

## SOLIDARITÉS

### ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat d'État en charge des personnes âgées  
et de l'autonomie

*Direction générale de la cohésion sociale*

Sous-direction des affaires financières  
et de la modernisation

Bureau de la gouvernance du secteur social  
et médico-social

**Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles**

NOR : AFSA1711069J

*Date d'application* : 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Validée par le CNP le 31 mars 2017. – Visa CNP n° 2017-40.

*Résumé* : la présente instruction a pour objet d'expliciter le décret du 21 décembre 2016 qui prévoit un nouveau modèle de tarification pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les petites unités de vie (PUV) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

*Mots clés* : CPOM – EHPAD – PUV – ESMS – AGGIR – GMP – dépendance – coupes PATHOS – PMP – EPRD – ERRD.

*Références* :

- Articles L. 313-12, L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles ;
- Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;
- Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Arrêté du 3 mars 2017 fixant le cahier des charges des contrats d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

*Textes modifiés* :

- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret n° 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

**Annexes :**

Annexe 1. – Modèle de notification de la minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature du CPOM par l'organisme gestionnaire.

Annexe 2. – Charte de bonnes pratiques pour les médecins vacataires désignés pour valider les GMP et PMP déclarés par les EHPAD et PUV.

*La ministre des affaires sociales et de la santé et la secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les présidents des conseils départementaux ; Mesdames et Messieurs les présidents des métropoles (pour information).*

L'ensemble des textes d'application de la réforme de la contractualisation et de la tarification des établissements et services médico-sociaux prévue par les lois n° 20151776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et n° 20151702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) sont désormais publiés. Ces textes généralisent les contrats pluriannuels d'objectifs et moyen (CPOM) dans le secteur médico-social, mettent en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et réforment les règles d'allocation de ressources pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 susvisé réforme le modèle de tarification des EHPAD visés au I de l'article L. 313-12 et des petites unités de vie (PUV) visées au II de l'article L. 313-12. Bien que les EHPAD et les PUV soient visés à deux alinéas différents, les PUV restent des EHPAD.

Les PUV pouvaient déroger à la signature de la convention tripartite pluriannuelle ainsi qu'à la tarification au GMPS en vertu des dispositions de l'article D. 313-17 du CASF :

- en bénéficiant d'un forfait journalier de soins pris en charge par l'assurance maladie sous réserve d'avoir dispensé des soins aux assurés sociaux ;
- en ayant recours à l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans le cadre de la réforme, toutes les PUV doivent désormais signer un CPOM dans lequel est précisée l'option tarifaire de leur choix, valable cinq ans.

La réforme ne s'applique pas aux établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée (ESLD) visés au IV *bis* de l'article L. 313-12 du CASF. Ces établissements continuent d'appliquer les dispositions relatives à la tarification des EHPAD antérieures au décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016. Ils ne sont pas concernés par l'obligation de signer un CPOM et concluent une convention pluriannuelle avec le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Les ESLD relèvent du code de la santé publique et de fait, sont exclus du I de l'article L. 312-1, ils ne peuvent donc pas être inclus dans les CPOM mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 (c'est-à-dire le CPOM EHPAD).

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents (GMP) et de leurs besoins en soins requis (PMP). Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires sont mis en place pour financer d'une part les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés, plateforme de répit, etc.) et d'autre part, afin d'accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Le nouveau modèle de tarification des EHPAD et des PUV s'applique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Il est toutefois prévu une période transitoire entre 2017 et 2023 durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires – concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

La présente instruction a pour objet de rappeler les différents enjeux de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD et d'en expliciter les modalités techniques d'application.

## 1. Le nouveau modèle de tarification des soins dans les EHPAD et des PUV tarifées au GMPS

Le forfait global relatif aux soins est défini à l'article R. 314-159 du CASF, il correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent (§ 1.1) et, le cas échéant, de financements complémentaires négociés dans le cadre du CPOM (§ 1.2). Ce forfait sera versé à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire durant laquelle les EHPAD convergeront vers leur niveau de ressource cible (§ 1.3). Les petites unités de vie sont concernées par la réforme de la tarification et notamment l'obligation de signer un CPOM mais elles peuvent toujours déroger à la tarification dite « GMPS » (§ 1.4).

### 1.1. Les modalités de calcul des financements des places d'hébergement permanent

Le niveau de financement des prestations en soins relatives aux places d'hébergement permanent est calculé au moyen d'une équation tarifaire fondée sur le niveau des besoins en soins requis des résidents de l'EHPAD.

Le calcul du niveau de ressource octroyé à un EHPAD pour couvrir les prestations en soins est le suivant :

$$[(GMP + PMP \times 2.59) \times \text{capacité autorisée et financée HP} \times \text{valeur du point}]$$

Les PMP et GMP pris en compte pour le calcul des forfaits globaux de soins et de dépendance de l'année N sont les derniers PMP et GMP validés, au plus tard le 30 juin N-1, par des médecins désignés par le président du conseil départemental et par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, conformément à l'article L. 314-9 du CASF. La capacité retenue, quant à elle est celle du 31/12 N-1.

Les prestations couvertes par le forfait global de soins varient en fonction de l'option tarifaire de l'établissement. Le tarif peut être « global » ou « partiel » et il varie selon la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur. Le périmètre des prestations couvertes par les tarifs (global ou partiel) n'a pas été modifié par le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. De même, les conditions relatives au changement d'option tarifaire sont maintenues et prévues à l'article R. 314-164 du CASF. Lors de la négociation des CPOM, il est possible que l'organisme gestionnaire gère plusieurs EHPAD aux options tarifaires différentes. Le CPOM peut prévoir le passage au tarif au global d'un ou plusieurs EHPAD en cours d'exécution de celui-ci dans la limite de la disponibilité des crédits de la dotation régionale limitative et des orientations fixées par la circulaire budgétaire des établissements et services accueillant des personnes âgées. Les changements d'option tarifaire seront pris en compte dans la construction des dotations régionales limitatives de l'année N grâce aux données remontées *via* le système d'information « HAPI » au 31/12/N-1. Les agences régionales de santé doivent donc veiller à mettre à jour ces données « en temps réel » dans l'application.

### 1.2. Le périmètre et les modalités de calcul des financements complémentaires

Le forfait global de soins peut être complété par des financements complémentaires, prévus à l'article R. 314-163 du CASF, destinés à couvrir d'une part les modalités d'accueil particulières et d'autre part des actions ponctuelles mises en place par l'établissement. Ces financements sont négociés entre l'autorité de tarification et l'organisme gestionnaire dans le cadre du CPOM.

