminution du volume de CNR tarifé sur le secteur PH, mais une augmentation sur le secteur PA.

L'IGAS s'est par ailleurs vu confier la mission « flash » précitée (3.2) consistant, dans un délai de quatre semaines, à analyser, sur la base de l'examen de la situation de quatre ARS, les raisons d'un dépassement récurrent de l'OGD PH, les modalités de conventionnement hors enveloppe avec les établissements accueillant des personnes âgées ainsi que le recours persistant à l'usage des CNR à un niveau élevé. La mission a notamment mis en évidence que l'emploi des CNR correspond en partie et depuis plusieurs années au financement de dépenses pérennes. D'une manière générale, le périmètre d'emploi des CNR était plus large, en 2010, que les trois champs limitatifs définis par la circulaire budgétaire du 31 mai 2010.

À titre d'illustration, sur les champs PA et PH, plus de 50 % des CNR étaient employés en 2010 au financement de mesures d'investissements (provisions pour travaux, frais financiers, amortissement...), dont certaines revêtent un caractère pérenne, et près de 5 % pour le financement des frais de transport dans le secteur PH.

Il est rappelé que la mobilisation des CNR doit être effectuée de manière particulièrement rigoureuse, conformément aux préconisations de 2010. Il convient notamment de rappeler que 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. S'agissant plus particulièrement des dépenses d'investissement, des précisions sont apportées au point 5 de l'annexe V.

Vous disposez, dans le cadre de l'exercice 2011, de la liberté d'affectation des CNR disponibles au sein de vos enveloppes régionales limitatives, dans la limite du financement de mesures non pérennes. Toute utilisation de crédits non reconductibles aux fins de financement de mesures pérennes est strictement proscrite.

L'annexe V précise par ailleurs l'ensemble des dispositifs dont le financement peut être réalisé par les crédits non reconductibles en 2011.

4.3. *Le financement des évaluations externes*

Le décret relatif au calendrier des évaluations a été publié. Une circulaire est en préparation pour préciser les modalités selon lesquelles il sera recommandé d'anticiper l'évaluation externe, préalable au renouvellement des autorisations en application de l'article L. 312-8, dans la perspective notamment du premier renouvellement des autorisations délivrées sur le fondement des dispositions de la loi du 2 janvier 2002.

En réponse à de nombreuses interrogations, je vous précise que le financement des évaluations externes doit être prioritairement assuré dans le cadre de l'autorisation budgétaire par le biais d'une prise en compte de la dépense au compte 617 « Études et recherches ».

À défaut, si le niveau de votre DRL ne vous le permet pas au moment de l'autorisation budgétaire, vous avez la possibilité, après constat du résultat et dans le cadre de l'affectation des résultats au compte administratif, d'affecter une part d'un excédent d'exploitation au financement de mesures d'exploitation n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivant celui auquel le résultat est affecté (conformément au 3^o du I de l'article R. 314-51 du CASF). Cette part de l'excédent viendra assurer le financement de cette évaluation.

À titre d'information, le rapport d'activité 2010 de l'ANESM donne les fourchettes suivantes du coût des évaluations externes déjà réalisées :

- EHPAD : 7 400 € à 9 400 € ;
- établissements et services pour personnes handicapées : 5 600 € à 9 200 €.

Vous serez attentif en soutenant cette démarche, comme dans l'ensemble de votre dialogue de gestion avec les établissements et services, à favoriser une gestion efficiente des ressources dont l'appréciation vous sera progressivement facilitée, ainsi qu'aux gestionnaires, par un ensemble des travaux initiés notamment sous l'égide de l'ANESM et l'ANAP qu'il incombera à nos directions de rassembler et de coordonner dans le courant 2011.

