

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction de l'autonomie des personnes âgées
et des personnes handicapées

Bureau des services et des établissements

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DGOS/SDR n° 2011-362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 (pôle d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées) du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

NOR : SCSA1125521C

Validée par le CNP, le 23 septembre 2011. – Visa CNP 2011-246.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objet de donner des éléments d'informations aux ARS pour leur apporter un appui méthodologique dans la mise en œuvre de la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012.

Mots clés : maladie d'Alzheimer, symptômes psycho-comportementaux, EHPAD, PASA, UHR, convergence tarifaire, tarification, labellisation.

Texte de référence : annexe IV de la circulaire du 6 juillet 2009.

Textes abrogés : les deux premiers alinéas du 4.1 et le schéma du 5.2 de l'instruction du 7 janvier 2010 et les données de tarification des UHR mentionnées dans le point 3 de l'annexe II de l'instruction du 31 mai 2010, la foire aux questions d'août 2009.

Annexes :

Annexe I. – Foire aux questions – Juillet 2011 Mesure 16 (PASA-UHR).

Annexe II. – Schémas des procédures de labellisation des PASA-UHR.

Annexe III. – Coordonnées des référents nationaux de la mesure PASA-UHR.

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale et le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

La présente instruction a vocation à rassembler l'ensemble des réponses aux questions et/ou échanges survenus à l'occasion des journées régionales ou interrégionales d'accompagnement de la mesure 16 (PASA-UHR) du plan Alzheimer 2008-2012 que vous avez organisées depuis le mois de septembre 2010 à laquelle ont participé vos services, ceux des conseils généraux et les porteurs de projet intéressés aux nouvelles modalités d'accompagnement de ces malades.

Nous tenons par ailleurs à vous remercier de l'accueil que vous avez réservé à nos collaborateurs qui se sont déplacés en régions pour participer à ces réunions.

Vous trouverez en annexe I, une foire aux questions qui sera mise en ligne et enrichie au fur et à mesure de la montée en charge des PASA et des UHR à l'adresse suivante :

<http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/dossiers,758/maladie-d-alzheimer,1043/le-plan-alzheimer-2008-2012,7341.html>

L'annexe II a vocation à illustrer de façon schématique le processus de labellisation des PASA et UHR dans le seul secteur médico-social compte tenu des changements intervenus en 2010 sur le sujet et la procédure à suivre pour l'inscription dans le répertoire FINESS. Pour ce dernier point, vous veillerez à ce que les nouveaux projets de PASA et d'UHR ainsi que le stock des pôles et unités labellisés et en fonctionnement soient répertoriés dans FINESS selon ces nouvelles instructions.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur trois points particuliers sur lesquels nous souhaitons appeler votre vigilance :

- compte tenu des changements intervenus en 2011 sur la tarification des UHR médico-sociales désormais financées de façon forfaitaire, il convient de demander aux médecins coordonnateurs des établissements ayant déposé un dossier d'UHR et réalisé une coupe Pathos de ne plus coder les résidents éligibles à ces dispositifs de prise en charge P1 pour la pathologie « troubles du comportement » (état pathologique n° 14 dans Pathos) et P1 pour la pathologie « syndrome démentiel » (état pathologique n° 18). Le financement des UHR médico-sociales étant désormais financé au forfait et donc déconnecté de l'outil Pathos, il n'y a plus lieu pour les établissements déposant un dossier d'UHR de réaliser une coupe Pathos en amont de toute demande.

C'est la raison pour laquelle les deux premiers paragraphes du point 4.1 de l'instruction du 7 janvier 2010 et les données de tarification des UHR mentionnées dans le point 3 de l'annexe II de l'instruction du 31 mai 2010 sont abrogés ;

- pour appuyer le déploiement des PASA en 2011 et éviter d'en interdire, de fait, la création aux EHPAD candidats qui sont encore tarifés *via* la DOMINIC, vous avez été autorisés dans l'instruction budgétaire du 29 avril 2011, à appliquer la tarification au GMPS sur la capacité installée aux seuls établissements dont la demande de création de PASA serait à même de déboucher de façon certaine sur une labellisation.

