



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat
Ministère de la santé et des sports

Direction générale de l'action sociale
Direction de la sécurité sociale
Direction de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

Paris, le 6 juillet 2009

N° mercure : 1220/D/2009

Le ministre du travail, des relations sociales, de
la famille, de la solidarité et de la ville

Le ministre du budget, des comptes publics, de
la fonction publique et de la réforme de l'Etat

Le ministre de la santé et des sports

A

Mesdames et Messieurs les préfets de
département,
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales (pour application)

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales (pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
Agences régionales de l'hospitalisation (pour
application)

CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du
volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012"

Date d'application : 6 juillet 2009

NOR : MTSA0910552C

Résumé : La présente circulaire a pour objet de présenter les mesures relatives au volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et d'en préciser la déclinaison opérationnelle, ainsi que le rôle des services déconcentrés dans cette mise en œuvre.

Mots-clés : Plan Alzheimer

Textes de référence :

- Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012
- Circulaire n° DHOS/01/02/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012
- Circulaire n° DGS/MC3/DHOS/01/02/2009/25 du 28 janvier 2009 relative à la tenue d'assises régionales pour accompagner la mise en œuvre du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012
- Instruction DGAS du 23 février 2009 portant sur le recensement de l'existant en matière de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ouvertes aux malades d'Alzheimer à TO et T1.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (février 2009) : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Haute Autorité de Santé - Mars 2008
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs – Haute Autorité de santé - à paraître en 2009

ANNEXES :

Annexe 1 : fiche technique mesure 1

Annexe 2 : fiche technique mesure 4 et lettre de mission de l'équipe projet MAIA

Annexe 3 : fiche technique mesure 6

Annexe 4 : fiche technique mesure 16

Annexe 5 : référentiel d'activités de l'assistant de soins en gériatrie

Annexe 6 : référentiel de compétence de l'assistant de soins en gériatrie

Annexe 7 : référentiel de formation de l'assistant de soins en gériatrie

Annexe 8 : cahier des charges des PASA et des UHR

Annexe 9 : fichier Excel

Annexe 10 : coordonnées des personnes ressources

Le plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, présenté le 1^{er} février 2008 par le Président de la République, s'articule autour de trois axes :

- Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants
- Connaître pour agir (axe recherche)
- Se mobiliser pour un enjeu de société

La présente circulaire ne porte que sur la mise en œuvre du volet médico-social du plan.

Dans ce volet, le plan Alzheimer 2008-2012 a pour ambition de créer une filière d'accompagnement global des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, permettant aux malades et à leurs proches de bénéficier de manière coordonnée d'un ensemble de prestations adaptées à l'évolution de la maladie en s'appuyant notamment sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les plateformes d'accompagnement et de répit, les maisons de l'autonomie et de l'intégration pour les malades Alzheimer (MAIA) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) articulés à des équipes plus spécialisées.

Le suivi, la coordination interministérielle et l'évaluation de la mise en œuvre du plan ont été confiés par le Président de la République à une mission dirigée par Madame Florence LUSTMAN, inspecteur général des finances.

La première année du Plan a été consacrée à la définition de la stratégie et du cadrage des mesures le composant. Elle a donné lieu à des réunions de concertation et de travail pour l'élaboration d'études, de recommandations, de cahiers des charges et d'appels à projets. Nous entrons désormais dans une phase opérationnelle qui nécessite votre concours : suivi des mesures, identification des structures, relais d'information ...

La présente circulaire a pour objet de rappeler les orientations du plan et de préciser la déclinaison opérationnelle de ces mesures, ainsi que le rôle des services déconcentrés dans cette mise en œuvre.

I - ORIENTATIONS DU PLAN DANS LE CADRE DES MESURES MEDICO-SOCIALES

Les mesures du volet médico-social comprennent huit objectifs :

➤ Apporter un soutien accru aux aidants

Dans ce cadre, une série d'actions sera menée afin d'offrir sur chaque territoire une palette de dispositifs correspondant aux besoins des malades et aux attentes des aidants. L'un des objectifs prioritaires est, notamment, de faciliter l'accès aux structures de répit et d'accompagnement (mesure 1 ; annexe 1). En outre, une formation de deux jours par an sera mise en place afin d'apporter aux aidants familiaux les outils essentiels à la compréhension des difficultés du malade, à l'adaptation de l'environnement et au maintien de la relation (mesure 2).