5. **La mise en œuvre et suivi de la campagne**

5.1. *Les mises en réserve de précaution dans le cadre du suivi de l'ONDAM 2011*

En vue de garantir le respect de l'ONDAM 2011, conformément aux 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, une mise en réserve à hauteur de 0,3 % de l'ONDAM est nécessaire, soit, pour 2011, 501,3 M€ dont 100 M€ pour le secteur médico-social. Ces crédits mis en réserve dès le début de la campagne ont vocation, en fonction des données d'exécution de l'ONDAM, à être délégués en fin de campagne.

L'arbitrage interministériel sur ce sujet a conclu à la répartition suivante de ce gel :

71,3 M€ sur les PAI, hors soutien aux mesures Alzheimer ;

28,30 M€ sur l'OGD (section I), qui se traduit par une retenue à due concurrence des crédits correspondants dans l'enveloppe « personnes âgées » ; ils seront mis en réserve au niveau national en début de campagne. Leur délégué en fin d'exercice, sur la base d'une décision de dégel qui sera fonction des résultats de l'exécution, pourra venir notamment en soutien de la médicalisation. Cette mise en réserve viendra en diminution des dotations régionales « personnes âgées » selon les données d'exécution 2010.

Dans ce cadre, et comme précisé plus avant, il vous est de nouveau rappelé toute l'importance du suivi d'activité des structures financées en prix de journée, mais aussi l'impact des décisions tarifaires intégrant les reprises de résultats sur le respect du niveau de votre enveloppe limitative.

5.2. *Le suivi des dépenses (engagement et réalisation) et de l'activité*

La qualité, la régularité et la saisie des données dans le système d'information budgétaire de la CNSA est un élément essentiel dans la régulation et l'objectivation de l'utilisation et de la programmation des crédits de l'ONDAM médico-social.

En conséquence, la complétude et la qualité des informations saisies par vos soins dans les applications SELIA, SAISEHPAD et HAPI feront l'objet d'une attention particulière.

Enfin, le rapprochement avec les données de l'assurance maladie (univers SNIIR-AM et données comptables) doivent également vous permettre de disposer des informations nécessaires à un suivi plus fin et vous fournir des données d'aide à la décision concernant les décisions tarifaires que vous êtes amenés à prendre. Un appui vous sera fourni pour faciliter ce rapprochement dans le courant de l'exercice.

Pour la ministre des solidarités
et de la cohésion sociale et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,
S. FOURCADE

Pour le ministre du budget,
des comptes, de la fonction publique
et de la réforme de l'État et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT

ANNEXE I

AUTORISATION D'ENGAGEMENT/CRÉDITS DE PAIEMENT

	AUTORISATION D'ENGAGEMENT	CRÉDIT DE PAIEMENT
Mécanisme.	<p>Enveloppes anticipées.</p> <p>Le volume des AE est déterminé durant l'exercice au cours duquel l'ARS s'engage sur un financement pérenne.</p> <p>AE donnent lieu à CP lorsque l'engagement juridique (autorisation, convention) donne lieu à réalisation, soit une prestation effectivement dispensée par l'ESMS.</p> <p>AE = programmation pluriannuelle de la dépense. Il s'agit d'une prévision de dépense pour laquelle il est nécessaire d'établir une prévision de réalisation.</p>	<p>Abondement de l'enveloppe régionale lorsque l'ESMS autorisé s'installe effectivement.</p> <p>Abondement en CP toujours conditionné par une AE.</p> <p>CP = support de règlement de la dépense préalablement engagée.</p> <p>Si l'engagement juridique est pris sur plusieurs exercices, la consommation est échelonnée sur plusieurs exercices budgétaires jusqu'à atteindre le total des AE initialement engagées.</p> <p>Report possible d'une année sur l'autre si la date prévisionnelle de mise en œuvre n'est pas respectée.</p>
Définition de l'enveloppe.	<p>Elle regroupe l'ensemble des engagements pris non encore réalisés : ESMS autorisés non installés, mesures nouvelles programmées dans le cadre du conventionnement et/ou contractualisation.</p> <p>Cette enveloppe augmente dans le cadre du mécanisme des enveloppes anticipées et diminue au gré des installations effectives.</p>	<p>Il s'agit de l'enveloppe limitative opposable dans le cadre des procédures tarifaires.</p> <p>Elle se compose de :</p> <ul style="list-style-type: none">- moyens de fonctionnement des ESMS : base + reconduction + mesures structurelles de l'exercice ;- CP de l'exercice destinés à la réalisation des engagements des années antérieures (ouverture de structures, mesures nouvelles de conventionnement...).

