



Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique  
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat

**Direction générale de la cohésion sociale**

Sous-direction de l'autonomie des personnes  
handicapées et des personnes âgées  
Sous-direction des affaires financières et de la  
modernisation

**Direction de la sécurité sociale**

Sous-direction du financement du système de  
soins

**Validée par le CNP, le 2 juin 2010**  
**Visa CNP 2010-79**

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

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs généraux  
d'agences régionales de santé  
(pour mise en œuvre)

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGCS/5C/DSS/1A/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**

Date d'application : immédiate

NOR : MTSA1014471C

Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux

**Résumé** : circulaire budgétaire pour l'exercice 2010 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

**Mots-clés** : établissements et services médico-sociaux, personnes handicapées enfants et adultes, personnes âgées dépendantes CPOM et GCSMS, actualisation, forfait journalier hospitalier, frais de transport accueil de jour MAS/FAM, personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, plan autisme, plan handicap, plan handicap visuel, minimum ressource AAH en MAS, Alzheimer, PASA, UHR, Convergence tarifaire

**Annexe 1** : Capacité minimale et modalités d'organisation des transports au sein des accueils de jour autonomes ou adossés à un EHPAD

**Annexe 2** : Mesures 2010 du plan Alzheimer

**Annexe 3** : Répartition des UHR du secteur médico-social

**Annexe 4** : Equipes de SSIAD renforcées

**Annexe 5** : L'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en EHPAD – cahier des charges

**Annexe 6** : la convergence tarifaire 2010

**Annexe 7** : Détail des créations de places PH 2010 et plans thématiques

**Annexe 8** : Actualisation des règles comptables des ESMS privés lucratifs et non lucratifs

**Annexe 9** : Les mesures de soutien à l'investissement

**Annexe 10** : Le GVT prévisionnel 2010

**Annexe 11** : Modalités de restitution des trop perçus au titre du forfait journalier hospitalier au cours de l'exercice 2009.

La présente circulaire vise à définir le cadre général des campagnes budgétaires 2010 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, pour laquelle les modalités de répartition et d'emploi des crédits vous seront précisées par la CNSA dans sa notification fixant les dotations régionales 2010. Elles seront les premières conduites par les Agences Régionales de Santé.

Il vous appartient, sur ces bases, de lancer sans délai les campagnes de tarification des établissements accueillant tant les personnes handicapées que les personnes âgées. S'agissant de ces derniers, afin de ne pas retarder le lancement de la campagne ainsi que la mise en œuvre des mesures nouvelles permises par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, il sera fait une dernière fois application des modalités de tarification des EHPAD actuellement en vigueur. Le calendrier des concertations du projet de réforme de la tarification de ces établissements ne permettant pas, en effet, d'envisager sa publication avant la fin du premier semestre, son entrée en vigueur est reportée à la prochaine campagne. Une formation à ce nouveau dispositif pourra ainsi être déployée à partir du second semestre afin d'en faciliter l'appropriation.

Les orientations que vous devrez mettre en œuvre au cours de l'année 2010 sont décrites ci-après. Elles doivent vous permettre d'assurer la mise en œuvre des plans gouvernementaux de création de places et le soutien à la modernisation du secteur dans un contexte assez profondément modifié.

## **1. UN CADRE JURIDIQUE ET FINANCIER PROFONDEMENT MODIFIÉ EN 2010**

La campagne tarifaire 2010 s'inscrit dans un cadre d'application fortement modifié tant par les dispositions de la loi dite HPST que par les nouvelles modalités de construction et de gestion de l'objectif global de dépenses (OGD) mises en œuvre à la suite des préconisations de la mission IGAS/IGF pour ajuster au mieux les dotations régionales aux besoins réels en crédits de paiement.

### **1.1 Un dispositif d'autorisation modernisé**

S'agissant de la procédure d'autorisation, les dispositions transitoires prévues par la loi HPST doivent garantir une parfaite continuité dans la gestion des procédures.

Elles vous permettront, autant que nécessaire, de recourir aux projets, d'ores et déjà inscrits sur la liste prévue par l'article R 313-9 du CASF, dans le temps nécessaire à la mise en place de la nouvelle procédure d'appels à projets selon les modalités qui seront précisées par un décret à paraître avant la fin du premier semestre .

Un appui méthodologique doit également vous être apporté, en lien avec la CNSA, pour faciliter l'appropriation de la nouvelle procédure qui vise notamment à raccourcir les délais d'autorisation et d'installation des établissements et services. En tout état de cause, **la mise en œuvre des plans ne doit souffrir d'aucun retard du fait de la modification du contexte législatif et réglementaire.**

### **1.2 Une gestion d'enveloppe au plus près des prévisions d'exécution**

#### **1.2.1 L'ajustement des bases régionales**

L'enquête conduite par la CNSA auprès des services déconcentrés de l'Etat à la demande de la mission IGAS-IGF à l'été 2009 a mis en évidence l'existence au sein des dotations départementales de volumes importants de crédits non employés (que ces derniers soient gagés par des autorisations de places dont l'installation n'est pas prévue avant 2011 ou libres de toute affectation).

En conséquence, les arbitrages rendus lors de la construction de l'OGD visant, d'une part, à réduire ces volumes en ajustant au mieux les financements de l'assurance maladie aux besoins de fonctionnement des établissements et services, d'autre part, à éviter la reconstitution des excédents

structurels de l'OGD résultant de l'existence de ces disponibilités, ont conduit la CNSA à opérer une révision des bases budgétaires, selon deux modalités distinctes :

- la suppression définitive de crédits libres d'emploi (non affectés) à la date de l'enquête ;
- la suppression temporaire des crédits gagés par des projets en attente d'installation ne devant pas donner lieu à utilisation en 2010.

Les conséquences du débasage, comme les modalités d'ajustements précitées, conduisent à passer à un suivi d'enveloppe de type « autorisation d'engagement/crédits de paiements » (AE/CP). Ce mécanisme apparaît adapté à une gestion des crédits de fonctionnement dès lors que les opérations qu'ils financent connaissent des délais de réalisation dépassant l'année, sous réserve d'un suivi précis des engagements et de leur rythme de montée en charge.

### 1.2.2 Les conséquences sur les modalités de gestion des dotations en 2010

Ces modalités de construction des dotations modifient le contexte budgétaire dans lequel viennent s'inscrire vos autorisations de création et d'installation de places nouvelles. Elles ne doivent pas pour autant gêner le rythme de montée en charge des autorisations dès lors que les retraits définitifs ou temporaires d'enveloppe n'ont concerné, sur la base des données déclaratives transmises par les services dans le cadre de l'enquête OGD conduite par la mission IGAS/IGF, que des crédits sans affectation en 2010.

S'agissant en particulier des crédits retirés temporairement, ils vous seront restitués dans les exercices ultérieurs au fur et à mesure des installations effectives, qu'il devient donc impératif de pouvoir suivre très précisément. Ce suivi sera assuré par la CNSA au travers, notamment, de l'application SELIA. **Leur retrait temporaire ne doit donc pas menacer la poursuite des opérations en cours** visant, précisément, à permettre l'installation des places régulièrement autorisées sur la base d'enveloppes de mesures nouvelles ou d'enveloppes anticipées qui ont pu vous être notifiées dans les exercices précédents.

En conséquence, la sécurité juridique des autorisations données sur des crédits retirés temporairement de vos dotations limitatives est assurée et ne nécessite pas leur couverture par les moyens financiers notifiés en 2010 au titre des mesures nouvelles de cet exercice. Vous considérerez donc, pour l'application aux places nouvelles que vous serez amenés à autoriser sur votre dotation 2010 en application des dispositions de l'article L 313-4 du CASF, **que ces crédits retirés temporairement ne viennent pas en déduction des crédits disponibles.**

Dans l'hypothèse où le retraitement des bases locales, effectué sur des données d'enquête déclaratives, comporterait des erreurs et imprécisions que la pré-notification des enveloppes régionales effectuée par la CNSA le 18 décembre dernier a déjà permis de révéler, **il importera de mobiliser l'ensemble des marges de manœuvre existantes sur le plan régional** pour assurer la couverture des engagements pris sur les années antérieures et permettre l'installation effective des places au rythme antérieurement convenu. Votre attention est appelée à cet égard sur le fait qu'il sera procédé en 2010 à une fiabilisation des bases régionales sur la base d'une enquête conduite par la CNSA qui pourra donner lieu le cas échéant à un réajustement de celles-ci.

Dès lors que ce travail préalable de redéploiement régional aura été effectivement mis en œuvre et, dans l'hypothèse où vous constateriez malgré tout des besoins de crédits de reconduction non couverts, vous pourrez de manière exceptionnelle et très précisément justifiée, mobiliser des crédits prévus pour des mesures nouvelles 2010 qui n'auraient pas encore donné lieu à autorisation, à l'exception des mesures nouvelles fléchées sur le plan Alzheimer 2008-2012.

Si vous êtes conduits à mobiliser de tels crédits pour assurer le financement des bases budgétaires des établissements et services en fonctionnement, vous veillerez à en assurer l'identification précise dans l'outil de suivi de campagne tarifaire qui sera mis à votre disposition dans la notification fixant les

dotations régionales indicatives pour 2010 qui vous sera prochainement adressée par la CNSA. Seuls les crédits ainsi identifiés seront pris en compte par la CNSA, sous réserve de vérification.

## **2. LES DEUX PRIORITES DU SECTEUR DES PERSONNES AGEES : L'EXECUTION DU PLAN ALZHEIMER ET LA POURSUITE DES REFORMES MODERNISANT SA GESTION**

La campagne 2010 continue de fournir les moyens d'une réponse aux besoins importants du secteur au travers de mesures nouvelles massives et coordonnées.

La tranche annuelle 2010 d'autorisation de création de places d'EHPAD est portée à 7 500 places, contre 5 000 initialement prévues dans le cadre du plan solidarité grand âge (PSGA).

En outre, l'effort de création de places destinées à développer le maintien à domicile et le recours à des services adaptés est poursuivi. A ce titre 6 000 places de SSIAD sont financées, ainsi que la mise en place de 167 équipes spécialisées supplémentaires - sur un objectif de 500 à échéance de 2012 - dans la délivrance à domicile de prestations de soins d'accompagnement et de réhabilitation auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Enfin, comme en 2009, 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire sont programmées sur l'année 2010.

Cet effort trouve une déclinaison particulière à travers la mise en œuvre du Plan Alzheimer à laquelle vous veillerez tout particulièrement, s'agissant d'une priorité présidentielle. Vous vous mobiliserez notamment pour assurer le développement des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR). Par ailleurs, le plan Alzheimer s'accompagne naturellement d'exigences fortes sur l'emploi des crédits et la modernisation de la gestion du secteur à laquelle cette campagne doit notamment concourir.

### **2.1 Le déploiement des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer, dans la perspective des objectifs 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.

Vous trouverez en annexe [2] le détail des mesures dont vous devrez assurer le suivi en 2010. J'attire votre attention sur les points suivants.

#### **2.1.1. Développement des structures de répit : accueil de jour et frais de transport,**

Outre l'évaluation, en cours, des 11 « plateformes de répit et d'accompagnement », celle engagée en 2009 sur le fonctionnement des accueils de jour a conduit à définir un seuil minimum de places à installer, afin de les inscrire dans un véritable projet d'établissement. Vous veillerez au respect des seuils fixés par la circulaire du 25 février dernier : un décret en cours de préparation va rendre ces seuils opposables ainsi que les forfaits journaliers de transport.

Vous établirez (données FINESS et cartographie CNSA) et vous nous communiquerez d'ici début juillet un état des lieux des écarts au regard de cet objectif et les modalités de mise en conformité que vous adopterez notamment vis-à-vis des conseils généraux.

