

Date :
22/03/2000

Origine :
DAR

Réf. :
DAR n° 5/2000
 n /
 n /
 n /

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Messieurs les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

Madame et Messieurs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

Plan de classement :

44

Titre :

Contribution du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale à la mise en place
de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs

Résumé :

Deux dotations spécifiques sont allouées aux CPAM et CGSS, dans le cadre d'un
programme triennal, pour participer au financement des dépenses liées au
maintien à domicile des personnes en fin de vie, afférentes à la prise en
charge de gardes-malades et d'équipements spécifiques

Pièces jointes : 2

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par:
Téléphone :

Isabelle DEBERLES
01 42 79 34 65

Date de Réponse :

Direction de l'Animation du Réseau

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

22/03/2000

Origine :
DAR

Messieurs les Directeurs
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

Madame et Messieurs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

(pour information)

N/Réf. : DAR n° 5/2000

Objet : Contribution du FNASS à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs

Les soins palliatifs ont été retenus par le Secrétariat d'Etat à la Santé comme thème prioritaire de Santé Publique.

La* Loi n° 99-477 du 9 juin 1999* :

- garantit en effet désormais le droit à l'accès aux soins palliatifs pour tous les malades dont l'état le requiert, ceux-ci étant définis comme "des soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage",
- prend en compte une démarche de planification dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

A cette fin, un programme pluriannuel de développement des soins palliatifs a été mis en œuvre en 1999 par l'Etat visant principalement à :

- recenser l'offre de soins palliatifs existante,
- renforcer l'offre de soins palliatifs et réduire les inégalités entre régions, dans le cadre d'enveloppes spécifiques inscrites dans l'ONDAM hospitalier,
- développer la formation des professionnels et l'information du public,
- soutenir la prise en charge à domicile.

Pour accompagner cette politique globale, la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS, lors de sa séance du 2 novembre 1999, s'est prononcée favorablement sur :

- deux axes de développement dans le cadre d'un engagement triannuel 2000-2002 soit :
 - . la formation des bénévoles à l'accompagnement des personnes en fin de vie sous l'égide de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
 - . le maintien à domicile avec une double composante :
 - la prise en charge de gardes malades à domicile,
 - la prise en charge de prestations non remboursables au titre légal.
- le financement de ces actions, sur une enveloppe annuelle spécifique de 50 MF, inscrite au budget du FNASS à titre expérimental :
 - . au niveau national pour la 1^{ère} mesure,
 - . au niveau des Caisses Primaires et Caisses Générales de Sécurité Sociale pour les prestations d'aide au maintien à domicile, dans le cadre de dotations limitatives affectées.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre et les mesures financières afférentes aux deux dispositifs expérimentaux que les Caisses Primaires et Caisses Générales de Sécurité Sociale sont ainsi appelées à promouvoir à compter du présent exercice, certaines dispositions s'appliquant en commun aux deux actions.

1/ Dispositions communes aux deux dispositifs

Les crédits affectés à chaque intervention pour l'exercice 2000 s'élèvent à 24 000 000 F pour le financement des frais de garde à domicile et 13 000 000 F pour les frais liés à certaines fournitures spécifiques aux malades en fin de vie, sachant qu'ils donneront lieu à revalorisation annuelle sur la base du taux directeur hors tabac.

- L'intervention de l'Assurance Maladie est limitée aux personnes :
 - au stade terminal de leurs maladies (cancers, maladies dégénératives, maladies d'Alzheimer... pour lesquelles la durée des soins est en moyenne de trois mois), à l'exclusion des personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie.
 - prises en charge au titre :
 - . d'un service d'Hospitalisation à Domicile
 - . d'une équipe mobile de soins palliatifs
 - . ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.

des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés devant, par ailleurs, être garantis.

