

**Date :**  
29/06/2001

**Origine :**  
DAR

**Réf. :**  
DAR n° 10/2001  
n /  
n /  
n /

MME et MM les Directeurs  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

MM les Directeurs  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

M le Directeur  
de la Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse de Strasbourg  
(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux  
(pour information)

**Plan de classement :**

2442

**Titre :**

Modifications des dispositions relatives à l'hébergement des personnes âgées

**Résumé :**

Compte tenu de la mise en œuvre, à partir de la campagne budgétaire 2000, de la nouvelle tarification liée à l'instauration de la P.S.D., les Instances Délibérantes des deux Organismes Nationaux ont modifié les critères d'intervention en distinguant les structures relevant d'un dispositif transitoire de celles répondant aux dispositions de la réforme. Par ailleurs, elles ont décidé de ramener à 25 % la part minimale des apports non onéreux et confirmé les dispositions en vigueur quant à la superficie des chambres et à l'existence du projet de vie.

**Pièces jointes : 1**

**Liens :**

Ann.circ CNAMTS 11/2000

**Date d'effet :**

Immédiate

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

Madame PUECH

Madame PEGNEGUY

**Téléphone :**

CNAMTS 01 42 79 30 15

CNAV 01 55 45 80 64

**Direction de l'Animation du Réseau  
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse**

29/06/2001

MME et MM les Directeurs  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

**Origine :**  
DAR  
CNAV

MM les Directeurs  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

M le Directeur  
de la Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse de Strasbourg  
(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux  
(pour information)

**N/Réf. :** DAR n° 10/2001 – CNAV n° 2001-36 **Bis**

**Objet :** Modifications des dispositions relatives à l'hébergement collectif des personnes âgées compte tenu de la mise en place de la nouvelle tarification liée à l'instauration de la PSD.

La Commission mixte CNAV/CNAMTS du 26 janvier 2000 a pris acte de l'incidence de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes remettant en cause notamment la typologie des établissements établie dans le cadre des compétences exclusive ou commune des branches Vieillesse et Maladie pour le financement des investissements pour personnes âgées.

Dans ce contexte, elle a demandé que les Instances Délibérantes des deux Organismes Nationaux se positionnent sur :

- le nouveau critère de financement qui sera désormais établi en fonction du degré de dépendance des personnes accueillies, quelle que soit la nature juridique de l'établissement d'accueil,
- une mesure d'assouplissement pour faciliter la réalisation des projets.

Les mesures ci-après arrêtées ont été approuvées par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CNAMTS et le Conseil d'Administration de la CNAV respectivement les 7 mars et 4 mai 2000. Elles ont été inscrites dans la circulaire commune CNAV/CNAMTS du 1<sup>er</sup> septembre 2000.

En raison des difficultés de mise en œuvre rencontrées par certaines caisses régionales, des précisions supplémentaires ont été proposées à la commission d'action sanitaire et sociale de la CNAV du 20 décembre 2000 et approuvées par le conseil d'administration du 4 janvier 2001.

Cette circulaire présente les décisions du Conseil d'Administration relatives :

- aux règles de financement des établissements,
- aux modalités de création d'établissements,
- à l'apport de fonds non onéreux,
- aux conditions d'accueil.

### **1. Règles de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

L'application du dispositif tarifaire mis en place par le décret n° 99316 du 26 avril 1999 est subordonnée à 3 critères :

- la conclusion d'une convention pluriannuelle tripartite, (avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie),
- le respect du cahier des charges fixé par arrêté du 26 avril 1999,
- la prise en considération du groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré retenu annuellement pour l'allocation de mesures financières nouvelles.

Cet indicateur étant établi en fonction de la dépendance moyenne des personnes accueillies (montant des points GIR dans les différents groupes / nombre de personnes hébergées, fixé pour l'exercice 2000 à une cotation supérieure à 400), il a été décidé de le retenir pour apprécier la médicalisation d'une structure et partant la répartition de compétence entre les deux branches.

La branche retraite ne financera pas les établissements présentant un GIR Moyen pondéré inférieur au GIR retenu annuellement (400 pour l'exercice 2000), donc financera exclusivement ceux dont le GIR moyen pondéré sera supérieur à cette cotation en accord avec la procédure appliquée par la branche maladie.

