

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ

Direction générale de l'action sociale

Sous-direction des âges de la vie

Bureau des personnes âgées (2C)

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau des établissements de santé
et des établissements médico-sociaux (1A)

Circulaire interministérielle DGAS/DSS n° 2008-54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées

NOR : MJSA0830071C

Date d'application : immédiate.

Annexe : les formations Pathos 2008.

Le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information).

ANNEXE

LES FORMATIONS PATHOS 2008

I. – ACHÈVEMENT DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION ET POURSUITE DE LA MÉDICALISATION DES ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

I.1. Les mesures de tarification pour les établissements n'ayant pas signé leur convention tripartite au 31 décembre 2007

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 rassemble les dispositions relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment la tarification des structures hébergeant des personnes âgées dépendantes n'ayant pas souscrit la convention tripartite à l'échéance du 31 décembre 2007, conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Ce dernier prévoit que tous les établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées dépendantes, mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du même code ainsi que les établissements dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique dont le GIR moyen pondéré est supérieur à 300 doivent avoir signé une convention tripartite au plus tard le 31 décembre 2007. Cette disposition s'impose à tous les établissements. Un certain nombre d'établissements n'ont pas signé de convention tripartite avant le 31 décembre 2007. Les raisons peuvent en être diverses. Pour l'achèvement du conventionnement initial, il est rappelé que vous pouvez faire appel, autant que de besoin, à la mission d'appui aux services déconcentrés nouvellement créée et dont l'instruction du 29 janvier 2008 sur la tarification par arrêté vous a présenté les modalités d'intervention.

En tout état de cause, si la convention pluriannuelle n'a pas été signée avant le 31 décembre 2007 et si l'établissement ne s'apprête pas, de manière imminente, à signer début 2008 une convention tripartite, il vous appartient de mettre en œuvre une tarification par voie d'arrêté de la façon suivante :

a) L'arrêté de tarification précise de quelle manière est réalisée la tarification des établissements non signataires d'une convention tripartite au 1^{er} janvier 2008

a 1. Les structures ne disposant pas de dotation globale de soins

Pour les structures n'ayant pas d'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, la tarification par arrêté s'applique sans formalités. C'est en effet dans le cadre de la préparation et de la signature de la convention tripartite que sera formellement sollicitée l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, soumise à l'avis du CROSMS. Il convient toutefois de s'assurer de la constitution du dossier *ad hoc* tel que prévu par l'arrêté du 6 juin 2002.

L'arrêté de tarification détermine le forfait global de soins applicable à l'établissement selon la formule de calcul suivante :

– valeur du point fixé par arrêté ministériel * GMP de la structure * capacité installée.

La valeur du point est fixée par arrêté ministériel à 9,64 €. A cette valeur s'ajoute l'attribution d'une dotation forfaitaire au titre de la réintégration des dispositifs médicaux déterminée de la même façon pour tous les établissements qui ne sont pas tarifés au GMPS (soit 2,32 € par jour et par place en année pleine, voir *infra*).

Si l'établissement n'a pas recruté un médecin coordonnateur, il sera procédé, au terme de l'exercice budgétaire, au reversement des crédits d'assurance maladie prévus à cette fin et représentant une somme de 470 € par place.

a 2. Les structures disposant antérieurement au 31 décembre 2007 d'une dotation soins : option tarifaire

Pour les structures disposant antérieurement au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et d'un forfait de soins en application des dispositions transitoires de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001, l'arrêté du préfet fixera le montant du forfait global de soins en retenant la solution la plus avantageuse entre les deux options suivantes :

– soit maintien de la dotation 2007 d'assurance maladie :

– le forfait global de soins correspondra, pour la totalité de la capacité installée, au niveau du montant constaté des dotations reçues pour l'exercice budgétaire de 2007 (euros courants), sans comporter de revalorisation ;

– soit application de l'équation résultant d'un tarif soins à la place :

– le forfait global de soins correspondra au montant obtenu par la formule suivante : 9,64 € * GMP * capacité installée (mode de tarification explicité en a 1).

Les instructions relatives au financement des soins dans les unités de soins de longue durée (USLD), auxquelles s'appliquent les dispositions de l'article 69-II de la loi de financement pour 2008, figureront dans la circulaire tarifaire des établissements de santé en préparation à la DHOS et des instructions conjointes DHOS/DGAS interviendront sur les modalités de partition des capacités pour 2009 et 2010.

Le mode de tarification optionnel explicité ci-dessus est la règle. Néanmoins, certaines situations spécifiques, en fonction notamment des caractéristiques des résidents et au regard de la nécessité de garantir le maintien de la qualité du service rendu, nécessiteront un traitement particulier lorsque l'option résultant de l'application d'un tarif soins à la place ne permet pas d'abonder la dotation soins constatée au 31 décembre 2007 et est donc susceptible d'entraîner des difficultés de fonctionnement importantes pour les établissements concernés. Exceptionnellement, ces établissements seront rendus éligibles, sous réserve de la signature de la convention tripartite et dès celle-ci intervenue ainsi que sur présentation d'une coupe Pathos validée par la direction régionale du service médical de la CNAMTS, à la tarification au GMPS (GIR moyen pondéré soins) selon une procédure adaptée.

Pour ces cas particuliers, les services déconcentrés sont tenus de faire appel à la procédure d'accompagnement et d'expertise de la mission d'appui, telle que précisée dans l'instruction du 29 janvier dernier, et d'agir en accord avec celle-ci notamment pour gérer la période de transition conduisant à la signature de la convention tripartite.

a 3. Périmètre des charges supportées par les dotations soins fixées par arrêté

La dotation « soins » fixée par arrêté ainsi déterminée doit contenir le périmètre de charges suivant, défini aux articles R. 314-162 et R. 314-167 (2°) du CASF :

- les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives au médecin coordonnateur et aux médecins salariés exerçant dans l'établissement ;
- les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives aux infirmiers et autres auxiliaires médicaux salariés exerçant dans l'établissement ;
- les charges correspondant aux rémunérations des infirmiers libéraux intervenant dans l'établissement ;
- les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives aux aides soignants et aides médico-psychologiques dans les conditions prévues par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 (art. R. 314-162 et R. 314-164 du CASF).

Si l'établissement n'a pas recruté un médecin coordonnateur, il sera procédé, au terme de l'exercice budgétaire, au reversement des crédits d'assurance maladie prévus à cette fin et représentant une somme de 470 € par place.

Afin de rendre efficient le dispositif de tarification par arrêté des établissements visés dans ce paragraphe, vous veillerez tout particulièrement à ce qu'ils répondent aux exigences posées par l'article R. 314-169 du CASF, à savoir la remise, chaque semestre, à la caisse pivot d'assurance maladie de la liste des personnes hébergées ainsi que les mouvements intervenus au cours des six derniers mois. Ces listes doivent mentionner le nom et prénom de l'assuré social, le nom de l'organisme de prise en charge, assorti du numéro de centre de paiement, la date d'entrée dans l'établissement et, le cas échéant, la date de sortie. Cette liste doit comporter le numéro FINESS de l'établissement ainsi que le niveau de points GIR de chaque résident.

Vous veillerez également à ce que les établissements concernés remplissent les conditions de l'article R. 314-104 du CASF, à savoir qu'ils remettent un compte d'emploi. De telle sorte que les financements de l'assurance maladie qui n'auraient pas reçu l'affectation prévue fassent l'objet d'un reversement.

b) Dans le même temps, l'arrêté préfectoral fixe des objectifs simples assignés à l'établissement conformément aux préconisations de l'arrêté ministériel fixant le tarif à la place ainsi qu'un socle minimal d'objectifs visant à assurer un fonctionnement de l'établissement conforme à la loi et au règlement.

Il s'agit des objectifs suivants qui concourent directement au respect des droits des résidents : contenu du règlement de fonctionnement (art. L. 311-7 du CASF), rédaction du livret d'accueil et du contrat de séjour-type, documents relevant tous d'une obligation légale prévue à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que la mise en place du conseil de la vie sociale dans les conditions fixées par les articles L. 311-6 et D. 311-3 et suivants et, le cas échéant, l'emploi d'un médecin coordonnateur. Concernant le médecin coordonnateur, si l'établissement décide de ne pas remplir cet objectif, il vous est demandé de prévoir la déduction du coût de sa prise en charge du forfait global de soins fixé dans l'arrêté préfectoral. Enfin, et ceci constitue un objectif et non un préalable, il convient de s'assurer de la constitution du dossier destiné à recueillir l'avis du CROSMS nécessaire à la délivrance de l'autorisation de dispenser des soins (article L. 313-12-IV, 2° alinéa et arrêté du 6 juin 2002, CASF, édition 2007, p. 1255 et suivantes).

c) La réintégration des dispositifs médicaux

La réintégration des dispositifs médicaux prévue par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et pour 2007 concerne tous les établissements sans pharmacie à usage intérieur, y

compris les établissements non conventionnés, qu'ils fassent l'objet de la mesure de gel ou qu'ils se voient appliquer un tarif soins à la place. Leur budget sera révisé une fois intervenue la publication de l'arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux.

Le montant transféré de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale correspond à 320 M€ en année pleine. Ce montant a été déterminé sur la base des estimations de dépenses annuelles de résidents dans les établissements sans pharmacie à usage intérieur (PUI) au titre des dispositifs médicaux visés.

En ce qui concerne l'année 2008, et afin de laisser le temps aux acteurs de terrain de s'organiser, la réintégration des dispositifs médicaux interviendra à compter du 1^{er} août 2008.

Pour tous les établissements qui ne sont pas éligibles à l'allocation des ressources d'assurance maladie via le GMPS, vous veillerez à réintégrer la prise en charge des dispositifs médicaux sous forme d'un forfait à la place, soit en année pleine 847 € par résident et par an (2,32 €/jour en considérant un taux moyen d'occupation de 100 %). Cette mesure ne concerne que les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur, qu'ils soient en tarif partiel ou global, les dispositifs médicaux étant déjà pris en charge par les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur.

En ce qui concerne l'année 2008, la revalorisation à la place se fera *pro rata temporis* au 1^{er} août 2008. Le montant de la revalorisation à la place pour 2008 sera de 353 € (847 × 5/12).

Pour les établissements éligibles à l'allocation des ressources d'assurance maladie via le GMPS, l'augmentation de la ressource d'assurance maladie pourra tenir compte de façon plus fine de la réalité de la charge en soins de l'établissement, mesurée par sa production de points GMPS. C'est ainsi que la valeur du point GMPS sera augmentée d'une valeur moyenne de 0,79 €, ce qui équivaut également à une hausse moyenne en année pleine de 847 €. Ce chiffre sera évidemment plus élevé pour un établissement dont la production de points par place est élevée.

