

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

23/03/78

**Origine :**

CNAMTS

Messieurs les Présidents des Conseils d'Administration

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
(pour attribution)

Messieurs les Médecins-Conseils Régionaux  
(pour attribution)

**Réf. :**

CNAMTS n° 326/78

**Plan de classement :**

2451

**Objet :**

SOINS A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES

CONVENTION-TYPE DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

**Pièces jointes :**

4

**Liens :**

**Date d'effet :**

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

**Téléphone :**

@

23/03/78

Le Président du Conseil d'Administration  
de la Caisse Nationale de l'Assurance  
Maladie des Travailleurs Salariés

**Origine :**  
CNAMTS

à

Messieurs les Présidents des Conseils d'Administration

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
(pour attribution)

Messieurs les Médecins-Conseils Régionaux  
(pour attribution)

**N/Réf. :** CNAMTS n° 326/78

**Objet :** SOINS A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES  
CONVENTION-TYPE DE PRISE EN CHARGE

Monsieur le Président,  
Monsieur le Médecin-Conseil Régional,

A la suite de travaux approfondis menés en collaboration avec la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Action Sociale, est apparu l'intérêt, tant sur le plan humain que sur le plan économique, de l'organisation de soins à domicile, particulièrement adaptés aux personnes âgées dont l'état pathologique, l'isolement, les handicaps requièrent des interventions coordonnées. Cette formule de soins qui correspond aux besoins de la population, s'inscrit parmi les mesures de la politique générale de maintien des personnes âgées à domicile et doit prévenir des admissions en services hospitaliers que l'état de santé de ces personnes, ne nécessite pas, éviter ou retarder un placement en établissement médico-social.

En application du programme n° 15 d'action prioritaire du VIIème Plan de développement économique et social, dont les mesures ont pour objectif de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

dans leur cadre de vie habituel, le Ministère de la Santé a défini par circulaire A.S. n° 5 du 28 janvier 1977, les modalités de mise en oeuvre de ce programme. Parmi les actions diversifiées des secteurs créés, où seront obligatoirement assurées l'amélioration de l'habitat des personnes âgées et leur participation à la vie sociale et culturelle, l'organisation de soins à domicile est prévue dans la liste des services optionnels à fonction sanitaire, dont l'importance est soulignée.

La circulaire ministérielle du 28 janvier 1977 expose la nécessité de la mise en place d'actions sanitaires spécifiques correspondant à la polyopathie des personnes âgées, envisagées en coordination avec l'ensemble des services et équipements sanitaires et sociaux existants.

L'Assurance Maladie a, pour sa part, défini les modalités de prise en charge dans ces structures de soins. C'est l'objet de la convention-type "soins à domicile aux personnes âgées", élaborée conjointement par les services de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, ceux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non Saliés des Professions non Agricoles, et ceux de la Mutualité Sociale Agricole, convention-type annexée à la présente circulaire adoptée par la Commission de l'Assurance Maladie le 1er février 1977.

Il est apparu nécessaire de prévoir deux additifs distincts à la convention type, en raison des modes différents de prise en charge auxquels donnent lieu les soins proprement dits d'une part, et l'intervention éventuelle d'aide ménagère d'autre part. En effet, la participation financière de l'Assurance Maladie au fonctionnement des Associations couvrira exclusivement les soins infirmiers, de toilette et d'hygiène générale et, le cas échéant, des actes de masso-kinésithérapie et des soins de pédicurie.

L'intervention éventuelle d'une aide ménagère à domicile incombe, soit aux prestations vieillesse, soit à l'Aide Sociale. Elle ne doit, en aucun cas, être prise en charge sur le fonds d'Assurance Maladie.

Toutefois, la publication de la convention-type a été différée en l'attente d'un support juridique qui lui faisait défaut.

La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978, complétant et modifiant certaines dispositions de la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales fournit un support juridique à un certain nombre d'actions dont la nécessité est apparue et notamment aux soins à domicile. L'article 1er de la loi les insère, au titre de l'action de maintien à domicile, parmi les institutions sociales et médico-sociales ; l'article 4 rend possible la prise en charge des soins à domicile sous forme forfaitaire.

Si le recours de base reste pour les personnes âgées comme pour l'ensemble de la population, celui des soins à l'acte, certaines personnes âgées requièrent l'intervention d'une équipe polyvalente para-médicale, dont l'action, distincte des soins spécifiquement infirmiers, justifie une prise en charge forfaitaire qui fait l'objet de la présente convention-type. Pour autant, les services de soins à domicile visés par la présente circulaire ne sauraient avoir le monopole des soins délivrés au domicile des personnes âgées.

En effet, les auxiliaires médicaux libéraux et notamment les infirmières, sont appelées à jouer, comme cela est déjà le cas, un rôle considérable dans l'ensemble du dispositif et des actions sanitaires d'ailleurs extrêmement diverses visant à permettre le maintien chez elles des personnes âgées. Il en est de même des centres de soins infirmiers.

Il est essentiel de situer les soins à domicile pour personnes âgées non pas tant comme une alternative aux soins à l'acte que comme une dissuasion du recours à l'hospitalisation en moyen et long séjour ou à l'entrée en établissement médico-social, voire à une hospitalisation classique.

Dans l'attente de la parution des décrets prévus par la loi du 4 janvier 1978 la présente circulaire indique aux organismes d'Assurance Maladie les conditions dans lesquelles les services de soins au domicile des personnes âgées pourront être organisés.

Par ailleurs, il faut rappeler que, la fixation d'un cadre précis de fonctionnement et de prise en charge des services de soins à domicile vient compléter le dispositif mis en place pour l'hospitalisation à domicile, en application de la doctrine de la Caisse Nationale exposée dans la circulaire du 29 octobre 1974.

Différentes mesures concernant, tant la détermination médicale des catégories de personnes âgées qui pourront bénéficier des soins, que les conditions d'admission et la mise à disposition des Caisses signataires de moyens de contrôle du fonctionnement des associations conventionnées, permettent de délimiter la place des soins à domicile aux personnes âgées dans le système sanitaire.

## I - CONDITIONS DE CREATION DES SERVICES DE SOINS A DOMICILE

### 1°/ Rattachement des soins à domicile aux institutions sociales et médico-sociales

La loi du 4 janvier 1978 a, pour son article 1er, rattaché les services de soins à domicile aux institutions sociales et médico-sociales relevant de la loi du 30 juin 1975, au titre des actions de maintien à domicile.

En conséquence, des institutions sociales et médico-sociales autres que des associations peuvent mener des actions de maintien à domicile. Lorsque vous serez saisis de demandes, vous inciterez les gestionnaires à constituer des associations spécifiques pour la gestion des services de soins à domicile ; cette formule apparaît en effet plus appropriée pour permettre l'intervention coordonnée de plusieurs institutions intéressées à l'organisation de soins à domicile dans un même secteur.

Dans l'éventualité où il ne pourra être envisagé la constitution d'une association, vous remplacerez, dans le texte de la convention, le mot "association" par le terme "organisme". Dans tous les cas, je tiens à souligner que vous aurez à exiger la présentation d'un budget et d'une comptabilité distincts propres aux soins à domicile.

