



Document consultable dans Médi@m

**Date :**

04/02/2003

**Domaine(s) :**

Action sanitaire et sociale

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input checked="" type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

Action sanitaire et sociale -  
Financement du dispositif de  
maintien à domicile dans le  
cadre des soins palliatifs

**Liens :**

Circ DAR 5/2000

**Plan de classement :**

40

**Emetteurs :**

DAR

**Pièces jointes :** 4

**à Mesdames et Messieurs les**

- |   |   |  |                                |
|---|---|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b> | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM            | <input type="checkbox"/> CRAM            | <input type="checkbox"/> URCAM |
|   | <input type="checkbox"/> UGECAM                     | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI   |
| <input type="checkbox"/> <b>Agents Comptables</b>     |   |  |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b>     | <input type="checkbox"/> Régionaux                  | <input type="checkbox"/> Chef de service |                                |
|   | <input type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion |  |                                |

Pour mise en oeuvre immédiate

**Résumé :**

Aménagement du dispositif de maintien à domicile dans le  
cadre des soins palliatifs, mis en place par la circulaire  
CNAMTS du 22 mars 2000

**Mots clés :**

soins palliatifs ; maintien à domicile

Pour le Directeur  
Délégué aux Ressources

**Gérard GAILLARD**



**l'Assurance Maladie**  
des salariés-sécurité sociale  
caisse nationale

## **CIRCULAIRE : 21/2003**

Date : 04/02/2003

Objet : Action sanitaire et sociale - Financement du dispositif de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs

Affaire suivie par : Isabelle DEBERLES - MARSEILLE ☎ 01.42.79.34.65.

Dans le cadre du programme pluriannuel de développement des soins palliatifs mis en œuvre par l'Etat en 1999, la CNAMTS a mis en place un dispositif, financé sur le budget du FNASS, visant à soutenir le maintien à domicile.

La circulaire DAR n°5-2000 du 22 mars 2000 exposait les modalités de cette action, s'articulant autour de deux axes : la rémunération de gardes malades à domicile, en soutien à la famille, et la prise en charge de prestations non remboursables au titre légal.

Ce dispositif revêtant un caractère expérimental, un premier bilan a été établi sur l'exercice 2001 qui a fait apparaître que la modicité des dépenses enregistrées résultait, outre la phase de montée en charge, de différents facteurs de blocage liés aux mesures en vigueur.

Aussi, en sa séance du 26 novembre 2002, et suite à des travaux menés avec des CPAM, le Conseil d'Administration de la CNAMTS a arrêté de nouvelles dispositions touchant tant aux conditions d'entrée dans le dispositif qu'aux modalités de prise en charge et au conventionnement des associations d'aide à domicile.

### **1. LES EVOLUTIONS RELATIVES AUX CONDITIONS D'ENTREE DANS LE DISPOSITIF :**

Le dispositif est actuellement limité aux personnes malades, en phase évolutive ou terminale de leur maladie, prises en charge au titre d'un service d'HAD, d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.

□ **Partenariat HAD :**

L'évaluation intermédiaire ayant permis de montrer que la probabilité de mettre en œuvre ce dispositif était notamment liée à la présence d'un service d'HAD, et le nouveau programme national mis en œuvre par l'Etat sur l'exercice 2002-2005 poursuivant, au nombre de ses objectifs prioritaires, le développement de l'HAD et de l'activité soins palliatifs en son sein, il est apparu nécessaire de renforcer le partenariat avec ces structures.

A cette fin, un crédit spécifique sera individualisé pour le financement des interventions de gardes à domicile au bénéfice des patients en structures d'HAD prenant en charge des soins palliatifs, dès lors qu'ils remplissent les conditions d'admission. Ce crédit fléché, chiffré au niveau national à **1 600 000 €** sera réparti au prorata des places installées dans les circonscriptions.

Pour optimiser la réactivité dans la mise en œuvre des plans d'aide, il est préconisé de consentir une délégation aux structures.

Compte tenu de leur organisation en termes de coordination, celles ci pourront ainsi se charger, à travers leur réseau local de gardes malades, de trouver le prestataire pour le compte de l'assuré et d'en assurer directement le règlement. Il leur appartiendra dans ce contexte de hiérarchiser le recours aux aides en fonction de la situation de chaque patient et dans la limite des crédits mis à disposition par votre organisme. Vous trouverez, à cet effet, une convention cadre annexée à la présente circulaire.