Au titre de l'année 2008, les valeurs plafonds indicatives du GMPS précisées ci-après au I-2-2-A intègrent les dispositifs médicaux à compter du 1^{er} août 2008 pour une durée de cinq mois, soit une hausse de 0,33 € par point.

Exemple d'un établissement de 100 lits sans PUI, éligible à la tarification au GMPS, dont le GMP est de 650 et le PMP de 160 :

La réintégration des DM au 1^{er} août représente un montant de 35 125 € selon le mode de calcul suivant :

$$[650 + (160 \times 2,59)] \times 0,33 \times 100$$

L'arrêté en cours de publication détaille la liste des dispositifs médicaux concernés par cette réintégration budgétaire au sein du forfait soins des établissements sans PUI. La CNAMTS effectuera des contrôles pour prévenir les doubles prises en charge des dispositifs (ville et forfaits soins). A cet égard, il est indispensable que l'obligation de transmission semestrielle des listes de résidents en EHPAD soit observée par les établissements. A défaut, les caisses pivots d'assurance maladie pourraient procéder à des opérations de récupération des montants indûment versés.

En ce qui concerne plus particulièrement les dispositifs médicaux amortissables, il convient de rappeler que la réintégration de ces dispositifs dans les forfaits soins des EHPAD n'empêche pas l'obligation pour les gestionnaires de recourir à l'achat plutôt qu'à la location. Les gestionnaires pourront ainsi décider, selon les cas et le type de matériel, de recourir à l'achat ou au contraire de conclure avec les professionnels du secteur des contrats de location/ entretien ou de location/vente.

Vous veillerez à l'occasion des contrôles d'établissements ou plus généralement lors des négociations, suivis et renouvellements de conventions tripartites à ce que, dans un souci de qualité de la prise en charge des résidents, les moyens budgétaires consacrés par l'établissement aux dispositifs médicaux réintégrés dans son forfait soient identifiés ou à tout le moins identifiables.

Un premier bilan portant sur les conditions et le montant du transfert d'enveloppe sera fait au bout d'un an afin d'apprécier la bonne marche de la mesure et suivre l'évolution des dépenses. Par ailleurs, l'incidence des avancées technologiques sera également prise en compte dans l'évolution de cette dotation à l'avenir.

I.2. Règles de médicalisation des établissements

I.2.1. La médicalisation des logements foyers

Une circulaire spécifique détaillant les nouvelles modalités de conventionnement et de médicalisation de ces établissements (décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 et article 69-VII de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008) ainsi que la réglementation applicable en matière de sécurité incendie (circulaire n° 2007-36 DDSC/DGAS/DGUHC du 15 mai 2007), est en préparation.

En voici les principales dispositions :

- les logements foyers qui ne bénéficient pas d'une autorisation de dispenser des soins, qui ont un GMP supérieur à 300 et moins de 10 % de résidents classés en GIR 1 et 2 peuvent soit déroger à l'obligation de conventionner, soit conventionner partiellement pour la partie correspondant à l'accueil de personnes âgées dépendantes, dans les conditions prévues dans le décret du 9 mai 2007 précité ;

- les logements foyers bénéficiant d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux (ancienne section de cure médicale), quel que soit leur GMP, et dont le nombre de résidents en GIR 1 et 2 ne dépasse pas 10 % de la capacité peuvent conventionner pour une partie seulement de leur capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes, dans les conditions architecturales prévues dans le décret du 9 mai 2007 ;
- les logements foyers qui ne sont pas habilités à dispenser des soins aux assurés sociaux dont le GMP est inférieur à 300 conservent au-delà du 31 décembre 2007 leur forfaits soins courants, dès lors que ceux-ci correspondent aux dépenses relatives à la rémunération des personnels de soins salariés par les établissements et aux charges sociales et fiscales y afférentes.

1.2.2. Rappel des modalités de tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2006 et 2007 prévoient une réintégration des dispositifs médicaux dans les tarifs afférents aux soins des EHPAD ne disposant de pharmacie à usage intérieur (PUI) au 1^{er} janvier 2008. Les modes de tarification dont les règles vous sont expliquées ci-dessous prennent en compte, de façon systématique, la réintégration des dispositifs médicaux.

A. – RÈGLES DE TARIFICATION BASÉES SUR LE GIR MOYEN PONDÉRÉ SOINS (GMPS)

L'unité de compte, le point GIR moyen pondéré soins (GMPS), agrégeant le GMP et le PMP de l'établissement, est issue des coupes PATHOS validées (article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, article 56 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles). Elles sont réalisées par les médecins coordonnateurs des établissements.

L'annexe vous rappelle les conditions d'utilisation de l'outil Pathos et vous précise les modalités de mise en œuvre du dispositif de formation afférent à la réalisation des coupes dans les quelques 1 100 à 1 200 établissements concernés en 2008 par l'entrée dans la tarification au GMPS.

Le dispositif 2008, qui fait l'objet d'une nouvelle mission confiée au docteur Jean-Marie Vetel, est centré sur la « formation des formateurs » afin de mettre en place, en liaison avec les DRASS, un dispositif pérenne reposant dans chaque région sur une équipe de formateurs référents composée d'un médecin conseil à la caisse régionale d'assurance maladie et d'un ou deux médecins gériatres volontaires.

Une journée nationale de formation et d'échanges, animée par le docteur Vetel et la CNAMTS, est organisée le 14 mars prochain à Paris à l'attention des formateurs référents régionaux qui ont donné leur accord pour conduire cette mission de formation en région et qui se verront, à cette occasion, remettre différents outils pédagogiques.

Dans le prolongement de la journée du 14 mars, une ou plusieurs sessions de formation seront organisées d'ici la fin de l'année, avec l'appui logistique des DRASS, dans chaque région pour installer les équipes régionales de formateurs référents à l'outil Pathos ainsi constituées et pour assurer la formation des médecins coordonnateurs concernés par la tarification au GMPS.

Les établissements pouvant prétendre à ce nouveau mode de calcul de leur dotation soins sont prioritairement les suivants :

- ceux qui renouvellent leur convention tripartite en 2008 ;
- ou ceux dont le GMP validé est supérieur ou égal à 800 ;
- ou ceux qui ont opté ou décideraient d'opter pour le tarif global.

Au-delà de ces établissements prioritaires, dès lors que le disponible d'enveloppe le permet, peuvent bénéficier du calcul de leur dotation « soins » sur la base du GMPS, sous réserve de disposer d'une coupe PATHOS ayant fait l'objet d'une validation explicite par la direction régionale du service médical de la CRAM :

- les établissements nouvellement créés ;
- les établissements dont les moyens acquis antérieurement, via le mode de calcul de la DOMINIC, ont été contenus dans les limites du plafond qui prévalait alors dans les circulaires successives et s'avèrent désormais insuffisants ;
- les établissements dont le GMP est supérieur à 700 ;
- à titre exceptionnel et dans les conditions prévues par la présente circulaire, les établissements primo-conventionnants évoqués supra au I-1-a-2 qui rencontreraient de graves difficultés financières.

Pour les structures signataires d'une convention tripartite qui ne serait pas encore arrivée à échéance, vous modifierez l'attribution des crédits d'assurance maladie par voie d'avenant à la convention en cours. Vous pourrez, alors, en contrepartie de l'apport supplémentaire des crédits d'assurance maladie issus de la tarification au GMPS, inscrire dans l'avenant, des objectifs « qualité » supplémentaires.

Enfin, il est rappelé que le tarif global a été revalorisé via le calcul de la valeur du point GMPS. Il devient ainsi particulièrement avantageux pour les établissements qui souhaiteraient l'adopter, le plafond de ressources du tarif global étant supérieur de 30 % au plafond du tarif partiel. De plus, il

permet une prise en charge coordonnée et de qualité des résidents. C'est pourquoi il est recommandé de calculer de façon systématique les deux modalités de tarification pour les établissements qui passeront dans le nouveau mode de tarification afin qu'ils puissent choisir l'option tarifaire en connaissance de cause.

Afin de bénéficier du calcul de leur dotation soins au GMPS, les structures doivent, au préalable, procéder à une coupe PATHOS qui sera validée par la direction régionale du service médical de l'assurance maladie. Les coupes transversales sont réalisées par les médecins coordonnateurs des établissements qui saisissent les données et les fournissent aux praticiens conseils du ressort de leur établissement sur une base au format GALAAD V3 (logiciel téléchargeable sur ameli.fr de la CNAMTS dans la rubrique documentation technique). Cette transmission des données s'effectue selon le calendrier fixé conjointement entre la structure et le praticien conseil en charge des validations.

En période de croisière et pour les établissements passés à la tarification au GMPS, il est convenu avec la CNAMTS que les révisions des coupes PATHOS ayant fait l'objet d'une validation au cours d'une année N constituent la base pour le calcul de la dotation soins de l'année N + 1.

En revanche, les établissements éligibles en 2008 au nouveau mode de calcul de leur dotation soins par application du GMPS en bénéficient prorata temporis à compter de la date de validation de leur coupe PATHOS.

La coupe est réputée acquise si la validation n'est pas réalisée dans les trois mois suivant la réception des données par le service, sans préjudice des résultats de contrôles ultérieurs de cohérence, possibles à tout moment. Conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 juin 2007, en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le praticien conseil sur la validation de la coupe, la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article R. 314-170 du code de l'action sociale et des familles détermine le « pathos moyen pondéré » (PMP) de l'établissement.

Afin de maintenir une charge de travail acceptable et d'éviter des modifications trop fréquentes, incompatibles avec une gestion prévisionnelle, une coupe PATHOS est réalisée tous les deux ans – avec révision consécutive de la tarification de l'établissement dans les conditions précisées ci-après –, sans préjudice des coupes réalisées à l'initiative de l'administration.

Par ailleurs une liste des informations indispensables à conserver au niveau de l'EHPAD sera définie pour faciliter les coupes et leur validation.

La formule de calcul appliquée pour déterminer les dotations budgétaires des établissements qui relèvent des dispositions de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et de l'objectif de dépenses géré par la CNSA est la suivante :

Pour la France métropolitaine :

Tarif global avec PUI = 12,40 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Tarif global sans PUI = 11,42 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Tarif partiel avec PUI = 9,78 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Tarif partiel sans PUI = 8,85 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Pour les départements d'Outre-Mer :

Tarif global avec PUI = 14,89 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Tarif global sans PUI = 13,64 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Tarif partiel avec PUI = 11,74 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Tarif partiel sans PUI = 10,51 € * (GMP + (PMP*2,59)) * capacité exploitée

Elle intègre la revalorisation de la valeur du point et l'intégration des dispositifs médicaux dans les tarifs soins des établissements.

Il vous est rappelé qu'aucun crédit d'assurance maladie supplémentaire ne pourra être attribué au-delà de la norme de financement établie par la coupe PATHOS, y compris au titre de la reconduction.

En revanche, le montant de cette norme de financement, issu de la coupe, révélant un besoin de crédits approprié à une prise en charge de résidents requérant des soins médicaux et techniques importants ne peut être contesté par les autorités tarifaires.