### 2°/ Coordination et limitation du nombre de places

Par ailleurs, il n'est pas prévu par les textes, de procédure administrative d'autorisation pour la création des services de soins à domicile pour personnes âgées. Ce sont les organismes de Sécurité Sociale autorisés à passer convention avec les services de soins à domicile qui devront de fait, assurer la coordination. Vous veillerez à ce que dans une même zone géographique l'action de plusieurs associations ou organismes ne se chevauche pas sans nécessité.

Dans l'attente de l'intervention des mesures réglementaires requises, il apparaît nécessaire de limiter dans un premier temps le nombre de places en soins à domicile. En vue de permettre la réalisation progressive du VIIème Plan, il convient selon les instructions ministérielles que le nombre de malades susceptibles d'être simultanément pris en charge par les services de soins à domicile ne dépassent pas un rapport de 0,4 % de la population âgée de plus de 65 ans de chaque département. Il appartiendra aux Caisses Régionales de ne conclure des conventions que dans la limite de ce quotient, qui sera modifié après dix huit mois d'expérience dans la perspective d'achèvement du VIIème Plan,

en tenant compte des créations de sections de cure médicale pour personnes âgées et d'établissements de long et moyen séjour.

Afin d'assurer le strict respect de l'indice ainsi établi, le nombre de places dans l'ensemble des services de soins à domicile devra être indiqué dans un rapport annuel.

En outre, j'attire votre attention sur l'obligation de respecter les stipulations de l'article 23 de la convention nationale avec les infirmiers, à l'occasion des créations de services de soins à domicile.

Toute extension, augmentation du nombre de places ou création d'annexe nécessitera systématiquement la passation d'un avenant dans des conditions identiques à celles qui ont présidé à l'élaboration de la convention principale.

### 3°/ Relations entre l'hospitalisation à domicile et les soins à domicile

La circulaire CNAMTS du 29 octobre 1974 a introduit la notion de "formule mixte" intermédiaire entre le secteur des soins ambulatoires ou à domicile assuré principalement par les cabinets de médecins et d'auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral, et le secteur des soins aux malades hospitalisés assuré par les établissements d'hospitalisation publics et privés. Ladite circulaire, ne concerne que la formule d'hospitalisation à domicile, qui a pour but de donner des soins lourds à tout malade, lui permettant de jouir des aspects bénéfiques de la présence chez soi.

Si la distinction doit être faite sur les plans médical et administratif, il est toutefois prévu, dans la convention-type, qu'une même association puisse gérer un service d'hospitalisation à domicile et un service de soins à domicile. Toutefois, dans cette hypothèse, ces services doivent faire l'objet non seulement d'une convention mais d'un budget et d'une comptabilité distincts (art. 7-alinéa 2 de la convention-type "soins à domicile").

Le respect des règles précisées en matière d'admission en hospitalisation à domicile doit prévenir des passages trop faciles d'une section à l'autre, financièrement avantageux pour l'Association, mais qui se feraient au détriment de l'Assurance Maladie. Pour le transfert d'un malade de la section de soins à celle de l'hospitalisation à domicile, l'accord du médecin-traitant ainsi que celui du médecin-conseil doivent avoir été recueillis et l'exigence d'une hospitalisation préalable doit être maintenue.

## II - CONDITIONS MEDICALES ET SOCIALES D'ADMISSION

### 1° - Bénéficiaires de la convention soins à domicile aux personnes âgées

- . sur le plan administratif, cette formule s'adresse aux assurés rattachés à un régime de sécurité sociale pour le risque maladie, bénéficiaires d'une pension, rente ou allocation vieillesse et à leurs ayants droit âgés relevant du même régime.
- . sur le plan médical, il s'agit de personnes dont l'état nécessite d'une façon permanente, des soins infirmiers de toilette et d'hygiène générale et, le cas échéant, des actes de masso-kinésithérapie et des soins de pédicurie, ces derniers apparaissant particulièrement nécessaires dans le cas des personnes âgées.

Il est à noter que ne relèvent pas des soins à domicile les affections ne requérant pas au minimum une intervention tous les deux jours. D'autre part, un nombre important de cas requièrent un double passage dans la journée (incontinence, etc...). Enfin, il est essentiel de rappeler que la coordination et la surveillance voulues supposent une intervention régulière du médecin traitant.

Cette formule ne s'adresse pas aux personnes dont l'affection relève, en raison de la multiplicité des soins journaliers ou de la densité des interventions, soit d'une hospitalisation proprement dite, soit d'une hospitalisation à domicile.

En outre, la présente convention-type ne couvre pas les soins afférents à :

- une affection psychiatrique justiciable d'un traitement ambulatoire ou prise en charge par le secteur psychiatrique ;
- l'hémodialyse à domicile ;
- une insuffisance respiratoire grave nécessitant un appareillage spécialisé.

### 2° - La prise en charge

L'admission aux soins à domicile et, s'il y a lieu, à l'aide ménagère, est subordonnée à la délivrance par l'organisme auquel l'assuré est rattaché, d'une prise en charge ou d'un renouvellement de la prise en charge initiale ayant reçu l'avis favorable du médecin-conseil.

Les modalités de demande de prise en charge ou de renouvellement sont développées dans l'additif à la convention-type concernant la prise en charge par l'Assurance Maladie des soins à domicile.

Il convient de souligner, afin que le service médical puisse donner un avis motivé, qu'il est indispensable que le diagnostic soit bien établi et mentionné sur le volet médical des demandes de prise en charge ainsi que le détail des soins requis.

### 3° - L'enquête sociale

Une enquête sociale s'avère nécessaire en vue de déterminer si les conditions matérielles, psychologiques et sociales du maintien à domicile sont bien remplies. En effet, il convient que l'admission au bénéfice des soins à domicile n'ait pas pour effet de permettre le maintien à domicile dans des logements insalubres ou inadaptés ou dans un environnement néfaste aux personnes concernées.

D'autre part, le concours des assistants sociaux pourra être requis en vue d'apporter une solution de leur compétence aux problèmes individuels ou familiaux ou d'effectuer les démarches administratives relatives à la situation des malades bénéficiant des soins à domicile.

### 4° - Le libre choix et les prérogatives du médecin traitant

Il convient de souligner, par ailleurs, que la prise en charge initiale, au titre des soins à domicile, ne peut intervenir qu'après consentement écrit du malade ou de sa famille.

En outre, le malade conserve le libre choix de son médecin traitant auquel l'additif à la convention concernant les soins confie la direction et l'entière responsabilité du traitement. L'exécution des soins infirmiers, de toilette et d'hygiène générale et, le cas échéant, des actes de masso-kinésithérapie et des soins de pédicurie, se font en conformité avec les prescriptions qualitatives et quantitatives écrites par le médecin traitant; un cahier des prescriptions et des soins au malade est tenu par une infirmière de l'Association.

Il importe que le règlement intérieur de l'Association soit communiqué au médecin traitant qui doit en accepter explicitement les conditions de fonctionnement.