Vous noterez que la prise en charge des transports vers ces structures de répit sera facilitée par l'augmentation de 30 % des forfaits de transport instaurés en 2007 (arrêté de revalorisation en cours). Vous vous assurerez que leur mobilisation s'accompagne d'une organisation adaptée.

#### **2.1.2. La création d'équipes spécialisées pilotes pour la prise en charge à domicile des malades Alzheimer :**

L'autorisation de ces équipes pilotes ne relèvera pas cette année d'une procédure d'appel à projets nationale mais d'une procédure de sélection opérée par vos soins. Sans attendre les résultats de l'évaluation des 39 équipes pilotes et conformément aux notifications et à la programmation transmises, vous pouvez solliciter et examiner les candidatures des SSIAD pour la création en 2010 d'une équipe spécialisée - notamment celles ayant reçu un avis favorable des CROSMS - sur la base du cahier des charges de l'appel à projet du 16 mars 2009 et du dossier de candidature annexé. Une grille de sélection vous sera prochainement proposée afin de vous aider dans l'examen de ces projets.

Vous veillerez particulièrement, avant toute autorisation portant extension de places au titre de l'équipe spécialisée, à une répartition équilibrée desdites équipes par département afin que celles-ci couvrent bien la totalité du territoire en 2012 et à ce que leurs prises en charge soient conformes au cahier des charges issu de l'évaluation des sites pilotes dans des délais rapprochés. Vous garderez à l'esprit que ces équipes ont vocation à disposer d'un champ d'intervention territorial plus large que les SSIAD classiques et dérogent à ce titre au système de régulation infirmier dès lors que les prestations réalisées constituent essentiellement des soins de réhabilitation et d'accompagnement (réalisation de prestations partielles conformément au cahier des charges du 16 mars 2009)<sup>1</sup>.

### **2.1.3. Le développement des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR)**

38 M€ sont budgétés en 2010 pour permettre le développement de 8 333 places de PASA, conformément aux objectifs du plan de création de 25 000 places d'ici fin 2012. En outre, 35 M€ sont consacrés au développement des UHR et permettent le financement de la totalité de la cible à atteindre pour le secteur médico-social. L'annexe [3] présente la répartition indicative au 31 décembre 2012 des 1 667 places d'UHR à programmer en EHPAD (soit 119 UHR de 14 places ou 140 UHR de 12 places chacune).

Ces nouveaux dispositifs d'accompagnement en établissement ont fait l'objet d'instructions détaillées dans le cadre des circulaires du 6 juillet 2009 et du 7 janvier 2010 relatives aux mesures médico-sociales du plan Alzheimer. Dans un souci de mise en œuvre rapide de cette mesure du plan Alzheimer, structurante pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, vous trouverez en annexe [2] les modifications apportées au point 3 de l'instruction du 7 janvier 2010 concernant la procédure de labellisation des nouvelles structures de type PASA/UHR qu'il vous revient de mettre en œuvre dès à présent ainsi que des précisions sur leur tarification.

Plus de 1 700 établissements déclarent disposer d'unités spécifiques Alzheimer fonctionnant de manière autonome. Il est vous est donc demandé :

- 1) de recenser ces établissements dans les départements de votre ressort,
- 2) d'étudier au cas par cas, avec les gestionnaires de ces établissements, dans le respect des dispositions du cahier des charges, les possibilités éventuelles de transformation de ces unités en UHR, moyennant le cas échéant des travaux d'adaptation,
- 3) d'étudier au cas par cas, avec les gestionnaires de ces établissements, dans le respect des dispositions du cahier des charges, ce que représenterait l'apport d'un PASA et les modalités de son installation et de sa labellisation, moyennant, le cas échéant, des travaux d'adaptation ou de réaménagement.

## **2.2 La poursuite des efforts de rationalisation de la gestion du secteur**

### **2.2.1 Une mise en œuvre de la convergence tarifaire favorisant des trajectoires contractualisées**

L'arrêté interministériel du 26 février 2009 pris en application des articles 63 de la LFSS pour 2008 et 69 de la LFSS de 2009 a fixé les modalités de calcul des valeurs plafonds et les modalités de

---

<sup>1</sup> Circulaire DGAS/2C/DSS/MCGR/DHOS/03/2009/05 du 29 janvier 2009 relative aux modalités d'autorisation des services de soins infirmiers à domicile et leur articulation avec le dispositif de régulation du conventionnement des infirmières libérales

convergence des EHPAD en dépassement à savoir une revalorisation limitée à 0,5 % des budgets des établissements en dépassement en 2009, puis une convergence tarifaire continue de 2010 à 2016 ramenant, à l'issue de la période, tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds.

En 2010, un nouvel arrêté interministériel, à paraître, fixera les valeurs annuelles du point à partir desquelles seront calculés les tarifs plafonds selon la catégorie d'établissements. La convergence tarifaire s'opèrera dorénavant selon les modalités suivantes :

- la règle générale reste le retour au tarif plafond d'ici 2016 grâce à une réduction progressive du dépassement du tarif plafond d'1/7<sup>ème</sup> chaque année ;

- l'arrêté du 26 février 2009 permet de déroger à cette règle générale de la convergence par septièmes en contractualisant les économies à réaliser dans le cadre d'un avenant à la convention tripartite. **Cette contractualisation est de droit pour tout établissement qui la sollicite.** A l'inverse, l'abattement d'un septième s'applique automatiquement dès lors qu'il n'y a pas de convention ou d'avenant à la convention tripartite ; **vous veillerez à informer systématiquement tous les établissements qui présentent un dépassement des tarifs plafonds 2010 de la possibilité de mettre en place cette contractualisation ;**

- la possibilité de contractualiser les modalités de la convergence au lieu d'appliquer la réduction par septièmes s'appliquera de manière différente selon que les établissements dépassent de plus ou moins 10% le tarif plafond : pour les établissements dont le dépassement est inférieur ou égal à 10%, la contractualisation pourra permettre au maximum un taux de reconduction de 0,5% en 2010 ; pour les établissements dont le dépassement est supérieur à 10%, la trajectoire pluriannuelle de réduction de l'écart ne pourra pas être inférieure en 2010 à un quinzième du montant du dépassement. Les modalités de cette contractualisation différentielle sont définies en annexe [6].

Enfin, parallèlement à l'examen du respect des plafonds par les établissements conventionnés, vous veillerez à rendre effective la date butoir d'achèvement du conventionnement tripartite : fin 2009, soit deux ans après la date butoir prévue par la LFSS pour 2008, 2 382 places d'EHPAD restaient non conventionnées et non tarifées, limitant l'atteinte de la cible à 99,6 % des places. Je vous demande en conséquence de tarifier d'office dès réception de la présente circulaire tous les établissements non conventionnés.

## **2.2.2 La poursuite de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les dotations soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)**

Une expérimentation de la faisabilité d'une réintroduction des médicaments dans le forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui ne disposent pas PUI ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) gérant une PUI est en cours, en application de l'article 64 de la LFSS pour 2009, et selon des modalités fixées par les circulaires du 6 août et 10 novembre 2009. 276 établissements volontaires sont entrés dans l'expérimentation pilotée par la mission NAVES depuis le mois de décembre 2009, pour lesquels vous avez pris des arrêtés de tarification en toute fin d'année dernière visant à la financer pour le mois de décembre.

Afin de faciliter la poursuite de cette expérimentation, un courrier interministériel a été adressé le 1<sup>er</sup> mars dernier au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) lui demandant de majorer les douzièmes provisoires de dotation globale de financement de la fraction mensuelle du montant des douzièmes de dotation médicaments auxquels les établissements ont droit pour 2010. Vous veillerez à identifier dans vos arrêtés de tarification les montants afférents à cette dotation médicaments afin de permettre aux caisses d'assurance maladie d'effectuer un suivi spécifique de ces dépenses.

Afin de ne pas générer d'indus, il vous appartiendra pour cela de vous rapprocher de la caisse pivot des établissements expérimentateurs afin de calibrer de la façon la plus fine le montant des crédits auxquels les établissements ont droit, compte tenu des avances de trésorerie perçues.

### **2.2.3 Expérimentation de la présence d'infirmières de nuit dans les EHPAD au titre des soins palliatifs**

L'absence d'infirmières de nuit, notamment dans les petites structures, est un des obstacles à la prise en charge palliative dans les EHPAD. Le Programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012, prévoit la réalisation d'une expérimentation permettant de mesurer, à l'échelle des 22 régions, l'impact du recours à une infirmière de nuit sur la prise en charge des personnes en fin de vie dans les EHPAD. Les objectifs et le cahier des charges de cette expérimentation sont présentés à l'annexe [5].

### **2.2.4 Incitation au choix du tarif global**

Dans le prolongement de la politique de gestion globale et coordonnée du soin en EHPAD, vous veillerez à inciter et favoriser le choix des établissements pour le tarif global à la faveur de l'entrée de ceux-ci dans le conventionnement de 2<sup>nd</sup>e génération. De même, vous faciliterez cette option pour les EHPAD qui l'envisageraient avant même la fin de la première convention tripartite.

Le périmètre des charges du tarif global comprend des postes de dépense importants exclus du tarif partiel (rémunérations versées aux médecins généralistes et auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, examens de radiologie et de biologie), lesquels sont alors financés sur l'enveloppe soins de ville. Vous veillerez donc à valoriser le fait que ce tarif, bien que plus régulateur, permet grâce à son caractère global d'assouplir la contrainte des EHPAD en tarif partiel soumis aux tarifs plafonds et rappellerez que le passage au tarif global permet de passer à la tarification au GMPS avant l'expiration de la première convention tripartite.

## **3. LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN DIRECTION DES PERSONNES HANDICAPEES**

### **3.1 Un renforcement quantitatif : la poursuite du plan handicap 2008/2012 et la mise en œuvre de plans thématiques**

#### **3.1.1 L'augmentation du nombre de places en établissements et services pour personnes handicapés**

L'année 2010 permettra de poursuivre la mise en œuvre du plan pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées, conformément aux annonces du président de la République le 10 juin 2008 lors de la Conférence nationale du handicap.

Dans la continuité des années précédentes, les priorités de l'exercice 2010 concernant les enfants portent principalement sur le développement de l'action précoce, le soutien à la scolarisation et au développement de l'autonomie ainsi que sur la prise en charge des enfants les plus lourdement handicapés.

Pour ce qui concerne les adultes, l'effort entrepris ces dernières années pour renforcer l'accompagnement de publics spécifiques et mieux prendre en compte également l'avancée en âge des personnes handicapés doit se poursuivre avec notamment sur ce dernier volet la médicalisation d'un certain nombre de places en foyer de vie ou en foyer occupationnel.

S'agissant des mesures nouvelles au titre de 2010 en MAS et FAM, votre attention est appelée à nouveau sur le mode de calcul de l'enveloppe accordée, qui repose sur 35% de places nouvelles en MAS et 65 % en FAM.

#### **3.1.2 La mise en œuvre de plans thématiques**

Ces plans visent à renforcer la compensation de certains types ou certaines formes de handicap. Leur présentation détaillée figure en annexe [7].

### **3.2 Un renforcement qualitatif : autres mesures d'accompagnement spécifiques pour certaines des personnes handicapées adultes**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 comporte deux mesures destinées aux personnes handicapées qui sont accueillies en MAS et en FAM.