Afin de respecter le principe de réduction des inégalités entre établissements de même catégorie prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, dans le cas où le coefficient soins issu de la coupe transversale s'avérerait inférieur au coefficient soins servant actuellement au calcul de la dotation d'assurance maladie, vous veillerez à définir, très précisément, dans le cadre de la convention, les conditions dans lesquelles l'établissement revient à une dotation qui soit cohérente avec les besoins en soins médicaux et techniques requis par ses résidents.

Si l'établissement souhaite conserver la dotation à un niveau supérieur à ce que révèle le besoin de financement réel établi à partir de la coupe PATHOS, il doit s'engager à mettre en adéquation son niveau actuel d'allocation d'assurance maladie avec le niveau de soins médicaux et techniques des résidents qu'il accueille. Tant que le différentiel entre la dotation antérieurement acquise par la structure et le niveau de dotation réelle révélé par le calcul GMPS sur la base de la coupe PATHOS persiste, il n'est procédé à aucune revalorisation de la dotation jusqu'à ce que l'équilibre soit recouvré.

Par exemple, un établissement qui aurait une dotation de 1 235 M € alors que celle-ci, calculée sur la base du GMPS, s'élève à 1 050 M € ne recevra aucun crédit supplémentaire tant que le niveau de dotation n'est pas en adéquation avec les besoins en actes révélés par la coupe PATHOS. Ainsi, en N, l'établissement conserve la dotation fixée en N-1, à savoir 1 235 M €.

Concernant la revalorisation de la dotation en fonction du niveau de dépendance et de l'état pathologique de la population accueillie, vous augmenterez, sur la base de coupes validées, la dotation soins des établissements à partir d'une progression du GMPS égale ou supérieure à 50 points. Toutefois, vous ne procéderez à aucune revalorisation des dotations des établissements qui auraient encore une dotation supérieure à ce qui résulte du calcul au GMPS.

Les établissements renouvelant leur convention tripartite et éligibles à l'allocation de leurs crédits d'assurance maladie au moyen du GMPS ne peuvent invoquer le dispositif dit du « clapet anti-retour » qui doit être résorbé en fin de première convention tripartite (art. R. 314-188 du CASF – dernier alinéa). Quant à ceux qui sont en situation de clapet anti-retour (au titre de l'article R. 314-188 précité), dont la première convention tripartite n'est pas échue et qui passent en tarification GMPS, deux cas de figure se présentent :

- soit le montant du clapet est inférieur à l'allocation de ressources via le GMPS : le clapet est pris en charge par le passage à la tarification au GMPS ;
- soit le montant du clapet est supérieur à l'allocation de ressources via le GMPS : vous maintenez le différentiel entre le montant avec clapet de l'allocation antérieure et le besoin de financement constaté par l'allocation au GMPS et vous mettez en œuvre la réduction de ce différentiel d'ici à la date d'échéance de la première convention (art. R. 314-188 du CASF – dernier alinéa).

B. – LES ÉTABLISSEMENTS QUI NE SONT PAS ÉLIGIBLES À L'ALLOCATION DES RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE VIA LE GMPS

Pour les établissements qui ne sont pas éligibles à la tarification au GMPS, les valeurs de référence plafonds sont également fixées ci-dessous afin de mettre en œuvre le principe de convergence tarifaire inscrit à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles.

Tarif global avec PUI = $11,4 \text{ €} * (\text{GMP} + 300) * \text{capacité exploitée}$

Tarif global sans PUI = $611,4 \text{ €} * (\text{GMP} + 160) * \text{capacité exploitée}$

Tarif partiel avec PUI = $10,1 \text{ €} * (\text{GMP} + 300) * \text{capacité exploitée}$

Tarif partiel sans PUI = $10,1 \text{ €} * (\text{GMP} + 160) * \text{capacité exploitée}$

En référence aux valeurs indiquées ci-dessus, les établissements ne bénéficiant pas encore du calcul de leur dotation soins sur la base du GMPS pourront voir revaloriser leur dotation dans les conditions suivantes :

Une fois la réintégration des dispositifs médicaux opérée de façon forfaitaire, s'agissant de la revalorisation de la dotation soins en fonction du niveau de dépendance de la population accueillie, vous augmenterez la dotation de l'établissement dès lors que la progression du nombre de points de GMP validée sera égale ou supérieure à 20 points, et ce, uniquement pour les établissements dont la dotation est inférieure ou égale au niveau plafond défini ci-dessus.

Concernant la revalorisation de la masse salariale, vous veillerez à pondérer l'évolution moyenne du taux de reconduction des ressources d'assurance maladie à la hausse ou à la baisse selon que les ressources d'assurance maladie de l'établissement s'écartent de façon significative des valeurs définies ci-dessus (voir infra au VI de la présente circulaire « mesures de reconduction et mesures salariales » pages 24/25).

Exemples :

Soit un établissement de 100 places dont le GMP s'établit à 650 :

- en tarif partiel sans PUI ;
- qui a perçu une dotation d'assurance maladie de 651 112 € en 2007 (DOMINIC + 40 %) ;
- qui réintègre les dispositifs médicaux le 1^{er} août 2008.

Il reçoit forfaitairement à ce titre $847 \text{ €} * (5/12) * 100 = 35 300 \text{ €}$

Sa dotation de base 2008 est donc de 686 412 € (651 112 + 35 300).

La dotation plafond de référence pour cet établissement est de : $10,1 \text{ €} * (650 + 160) * 100$.

Soit 818 100 € ; il est donc éligible à une revalorisation de sa dotation de soins au titre de la masse salariale d'un minimum de 2,11 % en 2008.

Si le même établissement a vu son GMP progresser de 20 points depuis 2007, sa dotation d'assurance maladie pour 2008, calculée sur un GMP de 670, sera de 668 024 € à laquelle s'ajoutera la réintégration des DM au 1^{er} août soit au total 703 324 € < au plafond de 838 300 € ($10,1 \text{ €} * (670 + 160) * 100$), ce qui le rend éligible à une revalorisation de sa dotation sur la base d'une augmentation de 20 points du GMP.

Soit un deuxième établissement de 80 places, dont le GMP est aussi de 650 :

- en tarif partiel sans PUI ;
- qui a perçu une dotation d'assurance maladie de 669 715 € en 2007 (DOMINIC + 80 %) ;
- qui réintègre les dispositifs médicaux le 1^{er} août 2008.

Il reçoit forfaitairement à ce titre $847 \text{ €} * (5/12) * 80 = 28 250 \text{ €}$.

Sa dotation de base 2008 est donc de 697 965 € (669 715 + 28 250).

La dotation plafond de référence pour ce deuxième établissement est de 654 480 € (10,1 * (650 + 160) * 80) ; sa dotation d'assurance maladie est donc supérieure à ce plafond et par conséquent le taux de reconduction qui lui est applicable en 2008 sera, au mieux, égal à 2,11 %.

Si ce même établissement a vu son GMP progresser de 20 points depuis 2007, sa dotation d'assurance maladie pour 2008, calculée sur la base d'un GMP de 670, sera de 687 110 €, à laquelle s'ajouteront 28 250 € au titre de la réintégration forfaitaire des dispositifs médicaux au 1^{er} mai 2008, soit 715 360 € > 670 640 € de la dotation de convergence applicable à cet établissement (10,1* (670 + 160) * 80) : cet établissement ne pourra pas prétendre en 2008 à une revalorisation de sa dotation d'assurance maladie au titre de l'augmentation de son GMP de 20 points.

Les établissements signant leur convention tripartite initiale en 2008 sans être éligibles au dispositif de tarification au GMPS ne pourront en aucun cas bénéficier de crédits d'assurance maladie supplémentaires au-delà de ces plafonds. Vous veillerez, dans la mesure du possible, à aligner la dotation de ces établissements sur la valeur moyenne de la dotation accordée sur l'ensemble du département.

En revanche, il convient de préciser que les établissements dont les ressources d'assurance maladie sont supérieures aux plafonds définis ci-dessus bénéficient dans des conditions identiques aux autres établissements de l'abondement budgétaire au titre de la prise en compte des dispositifs médicaux (847 €/place/an en année pleine et 353 €/place en 2008 pour une réintégration à compter du 1^{er} août).

C. – LES RÈGLES DE TARIFICATION DES UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD) DONT LA CAPACITÉ, APRÈS PARTITION, DEVIENT MÉDICO-SOCIALE

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes, l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit la répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (USLD) mentionnées au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (art. 84) prévoit que cette répartition des capacités doit se faire sur trois ans. Ainsi, les partitions et transformations seront arrêtées conjointement par les ARH et les préfets de département au plus tard le 30 juin 2009, cette date constituant une date butoir.

Les règles de répartition des enveloppes entre enveloppe USLD et enveloppe médico-sociale et les modalités de tarification des capacités USLD devenues médico-sociales feront l'objet d'une instruction conjointe aux DDASS/DRASS et aux ARH.

II. – Mise en œuvre du plan solidarité grand âge (volet créations) : amélioration de la capacité d'accueil à domicile et en établissements

II. – 1. *Les créations de places d'EHPAD*

Le plan solidarité grand âge prévoit une création totale de 30 000 places d'EHPAD sur la durée du plan. Néanmoins, les remontées réalisées grâce aux PRIAC révèlent un besoin plus important en capacités d'accueil dans ces établissements.

C'est pourquoi le Gouvernement a décidé d'accélérer le rythme de créations des places d'EHPAD en le portant à 7 500 places en 2008. Dans le même temps, il a été décidé de renforcer les moyens consacrés aux établissements créés, en faisant passer le niveau de dotation à la place de ces créations de 7 500 € en 2007 à 8 700 € en 2008. Pour ce faire, une enveloppe de 65,3 M € vous sera notifiée par la CNSA.

II. – 2. *Le développement des alternatives à l'hébergement complet*

II. – 2.1. L'aide au soutien à domicile des personnes âgées par la création de places de SSIAD

Le plan solidarité grand âge met l'accent sur le rééquilibrage de l'offre de services entre établissements et domicile. A ce titre, les SSIAD sont un dispositif central du plan, car ils ont pour mission de prévenir et différer l'accueil en établissement, ainsi qu'un levier essentiel du dispositif de maintien à domicile qui n'est possible que si existe une offre de soins suffisamment dense, de qualité et de proximité. Aussi, l'OGD 2008 maintient l'effort entrepris les années précédentes en développant ce type d'accueil à hauteur de 6 000 places de SSIAD créées pour un montant de 31,5 M € (sur la base de 6 mois de fonctionnement) qui vous seront notifiés par la CNSA.