### III - CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT ET REGIME TARIFAIRE

#### 1°/ Conditions de fonctionnement

Les modalités de fonctionnement de l'Association sont précisées dans un règlement intérieur décrivant l'organisation des soins et comportant le tarif, la liste du personnel en fonction accompagnée de l'indication de sa qualification ainsi que le nom du responsable.

#### Le personnel comprend :

- une ou plusieurs infirmières chargées des soins prescrits par le médecin traitant;
- des aides soignantes qualifiées qui peuvent assurer les soins d'hygiène (elles doivent exercer en nombre limité, sous la responsabilité d'une infirmière diplômée d'Etat) ;
- éventuellement un (ou des) masseur-kinésithérapeute et un pédicure diplômés rémunérés à la vacation qui interviennent sur prescription médicale.

Le nombre d'agents paramédicaux rapportés au nombre de personnes prises en charge, doit être tel qu'il corresponde à une moyenne d'au moins 8 interventions journalières par auxiliaire médical et tenir compte du fait qu'environ 35 % des personnes devraient nécessiter une double intervention journalière.

Ainsi 10 auxiliaires médicaux présents une journée devraient pouvoir assurer au minimum 80 interventions auprès de 60 personnes âgées.

#### Il peut comprendre également :

- des aides-ménagères qui n'interviennent que si l'état et la condition sociale du malade l'exigent dans les conditions habituelles de la réglementation applicable. La prise en charge de l'activité de ce personnel assurant les travaux d'entretien courant du logement, les courses et la confection des repas, fait l'objet d'un deuxième additif à la convention qui sera signé par les Caisses Vieillesse.

#### Capacité du service de soins à domicile

Le nombre des malades susceptibles d'être pris simultanément en charge au titre des soins à domicile par l'Association, est fixé chaque année par voie d'accord entre les parties signataires ; il fait l'objet d'un avenant à la convention, après avis des médecins conseils des Caisses signataires. Les effectifs du personnel affecté aux soins à domicile devant

être en rapport étroit avec le nombre des malades en traitement, ce même avenant mentionnera pour le nombre de malades considérés, la liste du personnel de l'Association avec l'indication de sa qualification.

## 2°/ Tarification des services rendus

L'étude des diverses tarifications appliquées dans les organisations expérimentales de soins à domicile, fonctionnant à l'heure actuelle, et les échanges de vue entre les Caisses Nationales ont conduit à préconiser un système de forfait journalier de soins.

a) Ce forfait est déterminé à partir du budget prévisionnel de l'organisation lequel comporte les prévisions détaillées de recettes et de dépenses selon le schéma indiqué à l'article 4 de l'additif à la convention.

Il couvre :

- l'exécution continue, par le personnel de l'Association, des soins infirmiers, de toilette, d'hygiène générale, éventuellement des séances de masso-kinésithérapie et de pédicurie prescrits par le médecin traitant ;
- la fourniture, à titre de prêt, du matériel et du mobilier nécessaires.

Ces éléments sont majorés des frais généraux acceptés par les parties signataires lors de l'établissement du prix de revient prévisionnel.

Le versement du forfait journalier de soins est exclusif de toute rémunération à l'acte d'auxiliaire médical.

La procédure d'élaboration du forfait journalier et de règlement des sommes dues à l'Association permet à l'organisme payeur de jouer le rôle déterminant qui lui revient. En effet, le budget prévisionnel qui permet le calcul du forfait journalier de soins est communiqué, selon les dispositions de l'additif à la convention et soumis aux organismes signataires avant le 1er novembre de chaque année.

Le forfait pris en charge chaque jour par les organismes d'Assurance Maladie devra être fixé en tenant compte du principe de stricte économie et ne devra pas, selon les instructions ministérielles, dépasser le plafond de 45 F.

Toutefois, s'agissant des services existants, fonctionnant antérieurement à titre expérimental, avec des tarifs plus élevés, des demandes de dérogation tarifaire devront être adressées à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, afin de permettre le maintien provisoire des tarifs à un niveau supérieur au plafond, la situation devant être régularisée dans un délai de deux ans.

b) Règlement des sommes dues

Quant au règlement des sommes dues pour ses ressortissants par l'organisme payeur, il se fait au vu du bordereau récapitulatif et des factures individuelles établis mensuellement par l'Association et adressés à cet organisme.

c) Prestations ne pouvant être incluses dans le forfait journalier

Sont rémunérés dans les conditions du droit commun et réglés séparément par l'organisme payeur, le cas échéant :

- les honoraires médicaux, les examens biologiques, les produits pharmaceutiques ainsi que les frais d'appareillage.

Le règlement s'effectue sur présentation des feuilles de maladie et autres pièces justificatives.

#### IV - CONTROLE ET INFORMATION

L'exercice du contrôle incombant aux organismes, a fait l'objet d'une attention particulière et pourra se concrétiser par diverses mesures inspirées de celles adoptées en matière d'hospitalisation à domicile.

1° - Contrôle administratif

L'Association s'engage à communiquer aux Caisses signataires son compte d'exploitation, établi dans les mêmes conditions que le budget, son bilan de fin d'exercice et son rapport moral d'activité avant le 1er avril de l'année qui suit l'exercice écoulé.

D'autre part, le règlement intérieur de l'association est communiqué aux Caisses signataires, toute modification du statut ou de l'organisation, comme toute cessation ou modification de l'activité devant immédiatement être portée à leur connaissance.

2° - Le contrôle médical doit s'exercer librement sur place ou sur pièces; le médecin-conseil pouvant d'une part, s'adresser au médecin traitant pour obtenir tout renseignement utile sur le malade et d'autre part, consulter le fichier tenu par l'association et contenant, pour chaque malade, outre son identité, les renseignements d'ordre médical relatifs au traitement dont il peut faire l'objet.

Un double du compte rendu de l'enquête sociale effectuée préalablement à toute prise en charge qui figure au fichier, est transmis au service du contrôle médical de la Caisse.

Sur un plan global, les organismes signataires se réservent la possibilité de faire effectuer périodiquement des enquêtes au domicile des malades par l'intermédiaire de leurs services médicaux ou administratifs, afin de s'assurer des conditions dans lesquelles le malade est soigné par l'association.

### 3° - Déconventionnement

S'il apparaît que l'activité du service ne correspond pas aux indications données par circulaire, la Caisse sera amenée à déconventionner l'organisme en cause.

### 4° - Information de la Caisse Nationale : rapport annuel

Les Caisses Régionales adresseront à la Caisse Nationale un rapport annuel précisant les conditions de fonctionnement des organisations de soins à domicile avec lesquelles elles auront passé convention; toutes indications seront fournies sur la capacité, l'organigramme, l'activité médicale et les éléments de calcul du forfait journalier de soins desdites organisations.

