

Circulaire DGS/DS 2 n° 96-10 du 8 janvier 1996 relative à l'aide à domicile aux patients atteints du V.I.H./sida.

08/01/1996

L'AIDE A DOMICILE AUPRES DES PATIENTS ATTEINTS PAR LE V.I.H./SIDA

La montée en charge des besoins sanitaires et sociaux des personnes vivant avec le V.I.H./sida se poursuit en France depuis plusieurs années. Le maintien à domicile des patients a été l'objet de programmes expérimentaux d'aide à domicile depuis cinq ans, en collaboration avec des associations de lutte contre le sida et des associations d'aides ménagères. L'important effort de formation des aides à domicile aux spécificités de la prise en charge, de coordination des différents intervenants des champs sanitaires et sociaux et l'évaluation favorable de la réponse du dispositif aux besoins des personnes permettent de passer à une nouvelle phase de ces programmes avec un double objectif :

- assurer à tous les patients les prestations dont ils ont besoin au plan tant qualitatif que quantitatif ;
- impliquer dans ce dispositif des structures d'aide à domicile de droit commun, par une simplification de l'accès aux prestations et une déconcentration du dispositif.

Dans tous les départements, ce dispositif de prise en charge pourra être mis en oeuvre dès 1996.

1. Objectifs

L'aide à domicile est destinée à des personnes atteintes par le V.I.H./sida dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation mais qui présentent une dépendance importante dans l'accomplissement des actes de la vie courante et, par conséquent, une difficulté pour continuer à vivre à leur domicile. L'aide à domicile comporte des interventions d'aides à la vie quotidienne assurées par des organismes employeurs (aides à domicile et gardes à domicile).

Afin que toutes les personnes qui en ont besoin puissent bénéficier de ce dispositif, une implication des associations de lutte contre le sida, des équipes soignantes intra- et extra-hospitalières, des services sociaux et de l'entourage des patients est nécessaire aux côtés des associations d'aides ménagères.

2. Le patient

Le dispositif est destiné à lui faciliter les actes de la vie courante à son domicile. Pour qu'il en bénéficie, la demande doit être faite par lui-même, quelqu'un de l'entourage, un service social ou médical, auprès soit d'une association d'aide ménagère, soit d'un coordonnateur nommé à cet effet (voir 3. infra).

3. Les acteurs institutionnels

Un comité national de suivi du dispositif, présidé par le directeur général de la santé ou son représentant, se réunira deux fois par an ou à la demande d'un de ses membres. Il comprendra des représentants des principales fédérations d'associations d'aides ménagères, des associations de lutte contre le sida, des services déconcentrés et centraux de l'Etat, des organismes de protection sociale et des représentants des collectivités territoriales. Sa mission est de veiller aux conditions d'application de la circulaire et de contribuer à la mise en place du suivi et de l'évaluation du dispositif.

Le comité départemental de pilotage

Il est présidé par le préfet du département (D.D.A.S.S.). Il est composé notamment d'associations d'aides ménagères du département, d'associations de lutte contre le sida, du (ou des) coordonnateur(s) désigné(s), de professionnels de santé et de travailleurs sociaux impliqués dans le programme, ainsi que de représentants des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale.

Ce comité émet des avis et fait des propositions au préfet sur l'organisation départementale du dispositif et son financement, et notamment sur :

- la planification des interventions nécessaires ;
- la répartition des heures d'aides à domicile entre les associations prestataires ;
- le suivi des prestations ;
- l'évaluation du dispositif départemental et de la satisfaction des besoins des patients ;
- la formation ;

- les conditions de coordination du dispositif.

Il se réunit une fois par trimestre ou à la demande d'un de ses membres.

