

Lettre DGAS/2 C du 1^{er} août 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées

NOR : SANA0630382Y

Référence : votre courrier du 10 juillet 2006.

Le directeur général de l'action sociale à Monsieur le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Rhône.

Par courrier du 10 juillet 2006 vous m'avez interrogé sur les conséquences du choix, par le directeur d'un établissement tel que mentionné au II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, d'une des trois options qui lui sont ouvertes pour répondre aux besoins de médicalisation des résidents (convention pluriannuelle, forfait soins ou intervention d'un SSIAD), tant au regard des autorités de tarification que des services de soins infirmiers à domicile qui pourraient être concernés.

L'article D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles précise que les établissements qui n'ont pas passé de convention pluriannuelle peuvent bénéficier soit d'un forfait soins soit de l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile s'ils n'emploient pas de personnel soignant salarié. Par ailleurs, l'article 2 du décret n° 2006-181 du 17 février 2006 précise que ces mêmes établissements indiquent au préfet et au président du conseil général les modalités de médicalisation choisies. Rien dans les textes réglementaires n'indique que ce choix doit faire l'objet d'une approbation des autorités de tarification, celui-ci s'impose donc dès lors que le directeur de l'établissement a effectué le choix requis.

L'article R. 314-105 prévoit que, pour les services de soins infirmiers à domicile, les dépenses liées à leur activité sont prises en charge par l'assurance maladie sous forme d'une dotation globale qui tient compte, notamment, des frais de déplacement des personnels du service. Il convient donc dans le cadre de l'approbation du budget prévisionnel des services de soins infirmiers à domicile et grâce aux informations remontées par les indicateurs publiés par arrêté du 27 juillet 2005 (notamment l'indicateur n° 2), que vous évaluez la part d'abattement qu'il convient d'appliquer pour la prise en charge de patients hébergés dans des établissements au regard notamment de la minoration des frais de déplacement et du temps de travail des soignants.

Il apparaît donc que la prise en charge, par un service de soins infirmiers à domicile, de patients hébergés dans un établissement, peut ressortir à un coût inférieur à celle de patients résidant à leur domicile.

Il vous appartient bien évidemment d'évaluer cet impact sur le budget de chaque service.

Enfin, pour ce qui concerne la capacité des SSIAD à intervenir dans un établissement et le maintien de leur mission initiale qui est bien d'intervenir auprès de patients à leur domicile, je vous rappelle que la circulaire DGAS/SD 2 C/2006/217 du 17 mai 2006 indique que le choix par un établissement de solliciter l'intervention d'un SSIAD ne peut se faire qu'après un rapprochement avec le responsable du SSIAD territorialement compétent.

Il n'y a donc pas lieu de prévoir la création de places de SSIAD spécifiques pour ce type d'intervention.

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