Les modalités d'accueil particulières couvertes par les financements complémentaires sont celles mentionnées dans le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 susvisé : accueil de jour, hébergement temporaire, unités d'hébergement renforcé (UHR), pôles d'activité et de soins adaptés (PASA). Les financements complémentaires concernent également les plateformes de répit ainsi que des modalités d'accueil particulières autorisées dans le cadre d'expérimentations et relevant du (12°) du I de l'article L. 312-1 ou dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

Le CPOM doit intégrer certains éléments pluriannuels budgétaires notamment le montant prévisionnel des financements complémentaires qui couvrent d'une part, les modalités d'accueil particulières mentionnées au I de l'article R. 314-163 du code de l'action sociale et des familles et d'autre part, le financement d'actions non intégrées dans l'équation GMPS, listées au II du même article.

Vous trouverez, ci-dessous, quelques exemples non exhaustifs :

- dans le cadre des actions de prévention, il s'agit, par exemple, de prévoir des financements pour les établissements ayant mis en place un bilan bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD ou des actions spécifiques pour prévenir les chutes, la dénutrition, les escarres, le suicide, etc. ;

- dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, il peut s’agir de financements ponctuels durant une épidémie de grippe ou un épisode de canicule;
- dans le cadre de l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la prise en charge des résidents, il peut s’agir de financements dédiés à la formation de personnel ;
- il est également possible de financer des actions destinées à prendre en charge des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes ou en grande précarité) notamment si l’établissement a développé un volet spécifique concernant l’accueil de ces publics dans le cadre de son projet d’établissement.

Les agences régionales de santé percevront une enveloppe dédiée à ce second volet des financements complémentaires qu’elles pourront abonder par les marges dégagées sur la modulation du forfait soins en fonction de l’activité, sur les reprises de résultats autorisées en 2017 et 2018 et du fait d’événements de gestion imprévus tels que les fermetures temporaires.

Le CPOM prévoit de façon précise et en lien avec ses objectifs les modalités d’affectation des résultats. En revanche, les modalités de financement du forfait global de soins définies à l’article L. 314-2 interdisent de prévoir une reprise de résultat sur les structures financées par l’équation GMPS. Les éventuels déficits ou excédents ne seront donc plus repris, à l’exception des résultats des exercices 2015 et 2016 que vous pourrez reprendre en 2017 et 2018.

### 1.3. Les modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire

L’article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 prévoit une convergence linéaire des établissements (EHPAD et PUV financées au GMPS) vers le forfait global de soins issu de l’équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans s’étalant de 2017 à 2023. Au terme de cette période, tous les établissements bénéficieront de la totalité du forfait, sous réserve des éventuelles modulations liées à l’activité. Cette convergence vers le niveau de ressource déterminé par l’équation tarifaire se fera au bénéfice, au plan national, de 85 % des EHPAD qui vont bénéficier de plusieurs centaines de millions d’euros supplémentaires sur la période 2017-2023. Cet effort de l’assurance maladie va permettre de renforcer les équipes soignantes des EHPAD et d’améliorer la qualité des soins au bénéfice des résidents.

Le rythme de convergence pour les financements soins sont prévus à l’article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 et contrairement, à la convergence prévue pour les financements relatifs à la dépendance, il n’est pas possible d’y déroger dans le cadre du CPOM. La convergence consiste à réduire l’écart, par paliers, entre les produits de la tarification reconductibles N-1 et le résultat de l’équation tarifaire qui est la cible à atteindre. Le rythme de convergence vers le forfait cible est le suivant :

2017	Réduction d’1/7 <sup>e</sup>
2018	Réduction d’1/6 <sup>e</sup>
2019	Réduction d’1/5 <sup>e</sup>
2020	Réduction d’un quart
2021	Réduction d’un tiers
2022	Réduction de moitié
2023	Résorption totale

Entre 2017 et 2023, les EHPAD recevront une dotation GMPS dédiée aux places d’hébergement permanent composée de :

- la dotation GMPS reconductible de l’année précédente à laquelle est appliqué le taux de reconduction retenu pour l’année N ;
- une fraction de l’écart entre le montant N-1 revalorisé et le résultat de l’équation tarifaire GMPS correspondant au niveau de ressource cible. Cette équation est calculée elle aussi en prenant en compte le taux de reconduction applicable à la valeur du point de l’année N.

Si la dotation GMPS reconductible est supérieure au forfait cible, la convergence à la baisse obéit aux mêmes règles de calcul mais la fraction de l’écart entre le montant N-1 et le résultat de l’équation tarifaire vient en diminution de dotation GMPS reconductible (après application du taux de reconduction). À compter de 2023, tous les EHPAD percevront les ressources correspondant à l’application de l’équation tarifaire calculée sur la base de leurs GMP et PMP.

À noter que la réactualisation du GMPS à mi-parcours du CPOM sera intégrée dans le calcul de la dotation théorique cible qui peut donc être amenée à évoluer pendant la phase de convergence et prise en compte dans le calibrage de la DRL.

Si une ARS a conclu une convention tripartite pluriannuelle avec un établissement en 2016, en prenant en compte un GMPS validé après le 30 juin 2016 et que l'établissement a perçu une dotation supérieure que celle qui résulterait du calcul tenant compte du GMPS antérieur, il n'est pas pertinent de baisser sa dotation en 2017 pour, in fine, la remonter en 2018 lorsque sera pris en compte le dernier GMPS validé. Dans ce cas de figure, je vous invite à ne pas notifier une dotation inférieure à celle de 2016 et à prendre en compte le GMPS retenu pour la tarification de l'exercice 2016.

#### 1.4. *Spécificité des petites unités de vie*

Les petites unités de vie mentionnées au II de l'article L.313-12 du CASF sont concernées par l'obligation de signer un contrat d'objectifs et de moyens mentionné au IV *ter* de l'article L.313-12 du CASF et sont soumises à l'EPRD dès 2017.