## V- IMPUTATIONS COMPTABLES ET STATISTIQUES

Il apparaît extrêmement important de pouvoir suivre de façon individualisée les dépenses afférentes aux soins à domicile aux personnes âgées, dont le coût vient s'ajouter à celui des centres de cure médicale pour personnes âgées et de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Les dépenses afférentes aux soins à domicile aux personnes âgées remboursées au titre du "forfait journalier de soins" seront imputées au compte M 651 "prestations" de la gestion intéressée.

Sur le plan statistique, ces éléments seront ventilés au poste "autres prestations de soins santé" (ligne n° 19 de la statistique mensuelle des CPAM) et feront l'objet, d'autre part, d'un relevé particulier à inscrire sur le nouvel état annexé à la statistique mensuelle institué par la circulaire CNAMTS n° 289 du 22 juin 1977 qui est modifiée pour tenir compte de ces rubriques, comme indiqué dans le tableau joint, partie II".

Il est nécessaire que la plus grande attention soit apportée à l'isolement de ces dépenses et à l'établissement de l'état susvisé.

Il apparaissait particulièrement nécessaire, non seulement de mener une action vigoureuse en vue d'humaniser les conditions actuelles

de l'hospitalisation des personnes âgées, mais encore de prévenir les hospitalisations futures chaque fois que cela est possible et opportun.

Une grande partie des sujets âgés sont, en effet, admis dans les services hospitaliers aigus sous des prétextes futiles masquant le rejet par la société. Pour ces personnes âgées, l'hospitalisation en service aigu suivi d'un transfert en service de chronique, est traumatisante et devient souvent définitive.

Il s'avère indispensable de remédier à cet état de fait à deux niveaux, en apportant une aide adaptée dès qu'elle est nécessaire afin de prévenir l'entrée en établissement et en facilitant autant que possible le retour à domicile lorsque les conditions peuvent en être réunies.

Il était donc particulièrement important que l'Assurance Maladie définissant ses modes d'interventions dans la prise en charge sanitaire des personnes âgées, ménage dans un système de soins rénové la place prioritaire qui revient au maintien à domicile.

En répondant ainsi aux aspirations qui se font jour, les Caisses d'Assurance Maladie permettront d'éviter le recours à des formules institutionnelles lourdes (hôpitaux, long et moyen séjour, sections de cure médicale) et d'épargner aux personnes âgées l'abandon du cadre de leur existence, en leur facilitant l'accès à des soins dont la continuité, la permanence et la coordination excèdent les possibilités des seuls soins à l'acte.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, Monsieur le Médecin Conseil Régional, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Président,

M. DERLIN

SOINS A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES

CONVENTION-TYPE

Entre les soussignés :

- La Caisse Régionale d'Assurance Maladie (Régime Général),  
représentée par M.....
- La Caisse Mutuelle Régionale d'Assurance Maladie et Maternité des  
Travailleurs non Salariés des Professions non Agricoles, représentée par  
M.....
- La Caisse de Mutualité Sociale Agricole,  
Représentée par M.....
- La Caisse Interprofessionnelle artisanale d'Assurance Vieillesse,  
représentée par M.....
- La Caisse Interprofessionnelle d'Assurance Vieillesse des Professions  
Industrielles et commerciales,  
représentée par M.....
- La Caisse Nationale Vieillesse des Professions libérales,  
représentée par M.....

d'une part,

Et :

- ..... (désignation de la personne physique ou  
morale gestionnaire) représentée par M.....  
intervenant pour ..... (désignation et adresse  
de l'Association),

d'autre part,

Il est arrêté et convenu ce qui suit :

ARTICLE 1er -

L'Association de soins à domicile .....  
s'engage dans les limites et aux conditions fixées par la présente  
convention à donner aux assurés sociaux et ayants-droit entrant dans la  
catégorie des personnes âgées, désignés à l'article 3 ci-après, les soins à  
domicile que nécessite leur état et à leur assurer une aide-ménagère  
complémentaire des soins, si l'état du malade l'exige.

Elle assure donc :

- l'exécution et la continuité des soins requis,
- la fourniture à titre de prêt du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement,
- éventuellement, le concours d'une aide ménagère qui s'occupe des travaux d'entretien courant, du logement, des courses et de la confection des repas.

#### ARTICLE 2 -

Le nombre des malades susceptibles d'être pris simultanément en charge au titre des soins à domicile par l'Association est fixé chaque année par voie d'accord entre les parties signataires. Il fait l'objet d'un avenant à la Convention, après avis des médecins-conseils des Caisses signataires. Ce même avenant mentionne pour le nombre de malades considéré, la liste du personnel de l'Association avec l'indication de sa qualification.

#### ARTICLE 3 -

a) peuvent faire l'objet de soins à domicile, les assurés rattachés à un régime de Sécurité Sociale pour le risque maladie, bénéficiaires d'une pension, rente ou allocation vieillesse et leurs ayants-droit ainsi que les assurés de plus de 65 ans et leurs ayants-droit qui, bien que n'étant pas susceptibles de pouvoir bénéficier d'une pension vieillesse (assurés volontaires, pensionnés de guerre, etc...) relèvent également du même régime, lorsque la nature des affections rend possible une assistance sanitaire à domicile et que la situation sociale des malades risque d'entraîner leur hospitalisation.

b) ne sont pas couvertes par la Convention :

- les personnes âgées ne répondant pas aux conditions fixées par le premier alinéa et les ayants droit âgés de moins de 65 ans ;
- les personnes âgées dont l'état de santé requiert des actes pouvant être assurés par ailleurs dans le cadre de l'exercice libéral ;
- les personnes âgées dont l'affection relève, en raison de la multiplicité des soins journaliers ou de la densité des interventions, soit d'une hospitalisation proprement dite, soit d'une hospitalisation à domicile.

#### ARTICLE 4 -

a) Sont susceptibles de bénéficier de la présente convention, les personnes âgées dont l'état nécessite, d'une façon permanente, des soins infirmiers, de toilette et d'hygiène générale et, le cas échéant, des séances de nursing, des actes de masso-kinésithérapie et des soins de pédicurie.

b) Ne sont pas couverts par la présente convention, les soins afférents à :

- une affection psychiatrique justiciable d'un traitement ambulatoire ou pris en charge par le secteur psychiatrique ;
- l'hémodialyse à domicile ;
- une insuffisance respiratoire grave nécessitant un appareillage spécialisé.

#### ARTICLE 5 -

L'admission aux soins à domicile et, s'il y a lieu, à l'aide ménagère est subordonnée à la délivrance par la Caisse intéressée d'une prise en charge ou d'un renouvellement de la prise en charge initiale.

La durée initiale de la prise en charge est fixée à vingt jours.

#### ARTICLE 6 -

Les dispositions relatives aux soins à domicile proprement dits font l'objet d'un additif signé par l'Association et les organismes d'Assurance Maladie signataires de la présente Convention.

Les dispositions relatives aux aides ménagères font l'objet d'un additif signé par l'Association et les organismes signataires de la présente convention prenant en charge ce service.

#### ARTICLE 7 -

L'Association s'engage à communiquer aux Caisses signataires son compte d'exploitation, établi dans les mêmes conditions que le budget, son bilan de fin d'exercice et son rapport moral d'activité avant le 1er Avril de l'année qui suit l'exercice écoulé.