La coordination

La coordination peut être assurée par un ou plusieurs coordonnateurs (cf. profil et cahier des charges en annexe I). Elle consiste à assurer le lien entre les patients et le dispositif, à procéder à l'évaluation des besoins des personnes, en liaison avec l'association prestataire, et à fixer la prestation nécessaire, à vérifier l'accès des patients à leurs droits et à assurer la liaison avec le comité départemental de pilotage. Cette coordination est le garant de la subsidiarité du dispositif : les prestations prises en charge dans la présente circulaire répondent aux besoins en urgence, dans l'attente éventuelle de récupération de droits, d'accord des prises en charge auxquelles ils donnent accès, ou lorsque tous les autres droits à prise en charge sont épuisés.

Les aides à domicile

Afin d'adapter leur pratique (jusqu'à présent essentiellement tournée vers les personnes âgées) aux personnes atteintes par le V.I.H./sida, le programme de formation des aides à domicile et de leur encadrement sera poursuivi, en posant pour règle que toute intervention auprès d'un patient nécessite une formation préalable.

Une régulation mensuelle de deux heures permettra au coordonnateur d'assurer le suivi des prises en charge avec les responsables de secteur et les aides à domicile des associations prestataires.

De plus, un soutien psychologique adapté sera fourni aux aides à domicile, à raison de trois heures par trimestre, par un professionnel qualifié.

4. Financement

A. - L'Etat prend en charge :

a) En totalité :

La formation des aides à domicile et de l'encadrement : un tarif plafond des formations est négocié chaque année et fait l'objet d'une annexe (annexe III). Il sera procédé à une mise en concurrence des organismes de formation. Les services d'aides ménagères seront indemnisés durant les formations des aides à domicile sur la base de 5 jours, 6 heures par jour, au taux C.N.A.V.T.S. en vigueur. Cette formation est organisée dans les départements ou au niveau interdépartemental, ou au niveau régional, selon un schéma de formation validé par le C.T.R.I., sur la base de groupes de 15 aides à domicile par session.

La participation des aides à domicile à la régulation.

Le soutien psychologique des aides à domicile : 3 heures trimestrielles par aide à domicile, assuré par un intervenant qualifié pris en charge sur la base des tarifs de la convention collective nationale des structures médico-sociales de 1966. Ce soutien doit obligatoirement être assuré pour toutes les aides à domicile intervenant auprès des patients.

La coordination sur la base du coût salarial et dans la limite de la convention collective de 1966 selon qualification. Les temps de travail seront définis en fonction de la moyenne mensuelle des personnes suivies sur le dernier semestre, le dossier étant clos au bout de trois mois d'hospitalisation, et sur la base suivante :

- d'un quart de temps (1/4) pour 10 à 15 patients ;
- d'un mi-temps (1/2) pour 16 à 30 patients ;
- d'un trois-quarts de temps (3/4) pour 31 à 50 patients ;
- d'un temps plein pour 51 à 70 patients.

Les déplacements du coordonnateur seront remboursés au tarif des frais de déplacement des fonctionnaires sur la base de 10 000 km/an.

Le secrétariat et les frais généraux de l'organisme désigné pour assurer la coordination, ainsi qu'indiqué en annexe II.

b) En partie :

Les prestations d'aide ménagère :

Hors les cas où le financement s'inscrit dans un dispositif de droit commun, l'Etat participe à hauteur de 50 p. 100 sur les crédits inscrits au 47-18-20 à la prise en charge financière des prestations d'aide ménagère, qui nécessitent aussi la mobilisation des financements locaux, notamment des conseils généraux et des organismes de sécurité sociale. Ces cofinancements contribueront à l'optimisation de la réponse aux besoins des malade, au développement du programme ainsi qu'à son ancrage local.

Au 30 juin et au 31 décembre, chaque association adresse à la D.D.A.S.S. un document faisant le point sur la situation des prises en charge, des dépenses engagées, sur les financements complémentaires et d'éventuels besoins nouveaux. Au vu du document intermédiaire au 30 juin, une subvention complémentaire de l'Etat sera versée si nécessaire, sans dépasser la limite de 80 p. 100 du budget 'prestations'.

