

Le Ministre de la Santé, de la Famille

Et des personnes Handicapées

A

Mesdames et Messieurs les Préfets de région

Direction régionales des affaires sanitaires et
sociales

Mesdames et Messieurs les Préfets de
départements

Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales (pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
Agences régionales de l'hospitalisation

(pour information)

**CIRCULAIRE DGS(SD6/A)/DGAS/DSS/2002/551 / du 30 octobre 2002 relative aux
appartements de coordination thérapeutique (ACT)**

Résumé : intégration des appartements de coordination thérapeutique dans le droit commun
des dispositions législatives relatives aux institutions sociales ou médico-sociales

Mots-clés : ACT, institutions médico-sociales, financement assurance maladie, CROSS

Textes de référence :

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination
thérapeutique

Décret n° 88-279 du 24 mars 1988 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable et aux
modalités de financement de certains établissements sociaux et médico-sociaux à la charge de
l'Etat ou de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale.

Texte abrogés ou modifiés : circulaire n°65 du 17 aout 1994 relative à la mise en place d'un
programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du SIDA
Circulaire n°99/171 du 17 mars 1999 modifiant la circulaire n°65 du 17 aout 1994.

Un programme expérimental d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour des personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en situation de précarité sociale a été progressivement mis en place à partir de 1994 sur la base des articles L.162-31, R.162-46 à R.162-50 et D.162-21 du code de la sécurité sociale relatif à l'organisation des actions expérimentales de caractère médical et social.

L'évaluation de l'ensemble du dispositif a démontré qu'il répond de façon satisfaisante à la situation des malades accueillis, pour la plupart en état de grande précarité. Dès lors, et compte tenu des besoins persistants dans la population, ces structures avaient vocation à quitter le cadre expérimental et à être intégrées dans le droit commun des dispositions législatives relatives aux institutions sociales et médico-sociales afin de donner à ce dispositif une assise pérenne et de l'ouvrir à d'autres pathologies chroniques sévères.

Les appartements de coordinations thérapeutique sont donc devenus des institutions médico-sociales financées par l'assurance maladie depuis les lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Les gestionnaires des appartements de coordination thérapeutique sont des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé.

I – MISSIONS :

Les missions assurées actuellement par les appartements de coordination thérapeutique sont précisées par l'article 1er du décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 (JO du 4 octobre).

Les appartements de coordination thérapeutique sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion...) et l'aide à l'insertion sociale.

Les appartements de coordination thérapeutique offrent à la fois une coordination médicale et psycho-sociale.

- la coordination médicale

elle est assurée par un médecin (qui ne peut être le médecin traitant) éventuellement assisté par du personnel paramédical. Elle comprend :

- la constitution et la gestion du dossier médical
- les relations avec les médecins prescripteurs libéraux, hospitaliers et les réseaux ville-hôpital
- la coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...)
- l'aide à l'observance thérapeutique
- l'éducation à la santé et à la prévention
- les conseils en matière de nutrition
- la prise en compte éventuelle des addictions en lien avec le dispositif spécialisé
- le respect des conditions de sécurité (élimination des déchets...)
- le soutien psychologique des malades

La coordination psychosociale

assurée par le personnel psycho-socio-éducatif, elle comporte notamment :

- l'écoute des besoins et le soutien
- le suivi de l'observance thérapeutique y compris lors des périodes d'hospitalisation
- l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives
- l'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux existants
- l'accompagnement lors des déplacements en cas de besoin.

II – MODALITES DE FONCTIONNEMENT

Les dispositions d'ordre général en matière d'organisation et de fonctionnement des établissements médico-sociaux sont applicables aux appartements de coordination thérapeutique.

La décision d'accueillir, à sa demande une personne est prononcée par le responsable de l'appartement de coordination thérapeutique désigné à l'administration. La décision établie sur la base d'une évaluation médico-sociale de la situation de la personne tient compte de la capacité de la structure, des catégories de personnes accueillies et des orientations du projet d'établissement. Lors de l'admission, le responsable vérifie que la personne accueillie a des droits ouverts aux prestations en nature des assurances maladie et maternité dans un régime de sécurité sociale. Dans ce cas contraire, il effectue, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de résidence du bénéficiaire, les démarches nécessaires à son affiliation au titre de l'article L.161-2-1 du code de la sécurité sociale (affiliation immédiate au régime général au titre de la couverture maladie universelle de base).

Afin de garantir le respect du droit à une vie familiale des personnes hébergées, les appartements de coordination thérapeutique peuvent également accueillir leurs proches. Les dépenses liées à l'accueil des proches ne peuvent être prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

2.1 – localisation – capacité

Les appartements ou pavillons destinés à l'hébergement individuel ou collectif doivent être situés à proximité des lieux de soins et bien intégrés dans la cité. Ils doivent être accessibles et adaptés à l'accueil des personnes malades ou très fatigables (ascenseur, proximité des lieux de soins, des transports...).

