

Le Ministère de la Santé et des Solidarités

Paris, le 06 AVR. 2007

Le ministre de la Santé et des Solidarités

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des agences régionales de l'hospitalisation

Messieurs les Préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires
et sociales

Mesdames et Messieurs les Préfets de
département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales

Objet : Campagne budgétaire pour l'année 2007 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette campagne budgétaire constitue une étape décisive pour améliorer qualitativement et quantitativement l'effort de solidarité nationale envers les personnes âgées et les personnes handicapées :

- pour les personnes âgées, le Plan Solidarité Grand Age que j'ai présenté en juin dernier mobilise 2,3 milliards € sur cinq ans pour adapter notre dispositif de prise en charge à domicile, en établissement et à l'hôpital ;
- pour les personnes handicapées, cette année verra l'achèvement et le renforcement du programme pluriannuel 2005-2007 ;
- dans les deux secteurs, un effort prolongé d'investissement doit permettre de moderniser les établissements sans peser sur le reste à charge des personnes hébergées.

*

I. Une étape décisive de mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age (PSGA)

Pour la deuxième année consécutive, l'effort de l'assurance maladie pour les personnes âgées s'est accru de plus de 13 %, exactement de 13,3 %, en 2007. Ce sont 662 millions € de mesures nouvelles qui viennent s'ajouter aux 587 millions déjà décidés pour 2006. En 2007, l'assurance maladie consacre ainsi 5,627 milliards € au soin et à l'accueil des personnes âgées.

D'ores et déjà, le 15 février dernier, conformément à l'accélération du calendrier budgétaire intervenue à ma demande en 2006, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie vous a notifié

sur le secteur des personnes âgées, au titre de la répartition de début de campagne, près de 500 millions €:

- 349 millions € afin de mener à bien l'achèvement du processus conventionnel, couvrir les engagements pris dans le cadre des conventions tripartites et poursuivre, à grande échelle, la mise en œuvre des nouvelles règles tarifaires prévues par le Plan Solidarité Grand Age ;
- 75 millions € au titre des mesures nouvelles de création de places en 2007 ;
- 29,7 et 14,85 millions € au titre des enveloppes anticipées 2008 et 2009.

Ces 469 millions € ajoutés aux 33,42 millions € de crédits de médicalisation délégués en octobre 2006 au titre des mesures anticipées du Plan Solidarité Grand Age, représentent des moyens importants et permettent le démarrage immédiat de la campagne budgétaire.

Aussi, je souhaite vous rappeler les grandes priorités qui doivent vous guider dans l'emploi de ces fonds, dans la continuité des orientations fixées par la circulaire du 17 octobre 2006 qui vous détaillait les avancées majeures du Plan Solidarité Grand Age en matière de tarification.

A - La première priorité, c'est l'augmentation des effectifs de personnels soignants et l'amélioration des taux d'encadrement dans les établissements.

Ces dernières années, chaque convention tripartite s'est traduite, en moyenne, par un renfort de 8 agents par établissement. Il faut aller plus loin. A mesure que les conventions sont et seront renouvelées, nous devons ainsi passer, tous personnels confondus, à un ratio d'encadrement de 0,65 ETP pour un résident et, d'ici à 2012, à un ratio d'un professionnel par résident pour les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes (c'est-à-dire ceux dont le GMP est supérieur à 800).

Cet objectif se traduit dès cette année par des modalités tarifaires nouvelles.

1- Le GMP (GIR moyen pondéré) doit être révisé annuellement, avec les conséquences financières que cela induit. Dès lors que le GMP augmente d'au moins 20 points, vous devez donc recalculer la dotation soins de l'établissement pour actualiser ses moyens sur la base d'une valorisation de chaque point supplémentaire de GMP (8 € ou 9 € par point supplémentaire, selon que l'établissement est en tarif partiel ou global). **Tous les établissements conventionnés sont éligibles à cette mesure**, quel que soit leur niveau de ressources d'assurance maladie.

2- Le tarif global de soins est revalorisé de 15 % pour les établissements ayant opté ou optant pour ce régime dans le cadre d'une convention tripartite et disposant d'une coupe Pathos validée par le service médical de l'assurance maladie.

3- Conformément aux dispositions de l'article 56 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, les établissements qui renouvellent leur convention ou qui accueillent les personnes les plus dépendantes (GMP supérieur ou égal à 800 points) bénéficient d'une nouvelle unité de compte, le GMPS (GIR moyen pondéré soins), qui agrège le GMP (mesure de la charge de travail liée à la dépendance) et le PMP (Pathos moyen pondéré) issu des coupes Pathos. Ce nouvel outil permet de mesurer objectivement - et non plus forfaitairement et subsidiairement - la charge en soins techniques requis par les résidents d'un même établissement.

Sont concernés par cette mesure (I) les établissements qui renouvellent leur convention tripartite ou (II) ceux dont le GMP est supérieur ou égal à 800 points ou encore (III) ceux qui ont opté et qui optent pour le tarif global et qui disposent d'une coupe Pathos validée par la

direction régionale du service médical de l'assurance maladie – ce qui représente en 2007 plus de 1750 établissements.

Cette nouvelle méthode de tarification a pour objet d'aller dans le sens d'un renforcement des moyens en personnel au service des résidents : elle ne saurait donc conduire à une diminution des crédits d'assurance maladie dont ils disposent.

En conséquence, la convention passée avec l'établissement bénéficiaire de la tarification au GMPS devra, le cas échéant, prévoir l'ajout d'un montant forfaitaire différentiel (analogue à un « clapet anti-retour ») qui garantira à l'établissement le maintien du niveau de sa dotation en vigueur à la date de signature de l'avenant, aussi longtemps que ce niveau reste plus élevé que ce que donnerait l'application de la nouvelle tarification.

Dans ce dernier cas, il convient que la convention prévoie que l'établissement procède progressivement, dans un délai qu'elle devra préciser, à l'accueil de personnes requérant des soins médicaux plus importants, en sorte que le forfait soit conduit à s'éteindre.

La CNAMTS a diffusé au réseau de l'assurance maladie, le 23 janvier dernier, la méthode de validation des coupes Pathos. Elle a invité les médecins référents des directions régionales du service médical à apporter leur aide au Dr Vetel, que j'ai missionné pour les formations au modèle Pathos qui ont débuté au milieu du mois de janvier.

A l'instar du GMP, le PMP fera l'objet d'une révision annuelle. L'allocation de ressources des établissements disposant d'une coupe Pathos validée sera ajustée régulièrement dès lors que le GMPS progressera d'au moins 20 points.

En ce qui concerne les unités de soins de longue durée, ce n'est qu'une fois la partition effectuée que les USLD redéfinies pourront se voir appliquer les nouvelles modalités de la dotation soins, dans la mesure où elles auront un GMP supérieur ou égal à 800.

Ces mesures sont d'application immédiate et vous disposez d'ores et déjà des moyens pour vous engager sans attendre dans leur mise en œuvre.

B- La seconde priorité, c'est la création de places de SSIAD à un rythme soutenu, avec une enveloppe de 6 000 places nouvelles en 2007, comme en 2006.

Donner aux personnes âgées le libre choix de leur mode de vie suppose en effet, concrètement, de développer encore les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces services constituent en effet un élément essentiel pour une prise en charge globale, diversifiée et de qualité des personnes âgées.

1- Je vous invite à susciter des projets d'extension et de création de SSIAD, en particulier dans les secteurs géographiques qui ne sont pas encore couverts ou qui présentent une forte disparité avec le taux d'équipement moyen départemental, en respectant l'équilibre entre opérateurs publics, privés associatifs et privés commerciaux. Il est également très important de favoriser la création de plates-formes diversifiées regroupant EHPAD, SSIAD, accueil de jour et services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Pour ce faire, vous ajusterez au mieux les moyens budgétaires dont vous disposez au regard du coût moyen à la place (10 500 €). Vous pourrez utiliser les moyens supplémentaires de l'enveloppe « SSIAD renforcés » (4,2 millions €) pour soutenir les services qui accueillent des

patients nécessitant une charge de travail plus importante ou qui assurent une continuité effective des prises en charge sept jours sur sept.

2- L'exercice effectif du libre choix implique également de diversifier l'offre et de développer pour les familles les dispositifs de répit, notamment les accueils de jour.

Le problème du coût des frais de transports, qui a entravé jusque là le développement de ce mode d'accueil, est en voie d'être réglé : deux projets de décrets (un décret simple en cours de signature, et un décret au Conseil d'État dont j'ai saisi la Haute juridiction) prévoient d'inscrire dans le tarif soins des structures concernées - accueil de jour autonomes ou accueils de jours adossés à un EHPAD - un forfait journalier de frais de transport dont le plafond serait de 10 € par jour et par personne. Ainsi, les personnes âgées et les familles seront mieux accompagnées financièrement et matériellement, la prise en charge du forfait journalier de transport étant subordonnée à la mise en œuvre par l'établissement d'une solution de transport adaptée.

II - Des moyens accrus pour les personnes handicapées : achèvement et renforcement du programme pluriannuel 2005-2007.

L'année 2007 verra l'achèvement du programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées 2005-2007.

Je vous rappelle les objectifs de ce programme :

- corriger les disparités régionales et départementales ;
- individualiser et diversifier les modalités d'accueil et d'accompagnement en fonction des situations et des parcours de vie des personnes handicapées ;
- améliorer la qualité de la prise en charge des établissements et services médico-sociaux.

Au total, le programme pluriannuel 2005-2007 et les mesures qui sont venues le compléter se traduiront par la réalisation, voire le dépassement, de l'objectif de 20 000 places nouvelles en établissements et services (5 775 places pour enfants et adolescents handicapés, 8 200 places en maisons d'accueil spécialisées ou en foyers d'accueil médicalisés, 6 000 places de SAMSAH et de SSIAD) et par la création de 147 nouveaux centres spécialisés (centres d'action médico-sociale précoce, centres médico-psycho-pédagogiques, centres régionaux de l'autisme).