Au 31 décembre, au vu du document final, si le nombre d'heures prévues n'est pas atteint, un reversement pourra être effectué dans des conditions à déterminer avec le contrôle financier local, ou les crédits non utilisés pourront venir en réduction de la participation de l'Etat pour l'année suivante.

c) Modalités de versement de la participation de l'Etat :

L'Etat verse sa participation trimestriellement :

- au mois de janvier (ou au démarrage de toute action nouvelle) puis au mois d'avril : 25 p. 100 du budget total de l'action de l'année précédente (ou du budget d'ouverture), portant le total des deux premiers versements à 50 p. 100 du budget total de l'année précédente ;
- les versements de juillet et d'octobre soldent la participation de l'Etat au budget de l'année en cours, incluant le cas échéant les augmentations d'activité validées par le comité départemental de pilotage et l'augmentation de sa participation au budget prestations.

B. - Les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale impliqués dans le dispositif participent au financement des prestations d'aide ménagère. Dans tous les cas possibles, une convention unique entre les associations prestataires et les cofinanceurs devra être recherchée.

C. - Le patient prend en charge les prestations d'aide ménagère en fonction de son quotient familial. Le barème applicable (voir annexe IV) prend en compte les ressources (y compris A.A.H., allocation compensatrice, R.M.I.) avec déduction du loyer et des charges locatives.

Éléments de calcul :

- le nombre d'heures est calculé en fonction des besoins des malades. Il est donc par nature modulable mais, dans la mesure où le dispositif vise à prendre en charge des malades qui peuvent avoir des besoins lourds, l'expérience prouve que la moyenne devrait se situer entre 30 et 45 heures par mois et par patient ;
- le taux horaire C.N.A.V.T.S. (y compris celui des dimanches et jours fériés) sera adopté avec une majoration de 2,50 F pour les heures consacrées aux prestations auprès des patients, justifiée par les problèmes de déplacement et de planning, plus importants pour les personnes atteintes de V.I.H./sida que pour les personnes âgées. Pour les interventions de nuit, une majoration de 7 F par heure sera appliquée. Toutefois, celles-ci doivent rester exceptionnelles.

Les majorations seront réévaluées dans les mêmes proportions que le taux horaire C.N.A.V.T.S.

5. L'évaluation du dispositif

Au niveau national, l'évaluation est assurée par la direction générale de la santé, assistée par le comité national de suivi.

Une enquête nationale sera réalisée par l'Etat (direction générale de la santé), chaque semestre, sur la base d'un questionnaire soumis pour avis au comité national de suivi. Ce questionnaire sera rempli au niveau départemental (annexe <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsds-2-n-96-10-du-8-janvier-1996-relative-a-laide-a-domicile-aux-patients-atteints-du-v-i-h-sida/>)

V b).

Au niveau départemental, l'évaluation est assurée par la D.D.A.S.S., assistée du comité départemental de pilotage, centralisateur de relevés d'activité mensuels des prestations effectuées.

Les coordonnateurs doivent participer au recueil de données dans le cadre de l'enquête semestrielle selon des modalités qui seront définies par le comité départemental de pilotage (annexe V a).

La D.R.A.S.S. est destinataire des données des D.D.A.S.S. de son ressort.

Le C.T.R.I. évalue la cohérence du dispositif au niveau régional.

Le contrôle de l'utilisation des fonds et de l'adéquation des heures aux besoins des patients est de la responsabilité de la D.D.A.S.S. (Il doit être réalisé annuellement sur place par un médecin et un inspecteur.)

6. Dispositions transitoires

En 1996, première année d'application de la circulaire et compte tenu des profondes modifications qu'elle implique dans les dispositifs existant dans certains départements, les dispositions transitoires suivantes sont, le cas échéant, conseillées :

- afin qu'il n'y ait pas rupture de prise en charge des personnes, une convention pourra être signée entre les associations prestataires et la D.D.A.S.S. sans attendre la réunion du comité départemental de pilotage. Elle autorisera le versement par la D.D.A.S.S. de 50 p. 100 du budget total de l'action menée l'année précédente, en deux versements, aux mois de janvier et d'avril ;
- afin que les coordonnateurs animant déjà le dispositif dans certains départements puissent poursuivre leur action dans l'intérêt des personnes, les contrats de travail auprès des associations qui les emploient déjà seront maintenus.