### **2. Les créations d'établissements**

Dans cette situation, un avis favorable du CROSS est indispensable. A cet égard, l'estimation du niveau de dépendance et la répartition de la population accueillie en différents groupes en rapport avec la répartition ultérieure en groupe iso-ressources doivent être précisées dans le projet présenté au CROSS. Ce dernier doit être complété par une double autorisation du Président du conseil général et du Préfet valant autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

De plus, pour qu'il y ait un financement conjoint des branches retraite et maladie, l'établissement doit s'engager à respecter les 3 critères prévus par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999, à savoir la convention tripartite, le respect du cahier des charges et le GIR moyen pondéré retenu annuellement.

Dans les établissements pour lesquels il ne peut être fait référence à la répartition des résidents par GIR, constatée en année n-1, celle-ci sera déterminée sur la base des données prévisionnelles qui présideront au cadrage de leur budget.

Par ailleurs, les caisses régionales doivent insérer dans le contrat de prêt susceptible d'être conclu pour la création d'un EHPAD, une clause ainsi rédigée :

"Dès que les installations faisant l'objet du contrat seront mises à la disposition des usagers et pendant la durée du prêt courant à compter de la date d'exigibilité de la 1<sup>ère</sup> annuité de remboursement, le promoteur s'engage à respecter :

- les conditions de fonctionnement définies dans la convention pluriannuelle tripartite,
- les recommandations édictées dans le cahier des charges.

Dans l'hypothèse où après les cinq premières années de fonctionnement, qui correspondent à la durée de la première convention tripartite avec prise en compte du girage effectif de la population accueillie, il s'avérerait que la moyenne des GMP de ces 5 années ne correspond pas globalement à la cotation prévisionnelle qui a fondé l'attribution du prêt (GIR moyen pondéré fixé pour l'exercice 2000 à une cotation supérieure à 400), le promoteur s'engage à rembourser la totalité du prêt qui lui a été consenti par la CRAM (branches vieillesse et maladie) considérant que le critère sur lequel reposait l'intervention des Caisses nationales n'est pas atteint".

L'économie de la nouvelle doctrine d'intervention est arrêtée comme suit :

- ① Pour les établissements rentrant dans le champ de la nouvelle tarification, dès lors que les 3 critères précités sont réunis, les projets d'équipement présentés sont appelés à relever de la compétence commune (assurance maladie 14 % et assurance vieillesse 16 %), y compris les établissements répertoriés antérieurement sous la typologie MAPAD.
- ② Les établissements n'ayant pas opté pour la nouvelle tarification et qui se trouvaient au niveau régional inscrits dans le contrat de plan Etat/régions bénéficieront à titre conservatoire de la compétence commune des branches maladie et retraite.
- ③ Les établissements voulant opter pour la nouvelle tarification mais qui n'ont pas conclu de convention tripartite sont en situation transitoire et sont soumis aux règles antérieures au décret. En particulier, pour les structures qui ne présentent pas de caractère de médicalisation, lorsque leurs caractéristiques architecturales leur permettent l'accueil de personnes dépendantes et lorsque leur montage financier s'apparente aux opérations immobilières de type MAPAD, il a été décidé de maintenir les règles en vigueur avant les dispositions du décret n° 99-316 du 26 avril 1999.

Cette décision vaut notamment, par analogie aux résidences EDILYS, pour l'exonération de l'apport minimal de 25 % du montant total de l'opération pour ces établissements. Cette mesure restera applicable lorsque ces établissements deviendront des EHPAD.

Les MAPAD et les MAPA qui n'optent pas pour l'application de la nouvelle tarification et présentent encore des projets de réhabilitation sont financées exclusivement par la Branche Vieillesse pendant cette période transitoire.

Les sections de cure médicale dont les places ont été autorisées à partir d'avril 1997 relèvent de la nouvelle tarification.