5 400 emplois pourront ainsi être créés dans le secteur des personnes handicapées : 1 000 emplois liés à la création de places pour enfants et adolescents (ITEP, SESSAD,...) et 4 400 liés à la création de places pour adultes (2 800 en MAS et en FAM, 1 125 en SAMSAH et en SSIAD, et 475 dans des places d'accueil temporaire ou des places pour adultes polyhandicapés).

Les 238,2 millions d'euros inscrits en mesures nouvelles dans l'ONDAM en 2007 permettent de réaliser les objectifs suivants :

1) Il s'agit d'abord d'achever la dernière tranche du programme pluriannuel de création de places.

- **Pour les personnes adultes handicapées**, 2 600 places supplémentaires sont créées en maisons d'accueil spécialisé et en foyers d'accueil médicalisés, au lieu des 2 100 initialement prévues. Sont également prévues 2 500 places supplémentaires en services d'accompagnement à domicile et en milieu ordinaire de vie (SAMSAH et SSIAD).

- **Pour les enfants et adolescents handicapés**, les nouveaux crédits permettent la création de 250 places en établissements ou services pour enfants autistes ; la création ou l'extension de 22 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et de 22 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ; la création de 1250 places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

2) Il faut également améliorer la prise en charge de certains handicaps spécifiques.

a) Nous devons en effet répondre aux besoins particuliers de certains publics : les personnes handicapées psychiques, les personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement.

- Une tranche supplémentaire de 650 places pour les enfants et les adultes autistes a été ouverte en 2007, l'intégralité des places prévues par le plan autisme (soit 750 places pour les enfants et 1 200 places pour les adultes) ayant déjà été réalisée en 2005 et 2006.
- Le Plan santé mentale (2005-2008) a été amplifié grâce à :
 - une enveloppe complémentaire de 6 M€ facilitant l'accueil de personnes handicapées psychiques en maisons d'accueil spécialisé et en foyers d'accueil médicalisés ;
 - une enveloppe de 11,8 M€ pour la création de 750 places dédiées dans les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

b) Vous veillerez aussi tout particulièrement à offrir une solution aux personnes les plus lourdement handicapées qui attendent une prise en charge en établissement ou en service.

Des moyens supplémentaires sont dégagés pour l'accueil et l'accompagnement des personnes polyhandicapées adultes et enfants (6 M€) ou présentant un handicap rare (2 M€) afin de soutenir les établissements ou services qui proposent un accompagnement adapté.

Une enveloppe complémentaire de 9 M€ est également dégagée pour accélérer le développement encore insuffisant de l'accueil temporaire des enfants comme des adultes handicapés.

c) Dans le prolongement de la loi du 11 février 2005, il est enfin nécessaire de soutenir l'intégration scolaire des enfants handicapés et de renforcer l'action médico-sociale précoce auprès des enfants et de leur famille.

Au-delà des 1 250 places de SESSAD déjà mentionnées, 120 places pourront être créées en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP). Une enveloppe de 8 M€ permettra en outre de mettre ces instituts en conformité avec les normes nouvelles prévues par le décret du 6 janvier 2005.

III - Aider les établissements à se rénover sans accroître le reste à charge des personnes hébergées.

1- Le plan d'aide à la modernisation entrepris en 2006 se prolonge en 2007 par une nouvelle tranche de 185 millions € dont 130 M€ (70 %) pour les établissements accueillant des personnes âgées et 55 M€ (30 %) pour ceux accueillant des personnes handicapées, avec des modalités de mise en œuvre inchangées.

Je vous rappelle qu'en application des arrêtés des 15 et 19 décembre 2006 (cf annexe 5), les investissements de modernisation des établissements médico-sociaux ne donnent pas lieu à charges d'amortissement dans la mesure où ils ont été financés par une subvention publique. Ces nouvelles dispositions doivent permettre de réaliser ces investissements sans augmentation du prix de journée.

Les appels d'offre seront comme l'an dernier organisés par la CNSA. L'instruction vous sera envoyée très prochainement. Les dossiers de la liste complémentaire 2006 pourront bien entendu être repris dans le cadre de cette campagne sans nouvelle instruction et moyennant, le cas échéant, une simple réactualisation.

Je rappelle qu'en 2006, ce plan, auquel l'État a consacré 500 millions €, a permis le financement de 664 opérations de rénovation (422 pour le secteur des personnes âgées et 242 pour le secteur des personnes handicapées), soit un montant de travaux de plus de 2 milliards €

Ce plan sera complété par la mise en œuvre, pour la période 2007-2013, du volet territorial des contrats de projet Etat-Région (CPER). Ces contrats mobiliseront les crédits du programme 157 « handicap et dépendance » à hauteur de 30 millions en 2007 et de 210 millions € sur l'ensemble de la période. Ces crédits financeront des opérations ciblées d'adaptation de structures spécialisées pour les personnes handicapées et de reconversion de structures hospitalières en établissements de long et moyen séjour.

2- Les opérations de construction ou de rénovation des établissements publics et privés agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée bénéficieront du taux réduit de TVA (5,5 %) dans le cadre de conventions avec le représentant de l'État dans le département

Cette disposition issue de la loi instituant le droit au logement opposable concerne :

- la totalité des établissements pour personnes handicapées ;
- les établissements pour personnes âgées s'ils sont éligibles aux prêts locatifs sociaux (PLS) mais sans qu'il soit nécessaire d'obtenir effectivement un tel prêt.

Je vous engage à faire largement et immédiatement usage de cette possibilité : la convention passée entre le représentant de l'État dans le département et l'établissement concerné doit simplement viser à s'assurer que les conditions ci-dessus sont remplies.

3- Enfin, j'appelle votre attention sur les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (article 86, 1^{er} alinéa) qui permettent la compensation par l'assurance maladie des frais financiers résultant du recours à l'emprunt dans le cadre d'opérations d'investissement immobilier engagées par des établissements d'hébergement habilités en tout ou partie à l'aide sociale. Le décret mettant en œuvre cette mesure a reçu un avis favorable du CNOSS et se trouve en cours de publication.

A ce titre, la CNSA vous a notifié des dotations régionales, correspondant à une enveloppe de 25 millions € que vous provisionnez dans l'attente d'une instruction qui précisera les modalités d'utilisation de ces crédits.

Cet ensemble de mesures traduit un effort substantiel de l'Etat en matière d'investissement et la volonté de modérer les charges qui pèsent sur les familles en maîtrisant les coûts. Il doit produire un effet de levier et appeler les cofinancements indispensables à la modernisation et à la rénovation du parc des établissements. Il vous appartiendra d'utiliser ces différents outils (TVA à 5,5%, aides de la CNSA, compensation des frais financiers résultant du recours à l'emprunt) de manière à faciliter le plus grand nombre d'opérations.

*

La campagne budgétaire 2007 dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées mobilise, comme vous le constatez, des moyens importants, et inaugure une nouvelle approche en matière d'allocation des ressources d'assurance maladie aux EHPAD.

Notre capacité à atteindre ces objectifs dépend pour beaucoup des efforts d'explication, de mobilisation et de conviction des services de l'État. Je compte sur vous et sur vos équipes pour une mise en œuvre rapide. Des annexes, auxquelles je vous invite à vous rapporter, détaillent divers points techniques et méthodologiques.

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



Philippe BAS

ANNEXE 1

Les dotations régionales limitatives médico-sociales personnes handicapées et personnes âgées

L'année 2006 a permis de parachever la rénovation de la réglementation financière et comptable des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, les dotations limitatives notifiées aux préfets correspondent à la totalité des dépenses autorisées et non aux recettes d'assurance maladie à percevoir sauf pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les établissements sociaux et médico-sociaux bénéficiant d'une dotation globalisée commune (ou des quotes-parts de cette dernière) dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) prévus à l'article R. 314-43-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

1 – Définition des dotations régionales et départementales limitatives

Les articles L. 314-3 à L. 314-5 du CASF précisent que le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations correspondantes, est réparti en dotations régionales et départementales limitatives. Il en résulte que les dotations limitatives correspondent aux dépenses nettes autorisées des établissements et non pas aux dotations d'assurance maladie.

2- Actualisation de la définition des dépenses nettes autorisées des établissements

Les possibilités d'affectation des excédents ont été diversifiées notamment afin de permettre la compensation des surcoûts générés par les investissements liés à la sécurité des biens et des personnes.

Des comptes nouveaux ont été créés pour limiter les surcoûts en matière de frais financiers et de dotation aux amortissements des immobilisations :

- compte 142 : provision réglementée pour le renouvellement des immobilisations
- compte 145 : amortissements dérogatoires
- compte 10687 : excédent affecté à la compensation des charges d'amortissements.

L'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 a permis le règlement financier de la prise en charge dans les établissements pour mineurs des jeunes adultes relevant de l'amendement « Creton ». Il en résulte pour ces établissements des financements complémentaires comme des forfaits journaliers et des participations au titre des frais de repas ou de transport.

Ces évolutions ont des effets sur les dotations limitatives de crédits dont la définition doit être ajustée.

Les dotations limitatives correspondent aux dépenses de la classe 6 des établissements concernés diminuées, le cas échéant, d'une part des groupes fonctionnels II (comptes 70, 71, 72, 74 et 75) et III (comptes 76,77,78 et 79) de produits et, d'autre part, le cas échéant des reprises sur les excédents affectés à la compensation des amortissements de sécurité (compte 10687) à l'exception des FAM, des CAMSP et des CPOM prévus à l'article R. 314-43-1 du CASF.

En effet, pour les FAM, CAMPS et CPOM, il convient de prendre en compte respectivement le forfait annuel global aux soins des FAM défini à l'article R. 314-141 du CASF, les 80% de la dotation globale de financement des CAMPS à la charge de l'assurance maladie et la dotation globalisée commune des CPOM conclus en application de l'article R. 314-43-1 du CASF.