#### **3.2.1 Le financement des frais de transports des personnes en accueil de jour en MAS / FAM**

Conformément aux engagements ministériels pris en 2009 pour mieux prendre en compte les dépenses de transport des personnes adultes handicapées, le nouvel article L.344-1-2 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 52 de la LFSS pour 2010, inclut les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes handicapées reçus en accueil de jour en FAM et en MAS dans les dépenses d'exploitation de ces établissements financées par l'assurance maladie. Un décret en Conseil d'Etat, actuellement en préparation, doit préciser les modalités particulières de cette nouvelle mesure dont l'entrée en vigueur est fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2010. Une circulaire d'application du décret précisera les modalités de mise en œuvre de cette mesure ainsi que les modalités de suivi de ce financement.

Cette mesure sera couverte par une enveloppe de 18 millions d'euros qui vous sera notifiée pour 6 mois de fonctionnement.

#### **3.2.2 La fixation d'un minimum de ressources laissé à la disposition des personnes accueillies en MAS**

Le décret n° 2010-15 du 7 janvier 2010 pris pour l'application du second alinéa de l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que le minimum de ressources qui doit être laissé à la disposition des personnes handicapées accueillies dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) est égal à 30 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés, soit à ce jour 204,49 € par mois.

Cette mesure vise à rétablir l'égalité de traitement entre les personnes handicapées selon qu'elles sont astreintes ou non au forfait journalier hospitalier porté par ailleurs à 18 € à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et selon qu'elles sont accueillies en MAS ou en foyer, notamment en foyer d'accueil médicalisé(FAM).L'application de cette règle pourra conduire l'établissement à ne pas facturer à la personne la totalité du forfait hospitalier qui serait dû, ce afin de lui permettre de disposer d'un reste à vivre égal à 30% de l'AAH.

Un arrêté et une circulaire préciseront prochainement les modalités de mise en œuvre de ces dispositions réglementaires.

### **3.3 L'intégration des forfaits journaliers hospitaliers dans les prix de journée**

La circulaire interministérielle n° DGAS/5B/DSS/1A/2009/70 du 4 mars 2009 a défini de nouvelles modalités de calcul du tarif des établissements pour enfants et jeunes adultes handicapés. Elle a été complétée par la circulaire interministérielle n° DSS/1A/DGAS/5B/391 du 30 décembre 2009.

Vous veillerez à l'application stricte de ces circulaires, dont il résulte que **le forfait journalier hospitalier ne doit plus être facturé pour les moins de 20 ans pris en charge dans les établissements pour enfants handicapés** relevant du 2° du I de l'article L312-1 du CASF. Les recettes correspondantes des ESMS sont absorbées dans le prix de journée et ne relèvent plus des recettes atténuatives, lesquelles diminuent donc fortement en niveau.

Vous veillerez à informer les gestionnaires d'établissements concernés de l'application de ces dispositions dans le cadre de la fixation des tarifs 2010. J'attire par ailleurs votre attention sur les deux points particuliers suivants :

#### **3.3.1 Identification des trop-perçus au titre du FJH au cours de l'exercice 2009 et modalités de récupération**

La circulaire du 30 décembre 2009 mettait en évidence les difficultés d'adaptation du dispositif informatisé de liquidation de l'assurance-maladie dans l'application du nouveau mode de tarification des établissements issu de la circulaire du 4 mars 2009.

En conséquence, la tarification 2009 par vos services a pu conduire, ponctuellement, au surfinancement d'établissements, dès lors que le système de liquidation de l'assurance-maladie a 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.

Ces montants ont vocation à être restitués selon les modalités précisées en annexe [10] impactant l'exercice 2011 dans le cadre de la tarification.

### **3.3.2 La fin de la possibilité d'utiliser les forfaits journaliers des établissements adultes pour le financement de mesures nouvelles**

Les arbitrages rendus dans le cadre de la construction de l'OGD 2010 suite aux recommandations de l'IGAS et de l'IGF sur la suppression progressive de l'écart entre l'objectif de dépenses encadrées (les dépenses autorisées des établissements) et l'OGD (les recettes d'assurance maladie des établissements) conduisent à mettre fin à la latitude qui vous a été laissée par la circulaire du 4 mars 2009 pour l'utilisation du produit des forfaits journaliers (transférés du groupe 1 au groupe 2 de recettes) au financement de mesures nouvelles et en particulier des CPOM.

En effet, l'autorisation de dépenses supplémentaires à due concurrence des forfaits journaliers conduit à augmenter la part prise en charge par l'assurance maladie dès lors que ces forfaits transférés en groupe 2 ne n'imputent plus sur celle-ci. Il s'agit donc d'une marge de manœuvre fictive générant des charges supplémentaires sur l'OGD. La diminution des dotations régionales de dépenses encadrées opérée par la CNSA dans la construction des bases régionales 2010 vient réduire cette marge qui sera à terme totalement supprimée. **Vous ne devez donc prendre aucun engagement nouveau en 2010 sur la marge résiduelle.**

## **4. DES REGLES DE GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE PRECISEES**

### **4.1 Une gestion rigoureuse et encadrée des crédits non reconductibles**

La révision du cadre financier et des modalités de budgétisation de l'OGD s'accompagne d'une gestion particulièrement rigoureuse des crédits non reconductibles. En particulier, le financement effectif des installations de places nouvelles en 2010 doit être systématiquement prioritaire par rapport à l'allocation de crédits non reconductibles. Ce n'est qu'une fois ce financement assuré que les disponibilités résiduelles dans votre dotation pourront, **de façon exceptionnelle**, faire l'objet d'une utilisation à titre non reconductible.

L'utilisation des crédits non reconductibles au sein des enveloppes limitatives ne peut se faire que dans le cadre du financement de mesures non pérennes. **Toute utilisation de crédits non reconductibles aux fins de financement de mesures pérennes est strictement proscrite.**

Les crédits non reconductibles ne pourront être utilisés que pour le financement de 3 catégories de mesures :

- Le soutien d'investissements en complément des aides en capital de la CNSA (PAI), pour les établissements pour lesquels les crédits d'assurance -maladie peuvent financer ce type de dépenses (cf. annexe 9). Les disponibilités sur CNR ne devront pas vous exonérer de l'analyse des capacités d'autofinancement des ESMS avant tout recours à l'emprunt, afin notamment de vérifier l'absence d'impact de tels investissements sur les budgets de fonctionnement.

- Le soutien à la formation du personnel au sein des ESMS par le remplacement du personnel parti en formation et l'accueil de stagiaires ;

- L'aide au démarrage de groupements de coopération sociale et médico-sociale et de projets de contractualisation (CPOM). Dans ce dernier cas, **l'utilisation de crédits non reconductibles ne peut bien entendu pas être faite au titre de rebasage** mais uniquement afin favoriser l'ingénierie de montage de contrat.

Le montant et l'affectation des CNR utilisés devront faire l'objet d'un reporting très précis auprès de la CNSA. Pour ce qui concerne les mesures de soutien à l'investissement, le type de projet ainsi que la catégorie d'établissements concernée seront très précisément indiqués.

## **4.2 L'appréciation des charges des établissements**

### **4.2.1 Charges de personnel**

#### *a) évolution de la masse salariale*

Le taux d'évolution de la masse salariale des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif pour l'année 2010 a été annoncé aux partenaires sociaux lors de la conférence salariale qui s'est tenue le 17 février 2010. Défini en cohérence avec les crédits votés dans les lois de finances de l'Etat et de financement de la sécurité sociale pour 2010, **il est fixé à 1,20 % pour l'ensemble des conventions collectives** et comprend, outre le GVT prévisionnel (dont le détail par type de convention vous est précisé en annexe [10]), l'ensemble des mesures générales et catégorielles qui seront signées par les partenaires sociaux et agréées par le ministre chargé de l'action sociale.

Je vous rappelle que seuls les accords agréés par arrêté ministériel sont opposables aux autorités compétentes en matière de tarification et qu'il appartient aux établissements et services de justifier de l'agrément pour bénéficier du financement correspondant.

Pour ce qui concerne spécifiquement les établissements et services de la fonction publique hospitalière, le protocole d'accord signé le 19 octobre 2006 entre le ministre chargé de la santé et cinq organisations syndicales prévoit au titre des mesures sociales la mise en œuvre du chèque emploi-service universel (CESU) en faveur des agents de la fonction publique hospitalière. Le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS), auquel les établissements médico-sociaux adhèrent au titre de l'action sociale en faveur de leurs agents, met en œuvre le service du CESU pour l'ensemble des agents relevant de la fonction publique hospitalière et fera, à ce titre, un appel de cotisation complémentaire de 0,09 % de la masse salariale.

Le taux prévisionnel de GVT de la FPH pour 2010 (0,3 %) et l'augmentation de la valeur du point de la fonction publique (0,50 %) permettront aux établissements concernés de financer cet appel de cotisation supplémentaire dans le cadre de l'augmentation prévue de la masse salariale pour 2010 telle que fixée ci-dessus.

#### *b) Mises à disposition syndicales*

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 concernées par les autorités de tarification compétentes.

La liste des salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux mis à disposition sera établie par la DGCS sur la base des conventions de mise à disposition signées entre les employeurs, les organisations syndicales et les salariés concernés et c'est sur la base de cette liste que les budgets des établissements seront majorés du coût du salaire du salarié concerné. Il vous appartiendra, en tant qu'autorité de tarification, de prendre en compte cette dépense dans le montant des dépenses autorisées au groupe II. Des crédits spécifiques vous seront délégués à cette fin par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Ces dépenses devront faire l'objet, chaque année, d'un suivi particulier de votre part dans le cadre de vos enveloppes de crédits limitatifs définies aux articles L.314-3 à L.314-5, qui tiendront compte de ces dotations spécifiques, afin de pouvoir procéder, le cas échéant, soit à des redéploiements de crédits entre les établissements et services dans lesquels la mise à disposition de ces représentants syndicaux a été effectuée (changement d'affectation, revalorisations conventionnelles) soit à un débasage en cas d'arrêt de mise à disposition. En application du 5° de l'article R.314-22 du CASF le financement de ces mises à disposition doit figurer dans les priorités de votre rapport d'orientation budgétaire.

### ***c) Gratification des stages étudiants***

Après que la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances a prévu une gratification obligatoire des stages étudiants en entreprise d'une durée supérieure à trois mois dont le décret du 31 janvier 2008 a fixé le montant, le seuil des stages longs ouvrant droit à gratification sera abaissé à deux mois par la loi relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Comme précisé par la circulaire DGAS/SD5B2008/141 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.

### **4.2.2 Règles générales d'évolution des charges**

De même que pour la progression de la masse salariale, le taux de progression des charges de fonctionnement autres que celles de personnel (charges qui représentent 25 % des budgets des établissements accueillant des personnes handicapées et 11% des budgets des établissements accueillant des personnes âgées) s'élève à 1,2 % dans la construction de l'ONDAM.

Les deux taux d'évolution (charges de fonctionnement et charges de personnel) constituent des références pour la budgétisation ; ils n'ont pas vocation à être appliqués uniformément mais à s'inscrire, conformément à l'article R.314-22 du CASF, d'une part, dans une analyse du caractère soutenable des évolutions budgétaires sollicitées au regard de celles de l'enveloppe limitative, d'autre part, dans une appréciation des moyens de la structure au regard d'une comparaison avec les moyens accordés aux structures similaires.

### **4.2.3 La politique de contractualisation**

En l'absence de crédits spécifiques d'aide à la contractualisation en 2010, les CPOM qui pourraient être négociés ne pourront inclure des financements supplémentaires que si ceux-ci peuvent être financés par les enveloppes régionales.

Vous veillerez en conséquence à rappeler aux gestionnaires d'établissements et services que la politique de contractualisation a vocation à faire évoluer les modes de relation entre l'Etat et les gestionnaires publics ou privés par le passage à une approche pluriannuelle dans la gestion financière objectivée par la détermination d'objectifs contractuels dont l'état de réalisation doit être mesuré à partir d'indicateurs négociés. Vous veillerez à développer, au sein de ces contrats, les modalités d'un dialogue de gestion organisé entre les parties au contrat et fondé notamment sur l'analyse d'indicateurs prédéterminés faisant état du degré de réalisation des objectifs négociés...