- ④ Les établissements comportant des sections de cure médicale, dont les places ont été autorisées antérieurement à l'application de la loi du 24 janvier 1997 mais dont la mise en service a dû être différée faute de crédits de fonctionnement, bénéficient d'un financement conjoint CNAMTS/CNAV, même s'ils n'optaient pas pour l'application de la nouvelle tarification.
- ⑤ Pour les unités de soins de longue durée (ex long-séjour), une réforme en cours portant sur la redéfinition des soins de longue durée devrait permettre, à terme, de les orienter vers une nouvelle tarification. Ces structures restant actuellement autorisées dans le cadre strict du secteur sanitaire, leur financement continue de relever de la compétence exclusive de l'assurance maladie, qu'elles aient opté ou non, dans l'immédiat, pour l'application de la réforme de la tarification.

En résumé, trois situations peuvent se présenter dans le financement des investissements pour personnes âgées :

- Compétence commune
  - . établissements en situation transitoire :
    - sections de cure médicale autorisées antérieurement à l'application de la loi sur la PSD
  - . établissements appliquant la nouvelle tarification :
    - EHPAD présentant le GMP retenu annuellement (critère de médicalisation)
  - . établissements n'ayant pas opté pour la nouvelle tarification et qui se trouvaient au niveau régional inscrits dans le contrat de plan Etat/régions.
- Compétence exclusive Assurance Maladie
  - . établissements en situation transitoire unités de soins de longue durée (ex-long séjour)
- Compétence exclusive Assurance Vieillesse
  - . projets de MAPAD et de MAPA en cours de réhabilitation et qui n'optent pas pour l'application de la nouvelle tarification.

### **3. Assouplissement financier : diminution de l'apport de fonds non onéreux (fonds sans incidence sur le prix de journée)**

En raison de difficultés rencontrées par les promoteurs pour rassembler des fonds sans incidence sur le prix de journée à hauteur minimale de 33 % du coût des projets (hors financement sécurité sociale), les Instances délibérantes des deux Branches ont décidé d'assouplir la règle et d'abaisser le taux d'apport non onéreux à hauteur minimale de 25 % du coût total du projet.

### **4. Conditions d'accueil (superficie des chambres, projet de vie)**

L'arrêté du 26 avril 1999 énonce des recommandations dans les hypothèses suivantes :

- pour les constructions neuves ou concernant les établissements nécessitant une rénovation lourde, il est exigé une surface minimale de 18 à 22m<sup>2</sup> pour une chambre individuelle et de 30 à 35 m<sup>2</sup> pour 2 personnes,
- pour les autres établissements, la surface minimale d'une chambre individuelle doit être de 16 à 20 m<sup>2</sup> et de 22 à 25 m<sup>2</sup> pour 2 personnes.

Le Conseil d'Administration de la CNAV du 4 mai 2000 a décidé, conformément aux propositions de la Commission mixte CNAMTS/CNAV du 22 avril 1997 et à la décision du Conseil d'Administration du 5 juin 1997, de maintenir les règles relatives à la superficie des chambres prévue par la circulaire commune CNAMTS/CNAV du 17 octobre 1997, soit 20m<sup>2</sup> pour les chambres individuelles, une dérogation de 10 % pouvant être accordée en cas d'humanisation et de rénovation.

Il convient de rappeler que les dispositions relatives à l'existence d'un projet de vie qui était prévue dans les circulaires CNAV n° 62bis/97 et CNAMTS/DGR n° 77/97 du 24 juillet 1997 et CNAV n° 62bis/97 – CNAMTS/DGR n° 77/97 rectificative du 17 octobre 1997 sont reprises dans l'arrêté du 26 avril 1999, pris en application du décret du 26 avril 1999 et revêtent donc un caractère obligatoire pour les personnes hébergées en établissement. Ces dispositions sont applicables dès lors qu'il s'agit d'une création ou d'une réhabilitation.

- o O o -

Enfin, il est rappelé que l'existence d'un schéma gérontologique départemental est incontournable dans le cas d'une création d'établissement.

- o O o -

Cette circulaire annule et remplace la circulaire commune CNAV n° 59bis/2000 et CNAMTS/DAR n° 11/2000 du 1<sup>er</sup> septembre 2000.