Dans l'hypothèse où l'Association assure la gestion d'autres services (Hospitalisation à domicile, par exemple) le service de soins à domicile doit faire l'objet d'un budget et d'une comptabilité distincts.

ARTICLE 8 -

Les modalités de fonctionnement de l'Association sont précisées dans un règlement intérieur décrivant l'organisation des soins et comportant le tarif, la liste du personnel en fonction accompagnée de l'indication de sa qualification, ainsi que le nom du responsable.

Le règlement intérieur est communiqué aux Caisses signataires.

ARTICLE 9 -

Toute modification apportée au statut, à l'organisation de l'Association et à son règlement intérieur est portée à la connaissance des Caisses signataires dans le délai de 15 Jours.

ARTICLE 10 -

L'association s'interdit de faire tout publicité ; tout manquement à ces dispositions entraînerait la dénonciation de la convention.

L'information destinée au corps médical n'est pas considérée comme publicité et ne tombe pas sous le coup des dispositions du présent article.

ARTICLE 11 -

Les Caisses d'Assurance Maladie et les Caisses d'Assurance Vieillesse signataires pourront, sur leur demande, être représentées au sein du Conseil d'Administration de l'Association.

ARTICLE 12 -

Toute cessation ou modification de l'activité de l'Association sera portée immédiatement par celle-ci à la connaissance des Caisses signataires.

ARTICLE 13 -

Toute infraction par l'Association aux clauses de la présente convention entraîne de plein droit son annulation.

ARTICLE 14 -

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter du \_\_\_\_\_, elle est renouvelable par tacite reconduction.

La dénonciation de la présente convention devra être notifiée avec avis de réception.

Elle prendra effet trois mois après cette notification.

FAIT A \_\_\_\_\_, LE

L'Association des soins à domicile ..... La Caisse Régionale d'Assurance Maladie.....

La Caisse de Mutualité Sociale Agricole de ..... La Caisse Mutuelle Régionale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non Salariés des Professions non agricoles de .....

La Caisse Interprofessionnelle artisanale d'Assurance Vieillesse de ..... La Caisse Interprofessionnelle d'Assurance Vieillesse des Professions Industrielles et commerciales de .....

La Caisse Nationale Vieillesse des Professions libérales .....

ADDITIF A LA CONVENTION-TYPE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DES SOINS A DOMICILE

Entre les soussignés :

- La Caisse Régionale d'Assurance Maladie (Régime Général), représentée par M. ....
  - La Caisse Mutuelle Régionale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non Salariés des Professions non agricoles, représentée par M .....
  - La Caisse de Mutualité Sociale Agricole, représentée par M .....
- d'une part,

Et :

..... (désignation de la personne physique ou morale gestionnaire) représentée par M. ....  
intervenant pour ..... (désignation et adresse de l'Association),

d'autre part,

Il est arrêté et convenu ce qui suit :

ARTICLE 1er -

a) L'Association assure ou prend en charge :

- 1°/ L'exécution des soins et interventions visés à l'alinéa a) de l'article 4 de la Convention, prescrits qualitativement et quantitativement par écrit par le médecin-traitant. Il appartiendra à une infirmière de l'Association de tenir le cahier des prescriptions et soins du malade.
- 2°/ La continuité des soins.
- 3°/ La fourniture à titre de prêt du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement.

b) Les séances de nursing peuvent être effectuées soit par des infirmières diplômées d'Etat, soit par des aides-soignantes qualifiées justifiant d'une expérience professionnelle suffisante, dans la mesure où elles exercent en nombre limité sous la responsabilité d'une infirmière.

Les actes de masso-kinésithérapie et de pédicurie sont effectués par des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures diplômés.

#### ARTICLE 2 -

Le malade conserve le libre choix de son médecin-traitant sous réserve de l'acceptation par ce dernier des conditions de fonctionnement de l'Association telles qu'elles sont fixées par le règlement intérieur. Le médecin-traitant a la direction et l'entière responsabilité du traitement.

Seul, le médecin traitant décidera, quel que soit le stade de la maladie, s'il peut continuer à traiter son malade à domicile grâce aux soins du personnel de l'Association.

Sous réserve des prérogatives du médecin-traitant, l'admission aux soins à domicile est prononcée par le responsable de l'Association. La cessation des interventions de l'Association a lieu dans les mêmes conditions.

#### ARTICLE 3 -

L'admission aux soins à domicile est subordonnée à la délivrance par l'organisme auquel l'assuré est rattaché, d'une prise en charge ou d'un renouvellement de la prise en charge initiale ayant reçu l'avis favorable du médecin-conseil.

Pour obtenir délivrance et renouvellement de la prise en charge, l'Association adresse à l'organisme intéressé une demande présentée sur un modèle établi d'un commun accord et comportant la description quantitative et qualitative des soins envisagés.

Dans les meilleurs délais, et au plus tard dans les dix jours qui suivent la réception du document précité, l'organisme adresse à l'Association, soit son accord sur la prise en charge de la part lui incombant dans les frais d'intervention, soit les motifs de son refus.

La durée de la prise en charge initiale est fixée à vingt jours.

La demande de renouvellement de prise en charge doit être formulée huit jours avant l'expiration de la prise en charge initiale.

La prise en charge initiale ne peut intervenir qu'après consentement écrit du malade ou de sa famille, les intéressés ayant été préalablement informés de la part des frais leur incombant ; une enquête sociale établit si les conditions matérielles, psychologiques et sociales permettent au malade d'être soigné à son domicile.

Un double de cette enquête est immédiatement transmis au service du contrôle médical de la Caisse.

#### ARTICLE 4 -

L'organisme payeur rembourse à l'Association les dépenses de soins à domicile sous la forme d'un forfait journalier de soins déterminé à partir du budget prévisionnel de l'organisation. Ce budget comportant les prévisions détaillées de recettes et de dépenses, soumis aux organismes signataires avant le 1er novembre de chaque année, fait ressortir :

- en dépenses, les frais de personnel (salaires et charges sociales y afférentes) les frais de transport, les frais de matériel technique, les frais généraux (fournitures, assurances, téléphone, etc...)
- en recettes, les ressources propres (revenus de biens, dons et legs, cotisations), les subventions, les participations et, d'une façon générale, tous produits pouvant venir en atténuation des dépenses.

Le montant du forfait journalier englobe les éléments prévus à l'article 1 majorés des frais généraux acceptés par les parties signataires lors de l'établissement du prix de revient prévisionnel.

Pour obtenir le règlement des sommes dues, l'Association adresse à l'organisme payeur avant le 10ème jour du mois suivant le mois auquel se rapportent des dépenses, une facture individuelle, en double exemplaire accompagnée d'un bordereau récapitulatif précisant :

- les noms, prénoms et numéro d'immatriculation de tous les malades traités en soins à domicile pendant le mois écoulé ;
- le nombre de jours de soins à domicile de chacun d'eux ;
- la somme à rembourser à l'Association pour chaque malade.