□ **Insertion des SSIAD :**

Par ailleurs, il a été relevé que certaines circonscriptions étaient soit dépourvues de structures d'appui, soit partiellement couvertes par les structures existantes. Aussi, dans cette seule situation de carence, il est admis que les Services de Soins Infirmiers à Domicile, assurant la prise en charge de patients en fin de vie, puissent également participer au dispositif. Il est toutefois indispensable, pour ce faire, que les structures susceptibles d'être éligibles aient obtenu une certification du médecin conseil de l'Assurance Maladie, quant à la compétence spécifique des équipes et la qualité des prestations servies.

A cet égard, il est rappelé que les conditions d'exercice des équipes interdisciplinaires à domicile prévues par la loi du 9 juin 1999, composées de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou de salariés des centres de santé, sont précisées dans le décret n° 2002-793 du 3 mai 2002. Il convient donc d'attendre les modalités d'application de ce décret pour pouvoir les intégrer au dispositif.

**2. LES EVOLUTIONS RELATIVES AUX MODALITES DE PRISE EN CHARGE :**

Les évolutions portent principalement sur les plafonds de ressources, le montant des prestations, la participation à la charge de l'assuré et la durée de l'aide, éléments qui à l'éclairage des enseignements acquis sont apparus trop restrictifs et conduisaient de nombreux patients à rester hospitalisés.

- ❑ **Les plafonds de ressources** des assurés demandeurs de prise en charge au titre des gardes malades à domicile ou des fournitures spécifiques :
  - passent pour le 1<sup>er</sup> niveau de :
    - 11 376 €/ an à 20 000 € pour une personne seule,
    - 17 064 €/ an à 33 000 € pour un couple.
  - s'établissent pour le 2<sup>ème</sup> niveau entre :
    - 20 000 et 30 000 € par an (contre 11 376 – 19 536 € actuellement) pour une personne seule,
    - 33 000 et 40 000 € par an (contre 17 064 – 29 388 €) pour un couple.

Le plafond de ressources est majoré par personne à charge de 3 600 € par an.

S'agissant du **calcul et des justificatifs de ressources**, la procédure d'analyse des ressources est limitée au dernier avis d'imposition (revenu fiscal de référence), déduction faite du loyer, des charges locatives, ou des frais d'accession à la propriété appréciés sur état justificatif ou, le cas échéant, déclaratif.

Il est apparu en effet nécessaire d'adapter la constitution des dossiers de prise en charge et leur étude pour que les circuits puissent être plus rapides et satisfaire ainsi aux exigences liées à l'urgence des situations.

De même, dans le cas d'un changement de situation récent, du fait notamment de la maladie de l'assuré qui peut être à l'origine d'une baisse de revenus, l'étude des ressources peut porter sur les seuls trois derniers bulletins de salaire.

Sur ce même registre, la condition de **non cumul avec des prestations** telles que l'APA, l'ACTP...est supprimée, la prestation « garde-malade à domicile » n'ayant pas la même vocation que ces autres prestations qui répondent d'avantage à des situations chroniques.

- ❑ Le montant de la **prestation « garde-malade à domicile »** est relevé comme suit :
  - pour le 1<sup>er</sup> niveau de prise en charge, l'intervention maximale de garde malade s'établit à 2 655 € (contre 1 264 € actuellement),
  - et pour le 2<sup>ème</sup> niveau, à 2 265 € (contre 948 € actuellement).
- ❑ **La prestation « accessoires pour incontinence et nutriments »** est désormais ouverte à **toutes demandes de fournitures** (accessoires non inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) : fauteuils de repos, certains matelas et sur matelas anti-escarres...ou dont le tarif de remboursement est inférieur au tarif public) et **dépenses de médicaments** non remboursables, dès lors qu'elles sont justifiées médicalement.

Les plafonds mensuels prévus pour ces prestations sont supprimés.