ANNEXE II

LES PRIORITÉS DU SECTEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

1. La mise en œuvre du plan pluriannuel de création de places 2008-2012

Le plan pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées 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 en attente d'admission dans un établissement 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.

Compte tenu des nombreux besoins exprimés, notamment dans le cadre des PRIAC, il vise également à améliorer l'accompagnement des situations de handicaps lourds – autisme, poly-handicap, troubles graves du comportement – et à prendre en compte de nouvelles exigences résultant en particulier de l'avancée en âge de la population handicapée.

Dans ce cadre, 34,58 M€ vous seront délégués par la CNSA pour le financement de mesures nouvelles sur six mois au titre de l'année 2011.

2. La prise en charge des frais de transport dans les accueils de jour et MAS et des FAM

Je vous rappelle que depuis 2010 l'article L. 314-1-2 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 inclus dans le budget des établissements.

L'article R. 314-208 du CASF 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. Pour l'année 2011, il vous est possible, si nécessaire et dans la limite de l'enveloppe limitative, de dé plafonner à titre exceptionnel le forfait global de soins notifié à l'établissement du fait de l'inclusion de cette nouvelle charge relevant de l'assurance maladie.

Cette année, la CNSA vous délèguera les crédits d'extension en année pleine spécifiquement dédiés à la prise en charge des frais de transport en complément de ceux alloués en 2010. Comme en 2010, ils seront répartis par la CNSA dans le cadre de vos enveloppes limitatives, sur la base du nombre de places d'accueil de jours installées dans votre région.

Vous veillerez à évaluer le montant des crédits à allouer aux établissements, au regard du plan d'organisation des transports que les gestionnaires d'établissements doivent vous transmettre. Ce plan détaille, d'une part, les modalités d'organisation du transport des personnes handicapées entre leur domicile et l'établissement et leur justification au regard des besoins des personnes accueillies et, d'autre part, les moyens permettant de maîtriser les coûts correspondants. Pour l'exercice 2011, à titre exceptionnel, ce plan d'organisation des transports pourra vous être transmis dans le cadre de la procédure contradictoire, si cela n'a pas déjà été fait lors de la transmission des propositions budgétaires 2011 des établissements concernés.

Pour réaliser le suivi de ces dépenses, je vous rappelle qu'il a été ajouté au plan comptable applicable aux établissements sociaux et médico-sociaux, au sein de la M22 et de la M22 bis, les comptes 6242 2 (accueil de jour en MAS) et 6242 3 (accueil de jour en FAM) que vous voudrez bien demander aux établissements concernés de renseigner pour 2010. À cet égard, j'appelle votre attention particulière sur le suivi de ces comptes lors de l'examen par vos services des comptes administratifs de l'exercice 2010 des établissements afin d'évaluer cette nouvelle dépense à la charge de l'ONDAM.

3. Le schéma national handicaps rares

Le schéma national pour les handicaps rares a été arrêté le 27 octobre 2009 par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et par le secrétaire d'État chargé de la famille et de la solidarité. Il détermine les priorités et les conditions d'évolution de l'offre dédiée aux personnes atteintes d'un handicap rare. Au regard de la complexité à appréhender les besoins d'accompagnement de ces personnes, le schéma prévoit des objectifs de deux ordres :

- augmenter quantitativement et qualitativement les compétences et ressources collectives sur les handicaps rares ;
- structurer territorialement les expertises et accompagnements médico-sociaux sur ce champ.