**Le Directeur  
de la CNAV**

**Le Directeur  
de la CNAMTS**

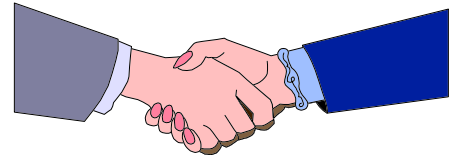
**Patrick HERMANGE**

**Gilles JOHANET**

## Le contenu du projet de vie

Le contenu du projet de vie correspond aux domaines où une réflexion indispensable doit être menée par les acteurs. "La logique domicile doit inspirer le fonctionnement des hébergements collectifs, fussent-ils de petite ou de plus grande taille" (Fondation de France) ; anciens ou de construction récente.

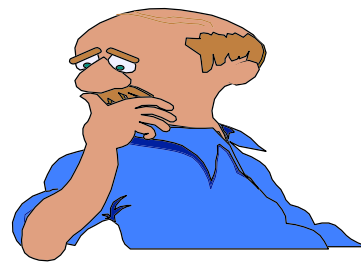
### L'accueil du nouveau résident



Il est primordial d'éviter à la personne âgée la rupture ou le déracinement, et de lui permettre de conserver son identité. Différents moyens peuvent être retenus, tels que :

- ♦ faire connaissance avant l'entrée au domicile,
- ♦ inviter le futur résident à venir visiter son nouveau lieu de vie et à prendre contact avec le personnel,
- ♦ s'intéresser à son histoire, aux événements qui ont marqué sa vie, etc...

### La sécurisation de la personne âgée



Il ne s'agit pas ici de la sécurité au sens technique telle qu'elle doit être vérifiée par les commissions ad hoc. Bien entendu la conception des locaux et de leur équipement doit contribuer à cette sécurisation. Il s'agit en revanche du "ressenti" de la personne âgée qui doit à la fois jouir de sa liberté mais aussi être protégée contre d'éventuelles agressions internes (d'autres résidents) ou externes. La présence des proches, en évitant le désinvestissement affectif des deux côtés peut permettre l'extériorisation des angoisses ou des malaises liés à l'insécurité ressentie.

## Le confort dans l'établissement



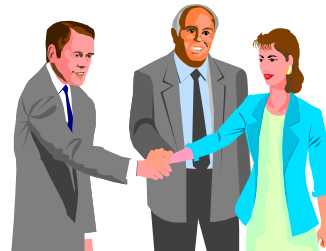
La notion de qualité du confort est subjective, donc propre aux habitudes de vie, aux représentations esthétiques personnelles, etc... Le lit doit être médicalisable, mais ceci n'est pas incompatible avec le confort et l'esthétique. A condition de respecter l'espace indispensable pour la circulation des soignants et des fauteuils roulants, la chambre peut être personnalisée en terme de décoration et de mobilier si tel est le désir du résident.

Pour éviter la banalisation de l'espace, les locaux collectifs doivent être accueillants, ouverts, humanisés, et ceci en concertation avec les résidents. Ils sont ouverts sur l'extérieur, en prévoyant salons de coiffure, d'esthétique, et autres boutiques diverses, salons pour les familles, possibilités de culte, etc...

Les nuisances de toutes sortes (bruits, odeurs, ...) sont à prendre en compte et doivent faire l'objet d'une recherche de solution, afin de ne pas incommoder les résidents et les visiteurs.

Des équipements supplémentaires (bains bouillonnants), des aménagements extérieurs (jardins, promenades, bassins, ...) peuvent contribuer au bien-être psychologique et au plaisir des personnes âgées.

## L'animation et la vie sociale



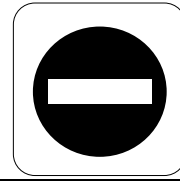
L'animation a pour objectif de rompre l'anonymat du grand groupe, de créer des liens entre les personnes à l'intérieur, et de préserver les liens avec l'extérieur, afin de lutter contre le sentiment de solitude et d'isolement.

Dans cet esprit, jeux de société, musique, ateliers divers, sorties, etc.. sont à proposer à condition que les résidents y trouvent du plaisir et conservent leur liberté d'y participer ou non selon leur propre conception du divertissement.

La structure de l'établissement doit leur permettre de jouer un rôle actif pour qu'ils se sentent impliqués dans la vie collective.