Leur organisation et leur taille doivent permettre un mode de vie le plus proche possible d'un mode de vie personnel et individualisé.

Ouverts sur l'extérieur avec l'intervention des services ambulatoires et éventuellement de bénévoles, ils doivent favoriser autant que possible l'insertion sociale.

2.2 – Durée de séjour :

Il s'agit d'un hébergement à caractère temporaire. Toutefois, la durée du séjour sera définie par la structure en lien avec la personne hébergée sur la base du projet individuel.

Si un séjour long paraît souhaitable, la structure fixera périodiquement des objectifs à atteindre avec la personne accueillie en veillant à ne pas lui laisser craindre que la prise en charge puisse prendre fin brutalement.

2.3 – Projet d'établissement et projet individualisé :

Chaque appartement de coordination thérapeutique établit un projet d'établissement qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens médicaux, psychologiques et sociaux nécessaires à l'exercice de ses missions.

Le projet d'établissement est communiqué au préfet de département. Il peut être révisé à l'initiative du gestionnaire de l'appartement de coordination thérapeutique ou sur demande du préfet.

L'équipe pluridisciplinaire de l'appartement de coordination thérapeutique élabore avec chaque personne accueillie, un projet individualisé adapté à ses besoins, qui définit les objectifs thérapeutiques médicaux, psychologiques et sociaux ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

L'équipe pluridisciplinaire bénéficie d'une supervision de ses pratiques professionnelles.

2.4 – Recours à des prestations extérieures :

En tant que de besoin, les personnes hébergées peuvent avoir recours à des prestations extérieures (paramédicales ou socio-éducatives) ou des soins de ville, soins et prestations liés à des besoins spécifiques de certaines personnes hébergées en fonction de l'évolution de leur état de santé. Ces soins sont pris en charge à titre individuel dans le cadre du droit commun et font l'objet d'un remboursement à l'acte. Il en va de même pour les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription.

Il convient de préciser que sont pris en charge par le budget de la structure :

- les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévus à l'article L.162.17 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion des médicaments qui ont fait l'objet d'une prescription ;
- les dispositifs médicaux pris en charge au titre I chapitre 3 section 1 de la liste des produits et prestations remboursable (ex TIPS) visée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (bandes, pansements, compresses, coton...) à l'exclusion de ceux qui ont fait l'objet d'une prescription médicale ;
- les matériels concourant à la protection des soignants dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge dans l'acte infirmier.

2.5 – Rapport d’activité :

Les gestionnaires d’appartements de coordination thérapeutique rédigent un rapport annuel d’activité qui est transmis au préfet de département et à la caisse régionale d’assurance maladie de la circonscription administrative dont il relève.

III – MODALITES D’AUTORISATION

Les appartements de coordination thérapeutique sont soumis au régime des autorisations prévu par les dispositions des articles L 313-1 à L 313-9 du code de l’action sociale et des familles.

Ainsi, désormais les projets de création, de transformation ou d’extension d’appartements de coordination thérapeutique sont soumis à autorisation après avis du comité régional de l’organisation sanitaire et sociale (CROSS). Les demandes d’autorisation sont accompagnées d’un dossier justificatif complet dont les éléments constitutifs sont prévus par voie réglementaire.

Les structures bénéficiaires d’un agrément sur le fondement de l’article L 162-31 du code de la sécurité sociale à la date de la publication de la loi de modernisation sociale disposent d’un délai d’un an pour solliciter l’autorisation mentionnée à l’article L.313-1 du code de l’action sociale et des familles à partir de la date de publication de ladite loi.

Afin de permettre, dans les meilleures conditions possibles, une continuité dans leur financement, il apparaît nécessaire de prévoir rapidement un passage en section sociale du comité régional de l’organisation sanitaire et sociale des structures concernées de votre département. A cet effet, il vous est possible de procéder dans les meilleurs délais à la régularisation de l’autorisation de ces structures par une procédure CROSS simplifiée (cf. circulaire DGAS/n°2002-19 du 10 janvier 2002 relative aux dates et aux modalités d’application de la loi rénovant l’action sociale et médico-sociale).

IV – MODALITES DE FINANCEMENT

Jusqu’à ce jour, dans le cadre du dispositif expérimental destiné aux patients atteints par le VIH, l’Etat participait à hauteur de 50% au financement des ACT au titre du chapitre 47-18-20 du ministère de la santé, les autres financements étant principalement assurés par les caisses de sécurité sociale et les collectivités locales.

