

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
02/02/90

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES et MM les Médecins-Conseils Régionaux
MMES et MM les Médecins-Conseils Chefs de Service
des Echelons Locaux

M le Médecin Chef de la Réunion

Réf. :
CABDIR n° 44/90

Plan de classement :
2440

Objet :

REVISION DES NORMES D'AGREMENT DES ETABLISSEMENTS D'EDUCATION SPECIALE POUR ENFANTS HANDICAPES - DECRET N° 89/798 DU 27 OCTOBRE 1989 - REMPLACANT LES ANNEXES XXIV, XXIV BIS ET XXIV TER DU DECRET DU 9 MARS 1956 - CREANT UNE NOUVELLE ANNEXE CONCERNANT LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ENFANTS OU ADOLESCENTS POLYHANDICAPES.

La circulaire analyse les nouvelles dispositions réglementaires de manière à souligner les difficultés éventuelles d'application et à orienter les avis des Caisses émis soit lors des CRISMS, soit lors de la procédure budgétaire.

Pièces jointes :

1

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Mme FULLER

Dr VEDRINE

Téléphone :

42 - 79 - 32 - 18

42 - 79 - 34 - 41

@

02/02/90

Origine :
CAB

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES et MM les Médecins-Conseils Régionaux

MMES et MM les Médecins-Conseils Chefs de Service
des Echelons Locaux

M le Médecin Chef de la Réunion

N/Réf. : CAB n° 044/90

Objet : Révision des normes d'agrément des établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés - Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 9 mars 1956.

Par circulaire CNAMTS n° 32/88 du 21 juin 1988, je vous ai adressé le décret n° 88-423 du 22 avril 1988 remplaçant l'annexe XXIV quater au décret du 9 mars 1956 modifié par deux annexes concernant les conditions techniques d'autorisation :

- des établissements et services prenant en charge des enfants atteints de déficience auditive grave (annexe XXIV quater),
- et des établissements et services prenant en charge des enfants atteints de déficience visuelle grave ou de cécité (annexe XXIV quinquies).

Ce décret a refondu un texte datant de 1970 en vue :

- de réactualiser les conditions obsolètes de fonctionnement de ces établissements au demeurant peu nombreux (153 sur 2 904 structures d'éducation spéciale),
- et de favoriser le maintien des jeunes handicapés dans un cadre ordinaire de vie.

La parution de ce texte a entraîné la caducité des normes régissant tous les autres établissements de l'annexe XXIV. En conséquence il devenait impératif de la modifier.

Le décret joint en annexe 1 parachève la révision des annexes du décret de 1956 modifié, entreprise en 1988, et comprend trois textes qui visent :

- à refondre l'annexe XXIV générale destinée aux établissements et services accueillant des enfants et adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés,
- à regrouper au sein d'une annexe XXIV bis les structures recevant à la fois des handicapés moteurs et infirmes moteurs cérébraux. Cette nouvelle annexe se substitue ainsi aux annexes XXIV bis et ter du décret de 1956,
- à créer une annexe XXIV ter pour les établissements prenant en charge des enfants et adolescents polyhandicapés, clientèle qui n'était visée jusqu'à présent que par la circulaire ministérielle n° 86-13 du 6 mars 1986 relative à l'accueil des enfants et adolescents présentant des handicaps associés.

Cette réforme s'attache à :

- réactualiser les conditions d'agrément des établissements selon la nature des handicaps dont sont atteints les enfants et à favoriser notamment l'accueil des enfants et adolescents polyhandicapés,
- développer, en offrant un support réglementaire précis toutes les structures ou initiatives permettant le maintien des enfants et adolescents handicapés en milieu ordinaire de vie (domicile, établissement d'enseignement...).

Il convient de souligner en effet que ces textes donnent une base juridique officielle à l'intégration scolaire mise en oeuvre jusqu'à présent par de simples circulaires ministérielles (29 janvier 1982 et 10 janvier 1983).