**Frapper avant d'entrer**

La citoyenneté



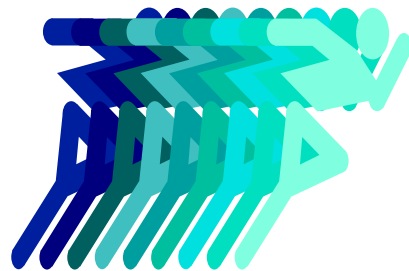
Le résidant a le droit au respect et à la dignité. Même en établissement, il conserve son droit à l'indépendance et à l'expression. Pour cela il doit être tenu au courant en tout premier lieu de ce qui le concerne.

Son logement est un lieu privé dans lequel on ne pénètre pas sans frapper et à n'importe quel moment. C'est le lieu intime où l'on peut s'isoler et conserver un espace de liberté individuelle. La notion de "chez soi" doit être une réalité.

La relation entre personnel et résidant est courtoise et chaleureuse, excluant la familiarité systématique et les préjugés.

Malgré la nécessité de l'organisation interne, le rythme de vie des résidants doit autant que possible être respecté.

Le maintien des capacités physiques et intellectuelles



La prise en charge complète des personnes pouvant conduire à la dépendance et à l'infantilisation, il est nécessaire de trouver des moyens de stimuler l'autonomie et les potentialités.

La prise en charge de la douleur et des problèmes de santé en général



La douleur, les épisodes pathologiques doivent être pris en compte dans tous les cas. A ce propos il est souhaitable que le personnel soit attentif au non-dit, en particulier chez des personnes non habituées à se plaindre.

Le réseau de soins extérieur (médecin traitant, infirmière, centres de soins) et son fonctionnement doivent être connus des résidents.

### L'accompagnement de la fin de vie



L'établissement annonce clairement si la fin de vie est prise en charge ou non et dans quelles conditions.

Cette prise en charge nécessite une sensibilisation du personnel et si possible une formation, car il s'agit ici d'apporter un soutien au malade lui-même, à sa famille, mais aussi aux autres résidents proches.

Pour la plupart, les résidents n'ont plus d'autre domicile, et restent après leur décès dans l'établissement ; c'est pourquoi le funérarium peut être souhaitable, et dans ce cas, accessible aux résidents qui souhaitent s'y recueillir.

Par ailleurs des rites funéraires peuvent être établis en concertation avec les personnels et résidents, rites destinés à accompagner le deuil et à lutter contre la négation d'un moment essentiel de la vie (annonce du décès, visites au funérarium, culte, achats de fleurs, etc...).



---

Les moyens  
à mettre en  
oeuvre

---

Le projet de vie doit être le fruit de la concertation de l'ensemble des acteurs : Résidants, Direction, personnel, familles, intervenants extérieurs, bénévoles. Il s'inscrit dans un cadre qui nécessite un certain nombre de moyens.

### Les moyens humains

Le personnel dans son ensemble est concerné. L'établissement doit donc veiller à la qualité humaine des agents, et à leur motivation. Il doit assurer une formation adéquate pour que le projet de vie ne reste pas un document sans suite, mais soit mis en application par tous. Les changements induits en seront ainsi apparents et donc vérifiables.

Les intervenants extérieurs : coiffeur, esthéticienne, pédicure, etc... participent au projet de vie et doivent le connaître et respecter ses principes.

Les bénévoles y ont aussi une place particulièrement dans le domaine de l'animation. Ils doivent répondre à des critères d'engagement et de compétence. Il importe qu'ils soient encadrés, voire formés, de telle sorte que leurs interventions apportent une réelle plus-value dans l'organisation.

### Les moyens matériels

Les différents aspects du projet de vie nécessitent l'aménagement des locaux : des transformations, des améliorations, des créations sont parfois nécessaires pour permettre les activités collectives.



C'est à la Direction qu'incombe la responsabilité de la mise en oeuvre du projet. C'est elle qui doit se préoccuper des moyens en locaux, matériels, et des moyens en personnel (effectif et formation).



## Les indicateurs

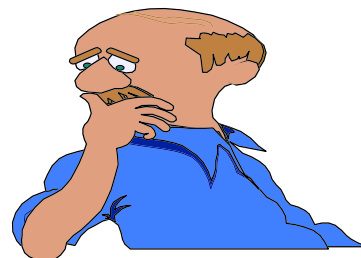
La liste non exhaustive des items qui suit peut être un outil servant à vérifier qu'un projet de vie n'est pas seulement un texte bien élaboré, mais est concrétisé par des faits.