Ce bordereau est arrêté et certifié exact par le Directeur de l'Association. Il est réglé dans le mois qui suit sa remise.

#### ARTICLE 5 -

Les honoraires médicaux, les examens biologiques, les produits pharmaceutiques ainsi que les frais d'appareillage, le cas échéant, sont réglés séparément par l'organisme payeur sur présentation des feuilles de maladie et autres pièces justificatives.

#### ARTICLE 6 -

Les parties signataires s'engagent à respecter les clauses des conventions nationales conclues avec les Fédérations Nationales des auxiliaires médicaux.

ARTICLE 7 -

L'Association s'engage à donner aux médecins-conseils toutes facilités en vue de l'exercice du contrôle médical sur place et sur pièces.

Le médecin-conseil peut notamment demander au médecin traitant tous renseignements utiles concernant le malade.

L'Association tient un fichier contenant les nom et adresse du malade ainsi que tous les renseignements d'ordre médical relatifs au traitement dont il peut faire l'objet. Les fiches médicales sont établies pour chaque bénéficiaire et peuvent être consultées par les médecins-conseils de même que les dossiers des malades assistés qui doivent comprendre notamment:

- l'accord écrit du malade ou de sa famille,
- le carnet des interventions pratiquées par les infirmières,
- le relevé comptable des frais de transport d'une part et du matériel mis à la disposition du malade d'autre part.

Afin de s'assurer des conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention de l'Association, tant sur le plan matériel que sur le plan moral et social, les organismes signataires se réservent la possibilité de faire effectuer périodiquement des enquêtes au domicile des malades par l'intermédiaire de leurs services médicaux ou administratifs.

L'Association informe le malade qu'il est appelé à donner à son domicile toutes facilités relatives à l'exercice de ce contrôle.

FAIT A \_\_\_\_\_, LE \_\_\_\_\_

L'Association de soins à domicile ..... La Caisse Régionale d'Assurance  
Maladie .....

La Caisse de Mutualité Sociale ..... La Caisse Mutuelle Régionale  
Agricole de ..... d'Assurance Maladie et Maternité  
des Travailleurs non Salariés des  
Professions non Agricoles  
de .....

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE  
DES TRAVAILLEURS SALARIES

66, Avenue du Maine - 75682 PARIS CEDEX 14

Tél : 539 01 10

ADDITIF A LA CIRCULAIRE CNAMTS N° 326/78  
DU 23 MARS 1978

OBJET : Soins à domicile aux personnes âgées - Convention-Type de prise en charge par l'Assurance Maladie.

- Veuillez trouver en annexe :

1°/ La circulaire du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale n° 21 du 20 Mars 1978 relative à l'organisation des services de soins au domicile des personnes âgées.

2°/ Le tableau qui n'était pas joint à la circulaire de la Caisse Nationale bien que mentionné au § V p. 9 : Imputations Comptables et Statistiques, indiquant que "le nouvel état annexé à la statistique mensuelle institué par la circulaire CNAMTS n° 289 du juin 1977 est modifié pour tenir compte de ces rubriques comme indiqué dans le tableau joint, partie II".

MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA SECURITE SOCIALE

REPUBLIQUE FRANCAISE

Direction Générale de la Santé  
Direction de la Sécurité Sociale  
Direction de l'Action Sociale

PARIS, le 20 mars 1978

Avenue de Lowendal  
75700 PARIS

LE MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA SECURITE SOCIALE

à

MM. LES PREFETS DE REGION  
MM. LES DIRECTEURS REGIONAUX DES  
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES  
MM. LES CHEFS DE SERVICES REGIONAUX  
DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE  
MM. LES MEDECINS INSPECTEURS  
REGIONAUX  
MM. LES DIRECTEURS REGIONAUX DE LA  
SECURITE SOCIALE  
MM. LES PREFETS  
MM. LES DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX  
DES AFFAIRES SANITAIRES ET  
SOCIALES  
MM. LES MEDECINS INSPECTEURS  
DEPARTEMENTAUX

**OBJET** : Circulaire n° 21 du 20 mars 1978 relative à l'organisation des services de soins au domicile des personnes âgées.

**RESUME** : Cette circulaire précise les conditions dans lesquelles peuvent être créés des services de soins au domicile des personnes âgées et les modalités de prise en charge des frais de soins par les organismes d'Assurance Maladie.

**DATE D'APPLICATION** : IMMEDIATE

CIRCULAIRE N° 21 DU 20 MARS 1978  
relative à l'organisation des services de soins  
au domicile des personnes âgées

La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 complétant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales en donnant une base juridique à la création des services de soins au domicile des personnes âgées et en précisant en son article 4 que les dépenses de soins para-médicaux dans le cadre de tels services peuvent être prises en charge par les organismes d'assurance maladie suivant une formule forfaitaire doit permettre le développement de ces services nécessaire au plein succès de la politique de maintien à domicile des personnes âgées.

Le programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées instauré par le VI<sup>e</sup> Plan avait déjà prévu l'organisation de services de soins au domicile des personnes âgées. Mais les services mis en place à ce titre ont connu, en règle générale, des difficultés financières dues essentiellement à l'inadaptation du système de remboursement appliqué à ces soins.

Dans le programme d'action prioritaire n° 15 du VII<sup>e</sup> Plan une place importante leur est également réservée.

L'unanimité est maintenue acquise sur la nécessité de ces services de soins. Si le recours de base reste pour les personnes âgées, comme pour l'ensemble de la population, celui des soins à l'acte, certaines personnes âgées par leur état pathologique, leur isolement, leurs handicaps, leur vulnérabilité requièrent des interventions plus coordonnées, au plan sanitaire et social, avec les services ménagers notamment, que celles que peuvent leur apporter les services de soins infirmiers traditionnels. La place des services de soins à domicile des personnes âgées répond à ces situations, et prévient ou réduit les hospitalisations. Les infirmiers/ières de statut libéral devraient y être associés et trouver dans ces services des possibilités d'exercer leur activité.

Les présentes instructions ont pour objet de préciser les conditions dans lesquelles des services de soins à domicile pourront être organisés dans le cadre d'une action gérontologique de secteur. Elles sont valables pour l'année 1978, et en attendant la parution du décret prévu par la loi du 4 janvier 1978.

#### 1. - Définition et limites

La circulaire AS 5 du 28 janvier 1977 relative à la mise en place du programme d'action prioritaire n° 15 précise que les services de soins à domicile permettent, sur prescription médicale, - le malade conservant le libre choix de son médecin traitant -, d'assurer de manière organisée, coordonnée, programmée et avec une permanence suffisante, des soins à certaines personnes âgées invalides ou handicapées.

Ce service ne peut être envisagé que dans le cadre d'une action gérontologique coordonnée qui permet de couvrir les besoins sociaux et ménagers de ces personnes âgées.

Cette circulaire rappelle également qu'il n'est pas possible ni même souhaitable de créer partout de tels services qui ne peuvent être envisagés que lorsque les moyens publics ou privés existants ne suffisent pas à assurer des soins à domicile correspondant aux besoins particuliers de la personne âgée.

