

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

08/07/99

Origine :

DGR

MMES et MM les Directeurs

- . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- . des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs

- . des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- . des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

(pour information)

Réf. :

DGR N° 50/99

Plan de classement :

244					
-----	--	--	--	--	--

Objet :

APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE POUR LES MALADES ATTEINTS DU SIDA

Circulaire 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

Participation de l'Assurance Maladie au financement des appartements de coordination thérapeutique destinés aux personnes infectées par le VIH

Annexe I et II non intégrées dans la Base

Pièces jointes :

0	4
---	---

Liens :

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

Date de Réponse :

DOS/HMS/Raymonde WARTEL

01.42.79.31.91

Direction Déléguée aux Risques

MMES et MM les Directeurs

08/07/99

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :

DGR

(pour attribution)

MMES et MM les Directeurs

. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
. des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

(pour information)

N/Réf. : DGR n° 50/99

Objet : Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) pour les malades atteints du sida

L'attention des caisses est appelée sur la *circulaire ministérielle n° 99/171 du 17 mars 1999* qui modifie la *circulaire n°65 du 17 août 1994* relative à la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes infectées par le VIH.

Cette instruction des pouvoirs publics modifie la Convention de règlement des prestations légales à intervenir entre les caisses primaires et les associations gestionnaires d'appartements de coordination thérapeutique qui avait fait l'objet de la lettre circulaire du 30 mars 1995 référencée DESMES SR/PA n°410/95.

Les Administrateurs de la CNAMTS lors de l'examen de projets de création ou de renouvellement des agréments d'appartements de coordination thérapeutique avaient déploré le manque de transparence des associations sur le plan de la gestion budgétaire.

Aussi, avait-il été demandé une clarification des règles de gestion applicables à ces structures.

A cet effet, la circulaire ministérielle prévoit que désormais chaque structure doit présenter un dossier d'agrément où figure le budget prévisionnel, ainsi que pour les renouvellements, la réalisation budgétaire année par année pour rendre compte de l'évolution des dépenses et des éventuels changements intervenus.

Les dispositions figurant dans la circulaire ministérielle du 17 mars 1999 arrêtées au plan national entre les services ministériels et la CNAMTS précisent en outre l'évolution des thérapeutiques concernant le SIDA et les nouvelles problématiques entraînées au niveau des personnes atteintes : prise en charge précoce, adhésion au traitement, problèmes liés à l'observance et aux effets indésirables des nouvelles thérapeutiques.

Afin de prendre en compte ces nouvelles données , les modifications suivantes interviennent dans le champ d'intervention et dans les missions des appartements de coordination thérapeutique.

1. LE TYPE DE POPULATION ACCUEILLIE :

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/ou sociales, nécessitent un accompagnement continu et permanent, du fait de la maladie et des traitements.

2. LES MISSIONS DES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE

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 des connaissances par le biais d'actions internes ou externes à la structure.

3. LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

Les participations de l'Etat et de l'Assurance maladie sont actualisées comme suit :

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 F par malade :

L'Etat maintient sa participation actuelle à hauteur maximale de 50% du montant du budget de fonctionnement ainsi défini soit pour 1999, 238F 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). Sur la base d'un forfait journalier de 127 F maximum par malade en 1999 qui comprend :

- 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 du T.I.P.S (bandes, pansements compresses, coton...) à l'exclusion de ceux qui ont fait l'objet d'une prescription médicale individuelle, 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.

Cette prise en charge intervient sous forme d'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. Ce forfait est versé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu d'implantation de l'appartement.

4. LES PROCEDURES D'AGREMENT ET DE RENOUVELLEMENT DES ACT

4.1. La procédure de demande d'agrément

Le contenu du dossier de demande d'agrément qui doit être transmis par l'association gestionnaire à la Division SIDA de la Direction Générale de la Santé figure en annexe I de la circulaire ministérielle

Par rapport au précédent " dossier type " il est complété :

- en ce qui concerne la coordination des soins par l'adhésion du malade et le suivi des traitements et,

s'agissant de la coordination sociale par du suivi individualisé du malade notamment lors de sa sortie.

Ces deux éléments contribuent à la prise en charge du malade compte tenu de l'évolution des thérapeutiques .