Depuis son adoption, les travaux engagés au niveau national ont permis de nouer des liens entre professionnels médico-sociaux, sanitaires, de recherche, etc. ; contribuant ainsi à faire émerger une dynamique collective qui s'est notamment traduite par la création en juillet 2010 du groupement de

coopération sociale et médico-sociale des handicaps rares. Ce groupement réunit les trois centres de ressources nationaux implantés respectivement en Nord - Pas-de-Calais, en Île-de-France et Poitou-Charentes.

L'un des axes principaux de l'année 2011 du schéma consistera donc à doter ce GCSMS de moyens lui permettant de donner davantage d'ampleur à son action et à renforcer les centres de ressources nationaux. La CNSA notifiera les crédits correspondant aux ARS concernées dans le cadre de leur DRL.

ANNEXE III

LE FINANCEMENT EN 2011 DES INSTITUTS NATIONAUX DE JEUNES SOURDS ET JEUNES AVEUGLES

À la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 21 juillet 2009, dite HPST, qui substitue les CARSAT aux CRAM sur la question de la continuité des conventions conclues par les CRAM et de la nature du document à communiquer aux CPAM pour qu'elles procèdent au paiement de la dotation allouée par l'assurance maladie aux INJS/INJA.

Les instituts étant des établissements médico-sociaux, les ARS sont légitimes à reprendre les obligations conventionnelles relevant antérieurement des CRAM et à procéder consécutivement à l'actualisation des conventions datant de 1979-1980. Trois des quatre ARS concernées (Île-de-France pour les INJS/INJA de Paris, Rhône-Alpes pour l'INJS de Chambéry-Cognin et Aquitaine pour l'INJS de Gradignan) reprendront les attributions de la CRAM vis-à-vis des quatre instituts dans leur ressort respectif. Ce sont elles qui vont négocier ladite subvention et fixer le montant de la dotation globale pour permettre aux CPAM de payer. Reste le cas particulier de l'INJS de Metz qui continue à relever de la CRAM Alsace-Moselle qui ne deviendra CARSAT qu'au 1^{er} janvier 2012.

Dès lors, il incombe aux ARS, après concertation avec les autres régimes d'assurance maladie signataires des avenants, d'organiser la reprise des conventions. Ces dispositions ont été explicitées par lettre en date du 2 mars 2011 du directeur de la sécurité sociale au directeur général de la CNAMTS. Par lettre en date du 29 mars suivant, des instructions ont été données par la CNAMTS aux quatre CPAM concernées pour l'application de ces dispositions afin d'éviter toute rupture de paiement.

ANNEXE IV

QUELQUES RAPPELS EN MATIÈRE DE TARIFICATION

1. La politique de gestion des résultats

La circulaire interministérielle 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 rappelle que les résultats des établissements et services retenus par vos services pour la tarification de l'exercice n doivent être intégrés dans le périmètre de l'enveloppe régionale limitative de ce même exercice.

En effet, lorsque les résultats sont affectés au financement des charges de l'exercice $n + 1$ ou en majoration de celles-ci, comme le permet l'article R. 314-51 du code de l'action sociale et des familles (CASF), l'impact sur le calcul des tarifs de l'établissement pris en charge par l'assurance maladie est le suivant : une reprise de déficit majore le niveau des produits de la tarification prévisionnelle alors qu'une reprise d'excédent l'allège (1). La politique des services en matière d'affectation des résultats, conformément aux dispositions de l'article R. 314-51 du CASF, est donc susceptible de modifier le niveau de consommation des crédits d'assurance maladie et, en conséquence, la consommation de l'OGD.

Il vous est rappelé que vous devez appliquer les consignes précisées dans cette circulaire dans le cadre de la gestion de votre DRL 2011.