Une partie des crédits correspondant aux crédits notifiés en 2010 pour les équipes spécialisées en SSIAD, UHR et PASA, non consommés et qui sont maintenus dans les dotations régionales limitatives, peut être utilisée à cet effet. Dans la mesure où les objectifs quantitatifs d'équipes spécialisées en SSIAD, d'UHR et de PASA ne sont pas revus à la baisse dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, ces avances sur médicalisation sont temporaires et devront être réaffectées le moment venu à la mise en œuvre des retards de la tranche 2010 des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (ESA, PASA et UHR). La CNSA procédera au suivi de l'utilisation et de la restitution de ces crédits dès l'automne 2011 ;

- suite à votre demande, la labellisation des PASA et des UHR médico-sociales sur dossier est possible. Il s'agit en fait d'une labellisation calée sur le régime des autorisations qui vous permet de gagner en lisibilité dans votre programmation et de gager dès à présent des crédits pour des projets qui verront le jour après une opération de travaux significative (création, extension ou restructuration lourde d'établissement). Afin de remplir les conditions architecturales des cahiers des charges, vous pouvez dès à présent labelliser après instruction conjointe du dossier avec les services du conseil général. Cette décision de labellisation a cependant des spécificités :
 - elle doit faire l'objet de réserves dans le sens où, lors de la visite de conformité, le projet doit être conforme au dossier présenté qui a été labellisé sur pièces ;
 - elle ne déclenche pas de financement du fait de l'absence de fonctionnement du PASA ou de l'UHR ;
 - la visite de conformité vaut visite de labellisation et déclenche le financement de l'activité. Il sera indiqué dans le procès verbal de visite de conformité l'échéance à laquelle interviendra la visite de fonctionnement ;
 - la visite de fonctionnement est inchangée par rapport aux autres procédures de labellisation.

Une adaptation de l'outil de remontées trimestrielles sur la labellisation des PASA et des UHR est prévue dans ce sens pour les données du 30 septembre 2011. Ces projets seront comptabilisés dans les objectifs de labellisation avec une indication sur leur échéance prévisionnelle de mise en service.

Dans un souci de dialogue constant pour accompagner la montée en charge des PASA et des UHR sur le territoire national, vous voudrez bien faire part à nos services de tout questionnement relatif à la bonne mise en œuvre de cette mesure importante du plan Alzheimer 2008-2012.

Pour la ministre des solidarités
et de la cohésion sociale et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,
S. FOURCADE

Pour le ministre du travail, de l'emploi
et de la santé et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
A. PODEUR

ANNEXE I

FOIRE AUX QUESTIONS – JUILLET 2011 MESURE 16 (PASA-UHR) DU PLAN ALZHEIMER 2008-2012

1. Les concepts

Q1. – Un PASA peut-il être créé dans une unité Alzheimer ?

Non. Un PASA ne peut pas être créé dans une unité Alzheimer. Si c'était le cas, cela nuirait à la qualité de vie des résidents qui vivent dans cette unité et perturberait les personnes prises en charge dans le PASA. Le PASA n'est pas une unité d'hébergement mais un pôle d'activités proposées pour des malades d'Alzheimer qui présentent des symptômes psycho-comportementaux modérés perturbateurs (agitation, déambulation...) ou non perturbateurs (apathie, dépression...). Les activités et les soins sont réalisés par des professionnels formés : psychomotriciens, ergothérapeutes et assistants de soins en gérontologie. Le PASA doit être composé de locaux spécifiques pour permettre aux malades qui y sont accueillis pendant la journée de bénéficier d'activités de groupe ou individuelles et de déjeuner ensemble sur place (cf. cahier des charges en annexe de la circulaire du 6 juillet 2009).

Q2. – Un EHPAD ayant une ou des unités spécifiques Alzheimer peut-il créer un PASA ?

Oui. Un EHPAD ayant une (ou des) unités spécifiques Alzheimer peut créer un PASA. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée souffrant de symptômes psycho-comportementaux modérés, qu'ils soient hébergés dans une unité « classique » ou dans une unité spécifique Alzheimer (de type « cantou ») peuvent tout à fait bénéficier d'un suivi dans un PASA tout en restant hébergées dans leur unité d'origine.

Les personnes susceptibles de bénéficier du PASA sont choisies (après évaluation de la fréquence, de la gravité et du retentissement des symptômes à l'aide de l'inventaire neuro-psychiatrique version équipe soignante ou NPI-ES) en fonction des besoins des malades et de leur projet individualisé de vie, d'accompagnement et de soin.

Q3. – Un établissement entièrement dédié aux malades Alzheimer peut-il créer un PASA ?