Il est précisé que :

- les services de soins infirmiers à domicile ne sont pas retenus comme assise dans le cadre de ces actions compte tenu de leurs modalités de fonctionnement, notamment de la non prise en charge actuellement des malades de moins de 60 ans.
- le dispositif s'adresse également aux personnes résidant en maisons de retraite, afin d'éviter une hospitalisation, dès lors que les autres conditions posées pour son application sont remplies.
- Les crédits qui seront notifiés dès le début de 2^{ème} trimestre seront calculés sur la base du nombre de services d'HAD, d'équipes mobiles de soins palliatifs et de réseaux spécialisés en soins palliatifs existant au niveau de la circonscription, une pondération étant ensuite opérée pour tenir compte du nombre de décès qui y sont enregistrés.
- Toutes les ressources du demandeur, et le cas échéant, de son conjoint sont à prendre en compte, avec déduction du loyer et des charges locatives, sur une période de référence d'un an, à l'instar de l'assiette de calcul retenue pour le dispositif du VIH-SIDA.

Deux niveaux de prise en charge sont retenus pour l'ouverture des prestations, correspondant pour 2000 aux plafonds de ressources ci-après:

- 1^{er} niveau pour des ressources s'établissant entre 6 001 F et 10 300 F pour une personne seule et 9 001 à 15 500 F pour un couple,
- prestation majorée pour un montant de ressources inférieur ou égal au plafond de 6 000 F pour une personne seule et 9 000 F pour un couple.

Le montant maximal de participation et les plafonds de ressources seront réévalués annuellement par application du taux directeur de l'exercice.

2/ Participation aux frais de gardes malades à domicile

La qualité d'une prise en charge à domicile passe notamment par le soutien à la vie quotidienne qui peut être apporté et à cet égard, les interventions de gardes à domicile constituent un relais indispensable pour suppléer et soulager ponctuellement l'entourage et partant, conforter l'environnement psychologique et social.

La prise en charge des frais relatifs à ces gardes de malades est donc apparue un élément important d'une politique active de maintien à domicile des patients en fin de vie.

Les principes qui régissent spécifiquement cette intervention sont les suivants :

- réponse à des situations urgentes et temporaires (nuits, week-end...).
- prise en charge prononcée pour une période de 3 mois, renouvelable le cas échéant une fois.

- Modulation, selon les niveaux de ressources, du montant maximum de prise en charge par bénéficiaire (assuré du régime général et ayant droit) établi pour 3 mois en 2000 à :
 - 8 000 F pour un plafond de ressources de 6 000 F pour une personne seule et de 9 000 F pour un couple,
 - 6 000 F pour des ressources se situant entre 6 001 F et 10 300 F (pour une personne seule) et 9 001 F et 15 500 F (pour un couple).
- Intervention de l'Assurance Maladie à hauteur maximale de 80 % des dépenses exposées dans la limite des plafonds annuels retenus, tous les bénéficiaires devant participer aux prestations qui leur sont servies.
- Prise en considération des dépenses relatives aux rémunérations brutes et charges sociales y afférentes, avantages en nature ou accessoires, frais de transport et frais de dossier des associations ou prestataires.
- Dépôt des dossiers individuels par les associations ou sociétés prestataires de service et, à cette fin, conclusion de conventions annuelles selon un document cadre, joint en annexe 1.
- S'agissant de mesure individuelle, instruction des dossiers et décision d'intervention assurées par les Caisses.

Possibilité d'intervention du service social, le cas échéant, comme pour tout dossier d'aide extra-légale.

Dans le cadre de cette contractualisation, il est à noter que :

- compte tenu des disparités de coût horaire constatées et du caractère limitatif de la dotation, une vigilance particulière devra être apportée, avant signature, au tarif horaire pratiqué.
- une délégation aux prestataires de service ou associations sera à prévoir pour que les décisions d'intervention puissent être assurées par celles-ci en lieu et place des Caisses, dans le cas où la procédure classique de prise en charge ne pourrait être suivie (par exemple les week-end, jours fériés...).

Les Caisses effectueront alors un contrôle a posteriori, l'ouverture des droits pour la prise en charge sur la période maximale de 3 mois relevant ensuite de leur compétence.