Cette action de prévention et d'éducation à la santé sera réalisée par des opérateurs sélectionnés par les DRASS (ARS) sur la base d'un cahier des charges élaboré par la DGAS. Les opérateurs sélectionnés passeront convention avec la CNSA pour le financement de ces actions au titre de la section 4 du budget de la CNSA.

➤ Mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

Afin d'améliorer le bien-être des aidants, apporter les meilleurs soins et services pour tous et simplifier la vie quotidienne des malades, une coordination renforcée des acteurs et des financeurs sera mise en place. Le dispositif des « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » (MAIA) est actuellement en cours d'expérimentation. Sur la base des structures existantes, il s'agit de proposer des portes d'entrée uniques pour l'accueil et l'orientation des patients et de leurs familles ainsi que pour une évaluation pluridisciplinaire afin d'élaborer une prise en charge et un suivi personnalisés de la personne malade. L'expérimentation (2008-2010) définira le périmètre, les compétences et les modalités de fonctionnement des MAIA en vue de leur généralisation à tout le territoire (mesure 4 ; annexe 2). Les professionnels intervenant dans les

MAIA, les « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas », coordonneront et assureront le suivi des interventions médicales et sociales, pour les malades dont la situation est complexe (mesure 5). Le coordonnateur travaillera en liaison avec le médecin traitant et l'entourage du malade.

➤ Le renforcement de la prise en charge à domicile par la constitution d'équipes spécialisées

Pour favoriser le libre choix d'une vie à domicile, une prise en charge adaptée par des équipes spécialisées doit être proposée. Celles-ci seront formées à la prise en charge des malades d'Alzheimer, notamment ceux présentant des troubles du comportement, pour intervenir dans le cadre des services de soins infirmiers, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou au sein de coopérations formalisées (article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles) comprenant des SSIAD ou des SPASAD. Elles assurent la prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer grâce à une nouvelle prestation de « soins d'accompagnement et de réhabilitation » (mesure 6 ; annexe 3).

➤ Création d'un dispositif spécifique en EHPAD et en USLD (PASA et UHR)

Pour adapter l'accueil en établissement à la spécificité de la maladie, deux types de dispositifs seront créés (mesure 16 ; annexe 4) :

- des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement adapté à leurs besoins ;
- des unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités les accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités et de soins.

Ce dispositif vise à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Son objectif est d'apporter un accompagnement de qualité aux personnes présentant des troubles moyens et sévères du comportement, tout en ayant une approche globale qui doit être induite par le projet d'établissement, notamment en ce qui concerne l'environnement (cf. Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces dans les établissements pour personnes âgées – DGAS-PRESSES de l'EHESP, paru en janvier 2009 - et Guide sur l'accompagnement et le cadre de vie des personnes atteintes de détériorations intellectuelles vivant en établissement – DGAS, à paraître en 2009)).

Ainsi, plusieurs types de structures répondront aux besoins des malades atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées :

1- les structures médico-sociales :

- EHPAD avec unités dédiées aux personnes désorientées (CANTOU, unités Alzheimer existantes, ...);
- EHPAD avec unités accueillant des personnes présentant des troubles du comportement (PASA, UHR,...);
- EHPAD totalement dédiés aux malades Alzheimer.

2 ~ les structures sanitaires :

- USLD mettant en œuvre des UHR;
- service de court séjour gériatrique;
- unité cognitivo-comportementale au sein des services de soins de suite et de réadaptation,

- équipe mobile de gériatrie.

➤ Modalités de financement du dispositif spécifique en EHPAD et en USLD (PASA et UHR):

Le plan Alzheimer fixe un objectif de création de 30 000 places d'UHR et de PASA. Sur ces 30 000 places, 5 000 places sont dédiées aux UHR et 25 000 aux PASA.

La labellisation de ces unités comporte deux volets : un volet lié à l'infrastructure et un volet lié à l'organisation et au fonctionnement de ces unités.

Une unité Alzheimer sera labellisée PASA ou UHR si elle respecte le cahier des charges sur ces deux volets simultanément.

La procédure d'appel à candidature et de labellisation est définie dans l'annexe 4.