Il vous est donc demandé de veiller à une couverture géographique équilibrée des SSIAD et de faire en sorte que les promoteurs susceptibles de créer des places nouvelles bénéficient du soutien nécessaire pour mener leur projet à terme, en ajustant au mieux les moyens budgétaires dont vous disposez au regard du coût moyen à la place. Cette régulation des places et leur répartition territoriale devront tenir compte de l'offre en soins des infirmiers libéraux et des mesures prises quant aux procédures d'installation, le protocole du 22 juin 2007 entre les infirmiers libéraux et l'assurance

maladie relatif à la régulation des installations et l'article 46 de la LFSS pour 2008 visant à assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et à déterminer les mesures d'adaptation, notamment incitatives, susceptibles d'être appliquées aux infirmières libérales. Les Etats généraux de l'offre de soins organisés en février 2008 seront ainsi l'occasion d'aborder l'ensemble des problèmes liés à la démographie médicale, qu'il s'agisse de répartition territoriale, de formation ou de mode d'exercice professionnel.

L'étude menée de façon conjointe par le ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, la CNAMTS avec le concours et l'expertise scientifique de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), visant à mieux identifier et caractériser les patients dits lourds, à mieux les orienter et à tarifier les services qui les prennent en charge sur des bases objectives, a fait l'objet d'une restitution les 29 et 31 janvier derniers. Les données abondantes et documentées recueillies auprès de 2 179 patients de SSIAD dans 13 départements et 5 régions vont faire l'objet d'une exploitation approfondie pour permettre une tarification ajustée prenant en compte la charge en soins requis des services de soins infirmiers à domicile.

II. – 2.2. La diversification de l'offre permettant le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés : accueil de jour et hébergement temporaire

*Création des places d'accueil de jour
et mise en œuvre de la prise en charge du transport*

Le financement des places d'accueil de jour (2 125) vous est alloué sur la base de 6 mois de fonctionnement pour un montant de 10,7 M € prévu dans l'ONDAM pour 2008, notifiés en février par la CNSA. Il correspond à une volonté forte, inscrite dans le plan solidarité grand âge, de proposer des modes d'hébergement relais et des dispositifs de répit aux personnes et aux familles qui font le choix de demeurer à domicile.

D'une part, nous vous rappelons que ces mesures nouvelles prennent en compte l'organisation et la solvabilisation du transport des personnes du domicile à l'accueil de jour qui, jusqu'alors, représentait un obstacle majeur à leur développement. La nécessité de promouvoir cette prise en charge est d'autant plus forte que l'un des objectifs du Gouvernement est, avec le plan Alzheimer, de permettre une montée en charge rapide des dispositifs de prise en charge des patients atteints de maladies neuro-dégénératives.

D'autre part, vous veillerez à réintroduire la mesure « transport en accueil de jour » dans la tarification des places d'accueil de jour installées et autorisées avant le 31 décembre 2006. En effet, les places notifiées en 2007 et 2008 prévoient déjà l'intégration du coût du transport. Une enveloppe est prévue à cet effet dans l'ONDAM. Vous vous assurerez auprès des établissements de la mise en œuvre effective d'un dispositif de transport adapté et vous en établirez le bilan : le maintien du forfait transport est subordonné à l'existence de ce dispositif.

Un arrêté du 5 juin 2007 fixant les montants plafonds pour 2007 a été publié au *Journal officiel* le 28 juin 2007. Les montants plafonds 2008 sont revalorisés de 1,6 % dans le cadre d'un arrêté en cours de publication.

Création des places d'hébergement temporaire

Les crédits permettant la création de 1 125 places d'hébergement temporaire sur la base des moyens alloués correspondant à six mois de fonctionnement sont notifiés par la CNSA. Le montant prévu dans l'ONDAM 2008 est de 6 M€.

Il convient de rappeler que l'hébergement temporaire doit s'entendre comme un service permettant le répit des aidants ainsi qu'un moyen d'assurer la continuité de prise en charge à la suite, par exemple d'une chute ou d'une hospitalisation. L'hébergement temporaire doit également, dans la mesure du possible, être pensé en articulation avec les places d'accueil de jour, dans le cadre de plate-forme multiservice et s'inscrit comme ces dernières dans la dynamique du plan Alzheimer.

III. – MISE EN ŒUVRE DU DÉCRET N° 1554-2007 SUR LES FRAIS FINANCIERS
ET LES AMORTISSEMENTS DÉROGATOIRES

De nouvelles charges d'amortissements des investissements devraient vous être proposées par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et des établissements médicalisés pour personnes handicapées. Tel est le cas, dans le cadre de la mise en œuvre du décret du 31 octobre 2007 dit « sécurité électrique » ou l'achat de gros matériel, notamment de lits médicalisés, lié à la réintégration des dispositifs médicaux. En effet, dans ce dernier cas, la réintégration dans le tarif de cette charge est calculée sur la base d'un amortissement annuel de la valeur résiduelle de ces dispositifs. Ainsi, la première année de réintégration des dispositifs médicaux, le risque est, pour les établissements recourant de façon massive à la location, de préférer l'achat du matériel qu'ils amortiront sur plusieurs années. Le coût d'achat initial de ces matériels dépasse donc nécessairement le coût de réintégration prévu dans le tarif. De la même façon le décret n° 2007-1344 du 12 septembre 2007 pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile prévoit des dispositions diverses visant à mettre en œuvre le dispositif de sécurité électrique (une circulaire spécifique vous sera adressée sur ce sujet).

Les investissements ainsi réalisés par les établissements devront donc être pris en charge sur les sections d'investissement des structures.

Néanmoins, certaines aides ou mécanismes comptables peuvent contribuer à financer une partie de ces investissements et à neutraliser les surcoûts d'amortissement.

En effet, en matière d'investissement, l'acquisition et l'amortissement des équipements fournisseurs d'énergie peuvent bénéficier de mécanismes comptables comme les amortissements dérogatoires, les provisions réglementées pour renouvellement d'immobilisation, les excédents affectés à la compensation des amortissements au titre de la sécurité qui ont été présentés dans l'instruction n° DGAS/SD5B/ 2007/319 du 17 août 2007 relative au plan comptable et à certains mécanismes comptables applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article R. 314-1 du code de l'action sociale et des familles et aux organismes gestionnaires relevant de l'article R. 314-81 du même code, ce qui présente l'avantage essentiel de ne pas faire supporter sur la section tarifaire hébergement les surcoûts d'amortissement. Les nouveaux articles D. 314-205 et D. 314-206 insérés par le décret n° 2007-1554 du 31 octobre 2007 relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux précisent les conditions de leur mise en œuvre. Ce dispositif ne concerne pas les dispositifs médicaux dont l'amortissement est prévu dans le calcul de la dotation de l'établissement et sa revalorisation annuelle.

Nous vous rappelons également que vous pouvez, dans le cadre d'opérations non reconductibles, recourir à votre trésorerie d'enveloppe. Les investissements visés en exemple dans ce paragraphe peuvent être pris en charge, en partie, par ce disponible.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit de permettre à la CNSA de contribuer au financement notamment de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux. Une instruction de la CNSA vous sera communiquée ultérieurement.

IV. – ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES HANDICAPÉES – PROGRAMME DE CRÉATION DE PLACES POUR L'ANNÉE 2008

Le montant des crédits inscrits en 2008 dans l'ONDAM pour créer des places supplémentaires en établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées s'élève à 267,3 millions d'euros (contre 238,2 millions d'euros en 2007) ; soit 78,7 millions d'euros en direction des enfants et adolescents, 153,7 millions d'euros pour les adultes et 35 millions d'euros de mesures complémentaires de rebasage (CAMPS, poly handicap, CPOM et plan pour la Réunion).

Ces mesures nouvelles prévues pour 2008 vont permettre de consolider l'atteinte des objectifs de renforcement des moyens et d'amélioration de l'accueil des personnes handicapées sur le territoire national fixés par les pouvoirs publics dans un contexte caractérisé par :

- une stabilité globale des personnes handicapées à accompagner ;
- un allongement de la vie des enfants et adultes, y compris les plus lourdement handicapés, qui se traduit par des besoins d'accompagnement médico-sociaux nouveaux et diversifiés visant à garantir le développement du maximum d'autonomie à tous les âges ;
- une relative stagnation du nombre de jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants et adolescents par défaut de places disponibles en établissements pour adultes (environ 5 000 enfants et adolescents concernés) ;
- la persistance de listes d'attente importantes (entre 15 000 et 17 000 enfants et adolescents et entre 12 000 et 13 000 adultes) ;
- et maintien d'inégalités de ressources entre les territoires, malgré les efforts de rééquilibrage interrégionaux et interdépartementaux.

1. Les objectifs nationaux

La programmation des places nouvelles pour l'année 2008 s'inscrit dans la continuité du plan pluriannuel pour la période 2005-2007 et vise à renforcer la capacité d'accueil des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées ainsi que la qualité et la diversité des modes de prise en charge pour assurer un accompagnement adapté tout au long de la vie.

Cette programmation, qui s'appuie largement sur les programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC) établis par les préfets de région (DRASS et DDASS) en concertation avec les services du conseil général, vise à consolider la réalisation des objectifs prioritaires fixés par le précédent plan.

Il s'agit en particulier de corriger les disparités régionales et départementales en matière d'équipement, d'offrir une solution aux personnes les plus lourdement handicapées en attente d'un accueil en établissement ou service (en particulier les personnes polyhandicapées ou en situation de grande dépendance). Par ailleurs, cette programmation doit permettre de garantir le libre choix des personnes handicapées en mobilisant l'ensemble de la palette des réponses offertes par la réglementation, d'individualiser les prestations et de diversifier les modalités d'accueil et d'accompagnement en fonction des situations et des parcours de vie.

Il s'agit également de renforcer l'action médico-sociale précoce auprès des enfants et de leurs familles (CAMSP), de développer les prises en charge médico-psycho-pédagogiques (CMPP), de soutenir l'intégration scolaire individuelle ou collective et l'accompagnement à domicile et en milieu de vie ordinaire (SESSAD, SSIAD, SAMSAH), d'améliorer la qualité de la prise en charge en se

conformant aux nouvelles conditions techniques de fonctionnement (par exemple suite à la réforme des ITEP), de répondre aux besoins particuliers de certains publics spécifiquement insuffisamment pris en compte (personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement, personnes polyhandicapées ou personnes handicapées psychiques) ou d'apporter une réponse au vieillissement de la population accueillie dans les structures médico-sociales (par exemple par la médicalisation des foyers de vie et des foyers occupationnels).

Les politiques de développement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées que vous allez conduire dans vos régions et départements doivent fortement s'inspirer des objectifs nationaux tels qu'ils sont précisés dans la présente circulaire. La nécessité toutefois pour les services déconcentrés de l'État d'assurer la meilleure adéquation possible de ces objectifs avec l'observation des besoins tels qu'ils sont recensés et tels que vous avez pu les « prioriser » dans les territoires avec les PRIAC n'exclut nullement le pragmatisme pour faire face sans délai à telle ou telle situation qui peut être repérée en cours d'année. Si un besoin avéré suppose de modifier ponctuellement le PRIAC pour garantir la compatibilité de l'opération, le PRIAC reste votre outil et doit donc être modifié en conséquence. L'objet du PRIAC n'est pas de créer une contrainte sur les stratégies d'équipement, mais de les rendre explicites et transparentes.