Dans ce cadre, l'équilibre entre les reprises de déficits et les reprises d'excédents devra être recherché, au regard des situations locales et dans un objectif de respect du niveau de votre DRL. Toutefois, les reprises d'excédents devront être appréciées structure par structure afin de ne pas mettre un frein à la logique de provisionnement menée par vos services, issue des besoins spécifiques des établissements et services.

2. L'identification des trop-perçus au titre du FJH au cours des exercices 2009 et 2010 et leurs modalités de récupération : rappel

La circulaire DGCS/5C/DSS/1A n° 2010-179 du 31 mai 2010 relative à la campagne budgétaire des établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées vous présentait, dans son annexe XI, les modalités à mettre en œuvre dans la récupération des montants trop perçus au titre du surfinancement d'établissements accueillant des enfants et adolescents handicapés, suite à la mise en application de la circulaire du 4 mars 2009 intégrant le montant des forfaits journaliers dans le prix de journée.

En effet, le système de liquidation de l'assurance maladie avait conduit à ce que la facturation du prix de journée par l'établissement continue de générer deux recettes (1 prix de journée + 1 FJ) au lieu d'une seule recette en application des nouvelles modalités de calcul du tarif. Il a pu en résulter une surfacturation à l'assurance maladie pour les FJ payés par les CPAM après la date de prise d'effet de vos arrêtés de tarification 2009.

La circulaire interministérielle DGCS/5B/DSS/1A n° 2010-387 du 9 novembre 2010 relative au mode de tarification des établissements pour enfants et adolescents handicapés mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du CASF et aux modalités de participation des jeunes adultes accueillis au titre de l'amendement « Creton » vous précisait par ailleurs que ce surfinancement a subsisté jusqu'au 13 octobre 2010, date de mise en application du nouveau code PJE par les CPAM.

Cette circulaire est donc venue rappeler et préciser, outre les modalités de calcul du tarif des établissements pour enfants et jeunes adultes handicapés, les modalités de récupération des montants trop-perçus pour les exercices 2009 et 2010 :

S'agissant de l'exercice 2009

Identification en 2010, établissement par établissement, des sommes versées et perçues à tort au titre de l'exercice 2009 en lien avec les services des CPAM et la CNAMTS.

Identification de ces sommes dans le cadre de l'analyse des comptes administratifs 2009 qui devait intervenir entre le 30 avril 2010 et le 31 décembre 2010, sur la base des montants identifiés et transmis par la CNAMTS.

Identification dans le résultat d'exploitation 2009 de la part issue des sommes versées et perçues à tort, qui fera l'objet d'une reprise conformément au 1° de l'article R. 314-51 du CASF lors de l'affectation du résultat de l'exercice 2009 par vos services.

(1) Annexe III de la notification CNSA du 4 mai 2010.

En conséquence, il vous est rappelé que la récupération effective de ces sommes est réalisée au titre de la tarification 2011 des établissements par le biais d'une minoration du montant des prix de journée arrêtés par vos services sur la base des comptes administratifs 2009.

S'agissant des ESMS entrant dans le périmètre d'un CPOM au cours de l'année 2009, la démarche de récupération est identique : l'arrêté de tarification annuel fixant la dotation globalisée commune (DGC) pour l'année 2011 tiendra compte de l'identification du trop-perçu 2009 dans la minoration du montant de celle-ci.

Ces modalités de récupération doivent impérativement être respectées au cours de l'exercice de tarification 2011.

S'agissant de l'exercice 2010

Un nouveau code de prestation « PJE » pour « prix de journée enfants » a été mis en service le 13 octobre 2010 dans les systèmes d'information de l'assurance maladie. Afin de ne pas reporter la récupération des sommes perçues à tort sur la tarification de l'exercice 2012, les FJ versés à tort en 2010 seront récupérés directement par les CPAM. Une instruction par lettre réseau de la direction déléguée des finances et de la comptabilité (DDFC) de la CNAMTS a été adressée en ce sens aux CPAM.

La foire aux questions annexées à cette circulaire est en cours d'actualisation et sera publiée sur l'Intranet du ministère dans les meilleurs délais.