Les forfaits journaliers sont à imputer sur les sous-comptes du compte 708 y compris ceux des jeunes adultes relevant de l'amendement « Creton ».

3 - Dépenses opposables à prendre en compte dans le calcul des tarifs et convergence tarifaire

Les dotations limitatives sont paramétrées afin de prendre en compte les évolutions prévues ou actées en matière de masse salariale pour 2007 que l'autorité de tarification va décliner dans chaque ESMS en application de l'article R. 314-85 du CASF.

Il n'y a pas de contradiction entre l'article R. 314-85 et les articles R. 314-22 (5° sur le rapport d'orientation budgétaire), R. 314-23 (6° et 7°) et R. 314-28 à R. 314-33-1 (tableaux de bords d'indicateurs et convergence tarifaire).

La convergence tarifaire doit donc être engagée en 2007 selon les modalités rappelées par la circulaire N°DGAS/5B/2006/430 du 29 septembre 2006 relative à la transmission électronique des propositions budgétaires, aux indicateurs d'allocation des ressources et au rapport d'orientation budgétaire 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.

L'arrêté ministériel du 15 mars 2007 a publié pour les ESAT, les IME, les SESSAD et les MAS les résultats nationaux 2005 en matière d'indicateurs qui ont été calculés sur la base des données ayant permis le calcul et la publication des valeurs moyennes et médianes en application de l'article R. 314-31 du CASF. D'autres arrêtés portant sur les autres catégories d'établissements et de services concernées par les indicateurs seront publiés dans les semaines à venir.

Ces résultats nationaux pourront vous permettre d'allouer les ressources dans un souci de convergence tarifaire en application des articles R.314-28 à R. 314-33-1 du CASF en complément de vos indicateurs départementaux et régionaux que vous pouvez utiliser en application combinée des 2°, 6° et 7° de l'article R. 314-23 du CASF dans le cadre de votre rapport d'orientation budgétaire établi en application du 5° de l'article R. 314-22 du même code.

En application des 3° et 4° de l'article R.314-22 du CASF, ils peuvent servir d'indices en matière de dépenses excessives et, en application du 5° de ce même article, justifier le rejet de mesures nouvelles qui auraient pour conséquence d'accroître les disparités entre les établissements et services similaires, voire une limitation des moyens reconduits pour les établissements et services manifestement sur-dotés par rapport aux autres établissements et services comparables.

Aussi, les axes de convergence tarifaire doivent être explicités dans votre rapport d'orientation budgétaire prévu en 5° de l'article R.314-22 du CASF. La transmission de ce rapport d'orientation budgétaire, en cas de contentieux de la tarification, doit faire l'objet

d'une demande de transmission par le juge de la tarification en application de l'article R.351-22 du même code.

Les données relatives au calcul des indicateurs portant sur l'exercice 2006 doivent être transmises par les établissements et services concernés **avec le compte administratif** au plus tard **le 30 avril 2007**.

En vue d'une appropriation par l'ensemble des acteurs de cet outil, une publication dans les meilleurs délais des valeurs moyennes et médianes régionales et nationales est indispensable, d'autant plus qu'en 2006, les indicateurs du temps actif mobilisable, du temps d'intervention et du coût de la prise en charge médico-éducative viendront compléter les indicateurs déjà disponibles en 2005. Cette publication rapide est possible à condition de mettre en œuvre la méthodologie présentée au point 4 de la circulaire N° DGAS/5B/2006/430 du 29 septembre 2006 mentionnée en référence.

Par ailleurs, en application du nouvel article R. 314-60 du CASF, les CRAM pourront désormais être destinataires des données des établissements et services nécessaires au calcul des indicateurs. Les DRASS doivent se rapprocher des CRAM pour organiser l'exploitation commune de ces données.

Il serait, en effet, souhaitable de procéder à la publication des moyennes et médianes régionales et, le cas échéant, départementales, de l'exercice 2006 pour **le 1^{er} octobre 2007 au plus tard** afin que les établissements et services concernés disposent de cette information avant d'établir leurs propositions budgétaires, notamment, en matière de mesures nouvelles et de mesures de reconduction en prenant en compte la nécessaire convergence tarifaire.

Les établissements et services, gérés par le même organisme gestionnaire, qui présenteraient des écarts non justifiés, doivent se voir proposer d'entrer dans la logique d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application de l'article R. 314-43-1 du CASF et des circulaires N°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 et N°DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs.

En 2007, 12 millions d'euros ont été dégagés sur l'OGD-CNSA pour financer ces CPOM dans le secteur des personnes handicapées. Ceux-ci ont doivent permettre d'atteindre les objectifs suivants à l'issue d'un diagnostic partagé par l'autorité de tarification et le gestionnaire, comme notamment :

- la remise à niveau des établissements en difficulté ;
- le retour à l'équilibre et l'apurement des déficits opposables aux financeurs sur la période de la convention ;
- le lissage des surcoûts ponctuels (surcoûts des nombreux prochains départs à la retraite mais entraînant un GVT négatif pour les autres années) pendant toute la durée de la convention;
- le redéploiement des GVT négatifs au profit de mesures nouvelles dans des établissements et services prioritaires en matière de politiques publiques ;
- la convergence tarifaire départementale entre établissements et services appartenant au même groupe homogène d'établissements au profit d'établissements et services moins

bien dotés par rapport aux autres établissements similaires du département ou de la région ;

- la convergence tarifaire interne aux établissements du gestionnaire par redéploiement de moyens entre établissements ou services ;
- la mutualisation et la globalisation des moyens ;
- la participation à des formules de coopération entre établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ;
- la mobilité des personnels et une meilleure organisation des parcours professionnels au sein de l'organisme gestionnaire ;
- la structure des qualifications à atteindre pour les personnels ;
- la création de nouveaux établissements et services.

ANNEXE 2

Instructions concernant la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

- **L'achèvement de la réforme de la tarification : règles à observer**
- **Le renouvellement des conventions tripartites et l'amélioration de la qualité dans le processus de conventionnement**
- **La mise en œuvre du PSGA en 2007 : nouvelles règles tarifaires et amélioration des taux d'encadrement (EHPAD renouvelant leur conventions ou dont le GMP>800, établissements sous tarif global et USLD)**

1 – La médicalisation des EHPAD : fin de la réforme et respect des règles budgétaires

Au 19 janvier 2007, 5 395 conventions tripartites ont été signées par 5 895 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui offrent 440 554 places médicalisées. L'assurance maladie a ainsi pu financer la création de 35 080 emplois de personnels soignants dont 7 417 emplois d'infirmiers diplômés d'Etat et 27 663 emplois d'aides-soignants.

Le bilan des signatures de l'année 2006 est de 666 conventions. L'objectif fixé en début d'année, lors de la notification des crédits de médicalisation par la CNSA, correspondait au conventionnement de 1 400 EHPAD supplémentaires soit environ 100 000 places.

Il est constaté que les conventions signées en 2006 ont un coût moyen de 4 800 €/place contre, en moyenne, 2 800 €/place les années précédentes. Votre attention est tout particulièrement appelée, d'une part, sur la nécessité de respecter la DOMINIC de référence (DOMINIC + 35 %) pour les primo-conventionnants, tout dépassement massif pouvant conduire à des difficultés pour achever la médicalisation de l'ensemble des établissements, d'autre part, sur le fait que les crédits destinés à l'achèvement du conventionnement initial ont été définis sur un coût moyen de 3 200 €/place sur six mois et que c'est sur ces bases que seront financées les extensions en année pleine à couvrir en 2008.

Les règles concernant le clapet anti-retour, l'effet mécanique, l'avenant Alzheimer et les établissements dont la capacité est inférieure à 60 lits sont toujours applicables.

L'achèvement de la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un objectif de premier rang qu'il convient de respecter.

Conformément au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, l'échéance pour l'achèvement de la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est fixée au 31 décembre 2007. Il est rappelé que les USLD sont également dans le champ de la réforme et, à ce titre, doivent avoir signé une convention tripartite avant le 31 décembre 2007. Vous devrez donc inviter les gestionnaires d'établissements à déposer leur dossier de conventionnement avant le 30 juin prochain.

Dans ces conditions, les crédits inscrits à l'ONDAM-OGD pour l'année 2007 (144 M€ sur 6 mois dont 114 ont été notifiés le 15 février par la CNSA au titre de l'enveloppe du début de campagne) permettent de médicaliser les 90 000 places restant à conventionner au regard des moyens alloués pour la campagne budgétaire 2006 et d'achever la réforme. Il vous est donc

demandé de porter une attention particulière et d'engager un effort soutenu pour la médicalisation des établissements afin d'honorer les objectifs de l'année 2007.

Concernant le cas particulier des logements foyers, l'article L. 313-12 I bis du code de l'action sociale et des familles précise qu'ils ont la possibilité, sous certaines conditions, de déroger à l'obligation de passer convention ou de conventionner partiellement. Un décret précisant les modalités de mise en œuvre de cette dérogation et de médicalisation des logements foyers qui accueillent des personnes âgées dépendantes, fait l'objet d'ultimes consultations (Conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM) après avoir reçu un avis favorable du CNOSS et sera publié prochainement.