- renforcer la coordination des actions autour de l'enfant et de l'adolescent handicapé en permettant aux établissements de passer des conventions tant avec les professionnels de santé libéraux, les autres

institutions de soins (hôpitaux, secteurs psychiatriques, autres structures médico sociales...), ainsi que l'Education Nationale.

- associer les familles dans l'élaboration et le suivi des projets thérapeutiques individuels de chaque enfant.

Avant d'appréhender le rôle des Caisses, il m'a paru opportun de présenter les grandes lignes directrices de ces textes en attirant votre attention sur les aspects susceptibles d'entraîner des dérives financières allant à l'encontre du principe de neutralité financière dans lequel s'inscrit cette réforme.

I - LES GRANDES LIGNES DE LA REFORME

A) LES MISSIONS DES ETABLISSEMENTS SONT DIVERSIFIEES ET LEURS ACTIONS ETENDUES

Afin de répondre à leurs nouvelles missions d'intégration familiale sociale, scolaire et professionnelle, les établissements devront désormais :

1) Mobiliser les moyens existants (personnel, matériel...) et définir des nouvelles techniques éducatives qui permettront aux handicapés de réussir dans toute la mesure du possible et en fonction du handicap dont ils sont atteints, leur insertion sociale.

2) Diversifier leur organisation

a) en fonction de la nature des handicaps de la population accueillie

Les différentes activités des établissements seront regroupées au sein de sections qui feront l'objet d'un agrément spécifique et varieront en fonction de la nature du handicap principal et des handicaps associés.

b) en fonction des activités poursuivies par l'établissement

La prise en charge de l'enfant doit désormais être globale et continue aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements.

Pour ce faire, l'établissement recentrera ses activités internes et développera à l'extérieur ses actions auprès de la famille et de l'entourage habituel des enfants et adolescents handicapés.

Les établissements pourront créer en leur sein :

trois voire quatre sections dans les structures accueillant des déficients intellectuels et des déficients moteurs :

- une section d'éducation et d'enseignement spécialisé destinée aux enfants qui ne peuvent momentanément ou durablement être pris en charge par des services d'éducation spéciale et de soins à domicile,
- une section de première formation professionnelle dont l'objectif est la préparation à l'un des diplômes délivrés par l'Etat,
- une section pour jeunes déficients moteurs ou intellectuels avec handicaps associés.

Des actions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques particulières seront définies individuellement et s'effectueront éventuellement en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés si nécessaire.

- une section de préparation à la vie sociale pour les seuls adolescents présentant une déficience motrice et qui, en raison de la gravité de leur handicap, ne pourront envisager une insertion professionnelle même en milieu de travail protégé.

Ils pourront prolonger leur activité interne à l'extérieur et notamment :

Auprès de la famille, au domicile, dans les crèches, écoles, lycées... Ces interventions seront assurées par les services de soins et d'éducation spécialisée à domicile dont les missions de prise en charge précoce de l'enfant et surtout d'intégration scolaire et sociale revêtent désormais un caractère réglementaire.

Par ailleurs, l'annexe concernant les établissements et services pour déficients moteurs maintient, à titre dérogatoire, les autorisations qui avaient été accordées à quelques uns d'entre eux de continuer à suivre et à soigner jusqu'à l'âge de 25 ans les jeunes adultes devant poursuivre des études universitaires.

Ils pourront poursuivre leur mission interne et externe auprès des adolescents après leur sortie

Ainsi ils assureront pendant 3 ans auprès du jeune handicapé un accompagnement en vue de faciliter son insertion sociale et professionnelle (exemple : aide aux démarches, etc...).

A noter que ces services de suite ne peuvent en aucune mesure être confondus avec des appartements thérapeutiques qui auraient pour objectif eux aussi de faciliter une insertion sociale et professionnelle.

