

Ministère de la santé et des solidarités

Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des âges de la vie
Bureau des personnes âgées

Personne chargée du dossier : Serge CANAPE

tél. : 01 40 56 86 67
fax : 01 40 56 87 79
mél. : serge.canape@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Madame et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour exécution)

CIRCULAIRE N°DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Résumé : Modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées

Mots-clés : Médicalisation, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, petites unités de vie, accueils de jour

Textes de référence : Articles L. 232-5, L. 312-1, L. 313-12, R. 232-20, R. 232-21, R. 313-16, R. 314-105, D. 313-17 à D. 313-24 du code de l'action sociale et des familles

Arrêté du 22 décembre 2005 fixant le montant plafond du forfait journalier mentionné au 1° de l'article D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles.

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes : néant

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles dispose, dans son I, que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, dont le GIR moyen pondéré (GMP) est supérieur à 300, doivent passer une convention pluriannuelle avec le préfet de département et le président du conseil général.

Le II du même article ouvre, pour les établissements dont la capacité est inférieure à 25 places autorisées et dont le GIR moyen pondéré est supérieur à 300, la possibilité de déroger à la règle prévoyant que la tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux est arrêtée par le préfet de département après avis du président du conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie, c'est-à-dire est retracée dans leurs budgets sous forme d'une section tarifaire « soins ». Cette disposition législative permet à ces établissements de déroger à l'obligation de passer une convention pluriannuelle telle que prévue au I de l'article L. 313-12 (convention tripartite).

Les règles de médicalisation et de tarification des soins remboursables aux assurés sociaux hébergés dans ces établissements ont été fixées par les articles D. 313-17 à D. 313-24 du code de l'action sociale et des familles issus du décret n° 2005-118 du 10 février 2005.

La présente circulaire vous indique les règles applicables aux résidents de ces établissements au regard de l'allocation personnalisée d'autonomie (1), au regard des réponses aux besoins de médicalisation (2) ainsi que les règles spécifiques applicables aux personnes bénéficiant d'une prise en charge dans un accueil de jour non rattaché à un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (3).

1- L'allocation personnalisée d'autonomie dans les établissements de moins de 25 places autorisées et dont le GMP est supérieur à 300.

Par dérogation aux règles relatives au versement de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, l'article L. 232-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les résidents hébergés dans un établissement de moins de 25 places autorisées et dont le GIR moyen pondéré (GMP) est supérieur à 300 bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans les mêmes conditions que celles prévues pour une personne résidant à domicile.

Le plan d'aide de ces bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie est élaboré par l'équipe médico-sociale telle que mentionnée à l'article L. 232-3 et définie à l'article R. 232-7 du code de l'action sociale et des familles. Il doit prendre en compte les charges afférentes à la dépendance de l'établissement soit :

- 100% des rémunérations et des charges sociales et fiscales des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des maîtresses de maison et, à l'exception du cas particulier des accueils de jour autonomes traité au 3 de la présente circulaire, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques ;
- 30% des rémunérations et des charges sociales et fiscales des agents de service et des veilleurs de nuit ;
- Les couches, alèses et produits absorbants.

Chaque établissement calcule ses tarifs afférents à la dépendance en prenant en compte le niveau de dépendance de chaque résident et en appliquant aux charges ci-dessus définies les modalités de calcul précisées au b et au c de l'annexe 3-1 du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Le plan d'aide doit prendre en compte le tarif dépendance de l'établissement ainsi que les éventuelles interventions supplémentaires, extérieures à l'établissement, qui sont nécessaires au résident concerné et qui ne sont pas assurées par ledit établissement.

Dans ces établissements, c'est donc le plan d'aide des résidents classés en GIR 1 à 4 qui finance en totalité les charges afférentes à la dépendance et il n'y a donc pas lieu de calculer un tarif dépendance GIR 5-6, un tel tarif ne pouvant pas être facturé aux résidents non dépendants.

J'appelle tout particulièrement votre attention sur ce mode de calcul de l'allocation personnalisée d'autonomie et sur le fait qu'il convient de s'assurer que les services du conseil général font une exacte application de ces dispositions législatives et réglementaires. Le calcul du montant d'APA pour les résidents des établissements de moins de 25 places et dont le GMP est supérieur à 300 est très étroitement corrélé au périmètre du forfait soins de ces établissements.

2- Les différentes modalités de médicalisation.

La combinaison des articles L. 313-12-I et D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles permet trois modalités de médicalisation pour les établissements de moins de 25 places autorisées et dont le GMP est supérieur à 300. Je vous rappelle qu'il appartient au directeur de chaque établissement concerné de choisir une des trois options avant le 19 mai 2006.

2.1- La signature d'une convention pluriannuelle.

Si le II de l'article L. 313-12 permet aux établissements susmentionnés de déroger à l'obligation de signature d'une convention pluriannuelle avec le préfet de département et le président du conseil général, ces établissements peuvent néanmoins, de droit commun, opter pour cette forme de réponse aux besoins de médicalisation de leurs résidents.