Oui. c'est possible. Les résidents de l'établissement qui présentent les critères requis pourront dans ce cas bénéficier du PASA.

Q4. – Un PASA peut-il être ouvert à des malades vivant à domicile ?

Non. Le PASA n'est pas un accueil de jour pour personnes vivant à domicile. Il est réservé aux résidents de l'EHPAD. Les nouvelles modalités de fonctionnement de l'accueil de jour ont d'ailleurs été définies (projet de service, capacité minimale de 6 places pour ceux qui sont rattachés à un EHPAD, locaux spécifiquement dédiés etc.), dans la circulaire du 25 février 2010 et la restructuration des dispositifs est en cours. Une actualisation du cahier des charges du fonctionnement de l'accueil temporaire (AJ et HT) doit faire l'objet d'une instruction à l'automne 2011.

Q5. – Des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en hébergement temporaire peuvent-elles bénéficier du PASA de l'établissement ?

Oui. Dans la mesure où les malades ont été diagnostiqués et présentent des troubles du comportement conformes aux critères d'admissibilité en PASA. Les résidents de l'EHPAD restent cependant prioritaires et ne doivent pas en être pénalisés.

Q6. – Une unité Alzheimer peut-elle être labellisée UHR ?

Oui. Une unité d'hébergement renforcée (UHR) peut être labellisée à condition qu'une file active de malades atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée présentant des symptômes psycho-comportementaux sévères (critères définis dans la circulaire DGAS du 7 janvier 2010) ait été identifiée. Les patients peuvent provenir de l'EHPAD porteur de l'UHR, d'un autre EHPAD, d'une USLD ou du domicile. Il faut que l'EHPAD qui va créer une UHR travaille en partenariat avec d'autres établissements susceptibles de lui transférer des malades. Il est également essentiel que des conventions de partenariat lient l'EHPAD ayant une UHR avec une unité cognitivo-comportementale (UCC-mesure 17 du plan Alzheimer) et les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie...) ainsi qu'avec une équipe psychiatrique publique ou privée.

Q7. – Quelle est la différence entre une UHR et une UCC ?

Une UHR est une unité qui prend en charge sur une longue durée des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement perturbateurs sévères connus et stabilisés (cf. critères d'admission définis dans la circulaire du 7 janvier 2010).

La durée de l'hébergement et des soins est longue et non limitée dans le temps. Les critères de sortie sont : la perte d'autonomie motrice (malade confiné au lit ou au fauteuil) ou la diminution significative des symptômes psycho-comportementaux, tous les critères du NPI-ES devant être inférieurs à 3 pendant un mois.

Une unité cognitivo-comportementale (UCC) est une unité d'hospitalisation rattachée à un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui prend en charge sur un temps limité des patients en situation de crise, réalise le bilan médical et propose une prise en charge adaptée pour réduire les troubles du comportement. L'objectif, une fois le bilan réalisé, la cause identifiée et les troubles stabilisés par des soins adaptés, est le retour du malade vers le lieu de vie qui lui est habituel (UHR, EHPAD, domicile, etc.).

2. Le fonctionnement

Q8. – Peut-on faire un PASA pour des résidents de plusieurs sites au sein d'un même établissement ? Plusieurs EHPAD peuvent-ils se coordonner pour faire bénéficier leurs résidents d'un PASA commun ?

La réponse est **oui** dans les deux cas.

Plusieurs EHPAD (2 ou 3 au maximum) de faible capacité ou ne disposant de la file active requise de malades d'Alzheimer pour ouvrir un PASA, ou dont la configuration architecturale ne permet pas la création d'un PASA, peuvent se coordonner et passer une convention de partenariat pour assurer le transport des résidents vers l'EHPAD qui aura créé un PASA. De plus, cette possibilité peut également permettre de faire face aux difficultés de recrutement des professionnels rares tels que les ergothérapeutes ou les psychomotriciens.

Toutefois, les transports des malades devront être pris en compte dans la conception du projet et organisés de façon précise de manière à être assurés en toute sécurité (véhicules adaptés, personnel d'accompagnement...) et que le temps de prise en charge en PASA soit optimisé pour les personnes âgées (les temps de transport entre les établissements devront rester dans des limites raisonnables et ne devront pas avoir de conséquences négatives sur la santé des résidents).

Q9. – Est-il possible de labelliser une UHR avec des chambres doubles ?