Lors de la conclusion du CPOM, les organismes gestionnaires de PUV pourront opter pour l'option tarifaire de leur choix – soit la tarification applicable aux EHPAD, soit une tarification dérogatoire, conformément à l'article D. 313-17 du CASF. Les PUV renouvellent leur choix tous les cinq ans, lors de la conclusion du CPOM. Elles doivent transmettre leur état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Les petites unités de vie sont des EHPAD dont la capacité est inférieure à 25 places. À ce titre, elles doivent être autorisées conjointement par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, quelle que soit l'option de tarification pour laquelle elles optent, ces dernières étant susceptibles de bénéficier de crédits d'assurance maladie en cas de changement de leur option tarifaire (article L. 313-3 du CASF). Elles concluent des CPOM tripartites avec l'ARS et le conseil départemental. Je vous invite, le cas échéant, à revoir les arrêtés d'autorisation de ces établissements qui ont parfois été autorisés par les seuls conseils départementaux.

## 2. **Le nouveau modèle de tarification de la dépendance**

Le forfait global relatif à la dépendance est défini à l'article R. 314-172 du CASF. Il est constitué, à l'instar du forfait global de soins, du résultat d'une équation tarifaire (§ 2.1) et de financements complémentaires (§ 2.2). Ce forfait sera versé à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire durant laquelle les EHPAD convergeront vers leur niveau de ressource cible (§ 2.3). Le forfait global relatif à la dépendance est versé, par douzième, sous la forme d'une dotation globalisée (§ 2.4).

### 2.1. *Les modalités de calcul du forfait global dépendance*

Les financements de la dépendance pour les places d'hébergement permanent sont calculés par le biais d'une équation tarifaire qui tient compte du niveau de dépendance des résidents de l'établissement. Cette équation objective et automatise le niveau de ressource octroyé aux établissements. Le calcul est le suivant :

Niveau de « ressources dépendance » de l'établissement =  $[(\text{niveau de dépendance} \times \text{places autorisées et financées d'hébergement permanent} \times \text{valeur du point GIR départemental}) - \text{participations des résidents} - \text{tarifs des résidents d'autres départements}]$ .

Les petites unités qui dérogent à la tarification au GMPS en vertu des dispositions de l'article D. 313-16 du CASF relèvent de dispositions particulières s'agissant des financements relatifs à la dépendance (articles D. 232-20 à D. 232-22 du CASF). Ainsi, seules les PUV ayant historiquement signé une CTP sont concernées par la réforme de la tarification et la forfaitisation de la dépendance. Les autres demeurent soumises aux modalités de tarification antérieures sauf si elles optent pour une tarification au GMPS lors de la conclusion du CPOM.

À noter : Il est important de rappeler que les résidences autonomie ne perçoivent pas de forfait global dépendance. Les résidents de ces structures sont éligibles à l'APA à domicile, conformément aux dispositions de l'article L. 232-5 du CASF. Des pratiques contraires ont été constatées dans certains départements qui versent une dotation dépendance à des résidences autonomie. Il vous est demandé de porter une attention particulière à de telles pratiques et de sensibiliser les conseils départementaux pour régulariser ces situations. En effet, le forfait global dépendance est différent du forfait autonomie.

#### a) *Le niveau de perte d'autonomie des résidents*

Le niveau de perte d'autonomie des résidents pris en compte pour le calcul de l'équation tarifaire doit avoir été validé par les médecins désignés par le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS, au plus tard le 30 juin N-1. Il ne faut pas prendre en compte les GMP déclarés par les médecins coordonnateurs des établissements même si le dernier niveau de dépendance validé est ancien.

Le niveau de dépendance des résidents est calculé ainsi :

$$\left( \frac{\text{Somme des points GIR (valorisation colonne E de l'annexe 3-6)}}{\text{Nombre de personnes hébergées dans l'EHPAD}} \right) \times \text{Capacité autorisée et financée de places HP}$$

Le nombre de personnes hébergées dans l'EHPAD correspond au nombre de résidents présents lors de l'évaluation du GMP et dont la perte d'autonomie a été évaluée et traduite en points GIR.

Il convient de préciser que tout établissement accueillant plus de 15 % de personnes âgées classées de GIR 1 à 3 et plus de 10 % de personnes âgées classées en GIR 1 et 2 constitue un EHPAD. La référence à un GMP > 300 a été supprimée.

*b) La valeur du point GIR départementale*

La valeur du point GIR départemental est fixée annuellement par un arrêté du président du conseil départemental. La valeur fixée en année N ne peut pas être inférieure à la valeur arrêtée en année N-1. Cette valeur peut, toutefois, être gelée. Le président du conseil départemental peut librement fixer une valeur supérieure à la valeur du point GIR départemental.

La somme des points GIR à prendre en compte pour le calcul de la valeur du point GIR départemental correspond aux points GIR valorisés conformément à la colonne E de l'annexe 3-6 et validés par des médecins désignés par le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS.

Une seule valeur de point GIR est arrêtée pour tous les établissements du département. Le décret ne prévoit pas la possibilité de fixer des valeurs distinctes pour tenir compte des statuts des EHPAD/PUV.

La valeur du point GIR départemental applicable en 2017 est calculée en divisant le total des charges nettes autorisées en 2016 par le nombre de « points GIR » valorisés conformément à la colonne E de l'annexe 3-6 du code de l'action sociale et des familles. Les établissements de soins de longue durée (ESLD) sont exclus du calcul.

Les charges nettes sont celles ayant été autorisées au titre de l'hébergement permanent (hors accueil de jour et hébergement temporaire). Elles ne comprennent ni les résultats des exercices antérieurs (affecté en report à nouveau excédentaire ou déficitaire) ni les charges liées aux résidents de moins de 60 ans. Elles sont calculées « toutes taxes comprises » et incluent notamment la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à 5,5 %. Le forfait relatif à la dépendance et les tarifs journaliers qui en découlent sont « toutes taxes comprises ». <sup>1</sup> Le calcul du forfait ne prend pas en compte la spécificité du régime fiscal de l'établissement.

*c) La participation des résidents*

Pour calculer le forfait global relatif à la dépendance, il faut soustraire des recettes en atténuation qui comprennent la participation des résidents (ticket modérateur GIR 5/6 et participations des résidents en fonction des ressources), la participation des résidents de moins de 60 ans, la participation des résidents non bénéficiaires de l'APA et le montant des tarifs journaliers dépendance des résidents ayant un domicile de secours dans un autre département.

L'article L. 232-8 du CASF prévoit une participation des résidents en fonction de leurs ressources. Cette disposition reste inchangée. Le seul moyen de prendre en compte les spécificités individuelles est d'instruire les dossiers individuels de demandes d'APA.

L'annexe « activité » que les organismes gestionnaires doivent transmettre au 31/10 permet notamment d'estimer les participations à déduire pour le calcul du forfait dépendance.

Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 prévoit des modalités particulières de calcul des prix de journée hébergement s'agissant des résidents de moins de 60 ans. Les personnes de moins de 60 ans se voient appliquer un tarif unique qui couvre les prestations de dépendance et d'hébergement et qui n'est pas modulé en fonction des besoins en soins requis ou du niveau de perte d'autonomie de la personne. L'article R. 314-188 du CASF prévoit le calcul des prix de journée applicable aux personnes de moins de 60 ans. Les prix de journées des résidents de moins de 60 ans sont calculés ainsi :

$$\left( \frac{\text{Produit obtenu au 2° du R.314-173}}{(\text{Nombre de jours d'ouverture} \times \text{capacité autorisée et financée HP})} \right) + \text{tarif moyen journalier hébergement}$$

<sup>1</sup> Les conseils départementaux qui ont fixé, avant la publication de cette instruction, une valeur de point GIR départementale à partir des charges nettes autorisées pour 2016 « hors taxes » doivent majorer les tarifs journaliers d'un taux de 5,5 % pour les EHPAD assujettis à la TVA.

d) Le calcul des tarifs journaliers relatifs à la dépendance

Les tarifs journaliers sont calculés à partir du produit obtenu avant soustraction de la participation des résidents. Ce produit est divisé par le nombre de points GIR « résultant du classement de ses résidents » lequel correspond à la somme des points GIR validés et valorisés à la colonne E de l'annexe 3-6 rapportée au nombre de personnes hébergées dans l'établissement.

Les tarifs journaliers sont calculés en prenant en compte une activité qui correspond au nombre de jours d'ouverture de l'établissement, c'est-à-dire 365 jours.

2.2. Les financements complémentaires du forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance peut être complété par des financements complémentaires, prévus au (2°) de l'article R. 314-172 du CASF et négociés dans le CPOM. Les financements complémentaires du forfait global relatif à la dépendance ne sont pas encadrés dans le décret comme ceux prévus dans le forfait global de soins. Ils doivent toutefois financer des actions liées à la dépendance, à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie des résidents.

L'équation tarifaire calcule le niveau de ressource de l'établissement pour les places d'hébergement permanent. Il est par conséquent recommandé de distinguer les financements dédiés aux modalités d'accueil particulières (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.) et, dans la mesure du possible, de les intégrer dans les financements complémentaires en leur appliquant un forfait. Les dispositions relatives à la tarification de ces modalités d'accueil particulières n'ont pas été modifiées par le décret, vous pouvez soit maintenir les modalités de tarification que vous appliquiez jusqu'à présent, par exemple *via* l'APA à domicile, ou opter pour une forfaitisation dans le cadre du CPOM.

2.3. Les modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire

L'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 prévoit une convergence des établissements vers le forfait global dépendance issu de l'équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans s'étalant de 2017 à 2023. Un échéancier de réduction de l'écart entre le forfait versé à l'établissement et le niveau de ressources cible de l'établissement (résultat de l'équation tarifaire) est établi à compter de 2017 :

2017	Réduction d'1/7 <sup>e</sup>
2018	Réduction d'1/6 <sup>e</sup>
2019	Réduction d'1/5 <sup>e</sup>
2020	Réduction d'un quart
2021	Réduction d'un tiers
2022	Réduction de moitié
2023	Résorption totale

Il est toutefois possible d'adapter le rythme de convergence dans le cadre du CPOM et d'y prévoir un échéancier dérogatoire négocié. L'échéancier doit néanmoins respecter le terme du 31 décembre 2023 pour la résorption définitive de l'écart entre forfait versé et le résultat de l'équation tarifaire.

La convergence est calculée pour chaque établissement. Entre 2017 et 2023, les EHPAD recevront une dotation dépendance composée :

- des produits de la tarification reconductibles (hors incorporation des résultats et participation des résidents) de l'année précédente auxquels est appliqué le taux de reconduction arrêté par le PCD concernant la valeur du point GIR de l'année N ;
- d'une fraction de l'écart entre le montant N-1 revalorisé et le résultat de l'équation tarifaire correspondant au niveau de ressource cible, elle-même calculée en fonction de la valeur du point fixée par le PCD pour l'année N.

2.4. Versement du forfait global dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance est versé conformément aux articles R. 314-107 et R. 14-108 du CASF. Il n'est pas possible de déroger au versement par douzième du forfait.

Dans l'attente de la fixation de la tarification pour 2017 et en application de l'article R. 314-108 du CASF, les conseils départementaux versent des acomptes mensuels égaux au douzième du montant de la dotation arrêtée pour l'exercice antérieur.

**Exemple de calcul du forfait global relatif à la dépendance**

- Capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent : 100
- Somme des points GIR valorisés à la colonne E de l'annexe 3-6 : 60 000
- Nombre de personnes hébergées lors du girage : 90
- Valeur du point GIR départemental de l'année N : 7,5 €
- Taux de reconduction : 1 % (à titre d'exemple)

a) *Calcul de la cible de convergence (résultat de l'équation tarifaire) :*

$$\left( \frac{60000}{90} \right) \times 100 \times 7,5 = 500\,000$$

b) *Calcul du forfait global dépendance avec application de la convergence tarifaire (année N) :*

- Montant des produits reconductibles N-1 revalorisé : 400 000 + 1 % = 404 000
- Montant de la convergence : 500 000 – 404 000 = 96 000
- Palier de convergence : 96 000 / 7 = 13 714,3
- Forfait global dépendance avec convergence :

$$404\,000 + 13\,714,3 = 417\,714,3 \text{ €}$$

c) *Calcul des tarifs année N :*

- GIR 5 et 6 : (417 714,3 / 60 000 / 365) × 280 = 5,34 €
- GIR 3 et 4 : (417 714,3 / 60 000 / 365) × 660 = 12,59 €
- GIR 1 et 2 : (417 714,3 / 60 000 / 365) × 1040 = 19,84 €

### 3. L'évaluation des GMP et PMP

Le niveau de dépendance (GMP) et les besoins en soins requis des résidents (PMP) constituent des variables déterminantes des équations tarifaires permettant le calcul des forfaits soins et dépendance, il est donc nécessaire de disposer de données validées régulièrement pour tenir compte des évolutions des profils des résidents des établissements (§ 3.1). Il est prévu des dispositions spécifiques pour les ouvertures d'établissements et les extensions dans l'attente d'une validation (§3.2). Les médecins « valideurs » peuvent recourir à diverses modalités de validation des évaluations (sur site c'est-à-dire sur place, sur pièces c'est-à-dire à distance) en fonction de la situation de l'établissement. Je souligne néanmoins que le CASF prévoit une validation tacite 4 mois après la transmission des propositions par l'établissement. Il vous appartient donc d'organiser vos services pour sécuriser le processus de validation et les engagements financiers adéquats (§ 3.3). Enfin, le décret a introduit des dispositions sur la gouvernance des commissions régionales de coordination médicale (§ 3.4).