A la suite de l’entrée en vigueur de la loi de modernisation sociale qui complète l’article L.314-8 du code de l’action sociale et des familles, et du décret du 3 octobre 2002 précité les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique sont désormais, pour les missions prévues ci-dessus, prises en charge par les régimes d’assurances maladie et relèvent à ce titre de l’ONDAM médico-social personne handicapées.

Les conventions précédemment conclues entre les appartements de coordination thérapeutique et les CPAM sont donc aujourd’hui caduques.

Les dépenses d’alimentation restent à la charge des personnes accueillies.

La participation éventuelle des collectivités locales et celle des usagers viennent en diminution de la dotation globale de fonctionnement allouée à ces structures. En application

de l'article 4 du décret susvisé, les personnes hébergées en ACT sont en effet redevables d'un forfait journalier dont le montant ne peut excéder 10% du forfait hospitalier de droit commun. Un arrêté, à paraître très prochainement, fixera le montant de ce forfait.

Les frais liés à l'hébergement des personnes accompagnant une personne atteinte par le VIH / SIDA peuvent être pris en charge par l'Etat, sur le chapitre 47-18 article 20 dans la limite des crédits disponibles, sur la base d'une convention.

A compter de l'exercice 2003, les appartements de coordination thérapeutique obéissent aux règles tarifaires, budgétaires et de financement résultant des dispositions des articles L.134-1 à L.134-8 du code de l'action sociale et des familles.

Dans ce cadre, les dispositions réglementaires en vigueur relatives à la transmission du budget prévisionnel et de ses annexes au préfet et à la caisse régionale d'assurance maladie dans les délais requis soit avant le 1er novembre de l'année précédent l'exercice auquel il se rapporte sont d'ores et déjà applicables (article 3 du décret du 3 octobre 2002 qui renvoie au décret du 24 mars 1988).

Toutefois, compte tenu de la date de parution du décret et de la circulaire sur les ACT, il conviendra pour le budget 2003 d'accorder un délai supplémentaire d'un mois aux établissements pour présenter leur budget, le préfet devant en tout état de cause faire connaître les décisions qu'il envisage de prendre avant le 1er mars.

Le montant de la dotation globale fixée par arrêté est versée par douzièmes par les CPAM du lieu d'implantation de l'établissement (caisse pivot).

Afin d'assurer la répartition de la charge de la dotation globale de financement entre les différents régimes d'assurance maladie, l'établissement doit établir au premier jour de chaque trimestre civil, un tableau indiquant le nombre de personnes prises en charge pour chaque régime et l'adresser à la caisse pivot chargée du versement de cette dotation (art. 5 du décret du 3 octobre 2002 qui renvoie à l'article R.174-10 du code de la sécurité sociale), conformément au modèle type joint en annexe.

V – EVALUATION DU DISPOSITIF

L'évaluation est assurée, au niveau départemental par la DDASS qui se prononce sur la qualité de l'action menée dans l'appartement de coordination thérapeutique, au regard notamment des procédures de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, de son coût et de ses modalités de réalisation, au vu d'un rapport présenté par le gestionnaire et d'une visite sur place effectuée par le médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Conformément à l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles, une évaluation réalisée par un organisme extérieur habilité et selon un cahier des charges fixé par décret est effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. Cette évaluation est également communiquée à l'autorité ayant délivré l'autorisation l'année à laquelle ils se rapportent sans préjudice d'autres sources de financement.

VI – DISPOSITION TRANSITOIRES

Pour 2002, le préfet de département arrête le montant des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie pour les ACT bénéficiaires d'un agrément à la date de publication de la loi 17 janvier 2002 de modernisation sociale, compte tenu des avances des crédits d'Etat du chapitre 47-18 art. 20. A cet effet, l'arrêté préfectoral devra comporter les dispositions suivantes :

- Un premier article fixe la participation de l'assurance maladie. Conformément aux dispositions de l'article 7 du décret, ce montant correspond aux dépenses 2001 du taux d'évolution médico-sociale 2002 (1,779%) et minorées du montant de la participation éventuelle des collectivités locales, de la participation éventuelle de l'Etat à l'hébergement des personnes accompagnantes, du versement éventuel du CNASEA et le cas échéant des dépenses d'alimentation des personnes hébergées.

- Le second article fixe le montant effectivement dû par les caisses : il s'agit du montant obtenu à l'article précédent, diminué du montant de l'avance de l'Etat versé à l'ACT. Les avances éventuellement consenties par la caisse au titre de 2002 feront l'objet d'une régularisation par celle-ci.

La caisse pivot procédera au versement des sommes dues en une seule fois au vu de l'arrêté préfectoral.

A titre d'information, il vous est précisé que le remboursement par l'assurance maladie des avances consenties par l'Etat aux établissements, diminuées des 18 jours dus par l'Etat au titre de la période antérieure à l'entrée en vigueur de la loi, interviendra au niveau national par convention entre la CNAMTS et l'Etat.