En effet, en dehors des cas où les personnes âgées peuvent être prises en charge à leur domicile soit par un service d'hospitalisation à domicile, soit par un service plus spécifique pour grands insuffisants respiratoires, par exemple, les soins au domicile d'une personne âgée peuvent être assurés :

- par des infirmiers/ières libéraux ;
- par des centres de soins infirmiers oeuvrant à domicile dont le statut a été précisé par le décret n° 77-483 du 22.4.77 (J.O. du 11.5.1977);
- par des services de soins au domicile des personnes âgées.

Le recours aux infirmiers libéraux ou aux centres infirmiers doit être naturel chaque fois qu'il s'agit de délivrer des soins spécifiquement infirmiers chez une personne âgée autonome ou bénéficiant d'un environnement satisfaisant.

L'appel à un service à domicile pour personnes âgées se justifie lorsque du fait du grand âge ou d'un manque d'environnement familial continu ou non, d'un état pathologique aigu ou chronique entraînant pour une durée variable, une plus ou moins grande dépendance physique ou psychologique, l'état de la personne âgée, requiert, en sus des soins infirmiers spécifiques, une surveillance régulière, des soins d'hygiène, une aide adaptée, en vue de prévenir l'installation d'une dégradation progressive.

Ces conditions se constatent notamment à la suite de périodes d'hospitalisation, l'existence d'un service de soins à domicile facilitant le retour à domicile dès lors qu'une coordination est réalisée avec les services hospitaliers. Mais, à la différence du système de l'hospitalisation à domicile, un séjour hospitalier n'est pas une condition nécessaire à l'accès au service de soins à domicile. La distinction entre les services d'hospitalisation à domicile et les services de soins à domicile devra être claire, quand bien même une même association pourrait gérer les deux services avec un budget et une comptabilité distinctes.

## 2. - Contenu des soins

Les soins assurés par les services de soins à domicile peuvent comprendre:

### 1) Les actes et soins infirmiers :

piqûres, perfusions, pansements, prélèvements, sondages, etc...

- surveillance des prises thérapeutiques
- surveillance de l'état général (pouls, température, alimentation, poids, selles, etc...).

### 2) Les autres soins inhérents à l'état des personnes isolées de grand âge:

- soins d'hygiène corporelle
- suivi des conditions de vie propres à l'état du malade alité (lit, toilette au lit, lever, mobilisation corporelle, surveillance de l'état cutané, prévention des escarres, etc...).

3) Le recours au pédicure apparaît justifié, en dehors des actes figurant à la nomenclature et prescrit par un médecin, lorsque l'état des pieds de la personne âgée, au moment de sa prise en charge par le service de soins à domicile, nécessite davantage que de simples soins d'entretien.

4) Les actes de kinésithérapie, prescrits par le médecin, peuvent être exécutés par un ou des masseurs-kinésithérapeutes de statut libéral ou salarié, attachés au service de soins à domicile.

5) Le recours à d'autres personnels des professions para-médicales admis à dispenser des soins prévus à la nomenclature générale des actes professionnels, qui se justifierait par la poly-pathologie des personnes âgées, ou leur isolement psychique n'est pas exclu.

## 3. - Organisation des services

### a) Personnel.

Le service de soins à domicile aux personnes âgées assure essentiellement un travail d'équipe.

Sa structure sera variable selon le nombre, l'âge et l'état de santé des personnes âgées qui ont besoin de faire appel à ce service, son lieu d'implantation urbain ou rural, les dimensions du secteur à desservir.

Celui-ci ne devra être ni trop réduit pour des raisons économiques évidentes, ni trop étendu à la fois, pour conserver au service

une échelle humaine et éviter de trop longs déplacements des personnels. Le service fera donc appel à plus ou moins de personnel tant para-médical (infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, pédicures) qu'aide soignant, social et administratif.

Au minimum, le service devra s'attacher un personnel infirmier (à temps complet ou à temps partiel) suffisant, pour assurer, en tout temps, la permanence des soins pendant la journée.

Des aides soignantes contribuent au fonctionnement des services de soins à domicile. Elles exécutent les soins qui sont de leur compétence sous la responsabilité directe du personnel infirmier.

A titre indicatif selon les cas pris en charge et la dimension du secteur géographique couvert, on considère qu'une infirmière d'un service de soins à domicile assistée d'une aide soignante peut prendre en charge en moyenne seize à vingt personnes âgées par jour.

Seule, ce qui doit être exceptionnel, elle peut assurer en moyenne les soins à huit ou dix personnes âgées. Les infirmiers/ières doivent être titulaires du diplôme d'Etat ou d'une autorisation de plein exercice. Le service passe des conventions avec des membres des professions paramédicales de statut libéral ou recrute son propre personnel. Tout le personnel du service est tenu d'observer les règles du secret professionnel. Avant son entrée en fonction, il doit avoir satisfait aux obligations prescrites par l'article L. 10 du Code de la Santé Publique et être soumis à un examen renouvelé chaque année.

#### b) Condition de fonctionnement du service

La responsabilité générale du service est confiée à l'un des membres du personnel désigné librement par l'organisme gestionnaire. Par contre, la responsabilité directe de la partie "soins" de ce service doit être confiée à un membre d'une profession médicale ou para-médicale - un infirmier/ière par exemple. Il importera, en effet, que celui-ci ait la compétence voulue pour veiller à la bonne administration des soins, avoir accès aux informations couvertes par le secret professionnel et assurer les liaisons avec les praticiens.

Le centre doit assurer l'exécution des soins au domicile et une permanence pour répondre aux demandes de renseignements et noter les appels. Les heures d'ouverture, de permanence, les modalités d'intervention au domicile et d'appels d'urgence sont mentionnés de façon apparente à l'extérieur du local qui abrite le service.

Chaque service doit disposer au moins :

1 - d'un fichier médico-social.

Chaque fiche individuelle comportera :

- . les éléments d'état civil,
- . la situation de l'intéressé au regard des différents régimes de protection sociale,
- . le numéro d'immatriculation,
- . les conditions de prise en charge des traitements dispensés.

Le relevé des prescriptions médicales, des actes effectués, de leur date, de leur cotation éventuelle.

Ces fiches sont régulièrement tenues à jour. Elles sont classées dans un meuble fermant à clef.

2 - d'un bilan régulier des diverses activités du centre.

Le service de soins à domicile doit posséder un règlement intérieur précisant les conditions de son organisation et de son fonctionnement ainsi que les noms du responsable et du personnel soignant.

c) Prise en charge des malades.

L'admission aux soins à domicile est subordonnée à la délivrance, par l'organisme auquel l'assuré est rattaché, d'une prise en charge initiale ayant reçu l'avis favorable du médecin-conseil.

La durée initiale de prise en charge est de 20 jours, renouvelable.

#### 4. - Articulation et coordination avec les autres services médico-sociaux concourant au maintien à domicile

La création d'un service de soins à domicile nécessite une étude préalable afin d'en apprécier la nécessité et de préciser les modalités de la coordination à mettre en oeuvre.