#### 3.1. La périodicité de révision des PMP et GMP

Seuls les GMP et PMP validés par un médecin désigné par le directeur général de l'ARS ou le président conseil départemental peuvent être pris en compte pour le calcul des forfaits globaux. La périodicité de révision des GMP et PMP est d'environ 3 ans, les évaluations ont lieu avant la conclusion du CPOM et au cours de la 3<sup>e</sup> année de vie du CPOM.

Pour le calcul des équations tarifaires relatives aux soins et à la dépendance, il faut prendre en compte les derniers PMP et GMP validés par les médecins de l'ARS et du conseil départemental avant le 30 juin de l'année N-1.

Les établissements dont les PMP et GMP validés seraient datés, c'est-à-dire dont la dernière validation excède les trois ans, doivent faire l'objet d'une priorisation dans la programmation des évaluations des médecins « valideurs » afin que leurs PMP et GMP soient mis à jour.

Les forfaits soins et dépendance sont versés indépendamment de la conclusion du CPOM. Les montants calculés dépendent des PMP et GMP validés mais ne sont pas négociés dans le cadre du CPOM. Il y a donc une déconnexion entre le calcul des montants de l'équation tarifaire et la négociation du CPOM. Toutefois, le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 a voulu faire coïncider la vie du CPOM et les évaluations des GMP et PMP de l'établissement. L'article R. 314-170 précise que les évaluations des PMP et GMP doivent être réalisées « avant la signature du CPOM », il faut que les validations soient réalisées concomitamment à la conclusion du CPOM afin qu'elles soient réévaluées tous les trois ans environ.



### 3.2. *Le cas des nouveaux EHPAD ou des extensions de places*

Les PMP et GMP à prendre en compte dans le cadre d'une ouverture d'EHPAD et dans l'attente d'une validation sont prévus à l'article L. 314-2 du CASF :

- s'agissant du PMP, il faut prendre en compte la moyenne des besoins en soins requis fixée annuellement par décision du directeur de la CNSA<sup>2</sup> ;
- s'agissant du GMP, il faut prendre en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental.

Dans le cas des extensions de places, en attente de la nouvelle validation des PMP et GMP, il faut retenir les derniers PMP et GMP de l'établissement concerné, en intégrant les nouvelles places à la capacité autorisée et financée afin de calculer les équations tarifaires.

### 3.3. *La validation sur pièces (à distance), tacite et le recours à des médecins vacataires*

Les médecins « valideurs » des ARS et des conseils départementaux procèdent à des validations des GMP et PMP.

La validation tacite est prévue à l'article R. 314-171 du CASF. Les médecins « valideurs » disposent d'un délai de quatre mois pour valider les évaluations transmises par l'établissement. Au-delà de ce délai, la validation est acquise et produit des effets en termes de tarification.

Je vous recommande de recourir à des validations tacites si la valeur du GMP ou du PMP ne progresse pas de plus de 5% par rapport à la précédente évaluation sur place. Il est préconisé d'alterner les modalités de validation et de préférer une validation sur place lorsque la validation précédente a été effectuée sur pièces ou tacitement ou encore si la variation du GMP et du PMP proposée par l'établissement est très forte (au regard des évolutions relatives à des établissements comparables dans votre région).

L'article 89 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 a modifié l'article L.314-9 du CASF afin de sécuriser le recours à des médecins vacataires désignés par le directeur général de l'ARS ou le président du conseil départemental pour valider les évaluations des GMP et des PMP. Une charte de bonnes pratiques est annexée à l'instruction (annexe 2). Elle a pour objectif d'encadrer le recours à des médecins vacataires sous la forme de bonnes pratiques à mettre en œuvre pour leur recrutement et l'exercice de leur mission.

### 3.4. *Évolutions de la gouvernance de la commission régionale de coordination médicale*

L'article R. 314-171-1 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 prend acte des évolutions récentes de la gouvernance des commissions régionales de coordination médicale (CRCM) prévues par l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles. En effet, la circulaire du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 prévoyait un bilan dans les deux ans de l'installation des CRCM. Les principaux éléments des bilans d'activité remontés par les ARS soulignaient, malgré une évaluation globalement satisfaisante, la difficulté récurrente de nommer des membres pour assurer le fonctionnement de l'instance.

Par ailleurs, l'émergence de nouvelles organisations de médecins coordonnateurs accentuait cette difficulté dans la mesure où une organisation seulement était autorisée à participer à la commission régionale de coordination médicale.

De cette manière, les nouvelles dispositions de l'article R. 314-171-1 précisent la composition de l'instance :

- un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente ;
- un médecin des services sociaux et médico-sociaux de chaque département de la région, désigné par le président du conseil départemental ;
- un médecin gériatre désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la société régionale de gériatrie et de gérontologie affiliée à la Société française de gériatrie et de gérontologie ;

---

<sup>2</sup> Le II de l'article L. 314-2 dispose que : « Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement. »



- pour les établissements qui perçoivent moins de 90 % du résultat de l'équation tarifaire, la modulation en fonction de l'activité ne s'applique pas.

À compter de 2024, tous les établissements percevront la totalité de leurs forfaits globaux soins et dépendance, le seuil qui s'appliquera sera alors de 95 % pour tous les établissements.

Le pourcentage d'abattement à appliquer aux forfaits est égal à la moitié de la différence entre le seuil de déclenchement de la modulation et le taux d'occupation réalisé par l'établissement. Par exemple, si le seuil de déclenchement est fixé à 95 % et que l'établissement a un taux d'occupation de 90 %, la différence est égale à 5 % et l'abattement à appliquer au forfait sera donc égal à 2,5 %.

#### 4.3. *La modulation des financements complémentaires*

L'article R. 314-161 du CASF prévoit la possibilité de moduler, en fonction de l'activité réalisée, les financements mentionnés au 2° de l'article R. 314-159. Sont visés les financements complémentaires négociés dans le CPOM et qui constituent le forfait global de soins.