Au total, la mise en œuvre de cette programmation pour 2008 devrait permettre au titre de l'ONDAM personnes handicapées :

- la création de 7 625 places supplémentaires en établissements et services ; à raison de 2 250 places pour enfants et adolescents handicapés et 5 375 places pour adultes handicapés ;
- ainsi que la création ou l'extension de nouveaux centres (CMPP, CAMSP, centres ressources).

Comme vous le savez, à cette programmation au titre de l'ONDAM médico-social pour personnes handicapées, s'ajoute, en 2008, pour les adultes handicapés, dans le cadre du programme 157 « Handicap et dépendance », la création de 2 000 places supplémentaires en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) pour des personnes handicapées qui n'ont pas la capacité momentanée ou durable de travailler en milieu ordinaire.

2. L'affectation des mesures nouvelles

a) Les mesures nouvelles affectées en 2008 aux enfants et aux adolescents handicapés se décomposent comme suit :

- la création ou l'extension de 22 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), avec un financement de 7 M€ ;
- la création ou l'extension de 12 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), pour un financement de 3,1 M€ ;
- la création de 1 250 places en services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), pour un financement de 21,12 M€ ;
- la création de 300 places en établissements ou services pour enfants et adolescents autistes, pour un financement de 15 M€ ;
- la création de 150 places en établissements pour polyhandicapés, pour un financement de 7,53 M€ ;
- la création de 300 places en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), pour un financement de 14,10 M€ ;
- la création de 200 places en établissements pour déficients intellectuels pour un financement de 6,80 M€ ;
- et la création de 50 places d'accueil temporaire pour enfants et adolescents, avec un financement de 2 M€.

b) Les mesures nouvelles affectées en 2008 aux personnes adultes handicapées sont les suivantes :

- la création de 910 places de maison d'accueil spécialisées (MAS) en faisant porter un effort tout particulier sur des places dédiées aux personnes autistes, aux personnes polyhandicapées et aux personnes handicapées psychiques, pour un financement de 62,02 M€ ;
- la création de 1 690 places de foyer d'accueil médicalisé (FAM) avec la même observation que concernant les MAS pour un financement de 43,19 M€ ;
- la médicalisation de 500 places de foyers de vie et de foyers occupationnels, pour un financement de 11,57 M€ ;
- la création de 2 100 places de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont 750 places dédiées aux personnes handicapées psychiques, pour un financement de 27,89 M€ ;
- la création de 175 places d'accueil temporaire pour adultes, pour un financement de 7 M€ ;
- la mise en œuvre ou la poursuite de mesures expérimentales, avec une enveloppe de 2 M€ ;
- une enveloppe de 2 M€ dédiée aux centres ressources.

3. La mise en œuvre des mesures nouvelles

Une attention particulière devra être apportée par les DRASS et les DDASS à la réalisation des objectifs suivants :

- le renforcement de l'action médico-sociale auprès des jeunes et de leurs familles avec le dépistage précoce du handicap dans le cadre d'un développement soutenu des CAMSP dans la mesure où les PRIAC que vous avez transmis à la CNSA placent cet objectif au rang des priorités régionales ;
- l'objectif est d'améliorer la couverture territoriale pour faciliter le recours aux CAMSP en assurant un maillage infra départemental de services, y compris par redéploiement, en veillant à la pluridisciplinarité des services, en articulation avec le secteur hospitalier et les professionnels libéraux.

La mise en conformité des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) avec le décret du 6 janvier 2005 et leur développement sur le territoire au regard des besoins existants.

Il convient tout d'abord de rappeler que le mode d'intervention des ITEP peut se faire sous la forme de services – SESSAD – ou en établissements sur le mode de l'accueil de jour ou de l'internat (conformément à la circulaire sur les ITEP de 2007). Le développement des ITEP est à mettre en œuvre dans un objectif de rééquilibrage d'équipements en faveur des territoires les moins équipés.

Cette année, l'objectif de création de 300 places supplémentaires d'ITEP soit 180 de plus qu'en 2007 pour un montant de 14,1 millions d'euros est en ligne avec les PRIAC qui font clairement remonter qu'à côté des places prévues pour les enfants autistes et polyhandicapés, il est également indispensable de prévoir des structures pour des enfants et adolescents qui ont des problèmes psychologiques entraînant des troubles graves du comportement.

Il est donc nécessaire de veiller à une meilleure couverture territoriale des ITEP dans la mesure où les réponses qui sont apportées aujourd'hui aux besoins dans ce domaine sont inégalement répartis sur le plan géographique. Il est essentiel par ailleurs que ces réponses soient programmées et élaborées avec l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et la protection de l'enfance (conseil général).

Le développement accéléré de l'accompagnement des personnes autistes.

Le plan autisme 2008-2010, dont le contenu devrait être annoncé par le Gouvernement dans les prochaines semaines, doit permettre de prolonger et d'amplifier l'effort entrepris les années précédentes dans le cadre du plan autisme 2005-2007, concernant l'accompagnement des personnes souffrant de ce handicap, qu'il s'agisse des enfants et adolescents mais aussi des adultes. A cet effet, il serait souhaitable d'atteindre un objectif de création de 300 places supplémentaires en établissements et services pour les enfants et adolescents, ce qui correspond à un besoin de financement de 15 M€, et de 400 places en MAS-FAM en direction des adultes correspondant à un besoin de financement de plus de 18,5 M€.

La diversification des modes d'accompagnement des personnes handicapées psychiques

L'objectif à atteindre en 2008 est la création de 400 places supplémentaires en établissements de type MAS ou FAM pour un montant d'environ 20 M€ et de 750 places en SAMSAH pour un montant de près de 12 M€.

Il est à préciser que ces places sont destinées en priorité à accueillir des personnes orientées par les CDAPH et qui se retrouvent sans solution ou restent à domicile par défaut. En outre, l'effort pour le développement des places de SAMSAH est à poursuivre pour renforcer l'accompagnement des personnes qui souhaitent le plus souvent vivre à domicile.

Par ailleurs, le plan santé mentale en cours de mise en œuvre estime à environ 13 000 personnes le nombre de patients hospitalisés en service de psychiatrie, de façon inadéquate, faute de relais médico-social ou social adapté. Il conviendrait donc, pour contribuer à résorber ce phénomène qui nuit en définitive aux personnes elles-mêmes dans la mesure où l'hospitalisation ne leur offre pas les prestations dont elles ont besoin, de rechercher comment poursuivre et d'accélérer, en lien avec les agences régionales de l'hospitalisation l'effort de recomposition par transformation de ces structures sanitaires en MAS ou FAM voire SAMSAH. Dans cette hypothèse, ces opérations devraient s'accompagner d'un transfert concomitant des crédits de l'enveloppe sanitaire à l'enveloppe médico-sociale, sans exclure naturellement un cofinancement partiel par l'enveloppe médico-sociale.

La médicalisation des foyers de vie et des foyers occupationnels

Les personnes handicapées connaissent aujourd'hui, comme le reste de la population, une augmentation spectaculaire de leur espérance de vie. Cette nouvelle longévité, qui leur fait désormais traverser, en grand nombre, des âges que peu atteignaient auparavant doit conduire à repenser les dispositifs d'accompagnement afin notamment de sécuriser le maintien de ces personnes dans des structures d'accueil médico-sociales de type foyers de vie ou foyers occupationnels. Pour ces derniers, il est essentiel par exemple qu'ils puissent accueillir en toute sécurité des personnes handicapées dont l'avancée en âge ne leur permet plus de travailler dans un établissement de travail protégé et qui peuvent par ailleurs avoir besoin ponctuellement de certains soins en raison de la dégradation de leur état de santé. Ainsi, des PRIAC témoignent de demandes urgentes d'accompagnement du vieillissement de personnes accueillies en foyers d'hébergement.

Pour y répondre et amorcer un processus de nature à éviter à des personnes handicapées des changements de mode d'accompagnement ou d'établissements très souvent mal ressentis, il est prévu cette année de permettre la médicalisation de places de foyers de vie ou occupationnels pour

un montant de 11,50 M€. Cette médicalisation pourra conduire à transformer une partie seulement du foyer de vie en FAM et sans que soit accordé le forfait plafond lorsque l'état de santé des résidents ne le nécessite pas.

A cet égard, tout en veillant à apporter une réponse aux demandes exprimées par les PRIAC, vous vous attacherez à ce que l'attribution de crédits d'assurance maladie pour ces structures qui sont aujourd'hui intégralement financées par le département se traduise par l'engagement corrélatif du conseil général de consentir un effort financier supplémentaire en faveur de la création de structures médico-sociales dont il est l'un des financeurs (FAM et SAVS) ou le seul financeur (foyers occupationnels par exemple).

Le soutien au développement de l'offre de services médico-sociaux pour adultes handicapés, en particulier des SAMSAH

Le suivi de l'exécution du dernier plan 2005-2007 de création de places, l'analyse des PRIAC 2008-2011 ainsi qu'une enquête de suivi qualitatif du développement des SAMSAH et des SSIAD conduite par la CNSA en liaison avec la DGAS permettent de dégager les premiers enseignements suivants concernant le développement des SAMSAH créés par le décret du 11 mars 2005 :

- le taux d'installation des places financées est relativement médiocre en dépit d'une impulsion forte des pouvoirs publics, en particulier avec le plan santé mentale (un nombre important de places de SAMSAH fléchées vers le handicap psychique) ;
- l'analyse des PRIAC témoigne d'une programmation encore timide au niveau régional pour la période 2008-2011 (3 900 places) ;
- l'ouverture de SAMSAH sur un territoire permet en particulier de rompre l'isolement des personnes, de soutenir les aidants ; mais parmi les difficultés repérées par les porteurs de projets figurent notamment les difficultés de recrutement de professionnels qualifiés, mais aussi le défaut ou les délais d'orientation des MDPH vers ces services ;
- parmi les premières réponses mises en œuvre pour promouvoir le développement des SAMSAH figure un rapprochement avec les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, dans le cadre des travaux des schémas, ainsi qu'avec les MDPH notamment sur les conditions d'orientation vers les services médico-sociaux en milieu ouvert ;
- d'autres contributions sont nécessaires, comme l'a précisé la CNSA lors de la journée d'échanges et de restitution qu'elle a animée fin janvier, afin d'identifier les leviers de développement, les points de vigilance et les modalités d'accompagnement à renforcer pour favoriser l'implantation des services sur le territoire.