D'une façon générale, la D.D.A.S.S. appréciera la situation locale et prendra toutes les mesures qu'elle jugera utiles pour assurer la continuité des prestations, y compris par un maintien provisoire du système antérieur, de façon à ce que la présente circulaire puisse être mise en oeuvre au plus tard le 1er juillet 1996.

Une délégation anticipée de crédits sur le chapitre 47-18-20 est en cours pour vous permettre d'assurer le financement dès réception de cette circulaire.

Références : circulaires DGS n° 299 du 9 mai 1994 et DGS/DS 2 n° 245 du 21 mars 1995 relatives à la formation.

Texte abrogé ou modifié : circulaire DGS/DS 2 n° 45 du 17 juin 1993.

ANNEXES

ANNEXE I

LES MISSIONS DU COORDONNATEUR 'AIDE A DOMICILE AUX PATIENTS ATTEINTS PAR LE V.I.H./SIDA'

La coordination est fondamentale, elle a pour mission :

- d'informer et d'orienter les personnes concernées par le dispositif aide à domicile ;
- d'assurer la qualité du service rendu au patient ;
- de garantir la pertinence de l'analyse des besoins liés au maintien à domicile de la personne et l'adéquation des réponses mises en oeuvre.

1. Rôle du coordonnateur

Le coordonnateur joue un rôle pivot avant, pendant et après le démarrage de l'aide à domicile :

- il veille à la cohérence de la prise en charge, de sa mise en place et de son fonctionnement ;
- il est l'interlocuteur de l'ensemble des partenaires du dispositif : le patient, les intervenants, les responsables de secteur ;

- il a une position de médiateur entre la personne aidée et les services médicaux et sociaux ;
- au-delà de l'aide à domicile, il s'assure de la globalité de la réponse aux besoins du patient.

Pour assumer son rôle de médiateur et garantir sa neutralité vis-à-vis de l'ensemble des partenaires, le coordonnateur doit, toutes les fois où c'est possible, être un tiers par rapport à l'association prestataire.

2. Les missions du coordonnateur

a) Information et orientation :

- informer les patients de l'existence du dispositif ;
- orienter et veiller à la simplification des procédures par une limitation des interlocuteurs ;
- mobiliser les associations prestataires.

b) Organisation et suivi de la prise en charge :

- évaluer les besoins conjointement avec la responsable de secteur de l'association prestataire ;
- fixer le niveau de la prestation nécessaire pour le patient ;
- rechercher la rapidité de la réponse et la souplesse des interventions ;
- suivre la prestation et évaluer avec la personne aidée et l'association l'adéquation de la réponse ;
- accompagner et orienter le patient pour lui faciliter l'accès aux droits sociaux, l'accès aux soins et au confort minimum de vie.

c) Evaluation des actions et identification des nouveaux besoins :

En liaison avec la D.D.A.S.S. et les associations prestataires, le coordonnateur participe à l'évaluation périodique du dispositif :

- suivi du relevé d'activité mensuel ;
- réalisation des enquêtes transversales semestrielles ;
- élaboration du bilan d'activité de la coordination.

d) Régulation, conseil et accompagnement :

- suivi et soutien de l'équipe d'intervenants ;
- rôle de conseil auprès du personnel d'encadrement des associations prestataires.

3. Cahier des charges du coordonnateur

Premier contact :

Un premier contact entre le coordonnateur et le patient intervient dans les 48 heures ouvrables qui suivent le dépôt d'une demande.

Première visite d'évaluation :

Il s'agit d'un moment capital pour l'évaluation globale des besoins et pour la mise en place de la coordination. Ce moment exige une visite à domicile et ne peut se limiter à un entretien téléphonique. Le coordonnateur et la responsable de secteur de l'association prestataire n'ont pas la même position par rapport au patient et par rapport aux prestations à assurer : leur évaluation est complémentaire.