Par ailleurs, il vous appartiendra de vous assurer que ces prises en charge ne sont pas redondantes avec des interventions similaires dont pourrait bénéficier l'assuré, dans le cadre notamment de la prestation spécifique dépendance, qui peut effectivement servir à payer les frais d'accueil temporaire de jour et de nuit ; du dispositif CNAVTS "gardes à domicile" ; ou de la prestation "aide ménagère en faveur des personnes atteintes du VIH/SIDA".

Dans l'hypothèse où un droit similaire serait déjà ouvert à l'assuré, la mobilisation des fonds de l'espèce ne devrait intervenir qu'à l'extinction de la prise en charge antérieurement consentie.

3/ Prise en charge de fournitures spécifiques : accessoires pour incontinents et nutriments

Si le malade en fin de vie est pris en charge à 100 % à l'hôpital, il n'en est pas de même dans le cadre d'un retour ou d'un maintien à domicile. En effet, différents équipements ou produits ne sont pas ou partiellement remboursables au titre des prestations légales et ces dépenses peuvent incontestablement constituer un obstacle majeur à un retour à domicile.

Plusieurs Caisses ont déjà mis en œuvre, sur leurs dotations d'Action Sanitaire et Sociale, des dispositifs visant à assurer de telles prises en charge. La prestation supplémentaire facultative n° 13 porte d'ailleurs sur les dépenses non remboursables liées au traitement des maladies chroniques en cas de maintien à domicile, au titre des alternatives à l'hospitalisation des personnes malades.

Dans le cadre d'une action globale de développement des soins palliatifs à domicile, la Commission a toutefois estimé souhaitable de favoriser une plus grande systématisation d'une telle offre de prestations, en lui réservant des crédits spécifiques.

Les crédits de cette dotation sont fléchés, en ce qu'ils visent la prise en charge des accessoires pour incontinents et la prise en charge des nutriments (nutriments énergétiques, nutriments pour sonde entérale), ces consommables n'étant généralement pas intégrés dans la prise en charge par l'HAD, les réseaux de soins palliatifs ou les équipes mobiles de soins palliatifs.

S'agissant des nutriments oraux, il faut souligner que le programme national de lutte contre le cancer présenté en février 2000 par le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale prévoit leur prise en charge par le TIPS.

Dès cette inscription au TIPS, les personnes atteintes de cancer bénéficieront donc d'une prise en charge sur le risque et non pas sur l'action sanitaire et sociale.

Cette prestation est attribuée :

- sous les conditions ci-après :
- enveloppe maximale mensuelle par bénéficiaire de :
pour les nutriments :
 - 1 500 F pour un plafond de ressources de 6 000 F pour une personne seule, et de 9 000 F pour un couple,
 - 1 125 F pour les personnes dont les ressources se situent entre 6 001 F et 10 300 F (personne seule) ; 9 001 F et 15 500 F (couple).
- pour les protections / changes complets :
 - 500 F : plafond de 6 000 F (personne seule) et 9 000 F (couple),
 - 375 F : entre 6001 F et 10 300 F (personne seule) ; 9 001 F et 15 500 F (couple).

- avec pour recommandations de mettre en place :
une procédure accélérée de traitement des dossiers,
un dispositif de tiers payant, à concurrence des plafonds susdits.

4/ Evaluation du dispositif général

S'agissant de dispositifs expérimentaux, il sera procédé à une évaluation annuelle.

A cette fin, les Caisses voudront bien remplir les questionnaires joints en annexe 2 et les retourner au plus tard les 15 janvier 2001, 2002 et 2003 accompagnés de l'état de consommations des crédits.

Les résultats de cette action pourraient ensuite conduire à un financement pérenne sur la gestion du risque.

Il est précisé que pour l'action de formation des bénévoles à l'accompagnement en fin de vie, la SFAP assume le rôle d'opérateur.

A ce titre, elle a pour mission de répartir l'enveloppe de crédits mis à disposition par la CNAMTS :

- entre les associations qu'elle fédère (en 1998, 152 associations dont JALMAV, l'Union des ASP, Choisir Ensemble, Pierre Clément...) et le cas échéant d'autres associations de bénévoles agréées non fédérées à la SFAP mais qui répondent aux principes de la charte des associations de bénévoles à l'hôpital et aux conditions posées par la loi du 9 juin 1999,
- dans la double limite d'un taux de participation de 75 % des dépenses exposées et de l'insuffisance de financement réellement enregistrée.