Il faut préciser que les rapports (SAMSAH et SSIAD handicap) sont disponibles sur le site extranet de la CNSA et que seront communiqués les travaux engagés avec des représentants des gestionnaires et des professionnels de ces services, des DDASS et DRASS, des conseils généraux, des MDPH et des associations d'usagers et de familles.

La construction progressive d'un réseau d'accueil temporaire

Une enveloppe de 9 M€ est dégagée pour poursuivre le développement encore insuffisant de l'accueil temporaire à la suite du décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 et des recommandations de la circulaire du 12 mai 2005. Cette formule contribue notamment au maintien à domicile des personnes handicapées en permettant des séjours de répit, éventuellement des accueils d'urgence et une meilleure gestion des évolutions dans les prises en charge. Elle représente un facteur d'équilibre tant pour les familles que pour certaines institutions intervenant auprès de personnes lourdement handicapées et joue un rôle dans la prévention des phénomènes de maltraitance. Elle répond à une demande des familles fortement relayées par les associations lors de travaux de préparation puis de mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 qui a mis l'accent sur l'importance de l'aide aux aidants (l'enquête HID avait montré une sur-morbidité des aidants).

Les PRIAC traduisent totalement cette attente à la fois par l'inscription de places d'accueil temporaire dans les projets de structures nouvelles et dans les structures déjà existantes afin que se constitue progressivement dans tous les départements un réseau d'accueil temporaire de nature à garantir progressivement aux personnes handicapées et à leurs aidants le libre choix du mode d'accompagnement en fonction des parcours de vie et des projets individuels (hébergement en institution, vie à domicile, accueil de jour, aller et retour institution-domicile).

4. Les mesures de recomposition dans le secteur des personnes handicapées dans le cadre des CPOM et des GCSM

a) La politique générale de mise en œuvre

Héritier d'une longue tradition associative et émietté entre une multitude de petites structures, le secteur des personnes handicapées, s'il est prioritairement et très justement attentif aux besoins sociaux à satisfaire, recherche aussi l'optimisation financière de la gestion des deniers publics en s'appuyant sur une meilleure connaissance de la constitution de ses coûts et l'utilisation des nouveaux outils que sont depuis avril 2006 les CPOM et les GCSMS.

A cette fin, une enveloppe de 35 M€ est consacrée au financement des mesures de restructuration du secteur PH relevant de l'OGD. Ces mesures de restructuration sont mises en œuvre via un processus contractuel et négocié dont le CPOM, signé pour cinq ans, constitue le point d'achèvement. Le soutien à la constitution et au développement des GCSMS doit se faire par l'utilisation de crédits non reconductibles.

Un « rebasage par établissement » ne peut qu'engendrer un saupoudrage des crédits et, partant, une limitation de leur potentiel effet levier. Par conséquent, il est recommandé de n'engager ces crédits dans le cadre de la procédure des CPOM qu'après avoir analysé les sources potentielles de redéploiements générées, notamment par la recentralisation de certaines fonctions et la mutualisation de moyens.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique de restructuration du secteur médico-social, vous veillerez tout particulièrement à ce que l'engagement des crédits permette de répondre aux enjeux qualitatifs et financiers ci-après énumérés :

- soutenir la politique d'accueil du poly-handicap ;
- assurer la mise en conformité des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) avec le décret de 2005 ;
- assurer en tant que de besoin un soutien aux CAMPS ;
- permettre le renforcement des moyens en personnels qualifiés dans les établissements médico-sociaux afin de mieux prendre les besoins d'accompagnement des personnes lourdement handicapées ;
- résorber les déficits structurels en fonctionnement en analysant ce qui relève des besoins en moyens nouveaux et ce qui relève d'autre part des redéploiements de crédits générés par la mutualisation de certaines fonctions afférentes à la conclusion du CPOM ;
- mettre en œuvre les mesures spécifiques prévues pour la Réunion dans le domaine du handicap (une enveloppe de 2 M€ est versée en 2008 et un point d'étape, qui en conditionnera le maintien en 2009 et en 2010, devra être effectué pour la fin de l'année).

Lorsque l'organisme gestionnaire gère plusieurs établissements et services relevant de l'OGD PH, les mesures nouvelles notamment celles permettant d'atteindre le niveau d'équilibre en gestion (« point mort » et économies d'échelle) comme les mesures de rebasage ne doivent être accordées que dans le cadre d'un CPOM. Il n'apparaît pas souhaitable d'accorder de nouveaux moyens à des établissements d'un organisme gestionnaire qui peuvent prétendre à une convergence tarifaire en leur faveur alors qu'il y a d'autres établissements ou services gérés par le même organisme qui présentent un potentiel important de redéploiements de moyens au regard de leurs indicateurs de convergence tarifaire et/ou des coûts moyens de fonctionnement (CASF – article R. 314-23 2^o/6^o/7^o).

Concernant cette recherche de la « taille critique de fonctionnement », et pour les CPOM conclus en 2007, les mesures nouvelles présentées supra (création de places) peuvent par avenant élargir le périmètre du contrat lorsque le gestionnaire gère d'autres établissements et services et que ces créations aident de fait à atteindre des équilibres financiers globaux (points morts et économies d'échelle).

Votre attention est attirée sur le fait que des CPOM interdépartementaux sont possibles notamment sur des associations de dimension régionale s'adressant à des populations particulières (infirmités motrices cérébrales, déficients sensoriels, CMPP).

b) Les modalités de mise en œuvre pour 2008

Les crédits CPOM 2008 seront alloués par la CNSA au niveau régional dans les délais habituels de façon à permettre dès à présent la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. En effet, la période d'élaboration et de conclusion des CPOM s'étend en général de février à fin septembre (avantage : éviter dès la première année le processus budgétaire annuel classique qui débute par le dépôt des budgets pour l'exercice suivant le 31 octobre).

La répartition des crédits 2008 par la région devra tenir compte de l'utilisation effective des crédits CPOM 2007 non engagés au 1^{er} mars 2008. L'abondement des dotations départementales ne devra être effectué que pour les seuls départements ayant signé ce type de contrat. Cette répartition devra être précisée à la DGAS et à la CNSA avant le 1^{er} octobre 2008 afin que cette dernière puisse les prendre en compte dans la consolidation des enveloppes départementales. De même, les CPOM interdépartementaux signés en 2007 peuvent se traduire par des redéploiements de crédits entre établissements et services de différents départements qui devront être précisés à la CNSA avant le 1^{er} octobre 2008.

En vue de soutenir cette politique de restructuration et de contractualisation, une cinquantaine de référents experts régionaux ont été désignés par les CTRI et formés les 26 novembre et 4 décembre 2007. Un site internet a été ouvert. Ce réseau d'experts référents sera animé par la DGAS. Vous devrez vous appuyer sur eux pour décider de la répartition départementale de ces crédits régionaux CPOM afin d'accélérer ce processus de contractualisation.

Compte tenu de la définition du périmètre des dépenses nettes encadrées par la circulaire budgétaire du 6 avril 2007, reprécisée dans la circulaire interministérielle n° DGAS/SD5B/2007/412 du 21 novembre 2007, afin de notamment tirer les conséquences de la création d'un compte relatif aux dépenses non opposables aux tiers financeurs (comptes 116) permettant de neutraliser des dépenses,

les forfaits hospitaliers journaliers dans les MAS, les forfaits journaliers et autres participations (repas, transports) des jeunes relevant de l'amendement « Creton » maintenus, d'une part, en internat dans des établissements d'adolescents handicapés et, d'autre part, orientés en MAS créent une marge de manœuvre financière supplémentaire pour conclure des CPOM et uniquement dans le cadre de CPOM.

En revanche, il convient d'isoler les forfaits hospitaliers journaliers versés directement par les CPAM dans les internats d'établissements pour enfants. La marge de manœuvre afférent à ces forfaits doit être exclusivement engagée dans le financement des CPOM.

En effet, une réflexion est en cours pour mettre fin à la prise en compte de ces forfaits en diminution des prix de journée puisque cela complexifie et insécurise à la fois le suivi des décaissements des CPAM tout comme le suivi de l'OGD par la CNSA. Des instructions vous seront prochainement apportées sur ce point.

En application de la circulaire interministérielle n° DGAS/SD5B/2007/412 du 21 novembre 2007 proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, il vous est rappelé la possibilité de dégager au niveau régional et départemental des marges de manœuvre de contractualisation supplémentaire en articulation étroite avec la mise en œuvre de la convergence tarifaire. En tout état de cause, ces marges apparentes n'ont pas vocation à financer des créations de places nouvelles en dehors des plans nationaux. Enfin, comme cela a déjà été précisé dans des circulaires précédentes, les crédits disponibles résultant des allègements dans les zones de revitalisation rurale (ZRR) doivent voir leur affectation précisée dans le cadre d'un CPOM.

La mobilisation de vos disponibilités ponctuelles d'enveloppes peut être avantageusement engagée dans la réalisation d'études préalables permettant un diagnostic social et financier souvent nécessaire pour faciliter la conclusion de CPOM et la constitution de GCSMS. Ces études peuvent également être autofinancées par le gestionnaire et amorties pendant toute la durée du CPOM (trois à cinq ans). Plusieurs fédérations d'organismes gestionnaires sont particulièrement investies dans le soutien à leurs adhérents dans ces opérations de constitution de GCSMS et d'élaboration des CPOM, ces services, bien évidemment dans la limite de vos crédits, peuvent être financés.

V. – RAPPEL DES RÈGLES SUR LE DROIT DES AUTORISATIONS

Concernant les règles à respecter en matière de droit des autorisations, vous veillerez particulièrement à ce que :

1. La décision administrative – l'arrêté d'autorisation – soit conforme au dossier déposé en CROSMS :

Dans la mesure où l'établissement a reçu un avis favorable du CROSMS sur un dossier de demande de création d'EHPAD, le président du conseil général ne peut prendre unilatéralement un arrêté autorisant l'ouverture d'un EHPA, la décision administrative ne correspondant pas à la demande initiale, nécessitant, elle, un arrêté conjoint d'ouverture des deux autorités de tarification. Si le promoteur du dossier souhaite changer de projet d'établissement pour réaliser un accueil de personnes âgées non dépendantes, il doit alors faire une demande explicite au CROSMS en déposant un nouveau dossier. Il devra, dans cette circonstance, être clairement informé qu'il ne pourra recevoir de dotation de l'assurance maladie et devra se conformer aux dispositions du décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 en ce qui concerne le public accueilli dans l'établissement. En effet, l'autorisation délivrée par les autorités de tarification est liée à l'avis favorable sur le même dossier du CROSMS (article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles). Lorsque la décision administrative ne correspond pas à la demande ni à la consultation du CROSMS, il y a un vice de forme attaquant dans le cadre du contrôle de légalité d'autorisation.