Non. Pour les UHR, l'organisation architecturale des unités doit s'articuler autour de chambres individuelles. En effet, compte tenu de la sévérité des troubles du comportement des malades qui y sont accueillis et des risques liés à la cohabitation dans une même chambre, il ne doit pas exister au sein des UHR de chambres doubles qui seraient préjudiciables au bon fonctionnement de telles unités. L'arrêté modifiant celui du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions tripartites (en cours de publication) qui assoit juridiquement les cahiers des charges des PASA et des UHR retient cette notion d'unité composée de chambres individuelles.

Q10. – Du fait des difficultés de recrutement des ergothérapeutes et psychomotriciens, peut-on recruter d'autres professionnels qui développent une approche similaire de prise en charge (ex : professeurs d'activités physiques adaptées, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) ?

Non. Car cela est susceptible de remettre en question le fonctionnement des PASA et des UHR tels qu'ils résultent des cahiers des charges. En effet, les ergothérapeutes et les psychomotriciens sont des professionnels soignants formés à la réadaptation avec pour objectifs le maintien des activités physiques, psycho-sociales et la prévention des complications liées à la maladie grâce à des techniques spécifiques, ce qui n'est le cas ni des professeurs d'activités physiques adaptées, ni des masseurs-kinésithérapeutes.

Pour ce qui concerne le recrutement des ergothérapeutes et des psychomotriciens, les PASA et les UHR ne peuvent valablement fonctionner sans l'intervention de ces professionnels qualifiés. La décision de labellisation est donc impossible sans ces professionnels.

Cela peut entraîner des difficultés pour certaines régions pour lesquelles les ressources en professionnels sont comptées, et ce, malgré les augmentations de quotas dans les écoles de formation portées par la DGOS.

Dans ce contexte, il est recommandé, si ce n'est déjà fait, d'ouvrir un état des lieux au niveau régional concernant ces professions dans le secteur des EHPAD, mais également dans celui des établissements de santé (SSR notamment) et le secteur du handicap afin de permettre de favoriser les mutualisations/coopérations de ces professionnels en interétablissements (et interpublics) qui souhaiteraient compléter leur temps de travail (parfois à temps partiel) et s'investir dans le champ de l'accompagnement des malades d'Alzheimer (et des maladies apparentées).

Q11. – Y-a-t'il une durée moyenne de séjour indicative en UHR ?

Non. Les critères de sortie de l'UHR sont indiqués dans l'annexe à l'instruction du 7 janvier 2010. Les enquêtes annuelles relatives au fonctionnement des UHR permettront de donner des tendances sur une éventuelle durée moyenne de séjour, les retours de l'enquête 2010 n'étant pas significatifs sur ce sujet. Mais ces données n'auront qu'une valeur indicative.

3. La tarification

Q12. – En matière de facturation du tarif hébergement, comment cela se passe-t-il pour une personne âgée prise en charge en UHR ?

Lorsque l'établissement dispose d'une UHR, le tarif hébergement est le même que la personne soit en UHR ou en unité classique d'hébergement.

Lorsque la personne change d'établissement pour intégrer une UHR, le contrat de séjour signé avec le représentant légal de l'établissement d'origine est résilié et un nouveau contrat de séjour est signé avec le représentant légal du nouvel établissement, support de l'UHR. De ce fait, le tarif hébergement facturé à la personne est celui de l'établissement d'accueil (1).

Dans le cas de la sortie de la personne de l'UHR, deux modalités de prise en charge sont envisageables pour lesquelles il convient de recueillir le consentement de la personne ainsi que celui de son représentant légal et/ou de sa famille :

- la poursuite de la prise en charge dans une unité « classique » d'hébergement de l'établissement support de l'UHR ; dans ce cas, un avenant au contrat de séjour est pris indiquant la fin de prise en charge en UHR ;
- le retour dans l'établissement d'origine au sein duquel est signé un nouveau contrat de séjour. Compte tenu du fait que la place n'a pas été réservée pour la personne pendant le temps de la prise en charge en UHR, des relations contractuelles entre l'établissement support d'UHR et les établissements « adressants » pourraient permettre de normaliser ces pratiques de transferts interétablissements en inscrivant une clause de priorité à l'admission dès lors qu'une place se libère dans l'établissement d'origine. Afin de favoriser le fonctionnement des filières gériatriques, l'organisation de ces transferts de patients entre EHPAD pourrait être également envisagée dans un cadre d'une charte de partenariat sur un territoire donné.