2. – Les modalités de renouvellement des conventions tripartites et la préparation des nouvelles conventions

388 conventions tripartites signées en 2000 et 2001 sont arrivées à échéance à la fin de l'année 2006. Selon les données fournies par le logiciel SAISEHPAD, 996 conventions seront échues au terme de l'année 2007 et ont vocation à être renouvelées. **Afin de procéder au renouvellement, vous veillerez à respecter les procédures suivantes :**

2-1. – Evaluation des conventions échues

Il vous est rappelé, qu'avant tout renouvellement, vous devez dresser l'état de réalisation des objectifs de la convention échue et évaluer les écarts éventuels entre les objectifs fixés lors de sa signature et les résultats obtenus à son terme. Le protocole d'évaluation - fourni à titre purement indicatif - de l'annexe 2.1 de la circulaire du 17 octobre 2006 peut constituer une trame de questionnement lors de la négociation du renouvellement des conventions tripartites parvenues à échéance. A cet égard, la grille de suivi et d'analyse proposée à l'annexe 2-2 de la circulaire précitée, renseignée par l'établissement, ainsi que le tableau d'état de réalisation des objectifs de la convention tripartite (annexe 2.3 de la circulaire du 17 octobre 2006) vous permettent de disposer d'une évaluation des objectifs des conventions arrivées à échéance. L'annexe 2.2 a déjà suscité, à partir de vos remontées qui concernent une grosse centaine de conventions exploitables, un traitement de données qui va permettre d'affiner les objectifs et les conditions de renouvellement des conventions tripartites. Une synthèse de cette analyse vous sera transmise ultérieurement.

Lors de la négociation des nouvelles conventions tripartites, l'accent doit tout particulièrement être mis sur le développement de la démarche qualité de l'établissement qui ne saurait, en aucun cas, être éludé. Ainsi, comme cela avait été recommandé pour la mise en œuvre des conventions tripartites de première génération, il est nécessaire que les établissements procèdent, avant tout renouvellement de convention, à une auto-évaluation afin de dresser le bilan des points forts et des points faibles de leur démarche qualité. Cette analyse devrait les conduire non seulement à vérifier leur progression en la matière depuis la mise en œuvre de leur première convention, mais également à dégager les objectifs qu'ils comptent afficher lors du renouvellement de leur convention. De plus, dans le cadre de la procédure de renouvellement, vous veillerez à ce que les établissements utilisent le « guide de gestion des risques de maltraitance en établissement » afin qu'ils mettent en place des actions d'amélioration de la prise en charge et de la sécurité des résidents.

ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements), élaborée en référence à l'arrêté du 26 avril 1999, modifié du 13 août 2004, fixant le cahier des charges des conventions tripartites (ou tout outil comparable élaboré localement), reste le support de l'auto-évaluation mis à la disposition des établissements ; il doit être rempli dans une démarche participative impliquant tous les personnels. On ne saurait trop recommander son utilisation systématique pour le renouvellement des conventions tripartites sachant que le résultat de l'auto-évaluation (les réponses détaillées aux 147 questions de l'outil d'auto-évaluation de la qualité en EHPAD), qui n'a pas à être communiqué, permet effectivement d'identifier les objectifs prioritaires à retenir dans la nouvelle convention, consignés dans le rapport d'évaluation, distinct de l'outil d'auto-évaluation et seul document exigible à l'appui de la négociation.

2-2. – L'auto-évaluation ANGELIQUE satisfait à l'obligation d'évaluation interne résultant de la loi du 2 janvier 2002

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 22 de la loi du 2 janvier 2002, crée l'obligation pour les établissements et services de « *procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Agence¹ nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux* » et de communiquer les résultats de l'évaluation tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Toutefois, les délais initialement prévus pour la mise en œuvre de ces dispositions ont été reportés et la date de remise des résultats de l'évaluation interne (rapport d'évaluation) à l'autorité ayant délivré l'autorisation est repoussée à une date qu'il conviendra de fixer en concertation avec l'Agence.

S'agissant des EHPAD, les deux procédures, celle de l'évaluation interne relevant de la loi du 2 janvier 2002 et celle de l'auto-évaluation liée au conventionnement, convergent. Dans les deux cas, une évaluation interne est prévue tous les cinq ans et ses résultats (à savoir le rapport d'évaluation s'agissant de l'auto-évaluation ANGELIQUE) doivent être communiqués aux autorités qui ont délivré l'autorisation ou signataires de la convention (DDASS, conseil général). Dans les deux cas, elle a vocation à être une démarche participative de l'ensemble des acteurs concernés et à être centrée sur le résident. Quant au champ des deux exercices, il se recoupe : le guide de l'évaluation interne produit par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS) indique que « *les domaines suivants seront explorés : le droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations ; l'établissement ou le service dans son environnement ; le projet d'établissement ou de service et ses modalités de mise en œuvre ; l'organisation de l'établissement ou du service.* » tandis que l'outil d'auto-évaluation Angélique comporte quatre parties : attente et satisfaction des résidents et des familles ; besoins d'accompagnement et de soins des résidents et réponses apportées ; l'établissement et son environnement ; démarche qualité, projet d'établissement et de soins. Concernant plus spécifiquement la gestion de la maltraitance en établissement, le « guide de gestion des risques de maltraitance en établissement » répond également aux préoccupations du CNESMS dans sa partie « sécurité des usagers et gestion des risques ».

¹ L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales. Elle remplace le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Pour les USLD, c'est la procédure de certification qui s'applique.

Dans ces conditions, et dans l'attente des travaux de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'auto-évaluation réalisée par les établissements au moment de leur conventionnement ou lors du renouvellement de celui-ci satisfait à l'obligation d'évaluation interne de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent telle que fixée dans le code de l'action sociale et des familles. Les établissements ayant signé une convention tripartite en 2003, 2004, 2005 et 2006 ainsi que ceux qui la signeront ou la renouvelleront en 2007 sont réputés avoir satisfait ou satisfaire l'obligation posée par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles quant à la communication du rapport d'évaluation interne aux autorités ayant délivré l'autorisation.

2-3. – La préparation des nouvelles conventions

Tous les établissements dont la convention est parvenue à échéance en 2006 ou parvient à échéance en 2007 procèdent au renouvellement de leur convention tripartite initiale pour cinq ans sur la base des objectifs consignés dans le rapport d'évaluation et validés par toutes les parties à la convention, quitte à :

- les aménager pour s'assurer de l'atteinte définitive des objectifs de la convention initiale, tout en renforçant les modalités de suivi afin de permettre un pilotage plus offensif de la deuxième convention (les instructions de la circulaire du 17 octobre 2006, paragraphe I-3, relatives à la passation d'avenants sont rapportées et n'ont plus cours) ;
- les parfaire ultérieurement pour qu'ils concordent et s'insèrent dans les objectifs qualitatifs communs et convergents assignés aux nouvelles conventions tripartites sur la base des recommandations de l'étude du CREDOC telles qu'elles auront été validées au terme d'une concertation.

En effet, l'étude DGAS/DSS/CNSA confiée au CREDOC conduira à proposer une série d'objectifs cibles constituant un socle commun en terme de qualité des prises en charge, étayés par une batterie d'indicateurs permettant d'en assurer le suivi, testés puis validés par tous les acteurs - DDASS, conseils généraux, établissements -, à inscrire dans les conventions tripartites de deuxième génération. A cette occasion, une méthodologie de remplissage de ces indicateurs vous sera communiquée.

3 – La mise en œuvre du plan solidarité grand âge : nouvelles règles tarifaires et renforcement des moyens dans les établissements et services

3-1 – L'actualisation annuelle du GIR Moyen Pondéré (GMP)

Elle est de portée générale : tous les établissements conventionnés (5 895) sont éligibles à cette mesure. L'article R. 314-170 du code de l'action sociale et des familles dispose en effet que la révision du classement des résidents selon leur niveau de dépendance (grille AGGIR) intervient au moins une fois par an. La révision annuelle du GMP conduit, dès lors qu'il augmente d'au moins 20 points (arrêté en cours de publication pris pour l'application de l'article R. 314-184 du CASF modifié par le décret n° 2006-584 du 23 mai 2006), à recalculer la dotation soins de l'établissement pour actualiser ses moyens sur la base d'une valorisation de chaque point supplémentaire de GMP à concurrence de 8 €par point en tarif partiel et de 9 €par point en tarif global :

- Cette revalorisation intervient quel que soit le niveau de DOMINIC de l'établissement.

- Pour apprécier la progression à répercuter, le GMP pris en compte est le dernier GMP validé, en principe réévalué entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2006, rapporté à celui qui a servi de référence au calcul de la dotation soins en 2006.
- Si le GMP progresse de moins de 20 points, l'augmentation sera prise en compte ultérieurement.

3-2 - Modalités d'utilisation de l'outil Pathos pour les établissements dont la convention est renouvelée, pour ceux dont le GMP est supérieur ou égal à 800, ainsi que pour ceux qui ont opté pour le tarif global

Conformément aux dispositions de l'article 56 de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, les établissements se voient appliquer les nouvelles modalités d'attribution des crédits de l'assurance maladie résultant de l'utilisation de l'outil Pathos sous réserve de remplir l'une des conditions suivantes :

- renouveler ou avoir engagé le processus de renouvellement de leur convention tripartite (engagement attesté par la production du rapport d'évaluation ANGELIQUE) et être en mesure de produire une coupe Pathos validée ;
- avoir un GMP supérieur ou égal à 800 et disposer d'une coupe Pathos validée ;
- avoir opté ou opter pour le tarif global et disposer d'une coupe Pathos validée.

- *Procédure de validation de la coupe Pathos*

Est instaurée une nouvelle unité de compte, le point GMPS (GIR moyen pondéré soins), qui agrège le GMP et le PMP issu des coupes Pathos. Ce nouveau processus d'allocation des ressources d'assurance maladie sera déployé progressivement et, comme indiqué ci-dessus, s'applique aux établissements dont le GMP est supérieur ou égal à 800 ou qui renouvellent leur convention (soit 1 754 établissements au niveau national en 2006/2007) ou qui ont opté pour le tarif global et qui disposent d'une coupe Pathos validée par la direction régionale du service médical de l'assurance maladie.