3. Les bonnes pratiques en matière d'anticipation d'un exercice de tarification

S'agissant de la tarification des CNR, je vous précise qu'un exercice de tarification n doit être anticipé dès lors que vous avez octroyé, au cours de l'exercice $n-1$, un volume de crédits non reconductibles ayant un impact important sur le montant du prix de journée ou de la dotation globale d'un établissement ou d'un service.

En effet, afin d'éviter le rythme sinusoïdale de la dépense, et par anticipation de la tarification n , vous avez la possibilité de notifier à l'établissement ou service concerné un arrêté de tarification prenant effet au 1^{er} janvier n sans attendre la délégation des DRL de l'exercice : cet arrêté de tarification consistera uniquement en la déduction du montant du PJ ou de la DGF du montant de CNR qu'il comprend.

Exemple :

	EXERCICE 2010	EXERCICE 2011
Dépenses classe 6 nette	1 672 027	1 607 027
Produits de la tarification	1 672 027	1 607 027
Dont CNR	65 000 €	0
Nombre de journées	6 100	6 100
Prix de journée	274,10 €	263,45 €

De la même manière, le versement d'un montant très important de CNR en toute fin d'exercice doit être strictement limité. En tout état de cause, l'attribution d'un volume important de CNR ne peut intervenir postérieurement au 31 octobre de l'année en cours.

ANNEXE V

LES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE CERTAINS DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES PAR DES CRÉDITS NON RECONDUCTIBLES

1. La rémunération des professionnels de santé libéraux participant à la commission de coordination gériatrique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fixe le principe d'une indemnisation des professionnels de santé libéraux lorsqu'ils participent à une des deux réunions de la commission de coordination gériatrique (dont le décret et l'arrêté en prévoyant l'existence, la composition et le rôle sont actuellement en cours de publication) organisées annuellement au sein de l'EHPAD.

Cette indemnité forfaitaire financée par le forfait global de soins mentionné au 1° de l'article L. 314-2 du CASF est différente selon qu'il s'agit des médecins libéraux ou des masseurs-kinésithérapeutes et s'établit de la façon suivante :

- pour les médecins traitants, un montant égal à quatre fois la valeur unitaire de la lettre clé C prévue par la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, soit 92 € par médecin dans la limite de l'indemnisation d'une seule réunion dans l'année ;
- pour les masseurs-kinésithérapeutes, un montant égal à trente-cinq fois la valeur unitaire de la lettre clé AMK prévue par la même liste, soit 71,40 € par masseur-kinésithérapeute dans la limite de l'indemnisation d'une seule réunion dans l'année.

Dans la mesure où il n'est pas prévu de mesure nouvelle spécifique dans l'ONDAM sur le sujet et où vos dotations régionales limitatives (DRL) présentent une trésorerie d'enveloppe particulièrement restreinte, il convient d'allouer ces crédits à titre non reconductible de la façon la plus précise possible, notamment sur la base d'un paiement sur facture. À cet effet, vous voudrez bien demander pour 2011 aux EHPAD ayant réuni leur commission de coordination gériatrique de bien vouloir vous communiquer le nombre de médecins libéraux et de masseurs-kinésithérapeutes ayant participé à cette réunion dans des délais compatibles (par exemple, au 31 octobre 2011) avec la prise d'un arrêté majorant le forfait global de soins des crédits d'indemnisation des professionnels libéraux.

Il vous est par ailleurs rappelé que seuls les professionnels de santé libéraux ayant signé le contrat prévu à l'article L. 314-12 du CASF sont susceptibles d'être indemnisés pour leur participation aux commissions de coordination gériatrique. Il n'est en effet pas envisageable que les professionnels libéraux intervenant en EHPAD astreints à l'obligation de signer un contrat de coordination et refusant de s'y soumettre soient indemnisés et ce même s'ils participent à une réunion de la commission susmentionnée.