Q13. – Les enveloppes visant à financer les UHR sanitaires et les UHR médico-sociales sont-elles fongibles ?

Non. Car il ne s'agit pas des mêmes objectifs de dépenses d'assurance maladie.

Dans le cas des UHR adossées aux USLD, il s'agit de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas des UHR adossées aux EHPAD, il s'agit de l'objectif global de dépenses médico-sociales mentionné à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles.

Q14. – Un certain nombre de gestionnaires indiquent que le forfait est insuffisant pour couvrir un fonctionnement 7 jours sur 7 pour les PASA. Est-il prévu une revalorisation de ce forfait à l'avenir ?

Une revalorisation du forfait PASA n'est pas d'actualité.

Toutefois, pour répondre aux difficultés de financement, l'annexe II de la circulaire relative aux orientations budgétaires des établissements et services médico-sociaux du 31 mai 2010 ouvre la possibilité pour un PASA de fonctionner 5 jours sur 7. Il convient d'ailleurs de rappeler que le PASA est financé de deux manières :

- par des crédits correspondant à une tarification obligatoire au GMPS apportant en moyenne et selon les cas 2 100 €/place (coût ONDAM 2010) ;
- par des crédits correspondant à un forfait de 4 557 € par place (soit environ 55 k€ pour un PASA de 12 places et 64 k€ pour un PASA de 14 places).

La première source de financement implique donc un redéploiement de personnel à l'intérieur de l'établissement correspondant à une vraie démarche de projet réfléchi avec l'ensemble de l'équipe soignante compte tenu des besoins de la population accueillie. Le bénéfice du PASA permet également « d'alléger » la charge de travail des unités d'hébergement en proposant un accompagnement approprié des résidents souvent perturbateurs pour le fonctionnement de l'établissement.

Q15. – Peut-on faire fonctionner un PASA dans un établissement non tarifé aux GMPS ?

Même si certains établissements y parviennent (notamment les structures sous DOMINIC figurant en convergence tarifaire), ce n'est pas indiqué puisque le forfait de 4 557 € est un forfait additionnel au GMPS qui ne permet pas, à lui seul, de couvrir un fonctionnement conforme à celui du cahier des charges.

Toutefois, pour appuyer le déploiement des PASA en 2011 et éviter d'en interdire, de fait, la création aux EHPAD candidats qui sont encore tarifés *via* la DOMINIC, vous avez été autorisés dans l'instruction budgétaire du 29 avril 2011, à appliquer la tarification au GMPS sur la capacité installée aux seuls établissements dont la demande de création de PASA serait à même de déboucher de façon certaine sur une labellisation. Une partie des crédits correspondant aux crédits notifiés en 2010 pour les équipes spécialisées en SSIAD, UHR et PASA, non consommés et qui sont maintenus dans les dotations régionales limitatives, peut être utilisée à cet effet. Dans la mesure où les objectifs

(1) Si la personne âgée est admise à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, il convient d'informer les services compétents du conseil général des modifications de prise en charge pour qu'il puisse régler le nouveau tarif hébergement.

quantitatifs d'équipes spécialisées en SSIAD, d'UHR et de PASA ne sont pas revus à la baisse dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, ces avances sur médicalisation sont temporaires et devront être réaffectées le moment venu à la mise en œuvre des retards de la tranche 2010 des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (ESA, PASA et UHR).

Dans ce contexte, la notification prochaine d'enveloppes anticipées de médicalisation pour 2012 devrait vous permettre de gagner en lisibilité sur le sujet pour :

- effectuer la restitution des crédits issus de la tranche 2010 des mesures médico-sociales du plan Alzheimer ou ;
- médicaliser de façon prioritaire les EHPAD tarifés à la DOMINIC souhaitant créer un PASA.

Q16. – Peut-on financer des postes de psychologues avec les crédits d'assurance maladie en PASA ou en UHR ?

Non. Ce n'est pas possible. Les PASA et les UHR sont financés à 100 % sur la section soins sauf dans les deux cas de figure suivants :

- les postes de psychologues devront être négociés par les gestionnaires d'établissements avec les services des conseils généraux puisqu'ils émargent sur la section dépendance ;
- les surcoûts résiduels sur les tarifs hébergement des résidents pour les établissements habilités à l'aide sociale lorsque le projet nécessite une opération de travaux, et ce malgré les efforts importants du plan d'aide à l'investissement (PAI) réalisés depuis 2009 pour les PASA.

