

Direction générale de la santé

Direction de l'action sociale

Division sida

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
de l'offre de soins

Bureau 1A

**Circulaire DGS/DIV-sida/DSS/1 A/DAS n° 99-171 du 17 mars 1999
modifiant la circulaire n° 65 du 17 août 1994 relative à la mise en
place d'un programme expérimental de structures d'hébergement
pour personnes malades du sida**

NOR : MESP9930141C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Article L. 162-31 du code de la sécurité sociale ;

Articles R. 162-46 à 162-50, articles D. 162-18 à 162-21 du même code.

Texte modifié : circulaire n° 65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du sida.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale à Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information]); Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]); Mesdames et Messieurs les directeurs des Agences régionales d'hospitalisation (pour information).

L'objet de la présente circulaire est, pour tenir compte de l'évolution récente des thérapeutiques concernant le VIH/sida, et des nouvelles problématiques entraînées au niveau des personnes atteintes – prise en charge précoce, adhésion au traitement, problèmes liés à l'observance et aux effets indésirables – de modifier et compléter la circulaire DSS/DGS n° 65 du 17 août 1994 en en précisant, notamment, le champ d'application et les missions afin que ce programme expérimental réponde aux nouveaux besoins des patients.

1. Champ d'application

1.1. Population accueillie

Les deux paragraphes sont modifiés comme suit :

Ces appartements (ou pavillons) sont destinés à l'accueil des personnes infectées par le VIH, nécessitant une prise en charge médicale et en situation de précarité. Ces personnes isolées, ayant des difficultés financières et sociales, nécessitent un accompagnement continu et permanent, du fait de la maladie et des traitements.

En effet, les stratégies thérapeutiques se sont modifiées depuis 1996 : d'une part, l'utilisation des traitements est plus précoce, d'autre part les médicaments sont plus efficaces mais peuvent être à l'origine d'effets indésirables notables et nécessitent une observance et un suivi très rigoureux.

1.2. *Les associations concernées*

Le 1^{er} alinéa du 2^e paragraphe de la circulaire est modifié comme suit :

Les appartements dits « thérapeutiques », les appartements relais, les lieux de vie existant actuellement peuvent prétendre à l'agrément, après étude par la DDASS des besoins locaux de prise en charge, pourvu que des aménagements soient apportés à leur fonctionnement.

2. Critères de sélection

2.1. *Les missions*

Les missions de la coordination médicale sont complétées par :

- la constitution et le suivi du dossier médical du patient dans le souci de bien appréhender les antécédents médicaux du patient avant son entrée en appartement de coordination thérapeutique ;
- l'aide à l'adhésion thérapeutique et au suivi des traitements.

Les missions de la coordination sociale sont complétées par l'élaboration d'un projet individualisé avec chaque patient.

L'ensemble de l'équipe médico-sociale veille tout particulièrement au suivi des traitements. Cette prise en charge globale des malades accueillis doit s'insérer dans le cadre d'un travail en réseau. En outre, pour orienter son action conformément aux nouvelles problématiques VIH/sida, elle doit bénéficier d'une mise à jour régulière des connaissances par le biais d'actions de formation internes ou externes à la structure.

3. La prise en charge financière

Les parties de ce chapitre concernant les participations de l'Etat et de l'assurance maladie sont actualisées comme suit :

Le financement des appartements de coordination thérapeutique est assuré dans les conditions suivantes :

- l'association gestionnaire doit présenter aux différents financeurs intéressés des documents identiques et faisant apparaître sur un seul état l'ensemble des dépenses et des recettes. Pour 1999, le montant du budget de fonctionnement annuel doit rester dans les limites d'un coût de revient journalier maximum de 476 francs par malade ;
- l'Etat maintient sa participation actuelle à hauteur maximale de 50 % du montant du budget de fonctionnement ainsi défini soit, pour 1999, 238 francs par personne et par jour. Cette part des dépenses prises en charge par l'Etat fait l'objet d'une dotation globale servie par la direction

départementale des affaires sanitaires et sociales après signature de la convention d'expérimentation. Elle est actualisée, chaque année, dans la limite des crédits disponibles ;

- l'assurance maladie, au titre des dispositions de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, prend en charge les dépenses liées à la coordination des soins effectués dans l'appartement (sans interférer avec le remboursement à l'acte des soins ambulatoires, ni des médicaments prescrits) ;
- la rémunération des personnels médicaux et paramédicaux ;
- les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue 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 ;
- tous les dispositifs médicaux pris en charge au titre I^{er} du TIPS (bandes, pansements, compresses, coton...), à l'exclusion de ceux qui ont fait l'objet d'une prescription médicale, ainsi que les matériels concourant à la protection des soignants (gants, masques, charlottes, blouses...) dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge dans l'acte infirmier ;
- à travers un forfait global annuel, actualisé chaque année dans la limite du taux de reconduction des moyens alloués par l'assurance maladie aux établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, qui ne peut faire ressortir un forfait journalier supérieur à 127 francs par malade en 1999.

(Le reste sans changement.)

IV. – ÉVALUATION

Pas de changement

V. – PROCÉDURE D'AGREMENT

Pas de changement de ce chapitre mais l'annexe I de la présente circulaire détaille la liste réactualisée des pièces constituant le dossier de demande d'agrément.