La modulation peut potentiellement s'appliquer à tous les financements complémentaires mais elle est susceptible de concerner plus particulièrement les modalités d'accueil particulières et notamment l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. La modulation n'est possible pour ces financements que si elle est explicitement prévue dans le CPOM. Il est préconisé de fixer des seuils de déclenchement de la modulation dans le CPOM qui correspondent à des moyennes régionales des taux d'occupation relatifs à ces modalités d'accueil.

### 5. Les tarifs hébergement

Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 ne modifie pas les modalités de calcul des tarifs hébergement. Afin de pouvoir inscrire l'ensemble de la tarification des EHPAD dans une perspective pluriannuelle et de supprimer totalement la procédure contradictoire de tarification pour ces établissements, il rend obligatoire la fixation pluriannuelle des tarifs hébergement dans le cadre des CPOM (§ 5.1). Le périmètre des charges couvertes par les tarifs hébergement n'est pas modifié mais les tarifs doivent couvrir a *minima* un socle de prestations défini par décret (§5.2).

#### 5.1. *La fixation pluriannuelle des tarifs hébergement dans le cadre des CPOM*

La réforme de la tarification a pour objectif de simplifier l'allocation de ressources en mettant fin à la procédure contradictoire pour les soins, la dépendance et l'hébergement. Ainsi, le CPOM conclu avec l'organisme gestionnaire doit fixer les éléments pluriannuels relatif au tarif hébergement, en application des articles R. 314-185 et R. 314-42 du CASF. Les modalités de fixation annuelle des tarifs hébergement doivent être prévues dans le CPOM et dès lors, la détermination annuelle de ces tarifs n'est plus soumise à la procédure contradictoire.

L'article R. 314-40 du CASF prévoit une liste limitative de modalités de fixation de la pluriannualité des moyens alloués. En application de l'article R. 314-42 du CASF, le CPOM peut choisir entre les options suivantes :

- l'application directe du taux d'évolution de l'objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses arrêté par le président du conseil départemental : ce taux doit s'entendre comme un taux d'actualisation. Il garantit donc au contractant une évolution de sa dotation dans la stricte moyenne du département, sans plus de visibilité (cette progression globale n'étant pas connue à l'avance) ;
- l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation : cette formule peut revêtir une grande variété de formes : un taux fixe (par exemple, +/-x% par an), une formule fixe, ou des règles de décision fixes (progression ou non en fonction de l'atteinte de tel résultat, ou de tel paramètre financier) ;
- l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme.

L'article 5 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF prévoient dans son article 5 des dispositions transitoires dans l'attente de la signature du CPOM mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF. Les dispositions prévues aux articles R. 314-162 et R. 314-163 s'appliquent dans leur rédaction antérieure au décret.

Pour les établissements habilités à l'aide sociale dont le tarif hébergement est fixé par le conseil départemental, dans l'attente du CPOM, les dispositions prévues à l'article L. 314-7 du CASF s'appliquent. L'organisme gestionnaire doit donc déposer des propositions budgétaires donnant lieu à une procédure contradictoire.

## 5.2. Le périmètre des tarifs hébergement

Le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD précise le socle minimal de prestations que les EHPAD doivent obligatoirement proposer à leurs résidents (cinq catégories : administration générale, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, et animation de la vie sociale). Le 3° de l'article R. 314-158 précise que les tarifs hébergement doivent couvrir, *a minima*, les charges des prestations listées dans le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015. Il est possible pour les EHPAD d'aller au-delà du socle de prestations minimales notamment en incluant dans les tarifs le blanchissage du linge individuel. De même, les règlements départementaux d'aide sociale peuvent prévoir d'intégrer dans le tarif hébergement des prestations supplémentaires à celles prévues dans le socle minimal.

## 6. La répartition des charges communes à plusieurs financeurs

Le nouveau modèle de tarification supprime les clés fixes de répartition entre financeurs pour les charges co-financées (§ 6.1). Dans la limite des forfaits qui lui sont notifiés, le gestionnaire peut donc faire varier la répartition des charges communes entre les financeurs. Pour autant, il est maintenu un suivi de la répartition des charges en fonction des financeurs et les autorités de tarification contrôlent la pertinence de cette répartition (§ 6.2).

### 6.1. La suppression des clés fixes de répartition des financements pour les charges co-financées

Le précédent modèle de tarification des EHPAD prévoyait des clés de répartition fixes pour les postes de dépenses relevant de plusieurs financeurs (assurance maladie et conseil départemental ou conseil départemental et résident). Ces clés de répartition se justifiaient dans le cadre de l'ancienne réglementation où les tarifs étaient fixés en fonction des prévisions de dépenses autorisées. Il était notamment prévu une clé de répartition pour les financements des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques (70 % pour les financements soins et 30 % pour les financements dépendance). Il était nécessaire quand un poste de dépenses était partagé entre des tarifs à la charge de financeurs différents, de définir la part incombant à chacun d'eux. Dans le cadre d'une tarification à la ressource où les financements relatifs aux soins et à la dépendance sont calculés automatiquement par le biais d'une équation tarifaire, ces clés de répartition ne sont plus nécessaires mais le principe de la répartition demeure dans les documents budgétaires (*cf. infra*).

Dans le nouveau modèle de tarification, il existe trois tarifs qui correspondent à trois financements, dont le périmètre de charges couvertes est défini aux articles R. 314-166, R. 314-176 et R. 314-179 du CASF. Certaines charges peuvent être prises en compte concurremment par plusieurs tarifs dans le respect des prérogatives de chaque financeur.

### 6.2. Le suivi de la répartition des charges couvertes en fonction des financeurs

Le 2° de l'article R. 314-223 du CASF issu du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 introduit une annexe financière qui doit être jointe à l'EPRD et qui permet d'identifier les charges couvertes par les différents financeurs ou les différentes sections tarifaires.

Si l'analyse globale de l'EPRD ne peut se fonder sur cette seule répartition de charges pour entraîner un refus, cette répartition peut en revanche contribuer à remettre en cause les grands équilibres prévisionnels présentés par l'organisme gestionnaire en mettant en évidence des déséquilibres internes au budget ou bien rentrer en contradiction avec les objectifs du CPOM. Cette annexe retrace les charges couvertes par les différentes sections tarifaires (soins, dépendance et hébergement) à partir des clés de répartition historiques qui ne sont plus, dans le nouveau modèle de la tarification, opposables aux établissements ou aux autorités de tarifications.