Au-delà du principe général d'autorisation conjointe des EHPAD, ces exceptions justifient également le principe de labellisation conjointe des PASA et des UHR par les directeurs généraux d'ARS et les présidents des conseils généraux.

Q17. – Avec le changement de tarification intervenu en 2011 pour les UHR (tarification forfaitaire), comment traite-t-on les coupes Pathos des établissements en demande d'UHR ?

C'est un point important puisque depuis cette année, le financement des UHR est déconnecté de l'outil Pathos. Dès lors, les deux premiers paragraphes du point 4.1 de l'instruction du 7 janvier 2010 et les données de tarification des UHR mentionnées dans le point 3 de l'annexe II de l'instruction du 31 mai 2010 sont abrogés.

En conséquence, lorsque les médecins de l'ARS valident la coupe Pathos d'un établissement ayant déposé un dossier d'UHR, il convient de ne plus coder systématiquement P1 pour la pathologie « troubles du comportement » (état pathologique n° 14 dans Pathos) et P1 pour la pathologie « syndrome démentiel » (état pathologique n° 18) les résidents éligibles à ces dispositifs de prise en charge.

Si une instruction conjointe relative aux consignes de validation des coupes Pathos est en cours de préparation et devrait vous être notifiée à l'automne 2011, il convient de relayer dès à présent cette information auprès des médecins coordonnateurs des EHPAD concernés.

Q18. – Comment calcule-t-on les dotations soins plafonds pour les établissements supports d'UHR ou de PASA ?

La circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A n° 2011-160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux précise que la situation au regard des tarifs plafonds est déterminée avant le financement des PASA et des UHR et que la dotation plafond d'un établissement est calculée en amont de tout financement lié à une activité de PASA ou d'UHR. Cette méthodologie de calcul permet de ne pas pénaliser les gestionnaires qui créeraient un PASA ou une UHR et qui verraient leur dotation soins dépasser le plafond du fait du financement complémentaire dédié à cette nouvelle activité.

De plus, pour les EHPAD en convergence tarifaire, le financement d'un PASA ou d'une UHR a vocation à résorber tout ou partie du dépassement entre la dotation historique de l'établissement et celle à laquelle il peut prétendre du fait de la mise en œuvre de l'équation tarifaire.

Q19. – Traite-t-on différemment les PASA ou UHR créés au titre de la mise en œuvre de la convergence tarifaire ?

Non. Comme en 2010, les établissements en situation de convergence gardent la possibilité de résorber leur dépassement par la mise en place d'une UHR ou d'un PASA sans moyens complémentaires. Ces nouvelles structures doivent respecter les cahiers des charges, la possibilité de contractualiser dans ce cadre ne constituant pas seulement un vecteur de résorption des crédits en dépassement. La réinterrogation des pratiques de prise en charge des malades d'Alzheimer dans le cadre du projet d'établissement est la même et les résidents doivent bénéficier des mêmes prestations que dans les établissements qui ne sont pas en convergence tarifaire.

Q20. – Un EHPAD non habilité à l'aide sociale peut-il recevoir des aides au titre du plan d'aide à l'investissement CNSA pour créer un PASA ?

Oui. C'est inscrit dans le dernier alinéa du I de l'article 2 de l'arrêté du 24 juin 2011 fixant pour 2011 les conditions d'utilisation et le montant des crédits pour le financement d'opérations d'investissement immobilier prévu à l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles ainsi que

dans l'instruction technique CNSA du 20 juin 2011 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées en 2011.

Selon ces deux textes, la condition d'habilitation à l'aide sociale est inopposable aux capacités dédiées à des activités sociales et thérapeutiques organisées la journée, qu'elles fassent appel à un recrutement extérieur (accueil de jour) ou qu'elles concernent les résidents des établissements concernés (pôle d'activités et de soins adaptés).

Q21. – Quels sont les seuils applicables au subventionnement des PASA au titre du plan d'aide à l'investissement ?

À titre exceptionnel pour les PASA, l'instruction CNSA du 20 juin 2011 prévoit que le taux d'aide peut dépasser 40 % de la dépense subventionnable sur la base d'une demande de dérogation du DGARS étayée par un rapport justifiant cette demande. La même instruction recommande un plafonnement de la dépense subventionnable à hauteur de 25 000 € par place.