Conformément aux dispositions de l'article 124 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, un arrêté interministériel fixant le seuil au-delà duquel les établissements devront obligatoirement faire conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est en cours de préparation et sera publié au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2010.

\*

Dans le cadre d'un exercice 2010 marqué par de profondes évolutions institutionnelles, réglementaires et financières, votre mobilisation sera déterminante pour assurer la réalisation des objectifs volontaristes souhaités par le Gouvernement et que traduit le taux de progression de l'ONDAM médico-social de +5,8 %. Il représente un effort substantiel dans le contexte contraint des finances publiques. Il vous incombe plus que jamais de veiller scrupuleusement à la mobilisation diligente de ces crédits au profit de la meilleure efficacité des établissements et services concernés et de l'accroissement d'une offre de qualité au service des publics accueillis.

Pour le ministre du travail, de la solidarité et de  
la fonction publique et par délégation

Pour le ministre du budget et des comptes publics  
et par délégation

*signé*

Fabrice HEYRIES  
Directeur général de la cohésion sociale

*signé*

Dominique LIBAULT  
Directeur de la sécurité sociale

**ANNEXE 1 : Capacité minimale et modalités d'organisation des transports au sein des accueils de jour autonomes ou adossés à un EHPAD**
**1. La capacité minimale des accueils de jour autonomes et adossés à un EHPAD**

La circulaire du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1) précise la capacité minimale des accueils de jour dédiés à la prise en charge des personnes âgées, notamment les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées et les modalités de mise en œuvre de l'obligation de proposer un dispositif de transport adapté.

La capacité minimale d'un accueil de jour doit être de six places pour un accueil de jour adossé à un EHPAD et de dix places pour un accueil de jour autonome. Aucune autorisation nouvelle ne sera donnée pour des capacités inférieures à cette taille minimale qui constituera une condition de recevabilité des dossiers inscrite dans le cahier des charges des appels à projets.

Pour l'existant, les ARS doivent informer les établissements ne respectant pas le nombre de places minimum requis et les enjoindre soit à porter leur capacité au seuil minimal défini dans la circulaire du 25 février 2010 dans des délais compatibles avec la programmation des tranches annuelles du PRIAC soit à opérer un regroupement des capacités si plusieurs structures coexistent sur un même territoire. Les établissements doivent répondre sur la mise en œuvre d'un nouveau projet prenant en compte les besoins des usagers en fonction du nombre de personnes en ALD 15 au titre de l'assurance maladie et du bassin démographique.

Un décret en cours de préparation va rendre ces capacités minimales opposables.

**2. La mise en œuvre de l'organisation des transports en accueils de jours autonomes ou adossés à un EHPAD.**

La circulaire du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 (mesure 1) assouplit les décrets n° 2007-661 du 30 avril 2007 et 2007-827 du 11 mai 2007 relatifs à l'obligation d'organiser un dispositif de transport adapté en contrepartie de la perception du forfait journalier de frais de transport.

En effet, plusieurs modalités non cumulatives sont possibles.

Soit l'accueil de jour est en mesure d'organiser les transports, les familles seront amenées à utiliser cette solution de transport et ne feront pas l'objet d'un remboursement. Dans le cas où les familles choisiraient un autre mode de transport que celui proposé par l'accueil de jour, elles ne feront pas l'objet d'un remboursement des frais de transports.

Dans l'hypothèse de personnes âgées dépendantes ou atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées excentrées, les parties s'organiseront et se mettront d'accord.

L'établissement préférera utiliser les budgets alloués aux frais de transports dans le cadre d'une organisation interne des transports.

Si l'accueil de jour n'est pas en mesure d'organiser les transports, les familles peuvent faire l'objet d'un remboursement des frais de transport :

- par atténuation du forfait sur le montant dû de la prestation de l'accueil de jour

- par versement de la somme sur présentation d'un justificatif si le transport est réalisé par un prestataire ou par une déclaration sur l'honneur des familles quand elles utilisent leur véhicule personnel.

L'établissement pourra moduler le forfait transport dans la limite du plafond fixé par famille en fonction de la zone géographique locale et de la distance kilométrique.

## **2. La revalorisation des forfaits journaliers de transport des accueils de jour**

Le forfait journalier transport instauré par les décrets n° 2007-661 du 30 avril 2007 et n° 2007-827 du 11 mai 2007 est pris en charge à 100 % avec une clé de répartition différente selon le mode d'organisation de l'accueil de jour :

- pour les accueils de jour rattachés à un EHPAD, le forfait transport est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ;
- pour les accueils de jour autonomes, le forfait transport est pris en charge à 70 % par l'assurance maladie et à 30 % par le plan d'aide personnalisé de l'APA.

La circulaire du 6 avril 2007 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2007 en définit les modalités de calcul. Aussi un accueil de jour autonome sera financé par l'ARS selon les modalités suivantes : forfait soins 2010: 34.69 € (comprenant 70 % de 13,58 €) X capacité X 300 jours au maximum, les 30 % des 13,58 € X capacité X 300 jours restants étant financés par le Département au titre de la dépendance.

Au titre des mesures nouvelles 2010, l'ONDAM médico-social personnes âgées a prévu une enveloppe de 7 millions d'euros destinée à la revalorisation de 30 % du forfait journalier des frais de transport des accueils de jour existants.

Un arrêté à paraître fixe les forfaits journaliers de transport pour 2010 à :

- 11,16 euros par jour (calculé sur 365 jours), multiplié par le nombre de places autorisées pour les accueils de jour adossés à un EHPAD ;
- 13,58 euros par jour (calculé sur 300 jours), multiplié par le nombre de places autorisées pour les accueils de jour autonomes.

Il est rappelé que le versement des forfaits journaliers de transport par l'autorité de tarification est subordonné à la mise en œuvre par l'établissement d'une solution de transport adaptée aux besoins des usagers des accueils de jour conformément à l'article D. 312-9 du code de l'action sociale et des familles.

<b>ANNEXE 2 : Mesures 2010 du Plan Alzheimer</b>
--

### **1. Structures de répit**

Pour « modéliser » les conditions de mise en place d'une offre diversifiée et combinée de formules de répit et d'accompagnement, onze plateformes de répit et d'accompagnement fonctionnent depuis 2009 et font actuellement l'objet d'une évaluation par un prestataire.

De même est entreprise la réévaluation du fonctionnement des accueils de jour : en effet, à la suite de plusieurs enquêtes intervenues dans le courant de l'année 2009, la circulaire du 25 février dernier relative aux accueils de jour définit le seuil minimum de places à installer pour développer de véritables projets d'établissement et mettre un terme au saupoudrage, tandis que le forfait transport instauré en 2007 est augmenté de 30 % moyennant l'organisation de transports adaptés.

Des actions d'information et de sensibilisation pour les aidants sont désormais financées dans le cadre de la section IV du budget de la CNSA.

### **2. L'évaluation des équipes spécialisées pilotes à domicile pour la prise en charge des malades d'Alzheimer et la généralisation de ces équipes sur le territoire**

Une expérimentation est actuellement menée avec 39 équipes spécialisées de SSIAD pour identifier les différentes modalités de constitution et de fonctionnement des équipes ainsi que de réalisation de la prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation ». L'évaluation de cette expérimentation vise à déterminer les modèles d'organisation, de fonctionnement et de financement pertinents en vue d'une généralisation du dispositif (création de 500 équipes d'ici fin 2012).

L'évaluation de cette expérimentation (disponible en septembre 2010) pourra conduire à modifier certains paramètres tant sur la prise en charge que sur les financements. Elle fera l'objet d'un cahier des charges des équipes spécialisées permettant aux ARS de vérifier que les candidatures portées par les SSIAD ou les SPASAD dans leur région sont conformes à ce qui est attendu et souhaité d'une équipe spécialisée Alzheimer.

Le mode d'organisation et de fonctionnement de ces unités spécialisées devra se conformer au cahier des charges issu de l'évaluation de l'expérimentation, qui devrait être disponible en septembre 2010, étant entendu que les unités spécialisées créées en 2009 et 2010 disposent d'un délai de mise en conformité. Il convient de veiller à ce que les SSIAD ou les SPASAD qui candidatent aient une capacité suffisante pour porter les équipes spécialisées (avec des possibilités de regroupement, de coopération ou de mutualisation avec d'autres services), ce qui implique une forte professionnalisation des structures, une réflexion sur la prise en charge des malades d'Alzheimer, sur le rôle des aides-soignantes et des AMP (les Assistants de Soins en Gérontologie) ainsi que la mise en œuvre de partenariats tant dans le champ sanitaire que de l'aide à domicile.

Vous devez indiquer dans l'arrêté d'autorisation ainsi que dans l'arrêté de financement l'obligation pour le SSIAD disposant d'une équipe spécialisée de se conformer au cahier des charges des équipes Alzheimer et de renseigner des indicateurs d'activité dans un délai de 12 mois après la diffusion du cahier des charges, sous peine d'un retrait de l'autorisation et d'une cessation d'activité de cette équipe. Vous effectuerez une visite de conformité pour vérifier que les conditions du cahier des charges sont bien respectées.

Il vous est demandé, pour le suivi de cette mesure, de communiquer un tableau récapitulatif des demandes de candidature (nom du service, territoire d'intervention, nombre de communes desservies) à l'adresse suivante : [dgas-mesure6-alzheimer](mailto:dgas-mesure6-alzheimer).

Pour 2010, le fonctionnement de l'équipe spécialisée et les prestations réalisées dans ce cadre sont financées sur la base d'un coût à la place (équivalents/place) de 15 000 euros permettant la prise en charge de 10 personnes à 30 personnes à un instant donné, selon que la prise en charge est globale ou partielle, une place spécialisée avec prise en charge partielle pouvant permettre la délivrance de la prestation à 3 personnes simultanément sur une semaine avec a minima 2 interventions par semaine<sup>2</sup>.

Ces financements doivent se traduire par la création de 10 places supplémentaires. Ainsi sur 10 équivalents/place, la structure porteuse de l'équipe réalise :

$$X (\text{prise en charge globale}) * 15\,000 \text{ €} + Y (\text{prise en charge partielle}) * 5\,000 \text{ €} = 150\,000 \text{ €}.$$

### **3. Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR) : modalités et procédure de labellisation**

Les PASA, qui fonctionnent 5 jours sur 7 le cas échéant, ont vocation à prendre en charge, sur le modèle d'un accueil de jour dédié aux résidents de l'établissement, les personnes âgées hébergées dans les établissements et atteintes de troubles du comportement modérés.

Les UHR doivent permettre la prise en charge, 24h sur 24 h, dans une unité sécurisée, des malades atteints de troubles du comportement sévères. La durée de séjour dans les UHR n'est pas limitée dans le temps a priori comme dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) mais il existe des critères de sortie liés à la réduction des symptômes psycho-comportementaux pendant une durée significative ou une perte de mobilité.

Ainsi, le plan Alzheimer fait entrer de nouveaux métiers dans les EHPAD : qu'il s'agisse de professionnels spécialisés dont la présence est à développer (psychomotriciens, ergothérapeutes,...) ou de nouvelles compétences, tels les assistants de soins en gérontologie.