VI. – PROCÉDURE DE RENOUVELLEMENT D'AGRÈMENT

Chapitre nouveau :

Les dossiers relatifs à une demande de renouvellement d'agrément doivent être, également, transmis à la direction générale de la santé (division sida), avec un avis motivé du médecin inspecteur de la santé (après une visite sur place), de la CPAM et du comité de pilotage. Leur contenu type figure en annexe II de la présente circulaire.

Toutefois, cette procédure doit obéir à un calendrier qu'il convient de respecter afin d'éviter tout risque de rupture de prise en charge par les organismes d'assurance maladie qui, sauf dérogation exceptionnelle, ne sont pas fondés à continuer de verser une dotation globale aux ACT après expiration de l'agrément, même dans l'attente d'un renouvellement d'agrément.

Dans ces conditions, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales doivent transmettre à l'administration centrale les dossiers de renouvellement d'agrément au plus tard dans les quatre mois précédant l'expiration de l'agrément (date de la publication au *Journal officiel*).

Vous trouverez en annexe de la présente circulaire les documents à fournir lors des demandes de renouvellement d'agrément.

Pour toute demande de renseignement complémentaire ou toute difficulté liée à l'application de la présente circulaire, vous pouvez contacter : Mme Connan-Clark (Joëlle), bureau DS1, division sida de la direction générale de la santé et de la direction de l'action sociale, tél. : 01-40-56-52-18, télécopie : 01-40-56-56-10 ou 56-20.

Le directeur de la sécurité sociale,
Pour le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale :
Le directeur de l'action sociale,
A.-M. BROCAS

Le directeur général de la santé,
J. MÉNARD

ANNEXE I

APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE DOSSIER DE DEMANDE D'AGRÈMENT

SP 4 435
1182

1. Présentation du gestionnaire : statuts, composition du conseil d'administration, activité, qualification de la personne responsable du projet ;
2. Description détaillée du projet : population accueillie, projet d'établissement, missions et moyens à mettre en œuvre ;
3. Exposé des caractéristiques de l'appartement : implantation, capacité, superficie, confort, conformité aux normes de sécurité, plans ou descriptif des lieux ;
4. Coordination des soins : organisation pratique de la coordination des soins et formalisation des activités du médecin et des personnels paramédicaux, dispositions envisagées pour faciliter l'adhésion et le suivi des traitements, relations avec les services hospitaliers, les secteurs de psychiatrie, les réseaux, les médecins libéraux, interventions des services à domicile dans l'appartement ;
5. Coordination sociale : organisation pratique de la coordination sociale et formalisation des activités des différents personnels, relations avec les services sociaux polyvalents ou spécialisés, prise en charge des enfants, facilités pour l'accès aux droits, intervention des aides ménagères ou d'autres prestations à domicile, rôle des bénévoles, modes d'insertion envisagés, organisation du suivi à la sortie ;
6. Descriptif des moyens de l'évaluation : objectifs, formalisation du rôle des personnels, activités mises en œuvre pour répondre à chaque objectif, modalités d'appréciation des résultats (tant sur le plan thérapeutique que financier), indicateurs retenus ;
7. Règlement intérieur ;
8. Un tableau des emplois avec les rémunérations par poste ;
9. Dépenses et recettes prévisionnelles en année pleine faisant apparaître en annexe un récapitulatif des dépenses liées à la coordination médicale :
 - frais pharmaceutiques (se reporter à la définition P. 4) ;
 - petit matériel médical (se reporter à la définition P. 4) ;
 - rémunération du personnel médical et paramédical ;
10. Engagement écrit des différents cofinanceurs locaux (ou compte rendu du comité de pilotage où les différents partenaires se sont engagés à financer le projet) ainsi qu'une évaluation des participations des résidents.

ANNEXE II

APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE DOSSIER DE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'AGRÈMENT

Ces dossiers doivent comporter :

1. Les rapports d'activité des trois dernières années de fonctionnement de la structure ou établis depuis la date d'ouverture de l'ACT si ce dernier a ouvert très tardivement après la date d'agrément. Il est souhaitable que ces rapports d'activité comportent des indicateurs communs portant notamment sur : le tableau des emplois, les qualifications, le temps de travail et les activités des personnels (notamment la formalisation des activités du personnel médical et paramédical), les entrées et les sorties des malades accueillis, le taux d'occupation de la structure pour chaque année considérée, des précisions sur l'évolution de l'état de santé des malades, les traitements à l'entrée et durant le séjour en ACT, les problèmes d'adhésion et de suivi des traitements, les pathologies intercurrentes, les actions d'ordre médical et social mises en œuvre pour les patients, le fonctionnement général de la structure, le devenir des patients ;
2. Un état comparatif entre les prévisions et les réalisations budgétaires depuis l'ouverture de la structure. Tout changement notable dans l'évolution des dépenses et des recettes devra être justifié ;
3. Les dépenses et recettes prévisionnelles détaillant les différents postes et leur coût ;
4. L'avis détaillé de la DDASS (après une visite sur place), de la CPAM et du comité de pilotage sur l'adéquation de l'activité de la ou des structures considérées aux besoins des patients et aux missions de cette action expérimentale.