Tout comme le GMP, le PMP fera l'objet d'une actualisation annuelle et, par symétrie, l'allocation de ressources des établissements disposant d'une coupe Pathos validée sera revue dès lors que le GMPS augmentera d'au moins 20 points

Les modalités de réalisation des formations à l'utilisation de l'outil Pathos vous ont été détaillées dans la circulaire n° 2006/518 du 6 décembre 2006.

Les coupes transversales seront réalisées par les médecins coordonnateurs des établissements qui saisissent les données et les fournissent au praticien conseil de la caisse primaire d'assurance maladie du ressort de leurs établissements respectifs sur une base au format GALAAD V3, logiciel téléchargeable sur le site ameli.fr de la CNAMTS.

Après réception de ces données le bilan Pathos dans GALAAD permet de définir les modalités de validation et de contrôle selon des critères définis par la CNAMTS qui ont été diffusés au réseau de l'assurance maladie le 23 janvier dernier.

La validation des coupes Pathos doit être réalisée dans un délai de 3 mois après réception des données par le service. A défaut de validation dans ce délai la coupe est

réputée acquise, sans préjudice des résultats de contrôles ultérieurs de cohérence, possibles à tout moment.

Pour effectuer le recueil des données et réaliser la coupe transversale, le médecin coordonnateur doit avoir suivi la journée de formation dispensée par le Dr Vetel (cf. annexe 7 de la présente circulaire) ou une formation datant de moins d'un an dispensée par un formateur dont la qualification aura été reconnue par le Dr Vetel.

- *Règles d'une tarification basée sur le GMPS*

Dans le cas où vous auriez débuté votre campagne de re-conventionnement avant la circulaire budgétaire du 17 octobre 2006 et renouvelé des conventions tripartites sans réaliser la coupe pathos, un avenant viendra de plein droit permettre l'application des nouvelles règles tarifaires.

Dans tous les cas, seuls les établissements dont la coupe Pathos a été validée (explicitement ou implicitement) par la direction régionale du service médical de l'assurance maladie peuvent bénéficier des nouvelles modalités de calcul du GMPS.

Le nombre de points GMPS est déterminé selon la formule suivante :

$$\text{GMPS} = \text{GMP} + (\text{PMP} \times 2,59)$$

(le coefficient de 2,59 permettant de convertir le PMP en équivalent GMP)

Concernant la valeur du point GMPS, celle-ci ayant été déterminée en fin d'année 2006, elle inclut l'évolution du taux de reconduction du point (cf. valeurs du point dans la circulaire du 17 octobre 2006). Ainsi, les valeurs du point GMPS qui sont applicables pour l'année 2007 sont les suivantes :

- Tarif global avec PUI = 12€* GMPS * capacité exploitée
- Tarif global sans PUI = 11€* GMPS * capacité exploitée
- Tarif partiel avec PUI = 9,50€* GMPS * capacité exploitée
- Tarif partiel sans PUI = 8,40€* GMPS * capacité exploitée

Dans le cas où le coefficient soins réel issu de la coupe transversale s'avère inférieur au coefficient soins forfaitaire servant actuellement au calcul de la dotation d'assurance maladie, cette dernière pourra être conservée :

- En conséquence, la convention passée avec l'établissement bénéficiaire de la tarification au GMPS devra, le cas échéant, prévoir l'ajout d'un montant forfaitaire différentiel (analogue à un « clapet anti-retour ») qui garantira à l'établissement le maintien du niveau de sa dotation en vigueur à la date de signature de l'avenant, aussi longtemps que ce niveau reste plus élevé que ce que donnerait l'application de la nouvelle tarification.
- Dans ce cas, il convient que la convention prévoie que l'établissement procède progressivement, dans un délai qu'elle devra préciser, à l'accueil de personnes requérant des soins médicaux plus importants, en sorte que le forfait soit conduit à s'éteindre.

Il vous est rappelé qu'aucun crédit d'assurance maladie ne pourra être attribué au-delà de cette norme de financement pour les EHPAD éligibles à ce nouveau dispositif. En revanche, si les crédits ainsi déterminés ne peuvent être contestés par les autorités tarifaires puisqu'ils révèlent un besoin de financement approprié à une prise en charge de résidents requérant des soins médico-techniques importants, la signature de l'avenant ou de la

convention tripartite donnant droit à un accroissement de crédits d'assurance maladie peut conduire l'établissement à s'engager dans des objectifs supplémentaires de prise en charge de qualité.

3-3 – L'allocation de ressources aux unités de soins de longue durée

L'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu l'étalement sur trois ans de la répartition des capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD), qui doit intervenir au plus tard le 30 juin 2009, entre une partie sanitaire prenant en charge des patients nécessitant des soins médico-techniques importants (SMTI - financée sur l'enveloppe sanitaire) et une partie médico-sociale accueillant des résidents dépendants mais ne relevant pas de SMTI (financée sur l'enveloppe médico-sociale). Chaque établissement devra choisir au sein des exercices concernés celui qu'il retient pour sa transformation, en faisant connaître son projet à l'agence régionale de l'hospitalisation. Ces opérations de répartition impliqueront concomitamment une révision du volet « personnes âgées » du SROS III.

Simultanément à l'opération de répartition, les USLD dont le GMP est égal ou supérieur à 800 sont éligibles aux nouvelles règles tarifaires dans la mesure où elles disposent d'une coupe Pathos validée dans le cadre des analyses transversales réalisées en 2006 pour l'application de l'article 46 de la LFSS pour 2006.

Dans ce contexte, instruction est donnée aux ARH, dans le cadre d'une circulaire spécifique en préparation, d'appliquer les règles tarifaires liées à la mise en œuvre des coupes PATHOS aux USLD :

- qui redéfinissent, en même temps qu'elles demandent l'application des nouvelles règles de tarification, leurs capacités afin de les répartir entre résidents nécessitant des soins médico-techniques importants et ceux ne relevant pas de cette catégorie. Chacune des catégories pourra alors se voir appliquer les nouvelles règles tarifaires, étant entendu que la partie médico-sociale conservera la totalité de ses moyens ;
- qui souscrivent ou ont souscrit une convention tripartite.

En conséquence, une fois réalisée la répartition des capacités et des crédits, c'est l'ONDAM hospitalier qui financera l'effort de médicalisation résultant de l'application du GMPS dans la partie USLD juridiquement maintenue dans le champ hospitalier. Pour la partie des USLD transformée en EHPAD, le maintien des moyens des capacités ainsi reclassées dans le champ médico-social est garanti le cas échéant par un abondement au titre de l'objectif général de dépense (OGD) géré par la CNSA, sous réserve d'un engagement à prendre en charge les patients les plus dépendants (GIR 1 et 2).

Ces dispositions font l'objet d'une circulaire spécifique à paraître qui proroge cette année, par dérogation, jusqu'au 30 juin 2007 le délai ouvert aux USLD pour faire connaître leur volonté d'être transformées à compter du 1^{er} janvier 2008.

ANNEXE 3

La mise en œuvre du PSGA et les mesures nouvelles « personnes âgées » : priorité au développement des SSIAD, déploiement de modes d'accueil séquentiels, alternatifs à l'hébergement permanent et créations de places d'EHPAD

- **Développer les accueils de jour et l'hébergement temporaire et traiter la prise en charge du transport en accueil de jour**
- **Les SSIAD pivots d'une politique active du maintien à domicile fondée sur le libre choix**
- **Les enveloppes d'anticipation**
- **Règles de fongibilité d'enveloppes**

1 – La diversification de l'offre : créations des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

Le financement des places d'accueil de jour et de 1 125 places d'hébergement temporaire vous est alloué sur la base de 6 mois de fonctionnement. Un montant de 7,6 M€ pour l'accueil de jour et de 6 M€ pour l'hébergement temporaire a été prévu dans l'ONDAM pour 2007. 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. La notification de la CNSA en date du 15 février porte sur 90 % des crédits (respectivement 6,9 M€ pour les accueils de jour et 5,35 M€ pour les places d'hébergement temporaire).

Le problème du transport, son organisation et la solvabilisation des coûts à charge qu'il induit, qui constitue un obstacle avéré au développement des accueils de jour, est en voie de règlement au travers de deux projets de décret. Le coût unitaire des places d'accueil de jour a été revu à la hausse et intégrera désormais un forfait journalier de frais de transports, dans limite d'un plafond fixé à 10 € pour les accueils de jour autonomes et à 8,22 € pour les accueils de jour rattachés à un EHPAD pour l'exercice 2007, incorporé dans le forfait journalier de soins. Dans la limite de ce plafond, les frais de transport seront pris en charge par le forfait soins dans les conditions suivantes :

- à 70 % dans un accueil de jour autonome,
- à 100 % dans un accueil de jour rattaché à un établissement d'hébergement.

L'arrêté fixant le montant plafond du forfait d'assurance maladie pour l'accueil de jour est en cours de signature

A titre d'exemple :

- un accueil de jour autonome de 10 places verra, au titre de la prise en charge du forfait transport, son forfait soins annuel augmenté de 21 000 €, soit $10 \text{ €} \times 70\% \times 10 \times 300 \text{ jours}$, et son forfait dépendance augmenté de 9 000 €, soit $10 \text{ €} \times 30\% \times 10 \times 300 \text{ jours}$.
- un EHPAD auquel est rattaché un accueil de jour de 10 places verra, au titre de la prise en charge du forfait transport, sa dotation soins augmentée de 30 003 €, soit $8,22 \text{ €} \times 10 \times 365 \text{ jours}$. Ce forfait transport est imputé en charges sur la section tarifaire afférente aux soins et en produits sur la section tarifaire hébergement

2 – Les SSIAD

Véritables acteurs du maintien à domicile, les SSIAD assurent auprès des personnes âgées les soins infirmiers et d'hygiène générale. Ils ont pour mission de prévenir, différer ou éviter l'accueil en établissement. Aussi, en application du plan solidarité grand âge, il a été décidé d'accélérer le rythme de création de places nouvelles de SSIAD et de développer significativement leur nombre, porté à 6 000 par tranche annuelle, tant il est vrai qu'aucune politique de maintien à domicile n'est soutenable sans une offre de soins à domicile suffisante et efficiente. 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 qui est de 10 500 €/an et des crédits supplémentaires alloués au titre de l'enveloppe « SSIAD renforcés ».