La première visite d'évaluation est effectuée conjointement par le coordonnateur et par le responsable de secteur de l'association prestataire. En cas d'urgence, la visite peut être faite par l'un ou l'autre, en particulier si un certain nombre de visites en commun ont été effectuées, ce qui aura permis d'ajuster les différents niveaux d'évaluation.

Le suivi auprès des personnes aidées :

Un suivi doit être fait auprès de chacune des personnes aidées par le dispositif avec une visite au moins une fois par trimestre et lorsque la situation l'exige.

Le suivi des prises en charge auprès des associations prestataires :

Un point sur chaque prise en charge doit être effectué avec les associations prestataires (les aides à domicile et les responsables de secteur) en programmant une moyenne d'une réunion mensuelle.

ANNEXE II

SECRETARIAT ET FRAIS DE GESTION

Tout organisme désigné pour assurer la coordination est rétribué pour le secrétariat et les frais généraux générés par l'activité du ou des coordonnateurs sur la base suivante :

- secrétariat : 1 jour par mois par tranche de 10 patients à 645 F/jour ;
- frais généraux : par tranche de 10 patients, 4 345 F/an.

Tarif applicable au 1er janvier 1996.

ANNEXE III

LA FORMATION DES AIDES A DOMICILE

La formation des aides à domicile et de leur encadrement constitue un préalable à toute prise en charge, quelle que soit l'organisation du dispositif d'aide à la vie quotidienne choisie dans le département.

Les orientations, les modalités de mise en oeuvre ainsi qu'un véritable cahier des charges seront précisés dans une circulaire générale sur la formation dans le domaine du sida à paraître en 1996.

Le cadre fourni par les circulaires DGS 299/sida du 9 mai 1994 et DGS DS2 245.95 du 21 mars 1995 reste valable.

I. - LES OBJECTIFS

- développer les attitudes capables de promouvoir individuellement et collectivement une politique active de maintien à domicile ;
- apporter les outils permettant de vaincre les réticences à l'approche du sida et des personnes infectées par le virus, d'adapter la prise en charge à leurs besoins spécifiques, d'aider les professionnels à un accompagnement complexe, difficile et questionnant ;
- favoriser un travail de partenariat afin de permettre un soutien global et continu des personnes atteintes et de leurs proches.

II. - LES MODALITES DE MISE EN OEUVRE

1. L'évaluation des besoins de formation :

Dans tous les cas, une évaluation précise des besoins est un préalable, coordonnée par le comité départemental de pilotage :

- évaluation des besoins de prise en charge à domicile concernant la vie quotidienne, et de leur prévision (données épidémiologiques, données cliniques fournies par les réseaux de soins, données sociales) ;
- évaluation des attentes des professionnels et des projets des institutions ;
- évaluation de la possibilité de traduction effective dans la prise en charge des personnes atteintes.

2. Les projets de formation doivent s'intégrer dans la programmation départementale de la prise en charge des personnes atteintes d'infection par le V.I.H.

3. Les projets de formation seront retenus au vu d'un appel d'offres et d'une mise en concurrence des organismes de formation, et de leurs propositions (actions menées par les D.D.A.S.S.).

Les critères de sélection seront : le respect des objectifs, des modalités pédagogiques et organisationnelles et les coûts proposés.

4. Un schéma de formation validé par le C.T.R.I.

Les différents projets de formation validés par l'avis du médecin-inspecteur de santé publique et s'intégrant dans les programmations départementales doivent être organisés et programmés selon un schéma validé par le C.T.R.I.

III. - CADRE GENERAL DES PROJETS DE FORMATION

1. Préparation et élaboration au niveau local :

Les projets de formation doivent être élaborés en concertation avec les partenaires concernés et en réponse aux besoins identifiés.

2. Les contenus :

La formation comporte un travail sur les représentations, l'acquisition de connaissances biomédicales, nutrition et V.I.H., éthique, relation d'aide et fin de vie.