B) LES MODES D'ACCUEIL ET LES LIEUX D'IMPLANTATION DES ETABLISSEMENTS PEUVENT ETRES ECLATES

Possibilité est donnée aux établissements de développer des formules d'hébergement distinctes du lieu de traitement.

Ainsi, alors que ces structures fonctionnent principalement en internat et semi-internat, elles pourront désormais assurer l'hébergement des jeunes qu'elles traitent, soit dans des centres de placements familiaux spécialisés, soit dans des internats gérés par les établissements ou par d'autres organismes.

Sans remettre en cause l'intérêt thérapeutique que peut présenter cette formule, l'éclatement du lieu de soins et d'hébergement peut faire craindre en revanche que l'Assurance Maladie ne soit amenée à prendre en charge les frais d'hébergement d'enfants, par ailleurs non traités dans l'établissement de soins, frais qui ne relèvent pas de sa compétence, mais de celle des Conseils Généraux.

II - ROLE DES CAISSES

A) ACCOMPAGNEMENT DE LA REFORME DE RECONVERSION

1) Recensement des équipements à reconvertir

La mise en conformité des institutions existantes par rapport aux nouveaux textes à intervenir dans un délai de deux ou trois ans selon les cas, ainsi que l'ouverture vers l'extérieur d'établissements qui ont jusqu'à présent fonctionné en internat et demi-internat, supposent que chaque région procède au préalable à un recensement des équipements existants.

Pour ce faire, il est nécessaire que les organismes d'Assurance Maladie :

- quantifient les établissements à reconvertir,
- étudient leurs possibilités de reconversion en fonction notamment des structures ambulatoires existantes et ce afin d'éviter la création de structures concurrentielles dans un même domaine d'intervention (CAMSP, SSESD).

2) Etapes d'intervention des Caisses

L'accompagnement de la réforme se concrétisera :

- au moment de la mise en place de schémas départementaux et régionaux qui permettront notamment de recenser les besoins en matière de prise en charge des enfants et adolescents handicapés et auxquels les organismes d'Assurance Maladie participeront dans toute la mesure du possible.
- lors du passage en CRISMS

Les créations et reconversions étant examinées au sein des CRISMS, les CRAM devront à partir du recensement des structures existantes et de leur connaissance budgétaire :

- veiller à la complémentarité des équipements,
 - s'assurer du redéploiement des effectifs et des moyens ainsi que le prévoient les circulaires d'application aux annexes,
 - inciter à la révision des capacités de fonctionnement des structures les moins performantes,
 - s'attacher à ce que les créations de SSESD autonomes demeurent exceptionnelles.
- Au moment des autorisations qui seront délivrées par les Pouvoirs Publics
Celles-ci doivent être conformes aux nouveaux textes dans le cas contraire elles pourraient juridiquement être contestées.
 - Chaque année lors de l'examen des budgets

Les budgets transmis aux CRAM, pour avis, seront le reflet des autorisations et des agréments délivrés pour chacun des établissements et services.

Ainsi, la réorganisation en sections (d'enseignement général ou professionnel) et services (SSESD, PFS, CAPSP) devra se traduire par l'élaboration, par les établissements, de budgets annexes ainsi que le prévoit le décret n° 88-279 du 24 mars 1988.

3) Conséquences pratiques de la réforme

- Modification des conventions :

La reconversion des établissements d'éducation spéciale et leur mise en conformité avec les nouveaux textes nécessitera éventuellement une révision des conventions régissant les relations des établissements avec les organismes d'Assurance Maladie.

Dans ce cadre, les CRAM devront s'attacher à ce que figure dans les nouvelles conventions, la transmission :

- des accords (conventions ou autres modalités) conclus entre les établissements, les services et les autres institutions existantes (structures hospitalières, CAMSP, centres de rééducation fonctionnelle, CMPP, institutions du secteur de psychiatrie infanto-juvénile), ainsi que ceux passés avec les autorités universitaires dans le cadre de l'accueil des jeunes Infirmités Motrices Cérébrales en université.