Concernant le contrôle de la bonne imputation des charges en fonction du financeur, l'autorité de tarification peut se fonder sur l'examen de l'annexe financière au regard des périmètres définis dans le décret n° 2016-1814 des charges pouvant être couvertes par les différents forfaits.

## 7. L'affectation des résultats des EHPAD et des PUV

La forfaitisation et les nouvelles modalités de calcul des ressources destinées à couvrir les prestations liées aux soins et à la dépendance induit le principe de libre affectation des résultats. Le niveau de ressources alloué à l'établissement est objectif et calculé pour tenir compte du niveau de dépendance et des besoins en soins requis des résidents accueillis mais également modulé pour tenir compte de l'activité réalisée. L'organisme gestionnaire peut donc affecter librement les résultats en fonction des modalités fixées dans le CPOM (§ 7.1). Dans l'attente de la signature du CPOM,

il est prévu des dispositions transitoires pour les EHPAD et les PUV (§ 7.2). Enfin, une disposition transitoire prévoit la possibilité d'incorporer les résultats 2015 et 2016 dans la détermination des forfaits soins et dépendance (§ 7.3).

#### 7.1. *L'affectation des résultats dans le cadre du CPOM du IV ter de l'article L. 313-12*

Dans le cadre du CPOM prévu au IV de l'article L. 313-12 (c'est-à-dire le CPOM « EHPAD »), le principe de libre affectation des résultats et de non reprise des résultats au sein du périmètre du CPOM découle du modèle de tarification des EHPAD. Toutefois, l'article L. 313-12 (IV *ter*) dispose que le contrat prévoit les modalités d'affectation du résultat. Il convient, en effet, d'aménager lors de la négociation du CPOM un temps d'échange sur cette question afin de projeter un résultat prévisionnel et de s'assurer que l'affectation de ce résultat réponde aux objectifs du CPOM. Les modalités d'affectation du résultat doivent faire l'objet d'une disposition contractuelle.

Le principe général est que l'affectation des résultats se fait au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement et non pas de façon globalisée à l'échelle de l'EPRD (R. 314-234 du CASF). Cela signifie cependant pour les établissements cofinancés, et les EHPAD, notamment que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais sur le résultat du compte de résultat de l'EHPAD qui n'est plus subdivisé en section. Toutefois, le tableau d'affectation des résultats de l'EPRD est lui présenté par section, qui permet d'avoir connaissance de l'origine des excédents et leur affectation à titre d'information principalement. Néanmoins, ce tableau peut être utilisé à des fins de contrôle s'agissant des établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF. En effet, il convient de souligner que pour ces établissements, demeure l'impossibilité d'affecter des excédents dégagés sur les forfaits soins et dépendance en réserve d'investissement ou de trésorerie, ainsi qu'à la compensation de charges d'amortissement (R. 314-244 du CASF).

Enfin, le périmètre du CPOM « EHPAD » pouvant être pluri activités, il vous appartient de préciser les éléments pluriannuels du budget relevant des autres activités financées dans le cadre du CPOM. L'affectation des financements en cours d'exécution doit respecter l'absence de fongibilité entre les enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées ». La fongibilité peut, en revanche, être admise lors de l'affectation des résultats lorsque le CPOM prévoit expressément la possibilité d'une affectation de résultats entre les différents compte de résultat de l'EPRD (R. 314-235 du CASF). Il est également possible, pour les ESMS pour personnes handicapées qui relèveraient de ce CPOM, de prévoir, dans le contrat, les modalités de la reprise des résultats.

Je vous invite à vous référer sur ce point à l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

#### 7.2. *L'affectation des résultats dans l'attente du CPOM*

Dans l'attente de la signature du CPOM, le 3° du II de l'article 5 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016<sup>3</sup> prévoit des dispositions transitoires relatives à l'affectation des résultats. Les autorités de tarification peuvent s'opposer à l'affectation des résultats prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R. 314-234 du CASF.

Au 1° du I de l'article 5 du même décret, il est prévu les modalités d'affectation des résultats de la section hébergement dans l'attente de la conclusion du CPOM. Lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale, le conseil départemental affecte les résultats de la section hébergement dans les conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 314-234 du CASF.

#### 7.3. *L'incorporation des résultats des exercices 2015 et 2016*

Pour les exercices 2017 et 2018, les forfaits soins et dépendance peuvent inclure un report à nouveau dans la détermination du forfait, respectivement au titre des résultats des exercices 2015 et 2016. Cela signifie que les forfaits soins et dépendance des EHPAD pourront être majorés ou minorés par les reprises des excédents ou des déficits des exercices 2015 et 2016. Les dispositions qui prévoient les modalités de reprises de ces résultats sont fixées à l'article 6 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016.

Les résultats des exercices 2015 et 2016 sont repris dans les conditions antérieures au décret n° 2016-1815. Conformément à l'article R. 314-51 du CASF, la reprise d'un déficit peut être étalée sur trois exercices.

<sup>3</sup> Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

## **8. La procédure de minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature du CPOM par l'organisme gestionnaire**

L'article L. 313-12 (IV *ter*) du CASF introduit une sanction financière en cas de refus de l'organisme gestionnaire d'un EHPAD ou d'une PUV de signer un CPOM. L'article D. 314-167-1 du même code encadre la procédure de mise en œuvre de cette minoration. L'application de la minoration nécessite au préalable un respect strict de la procédure et des délais prévus à l'article D. 314-167-1 pour éviter tout risque de contentieux (§ 8.1). Au terme de la procédure, l'agence régionale de santé minore le forfait global de soins dans des conditions fixées par le code de l'action sociale et des familles (§ 8.2).

### *8.1. La procédure de déclenchement de la minoration du forfait global de soins*

La procédure de minoration du forfait global de soins a vocation à être utilisée de manière exceptionnelle lorsque les autorités de tarification sont confrontées à un refus de l'organisme gestionnaire de signer un CPOM. Les délais de la procédure courent à partir de la réception, par l'organisme gestionnaire, d'une proposition de CPOM adressée par le directeur de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. Avant d'initier la procédure, les autorités de tarification doivent avoir contacté et relancé à plusieurs reprises l'organisme gestionnaire pour négocier et conclure un CPOM.

Il est préconisé que la proposition de CPOM adressée à l'organisme gestionnaire soit rédigée conjointement par l'ARS et le conseil départemental. Il faut veiller à établir un projet complet qui corresponde à tous les items du cahier des charges du CPOM. Le directeur général de l'ARS doit veiller à bien informer le président du conseil départemental des avancées de la procédure en cours.