Ces nouveaux dispositifs d'accompagnement en établissement ont fait l'objet d'instructions détaillées dans le cadre des circulaires du 6 juillet 2009 et du 7 janvier 2010 relatives aux mesures médico-sociales du plan Alzheimer. Il convient de rappeler que :

- pour la labellisation des UHR en EHPAD, la priorité est donnée aux établissements fonctionnant en tarif global, avec ou sans PUI, à même de garantir la continuité et la coordination des soins,
  - pour les UHR, il est fait application d'une tarification à la ressource opérée par le biais de l'outil Pathos avec un double codage de l'état pathologique « trouble du comportement » et de l'état pathologique « syndrome démentiel » pour les résidents accompagnés que l'algorithme transcrit automatiquement à 489 points de PMP, hors pathologies associées. Cette cotation permet, dans le cadre de l'équation tarifaire au GMPS, de dégager un coût à la place compris entre 25 500 et 27 000 €,
  - pour les PASA, en attendant les évolutions de Pathos pour une meilleure prise en compte des troubles du comportement associés aux démences, il est fait application d'un forfait annuel correspondant à un surcoût à la place de 4 557 €, en sus des ressources dégagées dans le cadre de l'équation tarifaire au GMPS,
- conformément aux arbitrages et à la circulaire interministérielle du 6 juillet 2009, la tarification couvre les charges de personnel mentionnées dans le cahier des charges : outre les psychomotriciens et les ergothérapeutes, elle intègre 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

<sup>2</sup> Le financement d'une place doit permettre la prise en charge hebdomadaire de plusieurs personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pour laquelle une prescription « soins d'accompagnement et de réhabilitation » a été réalisée. Il est actuellement estimé, pour une prestation « soins d'accompagnement et de réhabilitation » sans soins de nursing ou soins infirmiers, que 3 personnes peuvent être pris en charge sur une place à raison de deux passages par personne et par semaine pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement. Ce point donne lieu à évaluation.

formation. Pour cela, il convient donc de déroger aux dispositions de l'article R. 314-164 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit la répartition des charges d'AS et d'AMP à raison de 70/30 entre soins et dépendance.

Dans un souci de mise en œuvre rapide de cette mesure du plan Alzheimer, structurante pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, vous trouverez ci-dessous les modifications apportées au point 3 de l'instruction du 7 janvier 2010 concernant la procédure de labellisation des nouvelles structures de type PASA/UHR qu'il vous revient de mettre en œuvre dès à présent :

- 1) **La demande de création d'un PASA ou d'une UHR est formalisée par le dépôt d'un dossier** de candidature auprès de l'ARS mentionnant le projet d'établissement, les moyens associés à l'unité spécialisée PASA ou UHR et le nombre de résidents concernés. **La demande est recevable pendant toute la durée du plan Alzheimer** dès lors que l'établissement juge que son projet répond aux exigences du cahier des charges.
- 2) Simultanément à la constitution du dossier administratif de candidature, **l'établissement évalue les résidents présentant des troubles du comportement au moyen de l'échelle NPI-ES**. Cette évaluation, validée par le médecin coordonnateur, est tenue à la disposition des médecins de l'ARS.
- 3) **L'instruction** administrative, financière, architecturale et du volet de soins du dossier **est réalisée par l'ARS**, en lien avec le conseil général territorialement compétent. Vous trouverez infra les **critères de labellisation relatifs au cadre bâti** à opérer en fonction des cas de figure suivants, selon qu'il s'agit :
  - de la création d'un PASA dans un EHPAD existant,
  - de la création d'un PASA dans un EHPAD neuf ou en extension,
  - de la création d'une UHR dans un EHPAD existant,
  - de la création d'une UHR dans un EHPAD neuf ou en extension.
- 4) **Un premier avis favorable** sur les pièces du dossier de l'ARS **déclenche une visite sur place** de l'ARS et du conseil général visant à s'assurer :
  - de la concordance du projet de PASA ou d'UHR avec la réalité du fonctionnement de l'établissement
  - et du profil des résidents.

Un médecin de l'ARS s'assurera de l'éligibilité des résidents à la création d'une unité PASA ou UHR, conformément aux critères d'admissibilité définis en annexe de la circulaire du 7 janvier 2010 (échelle NPI-ES).

**Un second avis favorable** suite à la visite sur site a pour conséquence la notification d'une **décision de labellisation** qui vaut financement du PASA ou de l'UHR (avec la prise d'un arrêté tarifaire qui induit une première saisie dans FINESS).

La décision de labellisation de l'ARS déclenche le cas échéant la réalisation et la validation d'une coupe PATHOS pour les établissements qui ne sont pas encore sous tarification au GMPS.

La décision de labellisation peut être assortie de **réserves et/ou remarques** à prendre en compte au niveau de l'établissement dans un délai fixé dans la décision. Il peut s'agir :

- d'une demande de travaux d'aménagement qui peuvent faire alors l'objet d'une demande au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA (ingénierie de projet et/ou travaux)
- et/ou de remarques et de réserves sur le contenu des autres aspects du projet qui doivent alors être prises en compte par l'établissement pour permettre la pérennisation du pôle ou de l'unité.

Cette décision doit comporter **un délai précisant l'échéance de la visite de confirmation de la labellisation** (ou visite de fonctionnement) qui ne peut excéder un an même dans le cas de travaux dès lors qu'ils ne nécessitent pas le dépôt d'un permis de construire. Dans le cas

inverse, la visite de conformité organisée à **réception des travaux** fait office de visite de fonctionnement.

- 5) Suite à l'avis favorable de la visite de fonctionnement, la confirmation du PASA ou de l'UHR entraîne **un arrêté d'autorisation modificatif du DGARS et du président du conseil général** portant création sans extension de capacité pour le PASA et, avec ou sans extension de capacité, pour l'UHR. Ce nouvel arrêté devra faire l'objet d'une saisie dans FINESS.

La **non-confirmation** de la labellisation du PASA ou de l'UHR entraîne la non-reconduction des financements spécifiques attachés au fonctionnement de ces unités à compter de l'année qui suit celle de la visite de fonctionnement.

#### **Point spécifique pour les extensions ou les créations d'établissements :**

- L'étape 2 n'est pas matériellement envisageable compte tenu de la nature de ces projets => Elle devra être réalisée lors de la première année de fonctionnement du PASA et de l'UHR et sera tenue à disposition des médecins de l'ARS lors de la visite de confirmation de la labellisation (ou visite de fonctionnement).
- L'étape 4 est opérée par la visite de conformité qui vaut également décision de labellisation. Le PV de visite de conformité doit indiquer ce point de façon spécifique de manière à identifier les suites éventuelles à donner concernant les remarques et/ou réserves sur le contenu du projet. De la même manière, le PV de visite de conformité doit, concernant cette question, prévoir les modalités de la visite de fonctionnement devant ou non confirmer la labellisation de l'unité ou du pôle.

\*\*\*

### **Critères de labellisation relatifs au cadre bâti**

#### **I-A. - CREATION D'UN PASA DANS UN EHPAD EXISTANT**

##### **• Cas de figure n°1 :**

L'établissement a :

- déjà élaboré un projet d'accompagnement pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer **ayant des troubles modérés du comportement** qui se rapproche de celui demandé dans le cahier des charges : activités et personnel,
- commencé à qualifier quelques locaux diffus dans le bâtiment pour répondre aux activités du PASA, (ex: balnéothérapie, gymnastique, projet d'espace multi-sensoriel...). Mais, les autres activités se font dans les locaux de vie destinés à l'ensemble des résidents.

L'établissement peut être labellisé, la labellisation pouvant s'accompagner d'une demande pour qu'il s'engage dans une «démarche qualité» :

- Réflexion sur la qualité des espaces dédiés uniquement au PASA et traitement des espaces extérieurs (jardin ou terrasse).  
Les améliorations envisagées devront être indiquées expressément dans la décision de labellisation.
- A l'échéance maximale d'un an, l'établissement devra présenter un projet d'amélioration de l'espace dédié au PASA :
  - soit sur un espace unique,

- soit sur plusieurs espaces spécialement dévolus aux activités du PASA (PASA éclaté, Cf. infra)

Le projet d'amélioration devra comprendre à cette échéance l'avant projet sommaire (APS).

### ▪ Cas de figure n°2

L'établissement :

- a une esquisse de projet d'accompagnement pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer **ayant des troubles modérés du comportement**,
- souhaite créer un PASA dans des configurations architecturales qui peuvent être variables:
  - soit il dispose d'un espace suffisant pour réaliser physiquement un PASA dans les conditions prévues par le cahier des charges (lieu unique qui permet de répondre au projet d'accompagnement),
  - soit il dispose de plusieurs espaces facilement accessibles (déplacements limités) qui peuvent être qualifiés comme espaces du PASA (qui est alors éclaté) et repérables par les résidents.

L'établissement dépose un dossier de « projet d'intention » de création de PASA en vue d'un « accord de principe » pour une labellisation :

- A l'échéance maximale d'un an, l'établissement devra déposer un nouveau dossier pour lui permettre d'être labellisé et dans lequel sera :
  - formalisé le **projet d'accompagnement pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer**,
  - **proposé un projet architectural du PASA au stade de l'APS** qui sera créé sur un même lieu ou sur plusieurs lieux (PASA éclaté, cf. infra.),
  - proposé un traitement de l'espace extérieur (jardin ou terrasse).

### **Pour les cas de figure n°1 et 2 :**

1) La notion de PASA éclaté doit comprendre :

- une unicité de lieux avec l'espace repas, salle à manger et repos,
- seuls des espaces d'activités (ex : balnéothérapie, gymnastique,...) peuvent être en périphérie de l'élément central du PASA susmentionné.

Dans tous les cas, il convient de rechercher une cohérence en termes d'espaces afin de ne pas nuire au projet d'accompagnement.

2) Quel que soit l'emplacement du ou des espaces dédié(s) au PASA leur situation de devra limiter les déplacements et permettre aux résidents bénéficiant « d'activités thérapeutiques » de déjeuner dans le PASA.

3) La labellisation d'un PASA créé dans un établissement existant ne peut intervenir que si celui-ci dispose d'un espace extérieur (terrasse ou jardin). Toutefois, pour ce qui est du jardin, il est toléré qu'il ne soit pas attenant géographiquement au PASA.

### • Cas de figure n°3

L'établissement a un **projet d'accompagnement pour personnes atteintes de maladie Alzheimer** mais il n'a pas la possibilité de dégager de l'espace pour son fonctionnement

Les projets d'accompagnement spécifique de type PASA des malades atteints d'Alzheimer ou troubles apparentés doivent intégrer les projets d'établissement des EHPAD, ce qui suppose une réflexion en amont sur les conditions de faisabilité de ces projets.

La dimension architecturale est évidemment une composante importante à prendre en compte. Si celle-ci ne présente pas les conditions minimales permettant le fonctionnement normal d'un PASA (telles que définies dans le cahier des charges avec les ajustements de type PASA éclaté), il y a lieu de ne pas donner suite à une telle demande et de ne pas procéder à la labellisation d'un tel pôle. Au surplus et il est important de le souligner, le fonctionnement normal d'un PASA ne doit jamais se faire au détriment de l'organisation de l'accompagnement des autres résidents (confiscation de salles d'activités utilisées pour les autres résidents etc.).

### **I-B. - CREATION D'UN PASA DANS UN EHPAD NEUF OU PAR EXTENSION**

Le projet devra impérativement répondre à l'ensemble des critères du cahier des charges. La tolérance d'un PASA éclaté n'y est pas recevable.