Dans ce cas, c'est l'ensemble des droits et obligations liés à la signature de la convention tripartite qui s'applique à ces établissements et, notamment, le cahier des charges fixé par l'arrêté du 26 avril 1999 modifié, à l'exception des points suivants :

- Les recommandations relatives à l'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air : Pour ces établissements, les conditions et modalités de mise en œuvre d'un dispositif de pièces rafraîchies, fixées par l'article D.312-161 du code de l'action sociale et des familles, sont adaptées : ils ne sont pas tenus d'aménager une pièce ou un local équipés d'un système fixe et ont la possibilité d'utiliser des systèmes individuels de rafraîchissement constitués d'appareils mobiles autonomes placés dans la pièce ou le local à rafraîchir.
- L'obligation de se doter d'un médecin coordonnateur : l'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles précise que cette obligation n'est applicable qu'aux établissements dont la capacité autorisée est supérieure à 25 places.

J'appelle votre attention sur le fait que si le directeur de l'établissement choisit l'option « convention tripartite » cette obligation est remplie avant même que la convention soit signée.

2.2 – Le bénéfice d'un forfait soins.

Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux résidents peuvent être prises en compte dans le cadre d'un forfait journalier de soins fixé annuellement par le préfet de département dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de l'action sociale et de la sécurité sociale.

Le forfait journalier de soins prend en compte les dépenses afférentes aux rémunérations et aux charges sociales et fiscales des infirmiers salariés ainsi qu'au paiement des honoraires des infirmiers libéraux intervenant dans l'établissement. Je vous rappelle que les dépenses afférentes aux rémunérations et aux charges sociales et fiscales des aides-soignants et des aides médico-psychologiques sont prises en charge par le tarif dépendance solvabilisé par le plan d'aide APA des résidents

Le budget annuel de soins de l'établissement correspond au forfait journalier de soins multiplié par le nombre prévisionnel de journées de prise en charge, qui ne peut être supérieur à la capacité autorisée de l'établissement, multiplié par 365.

Un arrêté ministériel fixe, chaque année, le montant plafond du forfait journalier de soins. Il vous appartient, au regard de la situation de chaque établissement, d'établir le montant de son forfait journalier de soins qui ne sera pas nécessairement égal au montant plafond fixé par l'arrêté ministériel.

Les crédits relatifs à ces forfaits soins émanent sur l'enveloppe médicalisation qui vous est notifiée annuellement.

Les établissements qui font le choix de l'option prévue au 1° de l'article D. 313-17, c'est-à-dire pour une organisation interne de la médicalisation (forfait journalier de soins), dispensent des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie et sont donc soumis aux dispositions du b) de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire relèvent d'une autorisation conjointe du préfet et du président du conseil général.

Pour les établissements qui bénéficient déjà d'une autorisation délivrée par le président du conseil général au titre du a) de l'article L. 313-3, un nouvel avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROMS) n'est pas nécessaire avant l'arrêté d'autorisation préfectoral.

Afin de ne pas alourdir la procédure administrative pour ces établissements, le courrier du directeur de l'établissement vous informant qu'il opte pour le forfait soins doit être considéré comme une demande d'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux sur la base de laquelle vous instruirez ce dossier et rédigerez, éventuellement, l'arrêté d'autorisation, à soumettre à la signature du Préfet.

2.3 L'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile.

Afin de respecter les projets spécifiques de certains établissements de petite taille, ceux qui ne disposent pas de personnels de soins salariés (infirmier diplômé d'Etat, aide-soignant) peuvent organiser la réponse aux besoins de médicalisation de leurs résidents par l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

L'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile suppose que cette intervention a fait l'objet, pour les résidents concernés, d'une prescription médicale.

Dans ce cas, le coût de la médicalisation est pris en charge par le budget du SSIAD dans les conditions définies par le 3° du VII de l'article R. 314-105, c'est-à-dire sous la forme d'une dotation globale versée au service de soins infirmiers à domicile.

Dans les établissements qui optent pour cette forme de réponse aux besoins de médicalisation de leurs résidents, l'intervention d'infirmiers libéraux rémunérés à l'acte par les résidents est possible pour ceux d'entre eux qui ne bénéficient pas de l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile.

Cette possibilité d'intervention d'un SSIAD au bénéfice des résidents d'une « petite unité de vie » ne doit pas donner lieu à une autorisation spécifique de places pour le SSIAD. Les indicateurs joints au rapport d'activité des SSIAD, notamment l'indicateur n° 2, publié par l'arrêté du 27 juillet 2005, doivent vous permettre de calculer le budget du SSIAD en intégrant cette nouvelle possibilité d'intervention dans les charges prises en compte au titre de la dotation globale.