L'enveloppe de 31,5 M€ permettant de créer, pour l'année 2007, 6000 places de SSIAD avec un financement sur 6 mois vous a été notifiée à hauteur de 90 % (28,5 M€) par la CNSA le 15 février dernier.

Parallèlement, un groupe de travail piloté par les cabinets du ministre de la santé et des solidarités et du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, ouvert à l'ensemble des fédérations et unions du secteur a fait le constat qu'un certain nombre de patients présentaient des caractéristiques qui, au regard de leurs pathologies, ne permettaient pas une prise en charge par une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) mais nécessitaient une réponse en soins beaucoup trop lourde pour être prise en charge dans le cadre du fonctionnement courant d'un SSIAD. La prise en charge de ces patients engendre des dysfonctionnements pénalisants soit pour le patient lui-même, soit pour le service.

Afin d'identifier ces patients au regard, notamment, de caractéristiques physiques, environnementales et de charge en soins, une étude est mise en place pour construire un outil destiné à objectiver la description des patients et à mesurer la charge en soins requis afin de différencier les coûts et de permettre aux SSIAD de dispenser des soins gradués à domicile.

Conformément au plan solidarité grand âge, cette étude se déroule pour partie dans le département de la Charente et est étendue à quatre autres régions afin de porter sur un échantillon d'environ 2 500 patients. Le recueil des données sera effectué dans le courant des mois de mars et avril 2007 avec le concours des directions régionales du service médical de l'assurance maladie qui traiteront les données avec l'appui méthodologique et l'expertise scientifique de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES).

L'ONDAM 2007 a prévu une enveloppe de 5M€ pour accompagner l'objectivation de la charge en soins supportée par les services de soins infirmiers à domicile et mesurer son coût. 0,8 M€ sera consacré à l'expérimentation décrite ci-dessus.

4,2 M € vous ont été notifiés par la CNSA le 15 février pour les SSIAD en attendant les résultats de l'étude selon une répartition faite au prorata du nombre de places installées. Ces crédits permettent aux DDASS de disposer d'une enveloppe non pérenne devant servir à soutenir les services qui pourraient connaître des difficultés financières dues à une

organisation permettant une prise en charge de patients nécessitant une charge de travail plus importante ou qui assurent une continuité des prises en charge 7 jours sur 7 et 24h/24.

Cette mesure ne préfigure en rien une mesure de rebasage général des SSIAD.

Je vous rappelle, par ailleurs, qu'à la date du 30 avril 2007 les SSIAD doivent communiquer aux DDASS l'ensemble des indicateurs prévus dans le rapport d'activité tel que publié par l'arrêté du 27 juillet 2005. Ces indicateurs doivent ensuite être transmis par voie électronique à la DRASS et à la DGAS (dominique.telle@sante.gouv.fr) pour agrégation. Je vous demande d'être particulièrement vigilants pour que les SSIAD respectent les échéances de transmission afin que le dispositif des indicateurs soit réellement opérationnel sur l'année 2007.

3 – Les enveloppes d'anticipation pour 2008 et 2009 : créations de places d'EHPAD et de SSIAD

La CNSA a procédé à la répartition de la totalité des crédits alloués à la création de places d'EHPAD, par anticipation d'enveloppe, pour l'année 2007. Des crédits vous ont été notifiés par la CNSA le 15 février dernier au titre des enveloppes anticipées 2008 et 2009 pour les EHPAD, les SSIAD, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour (en application de l'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles) à hauteur de 90 % des enveloppes nationales d'anticipation (arrêté interministériel à paraître). Les enveloppes d'anticipation portent en 2008 sur 40 % des places prévues dans la programmation du plan solidarité grand âge (soit un montant d'enveloppe d'anticipation de 29,7 M€ l'équivalent de 2000 places d'EHPAD, 2 400 places de SSIAD et 1 300 places d'AJ/HT). Pour 2009, les enveloppes d'anticipation concernent 20 % des places, soit, un montant d'enveloppe d'anticipation de 14,85 M€.

Ces crédits ne sont disponibles qu'à partir l'exercice considéré, au mieux le 1^{er} janvier pour les mesures financées en année pleine (EHPAD) et au 1^{er} juillet (2008 et 2009) pour les mesures financées sur 6 mois (SSIAD, accueil de jour, hébergement temporaire).

Dans les autorisations que vous accorderez pour l'ouverture de nouvelles places, vous veillerez à prendre en compte deux priorités :

- le maintien d'une proportion significative de places habilitées à l'aide sociale ;
- le développement de maisons de retraite innovantes et ouvertes, offrant des plates-formes de service diversifiées (accueil de jour, accueil temporaire, SSIAD ...).

4 – Les règles de fongibilité entre enveloppes

Dans un souci de souplesse d'utilisation des crédits alloués par l'ONDAM, il vous est possible de rendre fongibles les enveloppes « créations de places d'EHPAD » et « créations des places d'hébergement temporaire ».

La fongibilité doit s'organiser dans le respect de la réalisation des objectifs d'ensemble du plan solidarité grand âge qui permet d'adapter la programmation de créations des places d'établissements et services sur la durée.

Pour l'année 2007, les règles de fongibilité sont les suivantes :

➔ L'enveloppe de création de places d'accueil de jour n'est pas fongible.

En effet, la mise en place d'un forfait frais de transport incorporé dans le forfait soins nécessite que des marges soient préservées sur cette enveloppe et interdit toute fongibilité de celle-ci vers l'enveloppe EHPAD ou l'enveloppe SSIAD.

➔ Concernant les places d'hébergement temporaire :

Cette enveloppe peut servir, dans les conditions suivantes, à la création de places d'EHPAD :

- à condition que la création des places d'EHPAD résultant de cette fongibilité servent d'appui à la création d'un projet mixte, avec accueil de jour ou hébergement temporaire;
- en tout état de cause, le montant déplacé ne peut excéder 30 % de l'enveloppe.
- cette règle de redéploiement au profit des EHPAD ne vaut que dans les départements de la région dont le niveau d'équipement moyen en places d'hébergement temporaire est égal ou supérieur au niveau moyen régional et national.

➔ Concernant les places de SSIAD :

La fongibilité vers l'enveloppe « créations de places d'EHPAD » peut se faire dans les conditions suivantes :

- ne pas déplacer plus de 10 % de l'enveloppe pour la création de places d'EHPAD ;
- à condition que vous ayez constaté l'absence de promoteurs et une carence de projets ;
- Cette fongibilité est fonction des situations locales et de la programmation PRIAC, dans le respect de l'objectif du PSGA sur la durée du plan.

ANNEXE 4

Achèvement et renforcement du programme pluriannuel de créations de places pour personnes handicapées 2005-2007

- **Poursuite et mesures de renforcement du programme pluriannuel**
- **Les mesures nouvelles pour personnes handicapées, enfants et adultes**
- **Autres mesures complétant le programme 2005-2007**
- **Modalités d'application**

1 - Les objectifs nationaux poursuivis par le programme pluriannuel et les mesures complémentaires qui le renforcent

L'année 2007 verra l'achèvement du programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées 2005-2007. Ce programme avait pour objectifs de corriger les disparités régionales et départementales, d'offrir une solution aux personnes les plus lourdement handicapées en attente d'une prise en charge en établissement ou service (personnes polyhandicapées ou en situation de grande dépendance), de permettre le libre choix des personnes handicapées en mobilisant l'ensemble de la palette des réponses désormais offertes par la réglementation, d'individualiser les réponses et de diversifier les modalités d'accueil et d'accompagnement en fonction des situations et des parcours de vie (accueil temporaire).

Il s'agissait 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 réforme des ITEP), de répondre aux besoins particuliers de certains publics spécifiques insuffisamment pris en compte (personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement, personnes handicapées psychiques) ou d'apporter une réponse au vieillissement de la population accueillie dans les structures médico-sociales (ex. médicalisation des foyers de vie).

Au total, ce programme pluriannuel et les mesures qui sont venues le compléter (plan autisme, plan périnatalité, plan santé mentale et moyens supplémentaires décidés pour l'accueil temporaire, les handicaps rares et le polyhandicap) devront se traduire :

- par la réalisation, voire le dépassement, de l'objectif de 19 975 places nouvelles en établissements et services (soit 5775 places pour enfants et adolescents handicapés, 8200 places en maisons d'accueil spécialisées ou en foyers d'accueil médicalisés et 6000 places de SAMSAH et de SSIAD) ;
- par la création de 147 nouveaux centres (CAMSP, CMPP, centres régionaux de l'autisme).

Le montant des crédits inscrits en mesures nouvelles dans l'ONDAM en 2007 (dotations assurance maladie et CNSA) pour les personnes handicapées s'élève à 238,2 millions d'euros . Il permet de réaliser la dernière tranche du plan pluriannuel de création de places avec des mesures spécifiques aux enfants et aux personnes handicapées adultes (172,8 M€) et de mettre en œuvre des mesures complémentaires (65,4 M€).