En conséquence, l'attention des Caisses Primaires et Régionales et des Caisses Générales de Sécurité Sociale est appelée sur le fait que ce dispositif exclut leur participation sur les budgets d'Action Sanitaire et Sociale au financement de ces associations pour les actions de formation à l'accompagnement de fin de vie, les autres activités développées pouvant en revanche donner lieu à subventionnement.

Je suis persuadé que votre implication dans ce domaine permettra que les mesures de la présente circulaire trouvent leur plein effet, quant à l'amélioration de l'accompagnement de fin de vie au domicile.

En tout état de cause, je vous saurais gré de me faire connaître, le cas échéant, les difficultés que vous pourriez rencontrer dans leur mise en application.

Jean Paul PHELIPPEAU

ANNEXE 1

PROJET

**CONVENTION CADRE
« GARDES MALADES A DOMICILE »
SOINS PALLIATIFS**

ENTRE:

ARTICLE 2

Le co-contractant s'engage, dans les conditions fixées par ses statuts et la présente convention, à assurer la présence d'un garde-malade au domicile ou à un substitut du domicile (maison de retraite) de la personne en fin de vie qui remplit les conditions d'admission prévues à l'article 4 et a obtenu l'accord de la Caisse.

La prestation garde à domicile qui se définit, exclusivement, comme une aide de dépannage et non comme une assistance continue, a pour objet de permettre à l'entourage familial d'une personne en fin de vie :

- de faire face à une situation temporaire difficile,
- de pallier une absence momentanée pendant la journée, nuit, week-end...

Le service rendu par le garde malade consiste à veiller au confort physique et moral de la personne.

En aucun cas, son activité qui s'exerce sous la responsabilité du co-contractant, ne saurait se substituer à celle des autres intervenants en matière de soutien à domicile, et en particulier, les intervenants pratiquant des soins.

ARTICLE 3

La gestion du service incombe au co-contractant.

La Caisse, quant à elle, peut éventuellement, faire intervenir son service social.

ARTICLE 4

L'intervention de la Caisse s'applique aux assurés sociaux ainsi qu'à leurs ayant droit qui :

- sont affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale,
- relèvent de la compétence de la Caisse,
- ont droit aux prestations en nature de l'Assurance Maladie,
- disposent de ressources insuffisantes pour assumer seuls la charge totale d'un garde-malade,
- sont admis en soins palliatifs à domicile, ou substitut du domicile, dans le cadre d'un service d'hospitalisation à domicile, d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs,
- ne peuvent être secourus temporairement par un membre de leur famille ou une tierce personne.

ARTICLE 5 :

La prise en charge est accordée par mesure individuelle, sur une période de 3 mois, renouvelable, le cas échéant, une fois.

Elle est assurée à hauteur maximale de 80 % de la dépense engagée, dans la limite d'un plafond de :

- 8 000 F par personne et par période de prise en charge, le plafond de ressources s'élevant pour une personne seule à 6 000 F pour un couple à 9 000 F,
- 6 000 F par personne et période de prise en charge, les ressources devant se situer entre 6 001 F et 10 300 F pour une personne seule et entre 9 001 F et 15 500 F pour un couple.

Ces plafonds seront réévalués par application du taux directeur de l'exercice.

La dépense engagée comprend l'ensemble des frais supportés par la personne au titre de la garde à domicile, soit le montant brut de la rémunération, les charges sociales y afférentes, les avantages en nature ou accessoires, les frais de transport et les frais de dossiers des prestataires de service.

Les heures effectuées par le garde-malade sont justifiées par une feuille de travail mentionnant les dates et heures d'intervention au domicile ou au substitut du domicile de la personne pendant la prise en charge. Ce document est co-signé par le co-contractant et le bénéficiaire de la prestation.