Enfin, seule la participation à une réunion au cours de l'année est indemnisée ; toutefois, les professionnels de santé libéraux particulièrement impliqués dans le fonctionnement de l'EHPAD peuvent, s'ils le souhaitent, participer aux deux réunions de la commission de coordination prévues par les textes réglementaires actuellement en cours de publication.

2. Le dispositif de formation des formateurs autisme

Son organisation en 2011 et 2012 revêt un caractère prioritaire et vise au déploiement par la suite des actions de formation en direction des professionnels et des familles prévues par le plan autisme 2008-2010 (mesure 5). Une circulaire viendra préciser 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.

Dans la logique de l'exercice 2010, ce dispositif est financé 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 *reporting* très précis auprès de la CNSA.

3. La gratification des stages étudiants

Conformément à l'article 6 de la loi du 31 mars 2006 et à ses décrets d'application (décret du 29 août 2006, modifié par décret du 31 janvier 2008 et décret du 25 août 2010), les stages d'une durée supérieure à deux mois intégrés dans le cursus pédagogique des étudiants des formations supérieures (= postbac) effectués dans les entreprises ou associations doivent être gratifiés (1) (417,09 € mensuels exonérés de cotisations sociales).

(1) Les étudiants en formation continue salariés ou indemnisés par Pôle emploi ne sont pas concernés par la gratification.

Comme précisé par la circulaire DGAS/SD5B n° 2008-141 du 21 avril 2008, et afin de faciliter le bon accomplissement des stages des formations sociales dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, il vous est rappelé que le coût relatif à la gratification obligatoire constitue en effet une dépense qui s'impose aux structures d'accueil et qui a vocation à être couverte par les tarifs. Le montant de ces dépenses pouvant varier chaque année dans un établissement en fonction du nombre de stagiaires accueillis, vous attribuerez ces crédits à titre non reconductible.

4. Le financement des mises à disposition syndicales

Pour rappel, les articles L. 2135-7 et L. 2135-8 du code du travail prévoient 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 ainsi que le remboursement aux établissements employeurs de la masse salariale concernée par les autorités de tarification compétentes.

En 2010, les organisations syndicales ont transmis tardivement les conventions de mises à disposition et la DGCS n'a pas été en mesure d'établir suffisamment tôt la liste des salariés des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) mis à disposition ainsi que les montants correspondant à la masse salariale brute chargée des salariés concernés pour qu'ils soient pris en compte par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Dans la mesure où le nombre et la répartition des permanents syndicaux par région ont évolué au cours de l'année 2010, les crédits spécifiques qui vous ont été délégués par la CNSA l'ont été sur la base d'éléments partiellement erronés datant de fin 2009. Ainsi, certaines ARS ont reçu trop de crédits, d'autres pas assez.

Pour les établissements dont le budget n'a pas été 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 en 2012 pour financer les reprises de déficit.

Quant aux crédits reçus indûment par certaines ARS, ils seront débasés des crédits qui vous seront délégués par la CNSA au titre de l'exercice 2011. Vous devrez donc en assurer la récupération auprès des établissements auxquels vous les auriez versés, dans le cadre de l'examen des comptes administratifs 2010, par le biais des dispositions du 1° de l'article R. 314-51 du CASF.

L'affectation de ces crédits par établissement, ainsi que les modalités de régularisation des crédits versés au titre de l'exercice 2010, seront précisées par instruction aux ARS concernées.

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

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.

Ainsi, dans le cas des EHPAD, il vous est rappelé que 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, sous les conditions fixées par l'article D. 314-205 du CASF.

S'agissant de l'application des dispositions de l'article D. 314-206 du CASF aux EHPAD, le financement des provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations et amortissements dérogatoires ne concerne que les dépenses relatives au matériel médical faisant l'objet d'un amortissement, conformément au III de l'article R. 314-162 du même code qui définit le périmètre de la section soin des EHPAD.