Sur le plan financier et budgétaire, les concours apportés au titre de l'ONDAM médico-social ou de l'ONDAM sanitaire (en ce qui concerne les USLD) interviendront comme suit :

Pour l'investissement dans les infrastructures, les conditions d'intervention de la CNSA sont fixées dans la circulaire PAI du 29 avril 2009. Les projets sont actuellement en cours de sélection à l'échelon des préfectures de région. Dans l'hypothèse où la prise en compte du plan Alzheimer dans les propositions transmises par les services déconcentrés serait considérée comme insuffisante pour certaines régions, il sera demandé aux services concernés de relancer l'appel à projets. Dans ce cas, les dossiers pourront être remontés à la CNSA au fur et à mesure de leur état d'avancement et au plus tard jusqu'au 31 octobre prochain.

Les projets qui ont fait l'objet d'une décision favorable de financement au titre du PAI 2008 pourront obtenir la labellisation plan Alzheimer dès lors qu'ils répondent au cahier des charges annexé à la circulaire PAI 2009. Il vous est demandé de faire remonter à la CNSA les projets concernés pour validation.

En ce qui concerne le fonctionnement, la tarification des unités spécifiques Alzheimer s'effectuera selon les modalités suivantes :

- pour les PASA : les résidents pris en charge en PASA feront l'objet d'une cotation spécifique lors de la coupe PATHOS, rendant compte de leurs besoins en soins médico-techniques requis. Ce codage prend à la fois en compte le syndrome démentiel associé à des troubles du comportement, via P2. Il sera également associé un codage R2 dans l'outil PATHOS (P2*2+R2) (R2 = réhabilitation individuelle et collective au sein d'un PASA pour une personne ayant une maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés);
- pour les UHR : les résidents dont le potentiel de crise demeure élevé, même s'ils sont stabilisés, feront l'objet d'un codage P1 dans le même outil PATHOS.

La CNAMTS adaptera le guide d'harmonisation du codage et le modèle PATHOS afin de spécifier les codages liés à une prise en charge des troubles du comportement des résidents pris en charge dans les PASA et les UHR. Elle modifiera la définition du codage R2 afin de prendre en compte la réhabilitation des fonctions cognitives et transmettra les instructions correspondantes aux caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM) et aux caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) et à leurs médecins-conseils.

Parce que la validation de la coupe est réalisée « a posteriori », vous préciserez aux établissements et plus spécifiquement à ceux qui prétendent à la labellisation d'unités que les codages ne pourront rendre compte des besoins de soins du résident, de façon précise que si le dossier médical et le dossier de soins sont correctement remplis et suffisamment renseignés (descriptifs de l'état clinique entre autres). Le manque d'informations peut conduire à sous-coter un malade.

Sur la base des modalités de financement fixées ci-dessus, la tarification appliquée à ces unités couvrira les charges de personnel mentionnées dans le cahier des charges annexé à la présente circulaire. Outre les psychomotriciens et les ergothérapeutes, cette évaluation intègre la prise en charge complète des postes d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'assistants de soins en gérontologie supplémentaires nécessaires à la création ou à la labellisation des UHR et des PASA et venant renforcer les équipes existantes pour répondre aux cahiers des charges ainsi que, de façon exceptionnelle, les aides soignants et les aides médico-psychologiques faisant fonction d'assistants de soins en gérontologie, en attendant leur formation.

Cette préconisation fera l'objet d'une modification des textes réglementaires fixant la répartition du financement des personnels soignants supplémentaires entre les différentes sections tarifaires des EHPAD. S'agissant des postes de personnels soignants financés avant la date de signature de la présente circulaire ou intervenant en dehors des unités, la clé de répartition du financement de ces personnels reste inchangé (70 % pour l'assurance-maladie, 30 % par le tarif dépendance).

A titre indicatif, les coûts de fonctionnement des unités spécifiques Alzheimer sont évalués comme suit pour un établissement médico-social tarifé au GMPS :

- PASA de 14 places (permettant une file active de 35 à 40 résidents ou bénéficiant à 28 résidents de façon concomitante) : 85 à 95 000 € dans le cadre du renforcement des places existantes;

- UHR de 12 places :

. En création : 340 à 365 000 € ;

. Par renforcement de places médico-sociales existantes : 240 à 280 000 €.