Ainsi, aucun établissement qui se serait affranchi de la procédure normale de demande d'avis en CROSMS ne pourra se voir attribuer de façon automatique des crédits d'assurance maladie au seul titre qu'il a reçu un avis favorable du CROSMS sur un dossier d'EHPAD et a été créé et autorisé sur la seule base d'un arrêté du président du conseil général portant création d'un EHPA.

Il vous est demandé d'adresser un courrier de mise en garde à tout promoteur qui s'affranchirait de ces règles.

2. Les EHPA qui souhaitent, en raison du vieillissement de leur population, devenir EHPAD doivent respecter les procédures d'autorisation prévues aux articles L. 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles et demander une autorisation conjointe aux deux tarificateurs (Etat et conseil général).

Un cas de figure récurrent concerne un EHPA récemment créé qui, en raison du vieillissement de sa population ou pour tout autre choix stratégique, verrait son GMP dépasser les 300 et souhaiterait donc devenir un EHPAD. Nous vous rappelons que ces établissements ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux, que, pour ce faire, il est nécessaire de demander une autorisation et de passer devant le CROSMS, dans les conditions prévues au L. 313-1 du CASF. En effet, c'est sur la base de l'avis en CROSMS que les autorités de tarification délivrent conjointement l'autorisation, les dépenses étant pour partie à la charge de l'Etat et pour partie à la charge du conseil général. Les projets sont alors soumis aux règles d'acceptation ou de rejet de la demande d'autorisation sur la base des cas définis au L. 313-4 du CASF.

VI. – MESURES DE RECONDUCTION ET MESURES SALARIALES

Les éléments de reconduction de l'OGD 2008 reposent sur les paramètres d'évolution ci-après :

- une progression globale de la masse salariale de 2,15 % uniforme pour l'ensemble des statuts (établissements publics, établissements privés à caractère lucratif ou non lucratif) ;
- une actualisation des « autres dépenses » de 1,6 % (taux d'inflation prévisionnel retenu en LFSS pour 2008).

Cela représente le taux d'évolution global moyen de la ressource d'assurance maladie suivant :

- 2,11 % pour les EHPAD et les SSIAD (93 % de la masse salariale en moyenne) ;
- 2,01 % pour les établissements et services pour personnes handicapées (75 % de la masse salariale en moyenne).

Les paramètres précités sont pris en compte pour l'actualisation des dotations limitatives mais ne constituent en aucun cas un taux de progression à appliquer uniformément à chacun des établissements et services.

En effet, la mise en œuvre de la convergence tarifaire et l'étude individuelle des propositions budgétaires de chaque établissement ou service peut amener à prendre en considération un taux d'actualisation des moyens d'une structure supérieur ou inférieur aux paramètres précités, mais l'ensemble considéré dans le département doit rester dans cette marge de progression prédéfinie, en application des dispositions relatives au caractère limitatif de vos dotations. En tout état de cause, il conviendra de veiller à ce que la différenciation possible des taux d'évolution appliqués aux établissements et services par les autorités tarifaires s'inscrive bien dans la politique générale de convergence tarifaire menée depuis plusieurs années et dont une méthodologie de mise en œuvre vous a été proposée dans la circulaire interministérielle n° DGAS/SD5B/2007/412 du 21 novembre 2007 présentant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article R. 314-1 du code de l'action sociale et des familles et visant à prévenir les contentieux de la tarification.

En ce qui concerne les EHPAD, la pondération du taux d'évolution de la ressource d'assurance maladie s'effectuera exclusivement par référence à la situation de l'établissement au regard des valeurs plafonds indiquées au paragraphe I-2-2 B de la présente circulaire.

Ainsi à titre d'exemple, un établissement en tarif partiel sans PUI dont la ressource d'assurance maladie sera inférieure au produit tarif partiel sans PUI = 10,1 €* (GMP + 160)* capacité exploitée pourra voir son taux de reconduction porté au-delà de 2,11 %, mais en aucun cas en deçà de ce taux.

A l'inverse, si la ressource d'assurance maladie est supérieure à ce plafond, le taux de reconduction sera inférieur ou, au mieux, égal à 2,11 %, mais ne pourra en aucun cas être supérieur.

Concernant plus spécifiquement le niveau de progression de la masse salariale, le taux de 2,15 % doit permettre de financer sur les enveloppes limitatives, à la fois les mesures générales et les mesures spécifiques liées au statut des agents : application des protocoles d'accord conclus dans la fonction publique hospitalière, conclusion de conventions et d'accords soumis à agrément ministériel conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, maintien d'une égalité de traitement dans les progressions salariales entre le secteur lucratif et le secteur public (art. R. 314-85 et R. 314-101 du CASF).

Compte tenu de ce qui précède, les accords locaux proposés à l'agrément pour l'année 2008 devront être compatibles avec les enveloppes départementales de crédits et s'inscrire dans une analyse globale des moyens du gestionnaire afin que, sur un même territoire, le service rendu à une même catégorie de bénéficiaires n'engendre pas de différences de coûts qui ne seraient pas justifiées par la qualité de la prise en charge. Dans ce cadre, il est nécessaire de poursuivre l'effort entrepris pour mettre en œuvre les nouveaux dispositifs permettant de moderniser et de dynamiser les pratiques contractuelles, tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). La CNA sollicitera ainsi l'avis du tarificateur qui devra expressément se positionner sur la compatibilité de l'accord envisagé avec ce taux de progression salariale de 2,15 % ainsi que sur les conséquences qu'il est susceptible d'avoir en matière de convergence tarifaire (réduction ou accroissement des disparités entre les établissements comparables dans le département ou la région). La CNA se prononcera sur la base de cet avis.

*
* *

Vous voudrez bien rendre compte, sous le double timbre de la DGAS et de la DSS, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces instructions.

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

Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT

ANNEXE

FORMATIONS 2008 À L'UTILISATION DE L'OUTIL PATHOS

L'outil Pathos et les conditions de son utilisation

Le guide Pathos est accessible et téléchargeable sur le site de l'assurance maladie : <http://www.ameli.fr/214/DOC/1445/article.html> sous la rubrique GALAAD V3.zip.

Pathos apporte une synthèse médico-économique : le Pathos moyen pondéré qui permet, à l'instar du GIR moyen pondéré (GMP), de déterminer pour un service ou une population le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires. Cet indicateur de synthèse qui s'établit selon des modalités de traitement informatique doit être situé avec les ordres de grandeur suivants : approchant une valeur entre 1000 et 1500 en réanimation médicale et chirurgicale, entre 500 et 900 dans les services de spécialités médicales, entre 150 et 400 dans la majorité des services de soins de longue durée, la fourchette est de 50 à 200 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Cet outil d'analyse a été élaboré en partenariat entre le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Il se donne pour objectif d'évaluer, à partir de la situation clinique, les soins médicaux et techniques nécessaires pour assurer la réponse aux besoins liés à l'ensemble des états pathologiques que présente une personne âgée à un moment donné.

Pour ce faire, le système Pathos conduit à :

- identifier, sur une liste préétablie de 50 états pathologiques, tous ceux dont souffre la personne âgée au moment de l'évaluation ;
- qualifier chaque état pathologique par un « profil de soins ou d'ambiance thérapeutique », sélectionné au sein de 12 profils possibles, synthétisant la gravité et le niveau technique ainsi que le type de soins nécessaires à la prise en charge de l'état pathologique. Chacun des états pathologiques du patient se trouve ainsi associé à un profil de soins particulier.

Ce mode d'analyse permet de disposer pour un groupe de malades d'un indicateur du niveau de soins nécessaires dans chacun des postes de soins, ce qui peut être riche d'enseignements quant aux priorités de recrutement pour un établissement, en mettant en évidence les qualifications qui font le plus défaut : besoins de temps de psychiatre, de kinésithérapeute, etc. Cet outil donne également une indication de synthèse sur la fréquence et la lourdeur des « profils de soins » rencontrés au sein d'une structure, avec la notion de soins médicaux techniques importants (SMTI) regroupant les « profils lourds », qui s'exprime en pourcentage des patients présents dans la structure : un pourcentage de 10 % de SMTI indiquera par exemple que 10 % des patients de la structure relèvent d'une prise en charge de type sanitaire c'est-à-dire requérant une permanence d'accès rapide infirmière et médicale.

La mise en œuvre de ce nouveau mode d'évaluation des besoins en soins médicaux et techniques des résidents des EHPAD nécessite la réalisation de coupes transversales à visée statistique réalisées par les médecins coordonnateurs des établissements avec le support technique des médecins-conseils de la caisse régionale d'assurance maladie.

Un nouveau cycle de formations d'une journée à l'utilisation de cet outil doit être, dès que possible, et en tout état de cause à compter du 1^{er} avril 2008, organisé par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales à destination de :

- l'ensemble des médecins coordonnateurs des EHPAD ;
- des médecins inspecteurs des directions départementales des affaires sanitaires et sociales ;
- le cas échéant, des médecins des conseils généraux.

La participation des médecins des directions régionales du service médical de l'assurance maladie qui ont d'ores et déjà suivi cette formation pour la réalisation des coupes Pathos effectuées dans les unités de soins de longue durée en 2006 contribuera à une formation interactive.

Au regard du déroulé type de la formation Pathos communiqué par le docteur Jean-Marie Vetel, vous inviterez les directeurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à assister à la session du matin pour qu'ils connaissent les aspects théoriques du logiciel, ses principes de fonctionnement et puissent interpréter les indicateurs relatifs à leur établissement qui sortiront de la coupe.

Il appartient au directeur de l'établissement et au médecin coordonnateur d'apprécier l'utilité de la présence de l'infirmier référent de l'établissement aux sessions de formation, mais pour faciliter le recueil des données il semble pertinent que l'infirmier référent puisse participer à la formation.

Dans les établissements qui ne disposent pas encore d'un médecin coordonnateur la coupe Pathos sera réalisée par, soit :

- le médecin inspecteur de santé publique de la DDASS territorialement compétente formé à Pathos ;

- un médecin libéral formé à Pathos intervenant dans l'EHPAD et rémunéré en conséquence ;
- un médecin de l'échelon local du service médical de l'assurance maladie ;
- un médecin formé à Pathos exerçant dans un établissement de santé entretenant une coopération avec les EHPAD concernés.

Les modalités de mise en œuvre du dispositif de formation en 2008

Pour organiser ces formations et en faciliter la mise en place, une nouvelle mission, placée auprès du directeur général de l'action sociale, a été confiée, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008, au docteur Jean-Marie Vetel, qui a déjà organisé les formations des médecins des unités de soins de longue durée en relation avec les directions régionales du service médical dans le cadre de la mise en application de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2006 et la formation des médecins coordonnateurs des EHPAD renouvelant leur convention tripartite en 2007.

La mission du docteur Vetel est ainsi prolongée sur l'année 2008, pour laquelle de 1 100 à 1 200 établissements supplémentaires sont concernés par la tarification au GMPS et la réalisation d'une coupe Pathos.