3. Les modalités pédagogiques :

La méthode favorisée au cours de ces formations est une démarche pédagogique centrée sur les attentes et besoins des participants, avec adaptation aux groupes des matériels et techniques pédagogiques. La démarche favorisera des techniques interactives. Sur les différents thèmes abordés, devra être sollicitée la participation de professionnels locaux reconnus pour leurs compétences, leur expérience et leur implication dans les différents réseaux.

4. L'organisation :

Les formations se déroulent sur la base de groupes de 15 stagiaires et pour une durée optimale de quatre jours, avec une journée de reprise à distance.

Il doit être possible d'organiser les formations à une échelle dépassant le département lorsque les besoins sont réels mais le nombre de personnes concernées limité. Les formations peuvent alors être interdépartementales, régionales, ou interrégionales.

5. Les stagiaires :

Les formations concernent les aides à domicile et leur encadrement, sur la base du volontariat et de la motivation.

6. L'évaluation :

Un bilan-évaluation sera fait en fin de formation et à distance.

IV. - LES MODALITES ADMINISTRATIVES

Les projets de formation retenus en référence à la programmation départementale, après procédure d'appel d'offres, et rentrant dans le schéma validé par le C.T.R.I., font l'objet de conventions conclues entre les D.D.A.S.S. et les organismes de formation. Ces conventions précisent les modalités de mise en oeuvre de chaque session et le montant des crédits alloués conformément au cadre fourni par les circulaires précitées de 1994 et 1995.

Deux procédures doivent être rappelées :

- il est nécessaire de demander aux promoteurs de projets d'inclure dans leur demande de subvention un budget détaillé pour toute session. Cela porte en particulier sur la précision des différents coûts directs et indirects :
- frais de personnel ;
- détail des vacances versées aux intervenants ;
- frais de déplacement, de repas et d'hébergement ;
- matériel d'enseignement ;
- frais de structure... ;
- une vérification est faite a posteriori de la liste des participants aux différentes sessions.

V. - UN TARIF PLAFOND DES FORMATIONS SERA PUBLIE DANS LE COURANT DU PREMIER TRIMESTRE DE CHAQUE ANNEE PAR LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

ANNEXE IV

GRILLE DE PARTICIPATION DES USAGERS

Tous les bénéficiaires du dispositif participent financièrement, en fonction de leurs ressources, aux prestations dont ils bénéficient.

Ces ressources comprennent les allocations (A.A.H., allocation compensatrice, R.M.I...) auxquelles on soustrait le loyer et les charges locatives.

Le principe du quotient familial est appliqué avec le même mode de calcul que pour l'impôt sur le revenu.

Un abattement de 50 p. 100 sur le tarif horaire est appliqué à partir de la 31e heure éventuellement effectuée au cours du mois.

Le calcul de la participation de la personne aidée est effectué une fois par an et révisé à chaque changement de situation.

CALCUL DE LA BASE

Total des ressources - loyer / nombre de parts = base

Barème applicable au 1er janvier 1996

Exemple de calcul :

Pour un patient ayant une base de 4 600 F pris en charge 45 heures en janvier et 33 heures en février :

- janvier : $(30 \times 7) + (15 \times 3,50) = 262,50$ F ;

- février : $(30 \times 7) + (3 \times 3,50) = 220,50$ F.

ANNEXE V A

PROJET DE CAHIER DES CHARGES POUR LES RECUEILS DE DONNEES DU DISPOSITIF D'AIDE A LA VIE QUOTIDIENNE

Le recueil de données concernant l'aide à domicile auprès des personnes atteintes par le V.I.H./sida a deux objectifs principaux :

1. Quantitatif : suivre la consommation des budgets de prestations : nombre de personnes aidées et nombre d'heures utilisées afin d'opérer les éventuels ajustements nécessaires ;

2. Qualitatif : connaître les caractéristiques des personnes aidées et des prestations effectuées afin de réfléchir à la pertinence du dispositif et aux aménagements éventuels à apporter.