4.2La procédure de renouvellement d'agrément

La circulaire ministérielle introduit une procédure nouvelle de renouvellement d'agrément qui doit être mise en œuvre au plus tard dans les quatre mois précédant l'expiration de l'agrément.

Cette procédure de renouvellement d'agrément prévoit un avis motivé de la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de la structure qui verse la dotation.

A cet effet, j'appelle votre attention sur les documents qui doivent constituer le dossier de l'association notamment en ce qui concerne l'activité de la structure et de son fonctionnement ainsi que les éléments budgétaires. Le dossier type de demande de renouvellement d'agrément est indiqué à l'annexe 2 de la circulaire ministérielle.

Il appartiendra à la caisse, au vu de ces éléments, de se prononcer sur l'adéquation de la population accueillie aux missions de l'action expérimentale et à la poursuite ou non de cette action expérimentale.

A cette fin, vous voudrez bien trouver à l'annexe II, un modèle de présentation des données budgétaires qui doivent dorénavant être fournies par la structure gestionnaire de l'ACT dans le cadre de cette nouvelle procédure.

Par voie de conséquence, la convention type portant couverture forfaitaire des dépenses de soins à conclure entre la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie intéressée par la mise en œuvre du dispositif, qui vous avait été communiquée par lettre circulaire DESMES SR/PA n°410/95 du 30 mars 1995, est modifiée compte tenu des novations introduites par la circulaire ministérielle du 17 mars 1999 (cf annexe III). Il conviendra donc de vous assurer de l'information des structures concernées, sur les dispositions contenues dans cette nouvelle convention type et de prendre toutes dispositions utiles pour mettre, d'ici la fin de l'année 1999, les conventions actuelles en conformité avec ce texte.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés rencontrées dans l'application de ces dispositions.

CONVENTION DE REGLEMENT DES PRESTATIONS LEGALES

Entre

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de
Représentée par son Directeur,

D'une part,

Et :

L'Association
Gestionnaire de la structure Sise
Représentée par

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE I

OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les conditions dans lesquelles la Caisse Primaire d'Assurance maladie de.....participe à la prise en charge, au titre des prestations légales, des soins et services fournis par l'Association aux malades infectés par le virus du SIDA hébergés au sein de....., dont l'agrément , conformément à l'article L 162.31 du code de la sécurité Sociale a fait l'objet d'un arrêté ministériel en date du paru au Journal Officiel du.....

ARTICLE II

CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Sont susceptibles de bénéficier de la présente convention, les personnes infectées par le VIH, nécessitant une prise en charge médicale et en situation de précarité, qu'elles bénéficient ou non d'un régime obligatoire de protection sociale , ou sans aucune couverture sociale, hébergés au sein de....., dans les conditions et modalités définies ci-après.

ARTICLE III

ROLE DE L'ASSOCIATION

“ A développer en fonction des particularités de chaque association ”

Exemple :

L'Association.....dans le cadre de l'accueil médico-social des malades et conformément à son statut, s'engage à assurer aux bénéficiaires visés à l'article 2 :

- l'accueil
- l'hébergement
- l'accompagnement
- le soutien

ARTICLE IV

GESTION ET ORGANISATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT

1) Statut et règlement intérieur : "à développer en fonction des particularités de chaque association "

Exemple :

La structure est gérée par l'Association.....régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Cette association a un Conseil d'Administration composée de membres, chargé de l'approbation et du suivi des différentes activités de ladite Association, et notamment de celles exercées par.....

La structure possède son propre règlement intérieur. Ce dernier décrit les modalités de fonctionnement, d'organisation des services, les locaux, la capacité d'accueil de cette structure , limitée àplaces.

Il comporte la liste du personnel salarié en fonction , accompagnée de sa qualification, des modalités de son intervention, ainsi que les noms des responsables.

Le règlement intérieur ainsi que le statut de l'association sont communiqués à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de.....

Toute modification apportée au statut de l'Association et/ ou au règlement intérieur est portée à la connaissance de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.....dans le délai de 15 jours par lettre simple.

Ces documents sont tenus à la disposition des autres organismes participant au financement de la structure.

2) Les prestations fournies

La structure.....assure notamment une coordination médico-sociale auprès des personnes hébergées visées à l'article 2.