ARTICLE 6:

L'opportunité de la participation de la Caisse dans les conditions définies par l'article 5, fait l'objet, pour chaque cas, d'une décision prise au vu d'un dossier comportant :

- l'état civil,
- les ressources et les charges de l'assuré (soit toutes les ressources du demandeur et du conjoint, avec déduction du loyer et des charges locatives),
- l'attestation de prise en charge dans le cadre d'un service d'hospitalisation à domicile, d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.

La prise en charge ne doit pas être redondante avec une intervention similaire dont pourrait, par ailleurs, bénéficier l'assuré, dans le cadre de la prestation spécifique dépendance, du dispositif CNAVTS « gardes à domicile » ou de la prestation « aide ménagère en faveur des personnes atteintes du VIH/SIDA ».

Exceptionnellement, le co-contractant se voit chargé, par délégation de la Caisse, d'instruire les demandes de participation et de décider de leur attribution, dans les cas où les décisions de prise en charge ne peuvent être arrêtées par la Caisse (week-ends, jours fériés...).

La Caisse définit les modalités de mise en œuvre de cette délégation (jours concernés, information rapide de la Caisse par le prestataire...), l'ouverture des droits pour la prise en charge sur la période maximale de 3 mois relevant ensuite de sa compétence.

ARTICLE 7 :

La Caisse notifie sa décision :

- au co-contractant d'une part,
- à l'assuré ou l'ayant-droit d'autre part.

La participation de la Caisse est versée au co-contractant mensuellement, sur production d'un bordereau récapitulatif signé par le Président ou le représentant habilité, faisant état par bénéficiaire :

- des heures réellement effectuées,
- du montant global de la facturation avec la participation laissée à sa charge.

ARTICLE 8:

Le co-contractant rémunère le garde-malade. Le bénéficiaire règle au co-contractant le montant des frais de garde-malade laissé à sa charge.

Par délégation de l'assuré, la Caisse verse sa participation directement au co-contractant, selon les modalités prévues à l'article 7.

ARTICLE 9

La Caisse se réserve la possibilité de faire procéder à tout moment à des contrôles administratifs ou comptables sur l'ensemble du fonctionnement du service de garde à domicile, tant auprès du service de garde à domicile que des bénéficiaires.

Le co-contractant est tenu d'utiliser un dispositif comptable permettant de suivre les opérations financières et comptables relatives au service de garde malade concerné par cette convention.

Il doit notamment, fournir à la fin de l'année, un état des charges et des produits spécifiques au service de garde-malade concerné par cette convention.

ARTICLE 10

Le co-contractant s'engage à se tenir à jour de ses cotisations sociales et à produire une attestation URSSAF établie au cours de l'exercice pour lequel le financement est octroyé.

ARTICLE 11

Le co-contractant s'engage à observer et à faire observer à ses gardes-malades la plus stricte neutralité religieuse, politique et syndicale à l'occasion de leurs activités professionnelles.

ARTICLE 12

Toute infraction par le co-contractant aux clauses de la présente convention, entraîne de plein droit son annulation.

ARTICLE 13

La présente convention prend effet à la date de sa signature. Elle est conclue pour la durée de l'année civile.

Elle pourra être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des parties sous condition d'un préavis de 3 mois donné par lettre recommandée avec accusé de réception.

EVALUATION DU DISPOSITIF ASS SOINS PALLIATIFS				EXERCICE :	
CPAM de					
CGSS de					
PRESTATION "GARDES A DOMICILE"					
1 - Nombre de bénéficiaires:					
2 - Age :				Nombre :	
		- moins de 30 ans			
		- de 31 à 50 ans			
		- de 51 à 60 ans			
		- de 61 à 70 ans			
		- de 71 à 80 ans			
		- plus de 80 ans			
		Total			
3 - Affection principale concernée					
		Affection	Nombre		
		Cancer			
		sida			
		maladies respiratoires			
		maladies cardiaques			
		maladie d'alzheimer			
		*			
		Total			
* liste non exhaustive					