### L'accueil du nouveau résident



- ♦ Comment est connu le futur résident, avant son entrée ?
- ♦ L'entrée est-elle pleinement consentie ?
- ♦ Au moment de l'entrée, quels aspects de la vie de la personne âgée sont connus ?
- ♦ Quelle procédure d'accueil est mise en place ?
- ♦ Un séjour à l'essai, un hébergement temporaire, sont-ils proposés ?

### La sécurisation de la personne âgée



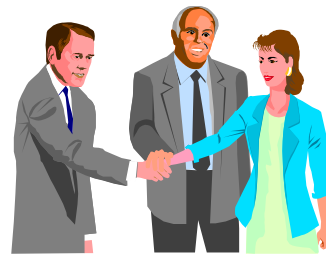
- ♦ Quelles sont les mesures prises pour que la personne âgée se sente sécurisée ?

## Le confort dans l'établissement



- ♦ Le résidant est-il autorisé à personnaliser sa chambre (décoration, mobilier personnel,..) et dans quelles limites..
- ♦ Y-a-t-il des équipements supplémentaires internes et/ou externes contribuant à ce confort ?
- ♦ Y-a-t-il une lutte contre les nuisances constituées par les bruits, les odeurs, etc...?

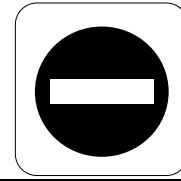
## L'animation et la vie sociale



- ♦ Quelles sont les activités proposées dans l'établissement ? Selon quelle organisation quel calendrier, quelle participation des résidants ?
- ♦ Qui en sont les animateurs ?
- ♦ Quelle marge de liberté, de choix ont les résidants ?
- ♦ Quels moyens sont pris pour que les personnes puissent accéder à la salle à manger et éviter les repas dans la chambre quand ce n'est pas justifié pour raison médicale ?
- ♦ Des sorties à l'extérieur sont-elles prévues ?
- ♦ Les familles peuvent-elles participer aux activités, prendre leur repas, être hébergées ?
- ♦ Quels sont les liens avec la vie sociale à l'extérieur de l'établissement ? Comment sont-ils assurés ?
- ♦ Quel est le niveau d'intégration dans la vie locale ?

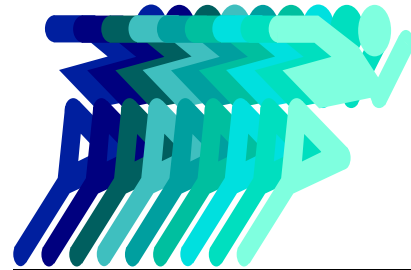
Frapper avant d'entrer

## La citoyenneté



- ♦ Comment est pris en compte le droit d'expression ?
- ♦ Le règlement permet-il le respect de la vie privée, et si oui de quelle manière ?
- ♦ Des sorties sont-elles favorisées pour : élections, assistance au culte, ou autres....?
- ♦ Selon quelles modalités sont recueillis les avis des familles ?
- ♦ Le rythme de vie du résident est-il respecté ? Quelles en sont les limites (horaires de repas par exemple) ?

## Le maintien des capacités physiques et intellectuelles



- ♦ Des activités physiques sont-elles proposées - lesquelles ?
- ♦ Des activités créatives sont-elles proposées - lesquelles ?
- ♦ Comment sont stimulés l'expression, la mémoire, le raisonnement, la communication ?

## La prise en charge de la douleur et des problèmes de santé en général



- ♦ Quels types de soins sont possibles dans l'établissement ?
- ♦ L'indication de recours aux systèmes de protection en cas d'incontinence est-elle correctement posée et par qui ?
- ♦ Quels sont les liens avec le réseau gérontologique de soins à l'extérieur ?

L'accompagnement de  
la fin de vie



- ♦ Cette dimension est-elle prise en compte ?
- ♦ Si oui, comment ?
- ♦ Le personnel a-t-il bénéficié d'une formation spécifique ?
- ♦ Sur quelle base repose la motivation du personnel pour cet accompagnement ?



Conclusion : accepterais-je qu'un de mes proches réside dans cet établissement ?