### **II-A. - CREATION D'UNE UHR DANS UN EHPAD EXISTANT**

L'établissement :

- a déjà élaboré un projet d'accompagnement pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer **ayant des troubles sévères du comportement** qui se rapproche de celui demandé dans le cahier des charges : activités et personnel,
- dispose d'un cantou ou d'une "unité traditionnelle" pour Alzheimer qu'il souhaite transformer en UHR

L'établissement peut être labellisé, la labellisation pouvant s'accompagner d'une demande pour qu'il s'engage dans une «démarche qualité » :

- s'il dispose impérativement d'un jardin ou d'une terrasse propre à l'UHR,
- à l'échéance maximale d'un an, l'établissement s'engage à avoir un projet architectural au stade de l'APS qui réponde au cahier des charges en dégagant la surface nécessaire aux activités et "soins de bien être" des résidents :
  - soit par requalification de locaux attenants à l'unité,
  - soit par extension de celle-ci sur l'extérieur.

Il conviendra de s'assurer que le projet présente toutes les garanties d'un fonctionnement en UHR (espaces d'activités et de bien-être) et non un fonctionnement d'unité « traditionnelle » qui ne répondent que partiellement aux objectifs du cahier des charges.

### **II-B. - CREATION D'UNE UHR DANS UN EHPAD NEUF OU PAR EXTENSION**

Le projet devra impérativement répondre à l'ensemble des critères du cahier des charges.

<b>ANNEXE 3 : Répartition des UHR du secteur médico-social</b>
--

Régions	Total malades en ALD15 et/ou traités année 2007	% d'ALD par région en % du total France	Nombre d'UHR médico-sociales à échéance 2012
Alsace	8 169	2,24%	3
Aquitaine	22 767	6,23%	7
Auvergne	8 318	2,28%	3
Bourgogne	10 277	2,81%	3
Bretagne	20 165	5,52%	7
Centre	15 307	4,19%	5
Champagne-Ardenne	7 683	2,10%	3
Corse	1 779	0,49%	1
Franche-Comté	6 180	1,69%	2
Ile de France	52 556	14,39%	17
Languedoc-Roussillon	20 486	5,61%	7
Limousin	6 673	1,83%	2
Lorraine	10 640	2,91%	3
Midi-Pyrénées	21 324	5,84%	7
Nord-Pas-de-Calais	18 773	5,14%	6
Basse-Normandie	9 318	2,55%	3
Haute-Normandie	8 854	2,42%	3
Pays de la Loire	18 023	4,94%	6
Picardie	9 535	2,61%	3
Poitou-Charentes	10 317	2,83%	3
Provence-Alpes-Côte-D'azur	38 812	10,63%	13
Rhône-Alpes	33 622	9,21%	11
D.O.M.	5 599	1,53%	2
<b>Total France entière :</b>	<b>365 177</b>	<b>100,00%</b>	<b>119</b>

Calcul sur 14 places par UHR

<b>ANNEXE 4 : Equipes de SSIAD renforcées</b>
---

Régions	Total malades en ALD15 et/ou traités année 2007	% d'ALD par département en % du total France	Nombre d'équipes SSIAD renforcées (500)
Alsace	8 169	2,23%	11
Aquitaine	22 767	6,21%	31
Auvergne	8 318	2,27%	11
Bourgogne	10 277	2,80%	14
Bretagne	20 165	5,50%	28
Centre	15 307	4,18%	21
Champagne-Ardennes	7 683	2,10%	10
Corse	1 779	0,49%	2
Franche-Comté	6 180	1,69%	8
Ile de France	52 556	14,34%	72
Languedoc-Roussillon	20 486	5,59%	28
Limousin	6 673	1,82%	9
Lorraine	10 640	2,90%	15
Midi-Pyrénées	21 324	5,82%	29
Nord-Pas-de-Calais	20 095	5,48%	27
Basse-Normandie	9 318	2,54%	13
Haute-Normandie	8 854	2,42%	12
Pays de la Loire	18 023	4,92%	25
Picardie	9 535	2,60%	13
Poitou-Charentes	10 317	2,82%	14
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	38 812	10,59%	53
Rhône-alpes	33 622	9,17%	46
D.O.M.	5 599	1,53%	8
Total France entière :	366 499	100,00%	500

**Etude comparative de prise en charge de résidents relevant de soins palliatifs par des infirmières de nuit**

Les soins palliatifs, érigés au rang de « mission du service public hospitalier » par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, ont connu une nouvelle impulsion avec la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

La loi reconnaît désormais à « toute personne malade dont l'état le requiert (...) le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement » (cf. article L.1110-9 du code de la santé publique). Les soins ainsi visés sont définis comme des « soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile », qui « visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » (cf. article L.1110-10 du code de la santé publique).

Si les soins palliatifs se sont d'abord développés en établissement de santé, ils ont également vocation à être pratiqués à domicile et en établissements médico-sociaux. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont dès à présent un rôle central en la matière, compte tenu de la population hébergée.

Cependant dans ces établissements, une partie seulement des résidents bénéficient de soins palliatifs ; généralement, ils n'appellent pas des moyens techniques et humains aussi importants que ceux déployés dans les structures spécialisées. Une étude du CREDOC, portant sur « les perceptions et les attentes des professionnels de santé, des bénévoles et des familles des malades dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs », identifie ainsi deux situations de fin de vie types, qui suscitent chacune des réponses différentes en termes de soins et d'accompagnement :

- La personne âgée grabataire, sans pathologie évolutive particulière.
- La personne âgée souffrant d'une pathologie entrant en phase terminale.

La possibilité pour chacun de choisir son lieu de fin de vie, que ce soit à domicile, ou en institution, constitue l'un des objectifs phares du *Programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012*. Pour que les personnes âgées en fin de vie puissent exercer librement ce choix, il est nécessaire de leur offrir, à domicile, comme en EHPAD, les soins et l'accompagnement qui leur sont nécessaires.

Ces soins ne suffisent pas toujours. En effet, les EHPAD, quels que soient les moyens dont ils disposent, n'ont pas vocation avec leurs moyens propres à prendre en charge les fins de vie les plus difficiles, les structures spécialisées telles que les unités de soins palliatifs ou l'HAD étant destinées à ces situations plus complexes.

Or, comme l'a souligné le rapport annuel du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement (du 9 novembre 2007), de nombreux facteurs s'opposent aujourd'hui à la « garantie d'une unité de lieu de fin de vie pour les personnes âgées ». Le rapport identifie ainsi, comme obstacle à la prise en charge palliative en EHPAD, la carence d'infirmières de nuit, particulièrement dans les structures de petite taille ainsi que le déficit de formation des personnels soignants.

Plusieurs propositions ont suivi ce constat :

- Favoriser la formation des personnels des EHPAD ainsi que celle des intervenants extérieurs.
- Favoriser la prise en charge des malades en fin de vie dans les établissements de plus de 150 places, grâce à la présence d'infirmières de nuit.
- Donner aux autres établissements (i.e. ceux de moins de 150 places) le budget nécessaire pour rémunérer l'intervention de nuit d'une infirmière libérale lorsqu'un accompagnement de fin de vie nécessite une telle intervention.

Prenant acte de ces propositions, le *Programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012*, préconise, via la mesure VII de ce programme, la réalisation d'une expérimentation qui permette de mesurer l'impact du recours à une infirmière de nuit sur la prise en charge des personnes en fin de vie dans les EHPAD.

L'étude commanditée, doit permettre d'appréhender l'apport de la présence d'infirmière de nuit, dans les EHPAD ayant développé une culture et une démarche palliative, comme dans ceux ne s'étant encore que très peu - voir pas du tout - préparé à ce type de prise en charge.

## **I. OBJECTIFS ET CONTENU DE LA PRESTATION ATTENDUE**

### **1.1. Les objectifs de la prestation**

Cette étude devra analyser les conséquences en termes de prise en charge palliative de la présence ou du recours à une infirmière de nuit dans un EHPAD, ainsi que les modalités d'intervention et de prise en charge mises en œuvre par les établissements ne bénéficiant ni de la présence permanente d'une infirmière ni de l'intervention ponctuelle d'une infirmière de nuit, pour assurer la prise en charge des personnes en fin de vie, notamment par la mise en place d'astreintes opérationnelles.

A ce titre, deux axes de travail sont à approfondir au travers de cette étude :

- ➔ La comparaison entre trois modes d'organisation en EHPAD : les établissements disposant d'infirmier de nuit (sur place et de façon permanente), ceux mettant en place une astreinte opérationnelle d'infirmier de nuit et ceux, enfin, ne disposant d'aucun temps disponible d'infirmier la nuit.
- ➔ Un approfondissement des modalités de mise en œuvre de l'astreinte opérationnelle d'un infirmier de nuit.

### **1.2. Le champ de l'étude**

L'étude sera réalisée sur un échantillon de 3 établissements volontaires par région métropolitaine, dont la liste sera arrêtée par l'ARS.

Cet échantillon sera constitué :

- d'un EHPAD avec IDE de nuit sur place, en permanence ;
- d'un EHPAD mettant en place un dispositif d'astreinte opérationnelle d'infirmier de nuit ;
- d'un EHPAD sans aucun temps d'infirmier de nuit.

Il est préférable de disposer d'EHPAD ayant des profils de résidents en terme de pathologies et de dépendance le plus similaires possibles, afin d'éviter des biais quant aux résultats obtenus.

### **Eléments relatifs à l'astreinte opérationnelle :**

Il s'agit d'une astreinte à domicile, durant laquelle le professionnel doit rester joignable à tout moment pour pouvoir répondre en cas d'appel dans les plus brefs délais, et apporter ainsi une réponse à distance, ou être amené à se déplacer dans l'établissement.

Le paiement des astreintes opérationnelles relève de l'application de la convention collective de référence, si cette dernière le prévoit. Les conventions prévoyant ce mode d'organisation intègrent généralement :

- Une indemnité d'astreinte pour chaque heure d'astreinte correspondant au tiers du salaire horaire indiciaire du salarié;
- Une rémunération en cas de temps de travail effectif (demande d'intervention au cours d'une astreinte) : ce temps est rémunéré selon le salaire horaire indiciaire correspondant à l'emploi du salarié et comprend une compensation financière pour l'intervention de nuit. Ce salaire se substitue à l'indemnité d'astreinte pendant la période d'intervention, qui comprend le temps de trajet et l'intervention proprement dite.

L'ARS fait remonter à l'adresse suivante : [polebudgetaire@cnsa.fr](mailto:polebudgetaire@cnsa.fr) pour le 15 septembre 2010 au plus tard l'état des lieux de sa sélection d'EHPAD, en précisant les éventuelles difficultés rencontrées.

La saisie des données par les 3 EHPAD sélectionnés doit démarrer au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2010, afin de disposer au début de l'année 2011 des premiers éléments comparatifs.

## **II. MODALITES DE SUIVI ET EVALUATION DE LA PRESTATION**

Indicateurs à remplir :

- Par l'ensemble des 3 EHPAD de l'échantillon régional : le tableau 1 ci-joint, qui spécifie pour les résidents relevant de soins palliatifs le nombre d'hospitalisation et de décès survenus durant la période couverte par l'étude ;
- Par les seuls EHPAD mettant en œuvre le dispositif d'astreinte opérationnelle : les tableaux 2 et 3 ci-joints, relatifs à l'activité relevée lors des astreintes opérationnelles (tableau n°2) et au coût effectif de cette mesure (tableau n°3).

L'ensemble des données recueillies porte exclusivement sur les résidents relevant de soins palliatifs.

Ces tableaux, renseignés chaque mois pendant 6 mois à compter du démarrage de l'étude dans votre région, doivent vous être transmis chaque mois par les EHPAD concernés, puis transférés à l'adresse suivante : [polebudgetaire@cnsa.fr](mailto:polebudgetaire@cnsa.fr), pour analyse nationale.

Il est précisé que ces tableaux ne doivent pas être modifiés dans leur forme par les établissements, afin d'en faciliter le traitement statistique global.

