

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

SP 4 41
986

NOR : SANP0230601C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

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 août 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 août 1994.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à
Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ;
Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information)

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. 162-18 à 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 coordination thérapeutique sont donc devenus des institutions médico-sociales financées par l'assurance maladie depuis les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et n° 2002-73 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 psychosociale.

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. - MODALITÉS 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 le 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 (ascenseurs, 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 oeuvre 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 liées à des besoins spécifiques de certaines personnes hébergées en fonction de l'évolution de leur état de santé. Ces soins seront pris en charge à titre individuel dans le cadre du droit commun et feront 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 remboursables (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'appartement 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. - MODALITÉS 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 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, elles 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 n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale).

IV. - MODALITÉS DE FINANCEMENT

Jusqu'à ce jour, dans le cadre du dispositif expérimental destinés aux patients atteints par le VIH, l'Etat participait à hauteur de 50 % au financement des ACT ces structures 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 territoriales locales.

A la suite de l'entrée en vigueur de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 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'assurance maladie et relèvent à ce titre de l'ONDAM médico-social personnes 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 ou territoriales et de 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. 134-8L. 314-1 à L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Dans ce cadre, les dispositions réglementaires en vigueur relatives à la transmission du budget prévisionnel 2003 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 (art. 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 versé par douzièmes par la 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. - ÉVALUATION 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. - DISPOSITIONS 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 n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, compte tenu des avances des crédits d'Etat du chapitre 47-18 article 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 actualisées 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 dix-huit 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.

Le tableau ci-joint retrace pour chaque structure gestionnaire, le montant des dépenses inscrites au budget 2001 auquel a été ajouté, le cas échéant, l'extension en année pleine des mesures nouvelles 2001, actualisées du taux d'évolution du secteur médico-social personnes handicapées pour 2002, et notifie aux préfets de région l'enveloppe régionale 2002 correspondante.

Pour toute demande d'information complémentaire ou difficultés éventuelles liées à l'application de cette circulaire, vous pouvez contacter : Mme Joly (DGS, bureau lutte contre le VIH : 01-40-56-74-24) ou Mme Beaux (DGAS, 01-10-46-86-95).

Le sous-directeur,
sous-direction santé et société,
B. Basset

Notification des dépenses médico-sociales des appartements de coordination thérapeutique pour 2002

RÉGIONS	DEP.	STRUCTURES	CAPACITÉS			
			Malades	Accompagnants	DÉPENSES 2001 réalisées	NOTIFICATION des dépenses 2002
					A	B = A x 1,779 %
Alsace	67	GALA	10		259 712	264 332
Total Alsace			10		259 712	264 332
Aquitaine	33	Habit et soins	12		294 634	299 876
Aquitaine	64	Arsa	6		214 949	218 773
Aquitaine	64	Sid'avenir	5		164 444	167 369
Total Aquitaine			23		674 027	686 018
Bourgogne	21	Fedosad	4		122 664	124 846
Total Bourgogne			4		122 664	124 846
Champagne-Ardennes	8	Mutualité	3		76 389	77 748
Champagne-Ardennes	10	Aides	3		48 700	49 566
Total Champagne			6		125 089	127 314
Haute-Normandie	76	AHARTS	6		180 566	183 780
Total Haute-Normandie			6		180 568	183 780
Ile-de-France	75	Cité Saint-Martin	13	8	491 991	500 744
Ile-de-France	77	Accueil et héber	6		150 287	152 960
Ile-de-France	78	Info soins	6		163 032	165 932
Ile-de-France	91	Diagonale	21		264 800	269 511
Ile-de-France	92	Initiatives	16		591 231	601 749
Ile-de-France	92	Trait d'union	12		325 970	331 769
Ile-de-France	92	Altair	16		549 520	559 296
Ile-de-France	92	Relais par/enf	3	3	98 337	100 087
Ile-de-France	93	MAAVAR	9		170 353	173 384
Ile-de-France	93	Aprae	9		261 747	266 404
Ile-de-France	93	Hab et soins	6	8	304 103	309 513
Ile-de-France	93	Cité myriam	10		236 227	240 430
Ile-de-France	93	Emmaüs alter	7		200 118	203 679
Ile-de-France	94	Hab et soins	9		255 875	260 427
Ile-de-France	94	Alternat'hiv	10		188 358	191 709
Ile-de-France	95	Loginter	17		464 223	472 481
Ile-de-France		Cordia	18		538 119	547 692

Ile-de-France		Habit et soins	18		500 479	509 383
Ile-de-France		Abritoit	5	6	243 764	248 101
Ile-de-France		Diaconesses	8		233 962	238 124
Ile-de-France		Fond Cognac Jay	8		229 301	233 381
Ile-de-France		Charonne	6		145 251	147 835
Ile-de-France		Aurore	16	3	500 279	509 179
Ile-de-France		SOS confluences	8		216 721	220 576
Ile-de-France		Maavar	15		426 880	434 474
Ile-de-France		La Rose des Vents	9		258 947	263 553
Total Ile-de-France			281	28	8 009 874	8 152 370
Languedoc-Roussillon	11	ARBOR	5		132 815	135 178
Languedoc-Roussillon	30	SOS lou canton	9		186 699	190 020
Languedoc-Roussillon	34	AERS	8		203 178	206 792
Total Languedoc			22		522 692	531 990
Midi-Pyrénées	31	Samarie	10		329 474	335 335
Midi-Pyrénées	65	PAGE	4		115 233	117 283
Total Pyrénées			14		444 707	452 618
PACA		Aides provence	2		43 283	44 053
PACA	6	Habit et soins	9		231 002	235 111
PACA	13	Hab et s MARTI	6		162 756	165 652
PACA	13	Hab et soi mars	15		351 730	357 987
PACA	13	HAS	14	10	408 636	415 905
PACA	83	Olvia var	5		96 463	98 179
Total PACA			51	10	1 293 869	1 316 887
Pays de Loire	44	Amitié sida	4		101 240	103 041
Total Pays de Loire			4		101 240	103 041
Rhône-Alpes	28	L'escale	8	1	140 749	143 253
Rhône-Alpes	73	Aides dauph savoie	3		73 700	75 011
Rhône-Alpes	74	4s	5		126 754	129 009
Total Rhône-Alpes			16	1	341 203	347 273
Guadeloupe	971	ARVHG	4		71 671	72 946
Réunion	974	Sida solid	4		109 509	111 457
		Totaux	445	39	12 256 825	12 474 874