Ces mesures complémentaires, tenant compte des besoins persistants pour certaines formes de prises en charge ou de modes d'accueil, visent :

1°) à réaliser en 2007 une tranche supplémentaire très importante de création de 650 places à l'intention des enfants et adultes autistes, soit respectivement 250 et 400 places supplémentaires en établissements par rapport au plan autisme initial (31,4 M€ dont la réalisation intégrale (soit 750 places pour les enfants et 1200 places pour les adultes) est intervenue en 2005 et 2006, au cours des deux premières années du plan ;

2°) à mieux contribuer, en collaboration avec le secteur sanitaire, à la réalisation du plan santé mentale (2005-2008) qui met l'accent sur le nombre important de patients encore hospitalisés de façon inadéquate en services psychiatriques, faute notamment de relais médico-social ou social adapté. Une enveloppe complémentaire de 6 M€ est donc prévue pour faciliter l'accueil de personnes handicapées psychiques en MAS ou FAM (soit une centaine de places supplémentaires par rapport aux objectifs du plan) ;

3°) à dégager des moyens supplémentaires pour l'accueil et l'accompagnement des personnes polyhandicapées adultes et enfants (6M€) ou présentant un handicap rare (2 M€) ;

4°) à accélérer le développement de places d'accueil temporaire (9 M€) et à faciliter le renforcement de moyens en personnel (11 M€).

2 - Les mesures nouvelles 2007 spécifiques aux enfants et des adolescents handicapés

Le montant des mesures nouvelles pour 2007 en direction des enfants et adolescents handicapés, intégrant les enveloppes complémentaires précitées destinées aux enfants autistes et aux enfants polyhandicapés, s'élève à 63,9 M€ Ce montant correspond à :

- la création de 250 places en établissements ou services pour enfants autistes pour un financement de 15,7 M€;
- la création ou l'extension de 22 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), pour un financement de 6,1 M€;
- la création ou l'extension de 22 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), pour un financement de 5,5 M €
- la création de 1.250 places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) pour un financement de 21,4 M€;
- la création de 180 places en établissements pour polyhandicapés correspondant à la dernière tranche du programme 2005-2007 et représentant un financement de 7,5 M€ auquel s'ajoute une enveloppe complémentaire de 2 M€, soit au total 9,5 M€;
- la création de 120 places en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), pour un financement de 5,6 M€

3- Les mesures nouvelles 2007 spécifiques aux personnes adultes handicapées

Le montant des mesures nouvelles pour 2007 en direction des personnes adultes handicapées, intégrant les enveloppes complémentaires destinées aux personnes autistes, handicapées psychiques ou polyhandicapées, s'élève à 148,5 M€ Ce montant correspond à :

- La création de 2 600 places supplémentaires (au lieu des 2 100 initialement prévues) en établissements pour adultes (MAS et FAM) correspondant à la dernière tranche du programme pluriannuel 2005-2007 qui est ainsi sensiblement renforcée. Une partie de

ces places est dédiée à des publics spécifiques : 400 places pour les personnes autistes (mesure renforcée grâce à l'enveloppe complémentaire précitée de 15,7 M€), 200 places pour les personnes polyhandicapées et 400 places pour les personnes handicapées psychiques (mesure renforcée grâce à une enveloppe complémentaire de 11 M€).

- La création de 2 500 places supplémentaires en services d'accompagnement à domicile et en milieu ordinaire de vie (SAMSAH et SSIAD), dont 750 places de SAMSAH dédiées aux personnes handicapées psychiques. Cette mesure correspond à un financement de 34,6 M €

4- Autres mesures complétant le programme 2005-2007

- L'accueil temporaire

Une enveloppe complémentaire de 9 M€ est dégagée pour accélérer 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. Enfin, les PRIAC traduisent 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.

- Les handicaps rares

La DGAS et la CNSA ont engagé une réflexion sur la prise en compte par les établissements et services médico-sociaux des besoins rencontrés par les personnes présentant un handicap rare et sur les réponses adaptées à apporter en cas de prise en charge complexe ou spécifique. Une évaluation des trois centres ressources handicaps rares est également prévue en 2007. Il s'agit enfin de clarifier l'articulation entre les exercices de planification et de programmation réalisés aux niveaux départemental et interdépartemental, qui doivent intégrer cette problématique, et la nécessaire définition au niveau national d'objectifs et de moyens permettant d'appuyer des opérations pouvant avoir une portée interdépartementale, voire interrégionale. Dès cette année, une enveloppe complémentaire de 2 M€ est dégagée afin de répondre en particulier aux demandes d'établissements ou de services, non nécessairement dédiés à une forme particulière de handicap rare, mais proposant aux personnes concernées un accompagnement adapté quand leur handicap appelle une prise en charge complexe ou très spécifique.

- Les personnes polyhandicapées

Le plan d'action en faveur des personnes avec un handicap complexe de grande dépendance et des personnes polyhandicapées adopté en décembre 2005 doit se traduire par une répartition équitable des structures spécialisées sur tout le territoire national. En effet, les

personnes ayant un handicap sévère font encore face à un retard important en matière d'accueil .

En 2006, il avait été demandé de réaliser dans chaque région un état des lieux des capacités d'accueil et d'accompagnement des publics susmentionnés et les premiers PRIAC traduisent les besoins encore à satisfaire.

Le programme 2005-2007 fixait un objectif de création de 540 places pour enfants et de 600 pour adultes. Il est indispensable non seulement que la réalisation en 2007 de la dernière tranche de ce programme permette d'atteindre cet objectif, mais encore de s'assurer qu'il existe dans chaque région au moins une structure ou un groupement de structures offrant ce type d'accompagnement diversifié (internat, accueil de jour, accueil temporaire, SAMSAH) aux personnes en situation de grande dépendance et nécessitant un haut niveau d'accompagnement du fait d'un handicap complexe.

C'est pourquoi, il a été décidé de dégager une enveloppe complémentaire de 6 M€ répartie entre les mesures nouvelles 2007 précitées pour enfants (2 M€) et pour adultes (4 M€) permettant soit de créer des places supplémentaires de MAS ou FAM, soit de mieux prendre en compte le surcoût occasionné par ce type de prise en charge.

- Une mesure de renforcement de personnel

Une enveloppe de 11 M€ est prévue pour permettre le renforcement des moyens en personnels des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées ; dans ce cadre, 8 M€ sont affectés à la mise en conformité des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques conformément aux dispositions du décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des ITEP, codifié aux articles D. 312-59-1 à D. 312-59-18 du code de l'action sociale et des familles.

5- Modalités d'application

Il est important, sans se détourner des objectifs nationaux assignés par le programme pluriannuel et les plans spécifiques qui l'ont complété, de permettre la meilleure adéquation possible avec l'observation que vous faites des besoins sur les territoires et les conséquences que vous en avez tirées dans les PRIAC. C'est pourquoi, la possibilité d'opérer une certaine fongibilité entre les enveloppes vous est offerte dans les conditions décrites dans la notification de la CNSA. Toutefois, l'enveloppe dédiée à l'autisme doit aller aux structures concernant les enfants autistes et ne doit donner lieu à aucune fongibilité compte tenu de la priorité absolue accordée à ce public.

ANNEXE 5

Plan d'aide à la modernisation et aide à l'investissement dans les établissements

- **Bilan et suites du plan d'aide à la modernisation**
- **Rappel des mesures d'aide aux investissements immobiliers**

1 - Bilan et suites du plan d'aide à la modernisation

Le plan d'aide à la modernisation lancé en 2006 sur le fondement de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et doté de 500 M€ issus des excédents de la CNSA a pour objectifs de contribuer à la rénovation du parc des établissements d'hébergement existants, de permettre l'adaptation des locaux pour une meilleure qualité de service et de générer un effet de levier des opérations d'investissement afin de réduire l'impact financier sur les prix de journée et le tarif hébergement acquitté par les résidents.

La totalité des crédits affectés au plan de modernisation 2006 a été notifiée entre le 26 juillet et le 22 novembre 2006, soit 350 M€ pour le secteur des personnes âgées et 150 M€ pour les établissements pour personnes handicapées. 422 dossiers ont été traités sur le secteur personnes âgées et 242 sur le secteur personnes handicapées, permettant dans la majeure partie des cas, l'aide à la restructuration et à la reconstruction de structures déjà existantes.

Afin de poursuivre l'effort de modernisation du secteur médico-social financé en tout ou partie par l'assurance maladie, la LFSS pour 2007, dans son article 86 alinéa 2, permet de nouveau à la CNSA d'utiliser tout ou partie de ses excédents pour financer, sous forme d'une aide unique, non renouvelable et non ré-évaluable, des opérations d'investissement et d'équipement immobilier, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux. Le financement et la mise en œuvre de ce plan 2007 seront assurés par la CNSA dans les mêmes conditions qu'en 2006. Une prochaine instruction en précisera les modalités pratiques ainsi que le cadrage financier ; il est d'ores et déjà recommandé de mettre à jour la liste complémentaire de demandes de financement réalisée en 2006 et d'en communiquer la composition à la CNSA par courriel à polebudgetaire@cnsa.fr.

S'agissant notamment aides à l'investissement et des subventions versées au titre du plan d'aide à la modernisation mis en œuvre par la CNSA, votre attention est appelée sur les arrêtés des 15 et 19 décembre 2006 relatifs aux plans comptables des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés, publiés respectivement au *Journal officiel* des 30 décembre 2006 et 3 janvier 2007, qui permettent de compenser et de neutraliser les surcoûts en matière d'amortissement des opérations d'investissement subventionnées ou financées par des crédits d'exploitation non reconductibles.

2 - Aides aux investissements immobiliers dans le secteur personnes âgées prévues par la LFSS pour 2007

Afin de favoriser les investissements dans les établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale ayant conclu une convention tripartite, la LFSS pour 2007 prévoit, à l'article 86 - 1^{er} alinéa, en dérogation avec la réglementation tarifaire en vigueur, la possibilité de prendre en charge sur la section soins les frais financiers des emprunts, imputés jusque là sur le tarif hébergement. Cette mesure est dotée de 25 M€ qui ont été pré-répartis

par la CNSA, dans la notification par région du 15 février dernier, au prorata des places habilitées à l'aide sociale, telles que recensées dans l'application, SAISEHPAD 2.