Par ailleurs, j'appelle votre attention sur le fait que, si l'article D. 313-17 prévoit deux modalités de médicalisation pour répondre aux besoins des résidents hébergés dans les « petites unités de vie », seul le 1° de cet article prévoit que les établissements doivent avoir obtenu l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux. En conséquence il ressort très clairement de cet article et, notamment de sa subdivision en un 1° et un 2°, que seuls les établissements qui demandent à bénéficier du forfait journalier de soins, c'est-à-dire ceux qui souhaitent une organisation des soins intégrée à la structure, doivent avoir obtenu l'autorisation de dispenser des soins. Les établissements qui opteraient pour une médicalisation par l'intervention d'un SSIAD ne sont pas tenus à cette obligation d'obtenir une autorisation de dispenser des soins.

Le choix par un établissement de répondre aux besoins de médicalisation de ses résidents par l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile ne peut se faire qu'au terme d'un rapprochement et d'une entente préalable entre le directeur de l'établissement et le responsable du SSIAD territorialement compétent.

3- Le cas particulier des accueils de jours « autonomes ».

Par « accueils de jours autonomes » il faut comprendre les accueils de jour qui ne sont pas rattachés juridiquement à un établissement hébergeant des personnes âgées.

Il convient tout d'abord de rappeler que, s'ils constituent un élément essentiel de la politique publique mise en place pour assurer une qualité de prise en charge à domicile pour les personnes âgées dépendantes, les accueils de jour sont des établissements médico-sociaux au sens du 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ils sont, à ce titre, soumis à la procédure d'autorisation prévue pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles).

Les personnes bénéficiant d'une prise en charge en accueil de jour fréquentent, en règle générale, cette structure 2 à 3 fois par semaine, voire moins, et, de ce fait, sont, au-delà des nuitées, le reste du temps présents à leur domicile où ils ont besoin de prestations permettant de prendre en charge leurs besoins liés aux conséquences de la perte d'autonomie.

C'est pour prendre en compte cette particularité et pour que le tarif dépendance des accueils de jour ne sature pas les plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie que les modalités de calcul du tarif soins applicables dans ces structures ont été adaptées, en élargissant le périmètre des charges prises en compte par l'assurance maladie et en diminuant d'autant celui des charges prises en compte par l'allocation personnalisée d'autonomie.

Outre la possibilité de faire appel à un service de soins infirmiers à domicile, les accueils de jour peuvent opter pour un forfait soins prenant en compte :

- 100% de la rémunération et des charges sociales et fiscales des infirmiers salariés,
- 100% du remboursement des honoraires des infirmiers libéraux,
- 70% de la rémunération et des charges sociales et fiscales des aides-soignants et des aides médico-psychologiques.

Cet élargissement du périmètre du forfait soins a pour conséquence directe une diminution des charges afférentes à la dépendance servant de base au calcul du tarif dépendance de l'accueil de jour qui sera pris en compte pour l'élaboration et la valorisation du plan d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Ces charges afférentes à la dépendance se répartissent comme suit :

- 100% de la rémunération et des charges sociales et fiscales des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des maîtresses de maison ;
- 30% de la rémunération et des charges sociales et fiscales des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des agents de service et des veilleurs de nuit, le cas échéant ;
- Les couches, alèses et produits absorbants.

Le mode de calcul des tarifs dépendance des accueils de jour est identique à celui de droit commun tel que défini au 1 de la présente circulaire.

Enfin je vous rappelle que les crédits mentionnés dans les circulaires budgétaires annuelles pour la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ne sont pas spécifiquement réservés à la prise en charge des seules personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; les places d'accueil de jour doivent donc être financées sur l'enveloppe spécifique des crédits notifiés à cet effet. Le plan « vieillissement et solidarités » 2004-2007 prévoit également que peuvent être financées d'autres structures de répit, telles que, notamment, les accueils de nuit et les gardes itinérantes afin d'accompagner les aidants et leur permettre de « souffler » dans la prise en charge au long cours à domicile de proches, malades et dépendants.

4- Le droit d'option.

L'article 2 du décret n° 2006-181 du 17 février 2006 fixe au 19 mai 2006 la date à laquelle les établissements de moins de 25 places autorisées et dont le GMP est supérieur à 300 devront avoir exercé le droit d'option qui leur est ouvert par les dispositions législatives et réglementaires. La mise en œuvre de ce droit d'option est donc effective dès que celui-ci a été exercé et il conviendra de mettre en place l'organisation de la médicalisation qui en résulte dans les meilleurs délais compatibles avec vos propres moyens.

L'exercice de ce droit d'option, notamment en ce qui concerne le choix de la signature d'une convention tripartite, ne doit pas être corrélé avec l'accord du conseil général de s'engager dans la signature d'une telle convention. Un directeur d'établissement peut opter pour un tel choix même si les deux autorités administratives parties à la convention n'ont pas encore donné leur accord pour une telle signature.

Le directeur général de l'action sociale,

signé

Jean-Jacques TREGOAT