L'article D. 314-167-1 du CASF précise que le directeur de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental soumettent une proposition de CPOM à l'organisme gestionnaire « par tout moyen conférant date certaine ». Il est donc nécessaire de s'assurer que l'organisme gestionnaire a bien reçu la proposition de CPOM et donc de disposer d'un accusé de réception.

L'article D. 314-167-1 prévoit deux cas de figure : dans le premier cas, l'organisme gestionnaire n'entame pas de négociation et refuse de signer la proposition de CPOM. Dans ce cas, la minoration s'applique au terme d'un délai de quatre mois. L'organisme gestionnaire peut, dans le cadre de cette procédure, présenter ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur de l'agence régionale de santé.

Dans le second cas, l'organisme gestionnaire, après réception d'une proposition de CPOM, entame avec les autorités de tarification, une négociation de CPOM. Au terme de neuf mois, si l'organisme gestionnaire n'a pas signé de CPOM, le directeur de l'agence régionale de santé applique la minoration.

### *8.2. La mise en œuvre de la minoration*

L'annexe 1 de la présente instruction propose un modèle de notification de la décision de minoration du forfait global de soins à adresser à l'organisme gestionnaire.

L'abattement appliqué au forfait global de soins est temporaire : dès que l'organisme gestionnaire signe un CPOM, il perçoit l'intégralité du forfait global de soins. Il n'y a pas de restitution prévue des financements qui auront été retirés durant l'application de la sanction. S'agissant des modalités de mise en œuvre, l'ARS peut appliquer la minoration soit au cours de l'exercice durant lequel la sanction est notifiée ou lors de l'exercice suivant.

Les abattements ne se cumulent pas et sont appliqués sur l'intégralité du forfait global relatif aux soins.

Afin de mieux expliciter la procédure mise en œuvre de la minoration, deux exemples sont développés ci-après.

Exemple 1 :



Exemple 2 :



Pour les ministres et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

*Le directeur général de la cohésion sociale,*  
J.-P. VINQUANT

ANNEXE 1

MODÈLE DE NOTIFICATION DE LA MINORATION DU FORFAIT GLOBAL DE SOINS  
EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CPOM PAR L'ORGANISME GESTIONNAIRE

Le directeur général de l'agence régionale de santé de XXX  
A  
[M. ou Mme] le directeur [organisme gestionnaire]  
[adresse]  
[Commune], le XX/ XX/2017

**Lettre en recommandé avec accusé de réception**

**Copie au président du conseil départemental de.....**

Objet : Décision de minoration du forfait global de soins au titre du IV *ter* de l'article L.313-12 et de l'article D. 314-167-1 du code de l'action sociale et des familles.

[M. ou Mme], le directeur,

Le XX/XX/2017, vous avez reçu une proposition de contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) qui n'a pas abouti à la signature d'un contrat.

Trois mois après la réception de cette proposition, soit le XX/XX/2017, une notification vous a été adressée mentionnant la pénalité encourue en cas de refus de contractualisation dans un délai d'un mois.

[Dans vos observations adressées par courrier en date du XX/XX/2017, vous souhaitez ... (à compléter le cas échéant)].

Compte tenu du refus de signature d'un CPOM à l'issue du délai imparti, j'applique une minoration du forfait global de soins perçu par les établissements dont vous êtes gestionnaires, d'un montant de [X %] à compter du XX/XX/2017. Cette minoration s'applique jusqu'à la signature d'un CPOM. Elle est ré évaluable chaque année jusqu'à la signature du CPOM dans la limite de 10 % par an.

Une copie de ce courrier est adressée simultanément au président du conseil départemental de....

Si vous souhaitez exercer votre droit de recours, vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la réception de la présente décision pour saisir le tribunal administratif de ..... [adresse].

Le directeur général de l'agence régionale  
de santé de .....



ANNEXE 2

**CHARTRE DE BONNES PRATIQUES POUR LES MÉDECINS VACATAIRES DÉSIGNÉS  
POUR VALIDER LES GMP ET PMP DÉCLARÉS PAR LES EHPAD ET LES PUV**

La loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 modifie l'article L. 314-9 du CASF afin de permettre aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et aux présidents des conseils départementaux de recourir à des médecins vacataires pour valider les évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des petites unités de vie (PUV).

a) La présente charte a pour objectif d'encadrer le recours à ces médecins vacataires sous la forme de bonnes pratiques à mettre en œuvre pour leur recrutement et l'exercice de leur mission. Les prérequis au recrutement de médecins vacataires désignés pour la validation des coupes AGGIR et PATHOS :

Le médecin vacataire désigné par le directeur général de l'ARS ou le président du conseil départemental doit :

- être formé à la gériatrie (diplôme universitaire de médecin coordonnateur ou capacité en gériatrie) ou avoir une expérience significative dans les validations AGGIR et/ou PATHOS ;
- disposer de connaissances sur le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) (réglementation, tarification, etc.).

Le médecin désigné s'engage à :

- se former à l'utilisation de la grille AGGIR et le référentiel PATHOS ;
- se former à l'utilisation du système d'information GALAAD ;
- remplir une déclaration d'intérêts mentionnant toute intervention rémunérée ou non au sein des établissements de la région concernée. La déclaration d'intérêts doit également mentionner tout lien avec les fédérations, syndicats ou autres associations ou groupements œuvrant dans le champ des personnes âgées ;
- ne pas faire état, en dehors de l'ARS ou du conseil départemental qui l'a missionné, des informations recueillies lors de ses missions.

b) Définition de la mission des médecins vacataire :

Le médecin vacataire désigné par le directeur général de l'ARS ou le président du conseil départemental exerce sa mission avec l'appui du médecin référent régional. Ce médecin référent intervient notamment pour définir en concertation avec le médecin vacataire, l'organisation et les modalités de validations, sur site (c'est-à-dire sur place) ou sur pièces (c'est-à-dire à distance).

Le médecin vacataire doit accomplir sa mission selon le calendrier défini par l'ARS. Il doit suivre la procédure générale de validation nationale : édition des bilans et tableau de contingence, constitution de l'échantillon à valider, réalisation de la validation notamment selon les modalités définies en concertation avec le médecin référent régional, participation éventuelle à la commission régionale de coordination médicale (CRCM) en cas de divergence avec le médecin coordonnateur.