Cette transmission devrait permettre aux CRAM d'éviter les problèmes des doubles prises en charge (exemple : intervention de personnel du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans des établissements où est déjà rémunéré du personnel de psychiatrie).

- du projet de l'établissement qui sera rapprocher du budget présenté et du rapport du Directeur.
- Modification des informations contenues dans le Fichier Régional des Etablissements et dans le Système d'Analyse Budgétaire PRISMES.

Il est en effet impératif que les CRAM mettent à jour, au fur et à mesure des diverses autorisations qui seront délivrées, les informations contenues dans les différents systèmes mis à leur disposition : Fichier Régional des Etablissements, Système d'Analyse Budgétaire PRISMES.

B) VIGILANCE QUANT AU RESPECT DE LA NEUTRALITE FINANCIERE

Toute mise en conformité des institutions existantes avec les nouveaux textes ainsi que toute création doivent s'effectuer par redéploiement des moyens existants dans le cadre d'une enveloppe globale inchangée.

Ce rappel du principe de neutralité financière est primordial pour l'Assurance Maladie dans la mesure où l'évolution des dépenses du Régime Général consacrées à l'ensemble des établissements d'éducation spéciale (+ 13,83 % entre 1986 et 1988 dont 6,44 % entre 1987 et 1988) est plus importante que celle constatée dans le secteur hospitalier public ou privé.

Aussi, les organismes d'Assurance Maladie devront être vigilants dès lors qu'il y aura notamment :

- la création de SSESD autonomes

En effet, les SSESD autonomes dont les coûts de structure peuvent s'avérer plus élevés que ceux gérés par les établissements risquent, dans le cadre d'une enveloppe contingentée, d'immobiliser les moyens nécessaires aux établissements existants pour se redéploier vers l'extérieur.

- l'hébergement de jeunes handicapés dans des internats extérieurs à l'établissement d'accueil

Afin de ne pas augmenter artificiellement la capacité d'internat des établissements d'éducation spéciale et de ne pas étendre la prise en charge de l'Assurance Maladie, il serait nécessaire que :

- l'hébergement éclaté soit limité, non pas à la capacité globale de l'établissement, mais à celle de la capacité d'internat autorisée à dispenser le traitement,
- les "transferts d'hébergement" effectués dans le cadre du projet pédagogique éducatif et thérapeutique soient portés à la connaissance de l'Assurance Maladie afin d'une part, d'éviter les doubles prises en charge en cas d'hébergement dans un autre établissement médico-social et d'autre part, de permettre de s'assurer que l'hébergement dans un établissement purement social est médicalement justifié. A cet effet, la CDES doit se prononcer sur l'autorisation médicalement justifiée de prise en charge éclatée. Ceci doit être clairement inscrit sur la décision de CDES.

Dans tous les cas les frais correspondant sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans le seul cadre du forfait global versé à l'établissement d'éducation spéciale.

Il est recommandé de veiller à ce que les enfants ne soient pas hébergés dans des structures pour adultes.

Il convient de souligner que cet hébergement éclaté est susceptible d'entraîner une augmentation des frais de transport résultant du déplacement entre le lieu de soins et celui d'hébergement, la clientèle concernée relevant dans sa presque totalité de l'article L 324-1 (affections de longue durée).

- l'accueil de jeunes handicapés moteurs dans des établissements universitaires.

Dans ce cas, les établissements d'éducation spéciale devront passer des conventions avec l'Education Nationale afin de préciser les obligations financières réciproques.

Je vous prie de bien vouloir me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application des présentes dispositions en prenant contact,

- au plan administratif :
avec Madame FULLER - Tél : 42.79.32.93
- au plan médical :
avec Docteur VEDRINE - Tél : 42.79.34.41

Gilles JOHANET

PJ : Décret n° 89-798 du 27/10/89