Le décret à prendre pour la mise en œuvre de cette disposition donnera également une base réglementaire à l'actuelle pratique d'utilisation des « trésoreries d'enveloppes » (crédits non reconductibles) pour pratiquer dans les établissements médico-sociaux relevant de l'article R. 314-1 du CASF, avec l'accord de l'autorité de tarification, des amortissements dérogatoires permettant ainsi de soutenir des opérations d'investissement.

3- Autres mesures fiscales en faveur de l'investissement dans les établissements médico-sociaux

Il est rappelé que la circulaire de programmation du 1^{er} mars 2006 du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement ouvre l'accès aux prêts locatifs sociaux (PLS), jusque là exclusivement réservés aux structures destinées à accueillir des personnes suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (et pour personnes handicapées) qu'il s'agisse d'opérations de construction neuve ou d'opérations d'acquisition-rénovation. Cette ouverture s'accompagne d'une progression de l'enveloppe nationale qui passe de 22 000 PLS en 2004-2005, à 27 000 en 2006-2007 et à 32 000 en 2008-2009.

Moyennant trois conditions généralement satisfaites en EHPAD (que le logement constitue la résidence principale de la personne hébergée, que le projet respecte des règles minimales d'habitabilité et qu'une redevance (loyer + charges) soit identifiée et acquittée par le résident), l'accès à un PLS permet à l'établissement de bénéficier d'un taux de TVA réduit de 5,5 %, au lieu de 19,6 %, pour les travaux effectués, y compris s'il s'agit d'une nouvelle construction, et de l'exonération de la taxe foncière pour une durée de 25 ans. Il ouvre également droit au bénéfice de l'allocation personnalisée au logement (APL) pour les résidents, ce qui permet de garantir l'accès de personnes à revenus modestes à ces établissements.

Le bénéfice de cet avantage a été sensiblement élargi dans le cadre de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures de cohésion sociale.

Désormais, les opérations de construction ou de rénovation des établissements publics et privés agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée bénéficieront du taux réduit de TVA (5,5%) dans le cadre de conventions avec le représentant de l'Etat dans le département.

Cette disposition concernera :

- la totalité des établissements pour personnes handicapées ;
- les établissements pour personnes âgées s'ils sont éligibles aux prêts locatifs sociaux (PLS) mais sans qu'il leur soit nécessaire d'obtenir effectivement un tel prêt.

Ces différentes mesures, qu'il conviendra d'utiliser de façon cohérente, vont avoir un double effet bénéfique sur l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Elles contribuent tout d'abord à favoriser et accélérer les travaux de modernisation des établissements en réduisant le coût et en aidant les gestionnaires à boucler leur budget d'investissement. Elles bénéficient également aux résidents et à leurs familles en leur offrant un confort accru et de

meilleures conditions de vie tandis que la baisse de 14 points de TVA sur les travaux permet aussi d'en diminuer l'impact sur le tarif hébergement.

ANNEXE 6

Mesures salariales générales

Les orientations retenues en matière d'évolution de la masse salariale du secteur sanitaire, social et médico-social pour 2007 en application des dispositions prévues à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles sont les suivantes.

1 - Concernant le secteur social et médico-social privé (personnes âgées et personnes handicapées)

En ce qui concerne les augmentations générales de salaires, une augmentation équivalente à la revalorisation générale de **0,8 %** des salaires de la fonction publique au 1er février 2007 applicable à l'ensemble du secteur privé a été retenue.

De même, l'attribution d'une mesure d'augmentation équivalente à un point d'indice Fonction publique à l'ensemble du champ social et médico-social public et privé est actée avec effet rétroactif à compter du 1er novembre 2006.

Le GVT susceptible d'être pris en compte s'élève à 0,4 % en ce qui concerne les établissements pour les personnes âgées et à 0,7 % en ce qui concerne les établissements pour les personnes handicapées.

Il est par ailleurs important de s'engager dans une démarche en vue de faciliter la mise en œuvre des nouveaux dispositifs permettant de moderniser et de dynamiser la politique et les pratiques contractuelles, tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, notamment dans le secteur des personnes handicapées pour lequel des moyens donnant lieu à un droit de tirage national à hauteur d'un montant d'une dizaine de M€ pourront être mobilisés dans des conditions qui vous seront précisées ultérieurement.

Il vous est demandé par ailleurs d'encourager le développement des coopérations comme des nouvelles modalités de tarification permises par les décrets des 6 et 7 avril 2007 et précisées dans la circulaire du 18 mai 2006.

2 - Mesures catégorielles relatives au personnel hospitalier non médical

Les orientations de la politique statutaire pour la fonction publique hospitalière ont fait l'objet de mesures négociées pour les trois fonctions publiques figurant dans le protocole d'accord signé le 25 janvier 2006 et de dispositions spécifiques inscrites dans le protocole d'accord signé le 19 octobre 2006 (couvrant les exercices 2006 à 2009).

A ce titre, plusieurs textes statutaires et indemnitaires pris en application de ces protocoles seront publiés dans le courant de l'année 2007 ; certains de ces textes relèvent pour leur prise d'effet de l'article 57 de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

2.1 Les mesures de type statutaire :

- pour la catégorie C, la réorganisation des carrières en trois ou quatre grades (échelle 3 à échelle 6) concerne toutes les filières ; la filière soignante (avec notamment l'amélioration de leurs conditions d'avancement) ainsi que les filières ouvrière et technique bénéficient de

mesures de reclassement à l'occasion de la refonte de leurs statuts particuliers et de la fusion de certains corps de la filière ouvrière ;

- pour la catégorie B, les mesures s'appliquent à la filière soignante, médico-technique et de rééducation, avec relèvement en trois ans du quota statutaire actuel de façon à améliorer les conditions d'avancement de ces personnels et bonification de six mois d'ancienneté en début de carrière, à la filière socio-éducative (bonification de douze mois d'ancienneté pour certains corps, reprise de services antérieurs pour les nouveaux recrutés dans cette filière, reclassement des éducateurs techniques spécialisés en deux grades, classement dans un corps à deux grades des éducateurs de jeunes enfants), à la filière administrative (grille B type renouvelée en inter fonction publique), la filière ouvrière (reclassement du corps des agents-chefs en B type) ;
- pour la catégorie A, dans la filière administrative, le corps des attachés d'administration hospitalière sera révisé et aligné sur le statut des attachés des autres fonctions publiques, les conditions d'avancement relevant d'un ratio défini pour la durée du protocole ; dans la filière technique, les mesures concernent la fusion de deux grades d'ingénieur en chef de 1ère catégorie 1ère classe et de 1ère catégorie hors classe, ainsi que la rénovation de la grille des ingénieurs en chef de 1ère catégorie 2ème classe. Les radio physiciens bénéficieront d'une grille de rémunération renouvelée, celle des médecins du travail est améliorée. Enfin, le corps des cadres socio-éducatifs est restructuré en deux grades et doté d'une nouvelle grille indiciaire.

2.2 Les mesures de type indemnitaire

- pour la catégorie C, dans la filière ouvrière et technique, la NBI des conducteurs ambulanciers affectés en SMUR est majorée et le régime indemnitaire des agents affectés à titre exclusif à la sécurité incendie est étendu aux établissements de 1re catégorie (E.R.P.) ; le régime indemnitaire de la maîtrise ouvrière sera harmonisé ;
- pour la catégorie B, dans la filière soignante, médico-technique et de rééducation, la prime spécifique fixée par l'arrêté du 2 janvier 1992 (dite prime Veil) est revalorisée ; dans la filière administrative, le montant de l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires des adjoints des cadres hospitaliers est augmenté, alors que la NBI des adjoints des cadres encadrant au moins cinq personnes et des secrétaires médicaux exerçant des fonctions de coordination des secrétariats médicaux ou encadrant au moins cinq personnes sera majorée ;
- pour la catégorie A, les cadres de santé bénéficient d'une revalorisation de la prime d'encadrement et de la prime spécifique fixée par l'arrêté du 2 janvier 1992 (dite prime Veil) ; les cadres socio-éducatifs se voient attribuer une prime d'encadrement ; pour la filière technique, le régime indemnitaire des ingénieurs généraux est amélioré et le plafond des crédits de paiement de la prime de technicité est supprimé ; une prime spécifique est créée pour les radiophysiciens et le régime indemnitaire des médecins du travail est renouvelé.

Annexe 7
Programme des formations à l'outil PATHOS

Nombre de conventions concernées par le renouvellement par région		Villes	Nombre de conférences programmées	Dates
Alsace	48	STRASBOURG	1	20 février
Aquitaine	104	BORDEAUX	2	20-21 mars
Auvergne	53	CLERMONT FERRAND	1	1er mars
Bourgogne	80	DIJON	1	3 avril
Bretagne	80	RENNES - BREST	1 par ville	23-24 janvier
Centre	55	TOURS	1	13 avril
Champagne-Ardenne	31	REIMS	1	7 février
Corse	5	NICE	1	
DOM	9	FORT de FRANCE	1	30 janvier
Franche Comté	41	BESANCON	1	4 avril
Ile de France	131	PARIS	3	19 janvier - 27 avril - 24 mai
Languedoc	81	MONTPELLIER	2	3-4 mai
Limousin	66	LIMOGES	1	7 juin
Lorraine	51	NANCY	1	6 février
Midi Pyrénées	135	TOULOUSE	2	3-4 mai
Nord Pas de Calais	114	LILLE	2	29-30 mars
Normandie Basse et Normandie Haute	58 10	CAEN	1	16 février
Pays de la Loire	96	NANTES	2	15-16 mars
Picardie	87	AMIENS	2	26-27 avril
Poitou-Charentes	115	POITIERS - SAINTES	1 par ville	10-11 mai
Provence	46	MARSEILLE	1	22 février
Cote d'azur+ corse	41	NICE	1	26 avril
Rhône-Alpes	217	ST ETIENNE - LYON - GRENOBLE	1 par ville	17-18-19 avril
Total conventions	1754			