4 - Mode de prise en charge						
			Nombre			
		HAD				
		HAD spécialisée en Soins palliatifs				
		équipes mobiles en soins palliatifs				
		réseaux spécialisés en soins palliatifs				
		Total				
5 - Domicile de la personne bénéficiaire:						
			Nombre			
		domicile privé				
		établissement médico-social				
		autre (préciser)				
		Total				
6 - Nombre d'heures de gardes malades à domicile prises en charge						
		Total des heures prises en charge	nombre de bénéficiaires			
		prise en charge de 3 mois				
		prise en charge de 6 mois				
7 - Répartition moyenne des heures prises en charge:						
			en nombre accordé			
		demi-journée				
		journée				
		nuite				
		samedi				
		jours fériés				
		dimanche				
		de 2 à 4 jours consécutifs				
		de 5 à 7 jours consécutifs				
		au delà par tranche d'une journée				
8 - Montant total des dépenses occasionnées pour						

	l'organisme				
	sur la dotation spécifique				
	9 - Montant total des dépenses occasionnées pour l'organisme				
	sur la dotation paramétrique				
	10 - montant des demandes reçues éventuellement non prises en charge				
	par insuffisance de crédits au titre de ces dotations :				
	11 - Coût de la prise en charge pour la Caisse				
		coût de la prise en charge	nombre de bénéficiaires		
	prise en charge de 3 mois				
	prise en charge de 6 mois				
	12 - Motif de sortie du dispositif:				
		Motifs	nombre		
		hospitalisation			
		décès			
		autres (préciser)			
		Total			

15 -	Difficultés rencontrées					
		- par la Caisse :				
		- par l'entourage de la personne prise en charge :				
		(exemple: demandes qui n'ont pas abouti, pour quels motifs ?)				

EVALUATION DU DISPOSITIF ASS SOINS PALLIATIFS						
CPAM de			EXERCICE :			
CGSS de						
PRESTATION "PROTECTIONS / NUTRIMENTS"						
1 - Nombre de bénéficiaires:			Protections			
			Nutriments			
2 - Age :			Nombre :			
		- moins de 30 ans				
		- de 31 à 50 ans				
		- de 51 à 60 ans				
		- de 61 à 70 ans				
		- de 71 à 80 ans				
		- plus de 80 ans				
		Total				
3 - Affection principale concernée						
		Affection	Nombre			
		Cancer				
		sida				
		maladies respiratoires				
		maladies cardiaques				
		maladie d'alzheimer				
		*				
		Total				
		* liste non exhaustive				

4 - Mode de prise en charge						
			Nombre			
		HAD				
		HAD spécialisée en Soins palliatifs				
		équipes mobiles en soins palliatifs				
		réseaux spécialisés en soins palliatifs				
			Total			
5 - Domicile de la personne bénéficiaire:						
			Nombre			
		domicile privé				
		établissement médico-social				
		autre (préciser)				
			Total			
6 - Montant total des dépenses occasionnées pour l'organisme						
		sur la dotation spécifique				
		en francs				
		protections				
		nutriments				
		sur la dotation paramétrique				
		en francs				
		protections				
		nutriments				

	7 - montant des demandes recues non prises en charge par insuffisance de crédits au titre de ces dotations :				
			en francs		
		protections			
		nutriments			
	8 - Motif de sortie du dispositif:				
		Motifs	nombre		
		hospitalisation			
		décès			
		autres (préciser)			
		Total			
	9 - approche quant à la disponibilité de l'entourage				
	Nombre de personnes logeant au domicile de l'assuré pris en charge:				
	Ages des personnes vivant au domicile de l'assuré :				
	Ces personnes ont elles un handicap :				
	Commentaires :				
	10 - Mise en place du tiers payant :				
			oui		
			non		
	Commentaires :				

11 - Indice de satisfaction de l'entourage (en nombre) :						
		très satisfaisant	moyennement satisfaisant	peu satisfaisant	non satisfaisant	Tot rép
rapidité de la prise en charge						
volume financier de la prise en charge						
durée de la prise en charge						
service rendu						
	Total					
Commentaires effectués par l'entourage :						
12 - Difficultés rencontrées						
		par la Caisse :				
		par l'entourage de la personne prise en charge :				
		(exemple: demandes qui n'ont pas abouties, pour quels motifs ?)				