Elle est centrée sur la « formation de formateurs référents en région » et la mise en place, en liaison avec les DRASS, d'un dispositif régional de formation pérenne, reposant dans chaque région sur l'existence d'un binôme ou d'un trinôme maîtrisant la formation Pathos composé d'un médecin-conseil de la caisse régionale d'assurance maladie et, selon l'importance de la région, d'un ou deux médecins gériatres volontaires, soit au total une soixantaine de praticiens sur l'ensemble du territoire.

Elle consiste à :

- assurer la formation théorique et pratique des formateurs référents régionaux à l'utilisation de l'outil Pathos à l'occasion d'une journée nationale de formation organisée à Paris le 14 mars 2008, en collaboration avec la CNAMTS, la DGAS, la DHOS et la CNSA ;
- fournir différents outils pédagogiques, supports des formations à l'outil Pathos ;
- organiser dans chaque région, en liaison avec les DRASS et avec leur appui logistique, dans le prolongement de la rencontre nationale du 14 mars et avant le 31 décembre 2008, une ou plusieurs sessions de formation à l'intention des médecins coordonnateurs et des directeurs des quelques 1 100 à 1 200 établissements appelés à renouveler leur convention tripartite en 2008. A cette occasion, le docteur Vetel installera en région et intronisera les équipes régionales de formateurs référents qu'il aura constituées ;
- contrôler le suivi du bon déroulement des formations dans chaque région, notamment en termes de contenu qualitatif et de calendrier ;
- assurer un rôle de conseil auprès des DDASS et des DRASS ;
- rédiger un rapport de mission en formulant des préconisations concernant notamment le renouvellement des formations.

Un comité de pilotage composé notamment du directeur général de l'action sociale, du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, du directeur de la CNAMTS, du directeur de la CNSA, du directeur régional des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ou de leurs représentants se réunira périodiquement, au moins une fois par semestre. Il examinera l'état d'avancement des actions entreprises, les difficultés rencontrées et les mesures d'accompagnement à mettre en œuvre ; il aura à connaître des litiges relatifs à la validation des coupes Pathos, validera les matériels de formation et prendra les dispositions utiles pour la pérennisation du dispositif de formation autour des équipes de référents.

Pour l'année 2008, les établissements susceptibles de renouveler leur convention pluriannuelle et ceux dont le GMP est supérieur à 800 représentent quelques 1 100 à 1 200 établissements dont la répartition départementale vous est communiquée ci-après. Ces établissements sont le cœur de cible des actions de formation mais sont également susceptibles d'y participer les établissements qui présentent des caractéristiques proches de celles des EHPAD ayant un GMP supérieur à 800 ainsi que ceux qui optent pour le tarif global et les établissements nouvellement créés.

Comme l'an dernier, vous voudrez bien désigner au sein de chaque DRASS un coordonnateur chargé de l'organisation logistique de ces formations et au sein de chaque DDASS un référent chargé de suivre la mise en œuvre des coupes Pathos dans les établissements concernés.

Pour permettre la mise en place rapide des actions de formation dont la répartition régionale et le calendrier sont en passe d'être arrêtés, les coordonnateurs de chaque DRASS prendront, dès réception de cette circulaire, contact avec Jean-Marie Vetel au 06-09-67-05-00 ou par courriel (geriatrejm@yahoo.fr) et détermineront avec lui, et après avoir pris l'attache des différents acteurs concernés, notamment la direction régionale du service médical de l'assurance maladie, les dates retenues pour l'organisation des journées de formation.

Les frais afférents à l'organisation de ces formations : location de salles et de matériel, frais de déplacement des personnes participant à la formation, hébergement du docteur Vetel, indemnisation des médecins coordonnateurs libéraux sur la base de 330 €/jour (correspondant au tarif de la formation médicale continue) et indemnisation des médecins gériatres enseignants régionaux sur la base de 500 €/jour, devront être imputés sur les crédits notifiés à chaque DDASS par la CNSA le 15 février 2008. Ces crédits non reconductibles pourront être reportés sur l'année 2009, voire 2010, dans l'attente de leur utilisation pour le financement des formations.

Il appartient aux coordonnateurs des DRASS de mettre en place l'ensemble des moyens nécessaires au bon déroulement des formations et, en lien avec les référents des DDASS territorialement compétentes, de convoquer ou d'inviter les professionnels susceptibles d'assister aux journées de formation. Le rôle des DDASS en appui du coordonnateur DRASS est tout à fait déterminant pour identifier et contacter les établissements concernés ainsi que pour sensibiliser leurs responsables à l'importance de telles actions de formation.

Vous voudrez bien, sous le timbre du bureau des personnes âgées à la direction générale de l'action sociale, nous informer des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces journées de formation. Le comité de pilotage national permettra de suivre leur progression et d'identifier et de résoudre les problèmes rencontrés sur le terrain.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

départements	Conventions signées en 2003		Dont Conventions signées en 2003 DONT le GMP > = 800		Dont Conventions signées en 2003 en TG et dont le GMP < 800		Conventions signées DONT le GMP > = 800	
	Nombre de convention	nb places	Nombre de convention	nb places	Nombre de convention	nb places	Nombre de convention	nb places
1 Ain	17	1 352	4	212	6	491	16	1 034
2 Aisne	19	1 351	1	32	2	145	10	823
3 Allier	11	1 513	1	220	9	1 361	1	220
4 Alpes de Hautes Provenances							10	406
5 Alpes Hautes							5	245
6 Alpes Maritimes	28	2 028	1	55			22	1 160
7 Ardèche	7	505			1	116		
8 Ardennes	2	126					4	361
9 Ariège	9	393	1	82			1	82
10 Aube	10	818	1	61	1	61	5	439
11 Aude	12	645	4	146	5	192	11	781
12 Aveyron	6	399	1	76			3	357
13 Bouches du Rhône	34	2 623	7	353	9	601	14	810
14 Calvados	11	675					3	176
15 Cantal	4	337	1	160	2	202	4	298
16 Charente	7	503	1	120	2	205	9	707
17 Charente Maritime	17	1 440			1	97	1	58
18 Cher	9	853	1	121	2	221	5	617
19 Corrèze	18	1 512	4	377	4	386	7	632
20 Corse du Sud	2	145					3	224
20 Corse Haute							2	118
21 Côte d'Or	15	1 029	2	83	3	186	13	858
22 Côtes d'Armor	12	908					1	484
23 Creuse	2	105	1	85	1	85	7	458
24 Dordogne	8	684			1	88	7	642
25 Doubs	2	281			1	158	6	724
26 Drôme	11	827	1	77			5	228
27 Eure	6	504					6	270
28 Eure et Loir	6	586	2	174	2	222	6	958
29 Finistère	20	1 802	2	341	2	450	11	1 345
30 Gard	8	790			2	360	9	632
31 Garonne Haute	18	1 636	2	135			19	1 409
32 Gers	9	498	4	153	4	153	10	415
33 Gironde	24	2 350	3	220	3	442	14	948
34 Hérault	9	833	1	150	2	438	10	648
35 Ille et Vilaine	14	1 255			1	252	1	30
36 Indre	4	290					6	424
37 Indre-et-Loire	6	822					1	130
38 Isère	11	763	5	340	4	299	26	2 102
39 Jura	2	174			1	135	7	404
40 Landes	11	922	1	200	1	200	1	200
41 Loir et Cher	5	416					3	367
42 Loire	18	1 464	1	103			19	2 057
43 Loire (Haute)	6	473	1	55	1	55	3	175
43 Loire (Haute)	6	473	1	55	1	55	3	175
44 Loire Atlantique	14	968					3	192
45 Loiret	8	544	2	82			11	947
46 Lot	7	353					5	364

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

départements	Conventions signées en 2003		Dont Conventions signées en 2003 DONT le GMP > = 800		Dont Conventions signées en 2003 en TG et dont le GMP < 800		Conventions signées DONT le GMP > = 800	
	Nombre de convention	nb places	Nombre de convention	nb places	Nombre de convention	nb places	Nombre de convention	nb places
47 Lot et Garonne	2	210			1	160	8	446
48 Lozère	4	178					6	135
49 Maine-et-Loire	29	2 165					6	439
50 Manche	13	818			2	277	1	48
51 Marne	3	286			1	140	5	610
52 Marne Haute	1	64					4	202
53 Mayenne	14	1 091	1	43			3	187
54 Meurthe-et-Moselle	10	1 024					12	931
55 Meuse	6	607	1	90	1	90	7	395
56 Morbihan	23	2 101	3	171	2	115	16	1 380
57 Moselle	31	1 860	2	83	2	83	16	775
58 Nièvre	7	714	1	84	3	264	6	336
59 Nord	49	3 944	7	1 002	9	1 327	28	3 020
60 Oise	8	489	2	90	4	259	11	953
61 Orne	11	988			1	227	5	362
62 Pas-de-Calais	27	2 088	3	248	7	620	10	898
63 Puy de Dome	10	888	2	48	2	401	4	295
64 Pyr. Atlant.	15	862	1	60			18	1 207
65 Pyrénées Hautes							8	713
66 Pyrénées Orient.	2	176					4	218
67 Rhin (Bas)	14	980	7	481	7	481	27	1 851
68 Rhin Haut	12	1 187	1	263	2	344	19	1 318
69 Rhône	19	2 578	4	1 085	8	1 737	28	2 546
70 Saône Haute							1	80
71 Saône Loire	17	1 249	2	89	1	160	7	315
72 Sarthe	13	1 046			1	97	5	848
73 Savoie	13	684	3	97	2	73	14	622
74 Savoie Haute	4	217	1	63			5	289
75 Paris	9	1 129			1	510	3	266
76 Seine Maritime	8	787					7	911
77 Seine Marne	20	1 764	1	141	1	141	9	625
78 Yvelines	17	1 732			1	120	5	340
79 Sèvres Deux	14	1 161	2	160	3	335	6	416
80 Somme	10	952	3	163	4	243	10	894
81 Tarn	8	774	2	305	2	305	5	705
82 Tarn et Garonne	1	76					3	152
83 Var	19	1 337	1	85			11	791
84 Vaucluse	11	799			2	135	5	347
85 Vendée	15	1 217			2	429	9	598
86 Vienne	9	736					3	640
87 Vienne Haute	2	607	1	533	1	533	4	703
88 Vosges	24	1 894						
89 Yonne	20	1 738	1	80	3	244	2	113
90 Territ. de Belfort							1	250
91 Essonne	11	900					4	276
92 Seine Hauts de	15	1 255					10	767
93 Seine St Denis	2	162					3	181
94 Val de Marne	6	684						
95 Val d'oise	2	188					10	843
971 Guadeloupe								
972 Martinique	2	117					2	189
973 Guyane	1	44					2	138
974 Réunion	3	271			3	271		
Total :	1 065	87 313	108	9 677	152	17 722	744	58 523

base SAISEHPAD 01/08