Il est apparu souhaitable que, dans le cadre d'une action globale auprès des personnes âgées, un service de soins à domicile soit implanté dans chaque secteur d'action gérontologique créé soit au titre du Programme Finalisé (VIème Plan) soit au titre du Programme d'Action Prioritaire N° 15 (VIIème Plan). En tout état de cause, au niveau de chaque département, le nombre de malades susceptibles d'être simultanément pris en charge par les services de soins à domicile ne devrait pas dépasser 0,40 % de la population âgée de plus de 65 ans du département. L'attention des promoteurs doit être appelée sur la nécessité de ne pas multiplier inutilement les services au risque d'une concurrence coûteuse et de difficultés dues à une clientèle insuffisante. Les directeurs

départementaux des affaires sanitaires et sociales, ont, en ce domaine, à jouer un rôle essentiel de contrôle et de conseil et il convient qu'ils découragent la création de plusieurs services à domicile sur un même secteur géographique.

Dans un souci d'efficacité des services de maintien à domicile des personnes âgées, il est vivement souhaitable que le service de soins à domicile soit organisé à partir d'une structure sociale (B.A.S., association privée d'Aide ménagère) ou médico-sociale existante (établissement d'hébergement pour personnes âgées). Lorsque la création d'un service de soins à domicile ne peut se faire qu'en dehors d'une des structures sociales ou médico-sociales énumérées ci-dessus, il est indispensable qu'une coordination étroite des diverses actions de maintien à domicile se fasse dans l'esprit de l'article 2 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, en tout premier lieu avec les services d'aide-ménagère. De même, lorsqu'il existe un centre de soins infirmiers assurant des soins à domicile, celui-ci devra s'intégrer dans le dispositif d'action gériatrique. Cette action concertée d'équipes pluridisciplinaires médicales et sociales est seule capable de répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées.

En outre, le jumelage des divers services de maintien à domicile des personnes âgées doit permettre d'aboutir à une gestion plus rigoureuse des frais de permanence et de secrétariat.

L'attention des promoteurs de services de soins à domicile aux personnes âgées devra être appelée sur le fait que l'intervention souvent souhaitable d'une aide ménagère ne pourra être envisagée que dans le cadre de la réglementation actuelle des services ménagers soit au titre de l'aide sociale soit par les caisses de retraite.

## 5. - Financement

### - Equipement.

La circulaire du 28 janvier 1977 précise que les services de soins à domicile créés dans le cadre du PAP.15 peuvent bénéficier d'une subvention d'équipement de 40 % pour une dépense plafonnée à 125.000 F.

### - Fonctionnement.

Les services de soins à domicile passent convention avec les organismes de sécurité sociale et avec la direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales pour ce qui concerne l'aide médicale. Cette convention précise les modalités de fonctionnement du service, son secteur géographique d'action, le nombre de malades qu'il peut prendre en

charge et la tarification des services rendus. Celle-ci s'effectuera selon le système du forfait par journée de prise en charge déterminé à partir du budget prévisionnel du service dans la limite du forfait maximum ci-après précisé. Le forfait tient compte de façon globale en même temps que de l'activité du personnel soignant, d'un certain nombre de moyens mis en oeuvre pour assurer l'exécution ainsi que de la partie du fonctionnement de l'activité du service correspondant aux soins. Les rémunérations du personnel soignant salarié devront être fixées en conformité avec celles du personnel soignant hospitalier public. Ne sont pas inclus dans le forfait, les honoraires des médecins et spécialistes, les examens biologiques, les produits pharmaceutiques, les frais d'appareillage, qui continuent à être remboursés à l'acte aux assurés sociaux, sur production "de la feuille de soins".

Par contre, les soins compris dans le forfait ne peuvent plus être remboursés à l'acte tout le temps où la personne âgée est prise en charge par le service.

Il est souhaitable que la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales retienne, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, le forfait adopté par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie pour un service déterminé.

Le forfait journalier payé par les organismes de Sécurité Sociale pendant la durée de prise en charge est fixé en fonction des éléments prévisionnels fournis par le service de soins ; il ne devra pas être supérieur à un forfait plafond qui est fixé pour l'année 1978 à 45 F. Il sera réévalué chaque année en fonction de l'évolution des coûts.

Toutefois, un délai qui pourra s'étendre sur l'année 1979 devra être laissé aux institutions existantes dont les prix de revient sont supérieurs au maximum fixé ci-dessus, pour leur permettre d'adapter leur moyen aux objectifs définis par la présente circulaire.

Enfin, il est prévu dans le cadre du programme d'Action Prioritaire n° 15 qu'une subvention de démarrage au maximum de 20.000 F. peut être versée à l'association de soins à domicile lorsqu'un contrat de secteur est signé.

Les organismes de Sécurité Sociale sont autorisés à passer convention avec les services de soins à domicile des personnes âgées, existants ou à créer, qui assurent au moins les soins définis au 1, 2 et 3 du paragraphe 2 "Contenu des soins", afin de prendre en charge dans les conditions précisées ci-dessus le coût du fonctionnement de ces services.

Vous voudrez bien saisir le Bureau R.V.2 du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (D.A.S.), tél : 567.55.44 poste 53.26 Mme

BONNIOL) des difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application de la présente circulaire.

Il sera demandé un bilan d'ensemble du fonctionnement de ces services et de leur coût/efficacité, aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, bilan qui sera centralisé par l'Echelon Régional et analysé à l'échelon ministériel. Afin d'établir ce bilan, une grille d'analyse des moyens physiques et financiers ainsi qu'un modèle de saisies d'informations quotidiennes vous seront communiqués ultérieurement.

SIMONE VEIL

## VENTILATION DES DEPENSES DE LONG ET MOYEN SEJOUR POUR PERSONNES AGEES

ANNEE

REGION

CAISSE

NATURE DES DEPENSES	Dépenses du mois de			Dépenses de la période du 1.1. au (cumuls)		
	Secteur Public	Secteur Privé	TOTAL	Secteur Public	Secteur Privé	TOTAL
<b>I - CENTRES DE CURE MEDICALE POUR PERSONNES AGEES</b> A/ Forfait de soins long séjour B/ Prix de journée moyen séjour avec ticket modérateur sans ticket modérateur <b>TOTAL B</b> <b>TOTAL I.....</b>						
<b>II - SOINS A DOMICILE POUR PERSONNES AGEES</b> Forfait journalier <b>TOTAL II.....</b>						

### DENOMBREMENTS

NATURE DES DEPENSES	Nombre se rapportant aux dépenses du mois de			Nombre se rapportant à la période du 1.1. au		
	Secteur Public	Secteur Privé	TOTAL	Secteur Public	Secteur Privé	TOTAL
<b>I - CENTRE DE CURE MEDICALE POUR PERSONNES AGEES</b> A/ Nombre de forfaits long séjour B/ Nombre de journées de moyen séjour avec ticket modérateur sans ticket modérateur <b>TOTAL I.....</b>						
<b>II - SOINS A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES</b> Nombre de forfaits journaliers <b>TOTAL II.....</b>						