De plus, à titre dérogatoire, les opérations de travaux de moins de 400 000 € nécessaires à la création de les PASA sont éligibles au PAI.

4. La labellisation

Q22. – Peut-on réaliser des « labellisations sur dossier » ?

Oui. C'est possible. En fait, il s'agit d'une labellisation calée sur le régime des autorisations. En cas d'opération de travaux significative pour remplir les conditions architecturales des cahiers des charges, vous pouvez labelliser après instruction conjointe du dossier avec les services du conseil général. Cette décision de labellisation a cependant des particularités :

- elle doit faire l'objet de réserves dans le sens où, lors de la visite de conformité, le projet doit être conforme au dossier présenté sur pièces et labellisé ;
- elle ne déclenche pas de financement du fait de l'absence de fonctionnement du PASA ou de l'UHR ;
- la visite de conformité vaut visite de labellisation et déclenche le financement de l'activité. Il sera indiqué dans le procès-verbal de visite de conformité l'échéance à laquelle interviendra la visite de fonctionnement ;
- la visite de fonctionnement est inchangée par rapport aux autres procédures de labellisation.

Une adaptation de l'outil de remontées trimestrielles sur la labellisation des PASA et des UHR sera réalisée dans ce sens pour les données du 30 septembre 2011. Ces projets seront comptabilisés dans les objectifs de labellisation avec une indication sur leur échéance prévisionnelle de mise en service.

Q23. – Cette possibilité de labellisation sur plan est-elle également ouverte aux UHR sanitaires ?

Oui. Compte tenu du bâti des USLD, de la localisation des USLD issus de la partition dans les étages hospitaliers et des projets de reconstruction en cours, l'ARS peut valider une UHR à la phase avant projet sommaire (APS) et procéder à une labellisation provisoire qui sera confirmée par la visite de conformité, une fois que l'UHR sera en fonctionnement.

Q24. – Peut-on financer une autre UHR en sus de la programmation définie dans le cadre des objectifs quantitatifs du plan Alzheimer 2008-2012 si subsiste une marge de manœuvre dans l'enveloppe régionale du fait de la nouvelle tarification au forfait des UHR ?

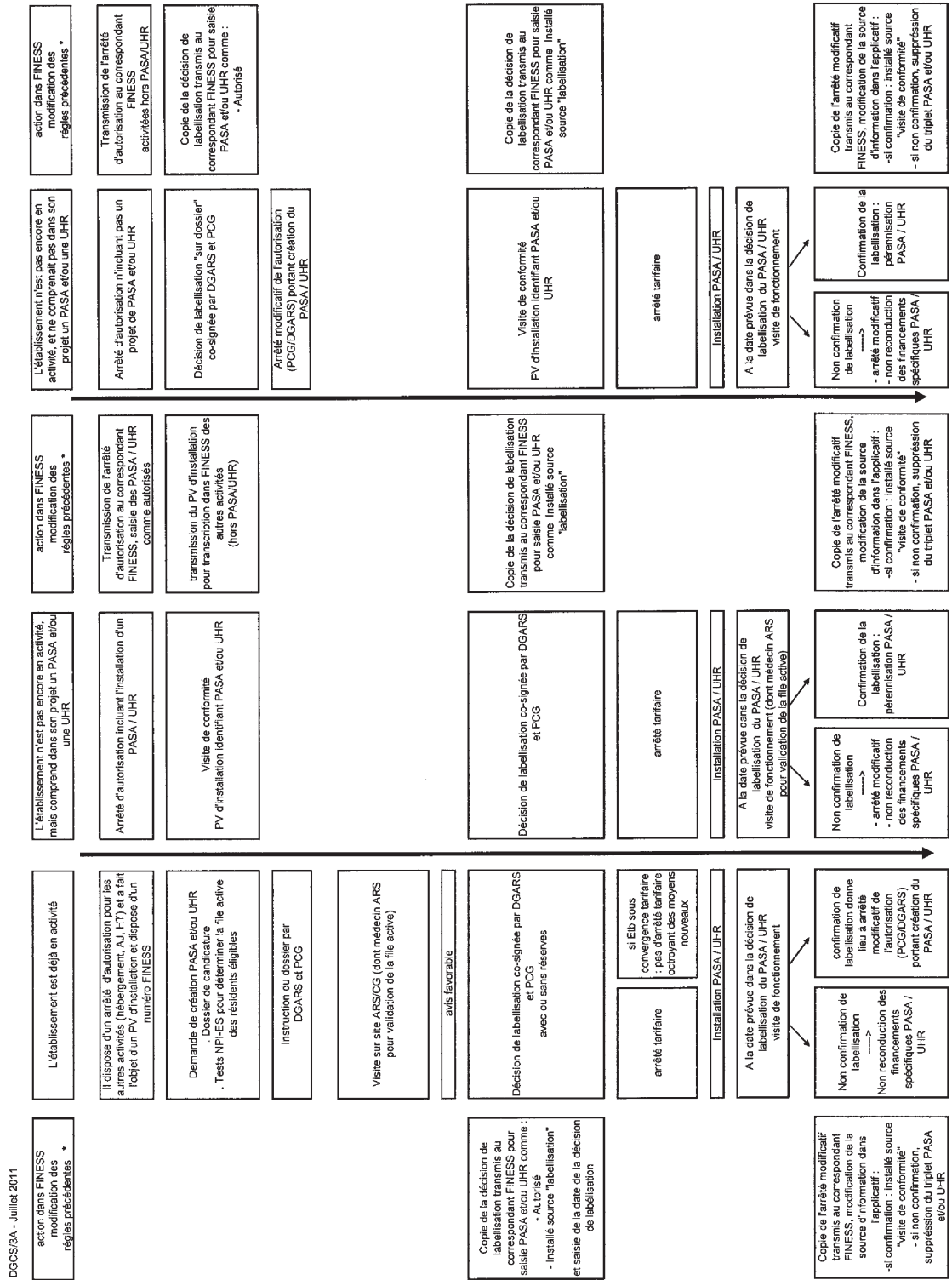
Tout dépend du contexte local. Les publics nécessitant une prise en charge en UHR sont plutôt présents en USLD (d'où la répartition 2/3-1/3 au bénéfice de ces structures). En même temps, des difficultés de montée en charge des UHR dans le secteur sanitaire peuvent persister.