## **III. FINANCEMENT ET DUREE DE LA PRESTATION**

Le financement spécifique de la prestation, intégré dans la notification 2010 de la CNSA, porte exclusivement sur la mise en place de l'astreinte opérationnelle de nuit, qui concerne donc un EHPAD par région métropolitaine.

Il est précisé que l'étude proprement dite porte sur une durée de 6 mois, durant laquelle les EHPAD concernés et les ARS devront transmettre les tableaux selon le circuit explicité supra. Néanmoins, afin de faciliter la mise en œuvre de l'astreinte opérationnelle dans les établissements volontaires, son financement est alloué par la CNSA pour une durée de 12 mois, sur crédits non reconductibles, à hauteur de 50 000 € délégués entièrement en 2010.

<b>ANNEXE 5 : L'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en EHPAD – cahier des charges</b>
---

La possibilité pour chacun de choisir son lieu de fin de vie, que ce soit à domicile ou en institution, constitue l'un des objectifs phares du Programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012. Or, comme l'a souligné le rapport annuel du Comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de 2007, de nombreux facteurs s'opposent aujourd'hui à la « garantie d'une unité de lieu de fin de vie pour les personnes âgées », notamment en établissement. Le rapport identifie ainsi, comme obstacle à la prise en charge palliative en EHPAD, la carence d'infirmières de nuit, particulièrement dans les structures de petite taille ainsi que le déficit de formation des personnels soignants.

Prenant acte de ces constats, le Programme de développement des soins palliatifs pour 2008-2012, prévoit, via sa mesure VII, la réalisation d'une expérimentation permettant de mesurer l'impact du recours à une infirmière de nuit sur la prise en charge des personnes en fin de vie dans les EHPAD.

Cette expérimentation qui sera menée dans les 22 régions métropolitaines, vise :

- d'une part à comparer les établissements selon que ceux-ci ont recours ou non à une infirmière de nuit (sur place ou par une astreinte opérationnelle), notamment au regard du taux d'hospitalisation ;
- d'autre part, à mettre en place et expérimenter sur 22 EHPAD de l'échantillon précédent une astreinte opérationnelle de nuit pour répondre aux besoins en soins palliatifs. Cette expérimentation d'une durée d'un an est financée à hauteur de 50 000 euros par EHPAD et vise le financement des astreintes et des interventions des infirmières de nuit. Une première tranche (6 mois) de 25 000 euros sera notifiée aux ARS à compter de juillet 2010 pour la réalisation de cette expérimentation. Les crédits correspondants sont notifiés par la CNSA dans vos enveloppes régionales : la mise en œuvre de cette mesure intervient sur 6 mois à compter de juillet 2010 et un montant de 25 000 € devra être provisionné pour couvrir l'effet 2011.

Vous devez informer les EHPAD de votre région de la mise en place de cette expérimentation, recueillir les candidatures et sélectionner les EHPAD volontaires pour l'étude comparative (3 par région) et pour l'expérimentation (un établissement par région). Chaque région doit être en mesure de désigner les 3 types d'établissements. La liste des établissements volontaires répondant aux critères du cahier des charges, qui figure à la présente annexe, devra être transmise à la CNSA (polebudgetaire@cnsa.fr) qui procédera à la remontée des indicateurs.

**Tableau n°1 - Relevé des hospitalisations concernant les seuls résidents relevant de soins palliatifs**

<b>Région:</b>	
<b>Mois de saisie:</b>	
<b>Dénomination de l'EHPAD:</b>	
<b>Capacité:</b>	
<b>GMPS:</b>	
<b>GMP:</b>	
<b>Tarif global ou tarif partiel (indiquer TG ou TP):</b>	
<b>Existence d'une pharmacie à usage intérieur (PUI): Oui/Non</b>	
<b>Dispose d'une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs (oui/non)</b>	
<b>Les IDE de l'établissement sont-ils formés aux soins palliatifs?</b>	
<b>Les personnels de nuit sont-ils formés aux soins palliatifs?</b>	
<b>Case à cocher:</b>	







<b>ANNEXE 6 : La convergence tarifaire en 2010</b>
--

Le dispositif d'allocation budgétaire aux ESMS a été, en 2008, profondément transformé par la mise en place d'un dispositif de tarifs plafonds. Ce pouvoir reconnu au ministre de fixer des tarifs plafonds a été complété (article 63 de la LFSS pour 2009) par la reconnaissance d'un pouvoir lui permettant de fixer également les modalités destinées à ramener les tarifs dépassant lesdits plafonds au niveau de ces derniers.

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 des populations accueillies, mesuré et apprécié via les référentiels PATHOS pour le soins et AGGIR pour la dépendance, justifie le caractère homogène des ressources allouées en fonction de la cotation établie à l'aide de ces référentiels.

Dans ce cadre, l'arrêté ministériel du 26 février 2009 a fixé les modalités de calcul des valeurs plafonds et les modalités de convergence des EHPAD en dépassement. Les principes directeurs en étaient les suivants :

- une revalorisation limitée à 0,5 % des budgets des établissements en dépassement en 2009 ;
- une convergence tarifaire continue de 2010 à 2016 ramenant, à l'issue de la période, tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds.

En 2010, vous veillerez à appliquer les modalités de retour aux tarifs plafonds suivantes :

- Vous informerez systématiquement tous les établissements qui présentent un dépassement des tarifs plafonds 2010 qu'ils ont la possibilité de contractualiser les économies à réaliser dans le cadre d'un avenant à la convention tripartite, plutôt que d'appliquer de façon automatique la convergence par septièmes. **Cette contractualisation est de droit pour tout établissement qui la sollicite dès lors qu'il s'engage à résorber son dépassement d'ici le 31 décembre 2016, terme de la période prévue pour la convergence. A l'inverse, l'abattement d'un septième s'applique automatiquement dès lors qu'il n'y a pas de convention ou d'avenant à la convention tripartite.**
- Pour les établissements dont le dépassement des tarifs plafonds est inférieur ou égal à 10 %, il devra être procédé au gel de leur dotation 2009 (reconduite pour un montant identique en 2010) ou à l'application d'un taux de reconduction des moyens n'excédant pas 0,5 %, compatible avec vos enveloppes limitatives, assortis d'un échancier relatif à un retour au tarif plafond d'ici 2016. Ce gel constitue en soi une première étape de résorption des dépassements dans la perspective maintenue de ramener tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds en 2016 et engendre un effort financier soutenable les six années suivantes eu égard au faible taux de dépassement des plafonds des établissements concernés. Par ailleurs, si la gestion de la masse salariale, de la population accueillie ou d'autres éléments permettent de contractualiser dans la convention tripartite, un échelonnement différent des économies à réaliser pour un retour à l'équilibre en 2016 au plus tard, cette solution doit être, en tout état de cause, retenue.
- Pour les établissements dont le niveau de dépassement des tarifs plafonds 2010 est supérieur à 10 %, vous examinerez et formaliserez avec les directeurs concernés les diverses modalités contractuelles de réduction de l'écart constaté entre leur dotation et la dotation résultant de l'application des valeurs plafonds d'ici à 2016. Ces modalités peuvent être les suivantes :
  - o l'engagement d'accueillir une population dont le niveau de besoins en soins requis est en meilleure adéquation avec la dotation dont ils disposent,
  - o une option volontaire pour le tarif global,
  - o la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée (UHR ou PASA),

- une gestion prévisionnelle des emplois faisant porter l'effort sur les années où interviennent les départs naturels (retraite) et permettant de décaler dans le temps ou de reporter en fin de période de convergence les efforts financiers à fournir,
- et/ou encore tout autre moyen que tel directeur d'établissement jugerait utile pour ramener sa dotation aux tarifs plafonds à un rythme en phase avec les évolutions de sa structure. A cet égard, il convient de rappeler qu'il convient d'éviter toute mesure de licenciement de personnel.

L'ensemble des mesures prévues, qu'elles aient une origine tarifaire ou qu'elles relèvent des choix de gestion de l'établissement, leur opérationnalité et leur échéancier doivent être formalisés contractuellement avec l'agence régionale de santé (ARS) et doit s'accompagner de la restitution, au minimum, d'un quinzième du montant du dépassement constaté en 2010. En tout état de cause, vous veillerez à faire remonter les situations dans lesquelles l'atteinte de la convergence en 7 ans risquerait de provoquer des licenciements.

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.

Enfin, pour compléter les modalités de retour des dotations soins aux tarifs plafonds, il vous est demandé de porter une attention particulière aux établissements qui, à la suite du renouvellement de leur coupe PATHOS alors qu'ils sont déjà tarifés au GMPS, verraient leur GMPS varier à la baisse et se trouveraient, de fait, en situation de convergence. Dans la continuité de ce qu'indiquent les circulaires budgétaires et qui consiste à ne prendre en compte, pour abonder la dotation soins, que les progressions de GMPS égales ou supérieures à 50 points, le nouveau calcul de la dotation soins n'intervient qu'en cas de baisse du GMPS d'au moins 50 points. Cette mesure permet d'éviter les effets perturbants de variations conjoncturelles des dotations soins des établissements. Dès lors que l'établissement « sort » de la fourchette indiquée, la convergence lui est appliquée. Il sera alors consigné dans la convention tripartite la différence constatée entre les deux niveaux de GMPS. Toute variation ultérieure dudit GMPS devra être rapportée non à sa précédente valeur mais à celle qui a déterminé le montant de la dotation soins de l'établissement.

L'équation GMPS constitue la base de calcul pour l'ensemble des établissements y compris ceux qui ne bénéficient pas encore de la tarification au GMPS. Pour ces derniers, l'équation GMPS repose sur le PMP moyen national établi à la fin 2009, 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 2010.

Dans le cadre de la mission reconnue par l'article L314-3 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 procédera au calcul de l'impact qui en résulte pour vos dotations régionales et départementales.

<b>ANNEXE 7– Détail des créations de places « PH » 2010 et plans thématiques</b>
--

### **1. Le plan pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie (2008-2012)**

La mise en œuvre du plan pluriannuel de création de places va mobiliser plus de 360 millions d'euros de ressources nouvelles en faveur des établissements et services pour personnes handicapées. 2010 correspond à la troisième annuité de ce plan : au total cette année, ce sont donc près de 5 500 places nouvelles qui seront financées.

Concernant les enfants, les efforts seront poursuivis pour améliorer la prévention et l'accompagnement pour la scolarisation en milieu ordinaire, avec la création ou l'extension de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (correspondant à l'équivalent de 15 CAMSP), de centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (correspondant à l'équivalent de 12 CMPP) et 1 000 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) auxquelles doivent s'ajouter des places issues de transformation d'établissements. Conformément aux plans annoncés par le Gouvernement, une attention particulière sera portée sur certains publics prioritaires, tels que les enfants autistes (300 nouvelles places en IME et 200 en SESSAD), les enfants déficients visuels (140 nouvelles places en SESSAD), les enfants polyhandicapés (100 places en IME et IMPRO) et les enfants souffrant de déficience intellectuelle (150 places IME et IMPRO).

Concernant les adultes, la mobilisation visera à résorber les listes d'attente existantes. Comme en 2009, 1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM) seront financées et 300 places de foyers de vie seront médicalisées. Les efforts porteront également sur le développement de l'offre de services à domicile afin de donner sa pleine effectivité au projet de vie des adultes handicapés qui souhaitent rester à leur domicile. Au total, ce sont donc 1 500 places nouvelles de SSIAD et de SAMSAH qui seront créées, dont 500 places de SAMSAH dédiées aux personnes handicapées psychiques.