Les crédits seront alloués aux DDASS (puis aux ARS) selon les modalités habituelles de création de places nouvelles et de médicalisation des places existantes. L'Objectif global de dépenses (OGD) – personnes âgées permettra d'identifier et de ventiler les moyens nécessaires au plan Alzheimer.

➤ Prise en charge des malades jeunes

Pour connaître le nombre et les besoins en hébergement des malades jeunes, une étude sera réalisée par le centre national de référence pour les malades jeunes (centres hospitaliers universitaires de Lille, Paris Pitié Salpêtrière et Rouen) désigné par un arrêté du ministre de la santé et des sports du 17 février 2009 (mesure 18). Cette étude envisagera les diverses modalités d'hébergement (EHPAD, MAS, FAM, hébergement temporaire, service de psychiatrie...). D'ores et déjà une première enquête est en cours sur les conditions d'accueil des malades jeunes dans la région Nord-Pas-de-Calais. Le centre associera l'ensemble des partenaires nationaux ainsi que des malades jeunes et réalisera des comparaisons internationales, notamment avec la Belgique et les Pays Bas.

Il développera également des missions de recherche, d'animation de la filière de soins, d'information auprès des malades jeunes et de leurs proches, de formation des professionnels de santé et élaborera et diffusera au niveau national des recommandations de bonnes pratiques et des outils communs garantissant la qualité des prises en charge.

➤ Développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer

Afin d'intervenir à domicile dans le cadre d'équipes spécialisées et en établissement au sein des unités spécifiques, ces prises en charge adaptées nécessitent l'intégration de compétences nouvelles, d'une part dans la formation initiale des ergothérapeutes et des psychomotriciens et d'autre part dans la formation continue de certains personnels paramédicaux ou sociaux (mesure 20). Une fonction nouvelle d'assistant de soins en gérontologie, dont la définition et les référentiels d'activité et de compétences sont fournis en annexes 5, 6 et 7, pourra ainsi être exercée par les aides-soignants et les aides médico-psychologiques qui auront suivi cette formation.

➤ Assurer l'information et la sensibilisation du grand public sur cette maladie par la mise en place d'un numéro unique et de sites Internet locaux est une nécessité (mesure 35)

Afin de mettre en place un service téléphonique et d'orientation, une expérimentation sera lancée à l'échelle d'un département avec les différentes structures de soins et de services concernées.

➤ Réflexion sur le statut juridique de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer en établissement

Pour mettre fin au flou juridique lié à la difficulté d'appréhender le consentement de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée dans les établissements médico-sociaux, un groupe de travail, auquel participe le ministère de la justice, prépare un projet de texte sur cette question. Un colloque d'éthique sera organisé sur cette question en décembre 2009 par l'EREMA (mesure 39).

La mise en œuvre d'un certain nombre de ces mesures appelle votre concours. Les modalités de votre participation sont indiquées dans chacune des annexes qui reprennent et précisent le contenu des mesures du plan.

II - LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DES MESURES DU PLAN ALZHEIMER DANS LES DEPARTEMENTS

La mise en œuvre des mesures relève d'un certain nombre d'acteurs (conseils généraux, DDASS, porteurs de projet). Les précisions nécessaires figurent dans la présente circulaire, mais également dans d'autres textes avec lesquels elle doit s'articuler, principalement :

- la circulaire interministérielle n° DGAS/5B/DSS/1A/2009/51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- les notifications de la CNSA du 13 février 2009 ;
- l'instruction sur le plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA du 29 avril 2009 ;
- l'instruction du 23 février 2009 relative au recensement de l'existant sur les accueils de jour et les hébergements temporaires.

1. Le suivi des mesures et la remontée d'indicateurs

Afin de suivre de façon détaillée la réalisation des objectifs du plan, il est nécessaire, d'une part, de disposer d'un état des lieux et d'une définition précise de l'existant au 1er janvier 2008, ce qui constitue le point de départ (T0) en matière d'établissements et de services, et, d'autre part, d'assurer un suivi du développement de l'équipement médico-social dédié aux malades d'Alzheimer et apparentés. Pour 2009, l'état des lieux T0 est exigé uniquement pour le suivi de la mesure AJ/HT (instruction DGAS du 23 février dernier).