Ce sujet est en fait un enjeu de planification territoriale et d'adéquation des moyens aux besoins. Si vous avez atteint votre objectif quantitatif en termes d'UHR médico-sociales et que les personnes âgées répondant aux critères d'admissibilité en UHR sont présentes, vous pouvez disposer librement des marges de crédits disponibles (que vous avez eus en intégralité en 2010) au titre des UHR dans la mesure où l'effort de convergence a été pris par la CNSA sur les 1 % du taux d'évolution.

- Mais, vous pouvez donc utiliser la marge de manœuvre à d'autres opérations du type :
- réinjection dans le montant du taux d'évolution annuel minoré du fait du prélèvement lié à la convergence tarifaire ;
 - hausse du forfait PASA de 63 k€ ;
 - affectation à la médicalisation d'un établissement sous DOMINIC qui souhaite créer un PASA susceptible d'être labellisé de façon certaine ;
 - création d'une UHR en fonction des besoins en malades sévères et des difficultés rencontrées avec les USLD pour mettre en place ces unités ;
 - etc.

ANNEXE II

SCHÉMAS DES PROCÉDURES DE LABELLISATION DES PASA-UHR MÉDICO-SOCIALES



ANNEXE III

COORDONNÉES DES RÉFÉRENTS NATIONAUX DE LA MESURE PASA-UHR

Direction générale de la cohésion sociale

Référent pour les mesures médico-sociales du plan Alzheimer 2008-2012 : Dr Jean-Philippe FOUZAT, médecin conseiller technique, tél. : 01-40-56-86-80, fax : 01-40-56-87-22, mél : jean-philippe.flouzat@social.gouv.fr.

Référent pour la mesure PASA-UHR du plan Alzheimer 2008-2012 : Jean-Christian SOVRANO, adjoint au chef du bureau des services et des établissements, tél. : 01-40-56-86-71, fax : 01-40-56-87-79, mél : jean-christian.sovrano@social.gouv.fr.

Après le 1^{er} octobre 2011 : Adeline BERTSCH, chargée de mission, tél. : 01-40-56-86-71, fax : 01-40-56-87-79, mél : adeline.bertsch@social.gouv.fr.

Direction générale de l'offre de soins

Référent pour les UHR sanitaires : Cécile BALANDIER, chargée de mission, tél. : 01-40-56-65-47, mél : cecile.balandier@sante.gouv.fr.