### **2. Le second plan autisme**

Le second plan autisme, qui porte sur la période 2008/2010 répond à la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la prise en charge de l'autisme, en privilégiant trois niveaux d'action: mieux connaître pour mieux former, mieux repérer pour mieux accompagner et diversifier les prises en charge dans le respect des droits fondamentaux de la personne. Dans cet objectif il est prévu un renforcement des moyens des centres de ressources autisme pour leur permettre d'assurer leurs missions et la création de places, qui s'inscrivent dans le cadre du plan pluriannuel précité, doivent nécessairement tenir compte du coût de l'accompagnement renforcé nécessaire dans les structures concernées, dans le respect global des calibres de création de places.

Votre attention est appelée, dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan en 2010, sur trois mesures plus particulières :

- les créations de places : les crédits inscrits à l'OGD personnes handicapées en 2010 doivent permettre le financement de 200 places de SESSAD, 300 places d'IME et 400 places de MAS/FAM pour personnes autistes ;
- le suivi de la mise en œuvre de la mesure 29 du plan, conformément à la circulaire DGAS/3C/2010/05 du 5 janvier 2010 : cette mesure prévoit l'expérimentation de modèles de prise en charge des enfants autistes encore peu répandus en France dans le secteur médico-social. Elle constitue une des cinq « mesures phares » du plan. Il vous revient tout particulièrement de veiller à la bonne articulation de la structure avec l'ensemble des partenaires pour la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation. Les conditions

d'évaluation de ces structures expérimentales vous seront prochainement précisées, dès l'achèvement des travaux engagés par l'ANESMS sur ce point ;

- la consolidation des centres ressource autisme : 2 M€ sont prévus dans le cadre de l'OGD 2010 pour renforcer les CRA les moins dotés.

### **3. Le plan handicap visuel**

Le plan handicap visuel couvre la période 2008-2010 et vise à améliorer l'accessibilité de la cité et renforcer la compensation et l'accompagnement des personnes aveugles ou malvoyantes. En matière de création de places, deux axes sont privilégiés :

- le soutien au développement de l'autonomie des enfants, à travers le financement en 2010 de 140 places de service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (S3AIS) ;
- la prise en charge des personnes aveugles ou malvoyantes avec des handicaps associés, notamment, la surdicécité, à travers le financement de places de MAS/FAM (cf. schéma handicap rare).

### **4. Le plan en direction des personnes sourdes et malentendantes**

Le plan en faveur des personnes sourdes présenté le 10 février dernier, qui s'inscrit dans la continuité de la loi du 11 février 2005, est doté sur une durée de trois ans (2010-2012) de 52 millions d'euros. Il doit permettre :

- d'améliorer la prévention, le dépistage et l'accompagnement lors de la découverte d'une déficience ;
- de mieux prendre en compte la déficience auditive à tous les âges de la vie (école, enseignement, emploi, personnes âgées devenues sourdes) ;
- de rendre notre société plus accessible aux personnes sourdes ou malentendantes.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, votre attention est attirée sur la mise en œuvre de trois mesures qui vous concernent plus particulièrement :

- la mesure 11, qui prévoit que vous recensiez les réseaux de professionnels sensibilisés aux troubles spécifiques des personnes sourdes, malentendantes ou devenues sourdes, afin de rendre cette information disponible dans les MDPH ;
- la mesure 12 qui vous demande de veiller à la présence, dans les projets d'établissements et services pour personnes sourdes ou malentendantes qui vous sont soumis, d'un volet « accompagnement des parents et des familles » ;
- la mesure 13 qui prévoit Renforcer l'offre en services d'accompagnement familial et à l'éducation précoce (SAFEP) et en centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) : en 2010, 3 nouveaux CAMSP seront financés, ainsi que 180 nouvelles places de SAFEP.

### **5. Le schéma national « handicap rares »**

Le schéma national « handicaps rares » présenté fin 2009 a notamment comme objectif d'améliorer l'accompagnement des personnes et de leurs familles. Doté de plus de 35 millions d'euros sur une période de cinq ans, il va permettre en particulier d'ici 2013 de conforter et développer les missions

des centres de ressources nationaux handicap rare et dans le cadre du plan pluriannuel précité d'assurer après un diagnostic préalable des ressources existantes en matière d'accompagnement des personnes concernées, la création de 300 nouvelles places en établissements spécialisés ainsi que le renforcement de l'accompagnement à domicile.

**6. La mise en œuvre du décret du 20 mars 2009 sur les établissements et services accueillant des personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie**

Parallèlement aux créations de places en établissements (notamment en MAS) et conformément aux dispositions de la loi du 11 février 2005, le décret n° 2009-322 du 20 mars 2009 fixe un socle commun d'obligations aux établissements et services qui accueillent ou accompagnent des adultes polyhandicapés (MAS, FAM et SAMSAH) et plus largement des personnes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie. Ce texte vise à améliorer la qualité, la continuité et la sécurité de l'accompagnement en renforçant notamment la dimension pluridisciplinaire de la prise en charge. Les établissements et services qui accueillaient déjà cette population disposent d'un délai de cinq ans pour se mettre en conformité avec ces nouvelles obligations.

Une circulaire est actuellement en préparation pour expliciter et préciser la portée de ces nouvelles dispositions réglementaires.

<b>ANNEXE 8 : Actualisation des règles comptables des ESMS privés lucratifs et non lucratifs.</b>
---

Le plan de compte applicable aux ESMS a été révisé par deux arrêtés :

- l'arrêté du 21 décembre 2009 relatif au plan comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux
- l'arrêté du 15 février 2010 relatif au plan comptable M22 bis applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux.

Ces arrêtés s'inscrivent dans le cadre de la révision de l'instruction comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux qui a fait l'objet de deux avis favorables du conseil national de la comptabilité en date du 4 mai 2007 et du 7 mai 2008. Ces arrêtés ont par ailleurs fait l'objet de deux avis favorables de la commission consultative d'évaluation des normes lors de sa séance du 3 décembre 2009. L'instruction M22, et notamment son tome 1, est transposée au secteur non lucratif sous la référence M22bis.

L'actualisation des règles comptables issue de la M22 repose sur:

- en M22 création :
  - compte 116.3- Autres droits acquis par les salariés non provisionnés en application du 3° de l'article R.314-45 du CASF*
  - compte 44585- TVA à régulariser – retenue de garantie*
  - compte 453 - EHPAD*
  - compte 6439- Remboursements sur rémunérations des personnes handicapées*
  - compte 6469- Remboursements sur charges de sécurité sociale et de prévoyance des personnes handicapées*
  - compte 6479- Remboursements sur autres charges sociales*
- en M22 modification :
  - compte 455- Services relevant de l'article R314-74 du CASF*
- en M22bis création :
  - compte 44585- TVA à régulariser – retenue de garantie*
  - compte 6439- Remboursements sur rémunérations des personnes handicapées*
  - compte 6469- Remboursement sur charges de sécurité sociale et de prévoyance des personnes handicapées*
  - compte 6476- Remboursements sur autres charges sociales*

## ANNEXE 9 : les mesures de soutien à l'investissement

Dans la limite de vos trésoreries d'enveloppes, des crédits non reconductibles pourront être mobilisés en application de l'article D.314-206 ouvrant deux possibilités aux établissements médico-sociaux pour lesquels les crédits d'assurance maladie peuvent financer ce type de dépenses :

- les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations, qui sont constituées en vue d'une reprise sur provision au fur et à mesure des charges d'amortissements et frais financiers constatés liés à l'investissement<sup>3</sup>;
- les amortissements dérogatoires, qui sont comptabilisés au titre de provisions réglementées et constituées pour des durées plus courtes d'amortissement que la durée d'utilisation de l'actif<sup>4</sup>.

Vous avez en outre la possibilité d'affecter d'éventuels excédents d'exploitation au financement de mesures d'investissement (compte 10682) en application du 2° de l'article R 314-52 du CASF. Cette modalité d'affectation du résultat devra être privilégiée dans le cadre de l'instruction des comptes administratifs 2009 (ou comptes administratifs 2008 en attente d'affectation) pour les ESMS dont les programmes d'investissements et leurs plans de financement présenteraient des surcoûts d'exploitation significatifs.

Vous veillerez ensuite au développement des dispositifs budgétaires et comptables issus des instructions M22 et M22bis permettant de minorer l'impact des projets d'investissements sur les budgets de fonctionnement des ESMS. Les impacts majeurs des programmes d'investissements sont essentiellement liés à la hausse des dotations aux amortissements (comptes 68) et des frais financiers liés à l'emprunt (en comptes 66). Les charges de groupe III peuvent ainsi présenter une augmentation forte dès lors que le plan de financement aura été approuvé par l'autorité de tarification.

---

<sup>3</sup> Provision en compte 68142 au budget de fonctionnement, compte 142 au bilan et reprise en compte 78742.

<sup>4</sup> Dotation en compte 68725 au compte de résultat, compte 145 au bilan et reprise en compte 78725.

<b>ANNEXE 10 : GVT prévisionnels 2010</b>
---

A titre d'information les GVT prévisionnels retenus au niveau national pour l'année 2010 sont les suivants :

- Convention collective du 15 mars 1966 : 0,60%
- Convention collective du 31 octobre 1951 : 0,25%
- Convention collective de la Croix rouge française : 0,68%
- Convention collective du 25 août 1965 : 0,67%

Ces GVT nationaux vous sont donnés à titre indicatif et peuvent faire l'objet d'ajustements en fonction de la situation de chaque établissement ou service.

<b>ANNEXE 11 : Modalités de restitution des trop perçus au titre du forfait journalier hospitalier au cours de l'exercice 2009</b>
--

- L'exercice 2010 va permettre l'identification, établissement par établissement, des sommes versées et perçues à tort au titre de l'exercice 2009 : les services de la CNAMTS sont en charge de l'identification de ces montants qui vous seront transmis dans le cadre d'une instruction ultérieure ;
- Vos services auront la charge de l'identification de ces sommes dans le cadre de l'analyse des comptes administratifs 2009 qui devra intervenir entre le 30 avril 2010 et le 31 décembre 2010, sur la base des montants identifiés et transmis par la CNAMTS ;
- L'analyse des comptes administratifs 2009 va permettre d'isoler, dans le résultat d'exploitation, la part issue des sommes versées et perçues à tort au titre de l'application de la circulaire du 4 mars 2009 : vous veillerez en conséquence à reprendre, lors de l'affectation du résultat de l'exercice 2009 par vos services, la part de l'excédent correspondant au trop-perçu dans le cadre du 1° de l'article R.314-51 du CASF. En cas de déficit d'exploitation constaté, la part issue des sommes versées et perçues à tort devra également être isolée dans le résultat et ne pourra atténuer le montant du déficit proposé par l'établissement ;

Il vous appartient d'informer les établissements concernés de l'application de cette démarche dans le cadre de l'analyse des comptes administratifs 2009. Une information, effectuée le plus en amont possible du dépôt des comptes administratifs 2009, permettra aux gestionnaires d'isoler ces sommes versées et perçues à tort au titre de l'application de la circulaire du 4 mars 2009 dans leur proposition d'affectation du résultat 2009.

Il ressort des développements précédents que la récupération effective de ces sommes sera 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.

Il est important de rappeler aux gestionnaires que ces sommes versées et perçues à tort constituent une part de la trésorerie des établissements et que la tarification 2011 ne conduira pas à une minoration des recettes perçues au titre du fonctionnement de la structure mais bien de la récupération de sommes perçues et maintenues en trésorerie. La recette FJ constitue bien une somme perçue et versée à tort et non un excédent d'exploitation. Son montant, une fois identifié, ne doit pas être provisionné dans le compte administratif pour être repris dans sa totalité.

S'agissant des ESMS entrant dans le périmètre d'un CPOM, 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 des trop perçus 2009 dans la minoration du montant de celle-ci.