Il vous est rappelé la nécessité d'effectuer une mise à jour régulière du fichier FINESS pour les établissements et services pour personnes âgées et de veiller à renseigner, pour les malades Alzheimer, la catégorie clientèle.

Les arrêtés d'autorisation doivent préciser la nature des places autorisées. S'agissant des places d'EHPAD, si celles-ci intègrent des accueils dédiés aux malades d'Alzheimer, les arrêtés doivent comprendre :

- pour les PASA, le nombre de pôles présents dans l'établissement ;
- pour les places d'UHR, le nombre d'unités et de places concernées par cette modalité d'hébergement.

Les arrêtés d'autorisation doivent, par ailleurs, mentionner les informations qui permettront de renseigner les rubriques FINESS suivantes :

- Identification de la structure avec :
 - soit le numéro FINESS de l'établissement soit la mention à créer
 - la raison sociale de l'établissement
 - l'adresse de l'établissement
 - la catégorie de l'établissement : en faisant référence à la nomenclature des catégories d'établissement
- Détail des capacités autorisées avec :
 - le fléchage de la clientèle : ALZHEIMER
 - le mode de fonctionnement, en référence à la nomenclature des modes de fonctionnement
 - le type de discipline, en référence à la nomenclature des disciplines.

Dans tous les cas vous devez vous référer à la nomenclature FINESS pour rédiger les arrêtés.

Les autorisations devront donner lieu à une visite de conformité, validant la mise en œuvre, cette dernière devant être transcrite ensuite dans FINESS. Cette visite devra également comporter une identification précise de la structure et le détail des capacités installées en similitude avec l'arrêté d'autorisation et en utilisant les nomenclatures en vigueur dans FINESS.

Une instruction prioritaire de la DREES modifiant la nomenclature FINESS pour permettre un meilleur suivi du plan Alzheimer vous sera adressée prochainement. Vous veillerez à actualiser le fichier en fonction de ces nouvelles données.

Par ailleurs, il vous sera demandé de renseigner des données dans le cadre d'enquêtes ciblées pour le suivi du plan et de ses mesures. Ainsi, une enquête « ad hoc » sur la réalité et les données de l'activité des accueils de jour et des hébergements temporaires sera conduite à l'automne 2009 par la DREES et la CNSA, en lien avec la DGAS.

2. Information et partenariat local

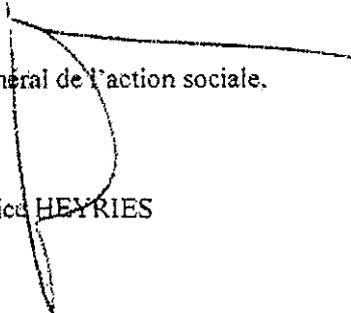
Les indicateurs ainsi remontés permettront la réalisation de cartographies et de services télématiques destinés à informer les citoyens sur les structures existantes dans leur département, information leur permettant d'exercer leur choix grâce à une information la plus transparente possible.

Ces données seront mises à disposition du public au niveau national, par le biais des différents sites internet suivants : celui du plan Alzheimer (www.plan-alzheimer.gouv.fr), du ministère en charge des personnes âgées (www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/) et de la CNSA (www.cnsa.fr). Vous aurez également l'occasion de poursuivre leur diffusion lors des assises régionales prévues par la mesure 36 du plan. Dans ce cadre, il vous appartient de prendre contact avec les différents acteurs locaux (conseils généraux, services de l'Etat, observatoires régionaux de santé...) pour définir le dispositif d'information du public et des professionnels le plus adapté.

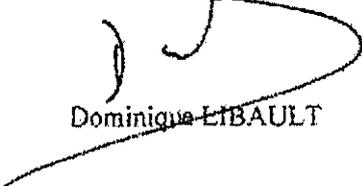
Par ailleurs, ces données de cadrage constitueront des outils d'information et de partage avec d'autres acteurs locaux, notamment dans le cadre des futures ARS, et participeront au décloisonnement des secteurs médico-social et sanitaire.

Nous vous demandons d'assurer une large diffusion de cette circulaire auprès des porteurs de projets afin d'engager dès à présent la labellisation des unités spécifiques telles que décrites dans la mesure 16 du plan Alzheimer.

Le directeur général de l'action sociale,


Fabrice HEYRIES

Le directeur de la sécurité sociale,


Dominique LIBAULT

La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,


Annie POLEUR