L'ensemble de ces statistiques doit correspondre à un cahier des charges national, ceci afin de permettre la consolidation et les comparaisons des chiffres des différents départements. Il doit également pouvoir être adapté et enrichi au niveau local.

Il est proposé la démarche suivante :

Chaque association prestataire transmet mensuellement à la D.D.A.S.S. le nombre de personnes aidées dans le mois ainsi que le nombre total d'heures effectuées.

Deux fois par an (juin et décembre), une enquête transversale, une semaine donnée, est effectuée par le coordinateur en <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsds-2-n-96-10-du-8-janvier-1996-relative-a-laide-a-domicile-aux-patients-atteints-du-v-i-h-sida/>

liaison avec la responsable de secteur. Deux types de données sont recueillis au cours de cette enquête :

- des données individuelles concernant chaque personne aidée pendant la semaine de l'enquête ou hospitalisée depuis moins de trois mois :
- sexe ;
- année de naissance ;
- ancienneté de prise en charge ;
- hospitalisation ou pas, depuis combien de temps ? ;
- en activité professionnelle ou pas ;
- Karnofsky ;
- nature des interventions ;
- nombre d'intervention par semaine ;
- nombre d'heures par semaine ;
- disponibilité de l'entourage ;
- autres intervenants ;
- autres personnes du foyer atteintes par le V.I.H.
- des données concernant l'activité du coordonnateur auprès de chacune de ces personnes, indiquant ses interventions dans d'autres domaines que l'aide à la vie quotidienne prévue par le dispositif.

L'ensemble de ces documents est envoyé dans les délais fixés au médecin-inspecteur des D.D.A.S.S. concernées.

L'élaboration des outils normalisés sera une des premières tâches des comités de coordination de l'aide à la vie quotidienne, au niveau national et au niveau départemental.

Pour l'année 1996, les outils du bilan national de l'aide à domicile auprès des personnes atteintes par le V.I.H./sida qui seront soumis au comité national de suivi vous sont adressés (annexe V b) afin de permettre immédiatement la réflexion départementale sur les tableaux de bord nécessaires.

ANNEXE V B
BILAN DE L'AIDE A DOMICILE AUPRES DES MALADES DU SIDA - 1996
(cf. document original)

ANNEXE VI
CONVENTION-TYPE

Entre :

L'Etat, ministère du travail et des affaires sociales, représenté par le préfet du département, ci-après désigné par le terme 'l'Administration' d'une part, et

L'Association X, domiciliée..., représentée par son Président... n° de S.I.R.E.T. n° d'A.P.E.

ci-après désignée par le terme 'l'organisme' d'autre part,

Vu la circulaire ministérielle DGS-DS2 n°... du... relative à l'aide à domicile des patients atteints du V.I.H./sida ;

Vu les propositions du comité départemental de pilotage de l'aide à domicile des patients atteints du V.I.H./sida réuni le... 1996

il est convenu ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

Offrir des prestations d'aide à la vie quotidienne aux patients atteints du V.I.H./sida dont l'état ne nécessite pas une

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsds-2-n-96-10-du-8-janvier-1996-relative-a-laide-a-domicile-aux-patients-atteints-du-v-i-h-sida/>

hospitalisation, mais qui présentent une dépendance importante dans l'accomplissement des gestes de la vie courante.

Article 2

Modalités d'exécution, définition des engagements

L'association X, employeur des aides à domicile, assure l'ensemble des tâches permettant le maintien à domicile des patients (courses, préparation des repas, lavage, repassage, soutien dans les démarches administratives, aide aux soins d'hygiène), en dehors des actes de soins qui exigent la possession de diplômes officiels, et conformément au texte de la convention nationale type C.N.A.V.T.S.

Les personnels travaillant auprès des personnes atteintes par le V.I.H./sida sont volontaires et ont reçu une formation spécifique.

Ils participent à une régulation mensuelle avec le(s) coordonnateur(s) désigné(s) par le préfet.