- ❑ La **participation à la charge de l'assuré**, souvent trop lourde à assumer pour les familles, d'autant que dans de nombreux cas, la maladie engendre une baisse de revenus, voire des charges supplémentaires, est réduite de 20 à 10 % pour les revenus les moins importants, et de 20 à 15 % pour les revenus supérieurs.
- ❑ Enfin la **limitation à 3 mois de la durée de prise en charge**, renouvelable une fois **est supprimée**, sachant que l'intervention de l'Assurance Maladie reste affectée aux seules personnes au stade terminal de leurs maladies (cancers, maladies dégénératives, maladies d'Alzheimer, etc.), à l'exclusion des personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie.

### 3. LES EVOLUTIONS RELATIVES AU CONVENTIONNEMENT DES ASSOCIATIONS D'AIDE A DOMICILE :

- ❑ Au niveau de l'intervention des associations d'aide à domicile, il a été constaté que celles ci rencontraient souvent des difficultés pour proposer des offres de services ou maintenir un engagement dans la durée et ceci, du fait de problèmes de recrutement d'intervenants. L'accompagnement en fin de vie nécessite, en effet, une approche spécifique tant par rapport aux besoins du patient que de sa famille.

A cet égard, le **soutien et la formation des gardes-malades** sont apparus constituer un préalable incontournable à ce type de prise en charge et un enjeu important pour le fonctionnement du dispositif.

Vos organismes peuvent donc sur la dotation allouée, en fonction des crédits disponibles, assurer désormais le financement de la formation et du soutien à l'accompagnement (groupe de parole). Cette intervention peut porter sur le coût de la formation (rémunération des intervenants), ainsi que sur le temps d'indemnisation des gardes malades (une journée de formation en moyenne).

Ces formations seront dispensées par un organisme compétent, soit par une structure d'appui (HAD, Equipe Mobile de Soins Palliatifs ou réseau spécialisé en soins palliatifs) dès lors qu'elles exercent une mission de formation, soit par le biais d'associations de soins et services à domicile si celles ci disposent d'un organisme de formation interne.

- ❑ La convention type n'autorisait de collaboration qu'avec des **associations prestataires**, dans un souci de professionnalisme des intervenants et de responsabilisation de l'organisme envers ses salariés. Cette condition excluait donc le cadre mandataire où la personne malade est elle-même employeur. Toutefois, il est apparu que certaines circonscriptions sont dépourvues de services ou associations de gardes-malades prestataires. Aussi, lorsqu'un constat de carence est ainsi établi, il vous est désormais possible de passer convention avec des associations mandataires.

### 4. DISPOSITIONS GENERALES :

- Par ailleurs, pour conférer le maximum de souplesse à l'utilisation des crédits mis à la disposition de vos organismes, **les fonds alloués** (hormis l'enveloppe fléchée pour les interventions de gardes malades en structures HAD) ne font **plus l'objet de dotations distinctes** selon qu'il s'agit des actions « gardes malades », des fournitures spécifiques ou des actions de formation des aides à domicile.

La répartition de cette dotation se fera sur la base du nombre de décès enregistrés sur chaque département (données de 1999).

- Enfin pour que ce dispositif atteigne toute son opérationnalité, et que les moyens engagés gagnent en optimisation, il s'avère indispensable qu'il soit mieux connu des acteurs concernés.

Je ne saurais donc trop vous recommander de développer la plus large **information** tant auprès des professionnels de santé en intra et extra hospitalier qu'auprès des patients et de leur entourage et des associations d'aide à domicile.

A cet égard, la mobilisation du service social de l'Institution, dans le cadre de sa politique d'offre de service auprès des assurés, est tout à fait fondamentale, tant aux plans de la sensibilisation des familles et des personnes en situation de soins palliatifs que de l'accompagnement social.

Je précise qu'au niveau national, une information générale sera donnée sur le site de la CNAMTS, dans les rubriques « professionnels de santé » et « assurés ».



Ces différentes mesures devraient permettre au dispositif de constituer l'avancée qu'il poursuit dans le domaine médico-social, en facilitant le choix des malades quant aux conditions de leur fin de vie, en prévenant ou en palliant l'épuisement des familles et en évitant les hospitalisations d'urgence.

Pour apprécier leur adéquation aux objectifs poursuivis, un bilan sera effectué à la fin de l'exercice 2003.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire que vous souhaiteriez obtenir.