Par ailleurs, les aides à domicile bénéficient d'un soutien psychologique à raison de trois heures par trimestre.

Toutes les personnes qui participent à l'action sont tenues au secret professionnel.

Article 3

Procédures de prise en charge

L'association est saisie par le patient, son entourage, un service social ou médical, ou par un coordonnateur du dispositif.

Le coordonnateur instruit la demande en lien avec l'association. Il fixe le niveau de prestations nécessaire et en fonction de chaque situation individuelle engage dès la constitution du dossier les procédures de prise en charge de droit commun.

L'association met immédiatement en oeuvre l'aide à domicile. Elle informe sans délai le coordonnateur de tout événement modifiant les conditions d'intervention initialement prévues pour le patient.

Article 4

Coût du dispositif

Conformément au cadre fixé par le comité départemental de pilotage, l'association X participera au programme départemental sur la base d'une activité prévisionnelle de... heures d'aide à domicile pour l'année 19..

Le budget nécessaire à la réalisation de cette action est de... F.

Le budget des prestations est de... F. Il est cofinancé par : (indiquez les différents cofinanceurs et leur taux de participation).

Les bénéficiaires du dispositif apportent une contribution financière en fonction de leurs ressources.

Article 5

La participation de l'Etat

L'Etat participe à cette action par une subvention de :... sur le chapitre 47-18, article 20 du budget du ministère du travail et des affaires sociales.

Cette subvention est destinée :

- à la prise en charge de la régulation à hauteur de :...
- à la prise en charge du soutien psychologique des aides à domicile à hauteur de :...
- à la prise en charge de 50 p. 100 du budget des prestations à hauteur de :...

Au 30 juin, et au vu du bilan intermédiaire prévu à l'article 7, la participation de l'Etat pourra être augmentée sans pouvoir dépasser la limite de 80 p. 100 du budget des prestations.

Article 6

Modalités de versements

L'Etat verse sa participation trimestriellement :

- au mois de janvier (ou à la signature de la présente convention) puis au mois d'avril : 25 % du budget total de l'action de l'année précédente (ou du budget d'ouverture), portant le total des deux premiers versements à 50 % du budget total de l'année précédente (ou du budget d'ouverture) ;
- les versements de juillet et d'octobre soldent la participation de l'Etat au budget de l'année en cours, incluant le cas échéant les augmentations d'activité validées par le comité départemental de pilotage et l'augmentation de la participation de l'Etat au budget prestations.

L'ordonnateur est...

Le comptable assignataire est...

Article 7

Domiciliation des versements ...

Article 8

Suivi et évaluation du programme

L'association adresse avant le 15 du mois suivant au comité départemental de pilotage un relevé d'activité mensuel.

Elle participe avec le (ou les) coordonnateur(s) à une enquête transversale semestrielle.

Au 30 juin et au 31 décembre, l'association adresse à la D.D.A.S.S. un bilan faisant le point sur la situation des prises en charge, des dépenses engagées, les financements complémentaires et l'évolution des besoins.

Article 9

L'association remettra à la D.D.A.S.S. au plus tard le 1er juillet suivant l'année d'exécution, un rapport d'activité ainsi que les comptes d'exploitation et de bilan consolidé, le compte d'emploi de la subvention, le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes, le procès-verbal de l'assemblée les ayant approuvés.

Article 10

Après constatation des résultats comptables, l'Etat pourra, en cas d'excédent, soit réaliser une imputation en atténuation <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsds-2-n-96-10-du-8-janvier-1996-relative-a-laide-a-domicile-aux-patients-atteints-du-v-i-h-sida/>

sur la contribution de l'année suivante, soit demander un reversement du trop-perçu au Trésor.

Article 11

Durée de la convention

Un an renouvelable par avenant.

Article 12

Résiliation

La présente convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre partie en cas de non-respect des clauses.

Article 13

Les litiges seront portés devant le Tribunal administratif du département.

Direction générale de la santé, Division sida.

Le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]).

Texte non paru au Journal officiel.