Dans le cadre de cette fonction, la structure est en mesure d'apporter une réponse pour l'ensemble des activités suivantes :

a) Encadrement médical

- gestion du dossier médical,
 - coordination des soins (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes,)
- relations avec les différents prescripteurs,
- éducation à la prévention,
- soutien psychologique du personnel et des malades,
- prise en charge éventuelle de la toxicomanie
- la constitution et le suivi du dossier médical du patient dans le souci de bien appréhender les antécédents du patient avant son entrée en appartement de coordination thérapeutique
- l'aide à l'adhésion et au suivi des traitements

b) Substitution à la carence familiale et soutien

- les rendez-vous et suivi
- accompagnement lors de déplacements
- suivi de l'observance thérapeutique
 - accès aux droits et facilitation des démarches administratives conseils alimentaires

- l'élaboration d'un projet individualisé avec chaque patient

c) Respect des conditions de sécurité

- élimination des déchets, traitement du linge
- relations avec le voisinage

ARTICLE V

FORMALITES ADMINISTRATIVES

A l'admission du malade, le responsable administratif de la structure.....

- vérifie l'ouverture des droits de l'intéressé au vu de sa carte d'assuré social
- établit une fiche d'admission quel que soit le régime d'Assurance maladie

Il adresse chaque année un état sur 12 mois, comportant l'identité, le numéro d'immatriculation, l'adresse et le régime d'affiliation de l'ensemble des personnes hébergées relevant d'un régime de protection sociale, au service médical placé près de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Il adresse également à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie susvisée, le tableau récapitulatif des entrées figurant en annexe I de la présente convention.

Il accompagne le malade sans protection sociale dans ses démarches nécessaires à l'ouverture de ses droits ou la régularisation du dossier (transmission des informations sur l'état-civil, les périodes de chômage....)

ARTICLE VI

CONTENU DU FORFAIT

L'Assurance maladie participe au titre de ses prestations légales à la prise en charge des dépenses occasionnées par le fonctionnement de la structure.....

La participation financière de la Caisse Primaire d'Assurance maladie.....s'entend sur la base d'un forfait journalier par malade hébergé, sans interférer avec le remboursement à l'acte des soins ambulatoires ni des médicaments prescrits pour ces mêmes malades.

Entrent dans le cadre du forfait servi par la Caisse Primaire , à l'exclusion de toutes autres prestations, les catégories de dépenses suivantes :

- 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 du T.I.P.S. (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.
- Rémunération du personnel médical salarié attaché à la structure
- Rémunération du personnel paramédical salarié attaché à la structure (infirmiers, aides - soignants, psychologues ,agents des services hospitaliers) .

Le montant du forfait ne pourra excéder 127F au cours du premier exercice budgétaire. Il sera ensuite actualisé chaque année dans les limites du taux directeur applicable pour les établissements médico-sociaux.

Il est entendu que le personnel salarié par l'association ne peut bénéficier d'une rémunération à titre libéral pour les actes effectués au profit des malades de la structure qui a reçu l'agrément.

En cas de non respect de cette disposition , la CPAM de.....peut dénoncer sans délai la convention par dérogation aux modalités prévues à l'article 10 de la présente convention.

ARTICLE VII

FIXATION ET PAIEMENT DU FORFAIT ANNUEL

La participation de la Caisse Primaire d'Assurance maladie defait l'objet , sur la base de l'article 6 de la présente convention, d'une première détermination de forfait annuel par le Ministre chargé des Affaires Sociales, de la santé et de la Ville ; puis par le représentant de l 'Etat dans le département pour les années suivantes.

S'il est constaté que le taux moyen d'occupation sur deux ans est inférieur à 80%, le budget prévisionnel et le montant du forfait annuel à la charge de la Caisse Primaire d'Assurance maladie de seront réduits en proportion.

Les gestionnaires de la structure..... transmettent chaque année, au plus tard le 15 octobre , le budget prévisionnel de fonctionnement pour l'année N+1 et le compte d'exploitation de l'année N-1 à la Caisse Primaire d'Assurance maladie de.....et au Préfet de département. Ces documents sont tenus à la disposition des autres organismes participant au financement de la structure.

L'association.....est responsable de l'exécution du budget qui lui est signifié pour la structure..... Elle s'engage à couvrir sur ses fonds propres les suppléments de dépenses sortant du cadre du budget alloué.

La Caisse Primaire d'Assurance maladie de.....n'effectuera en aucun cas de règlement destiné à pallier une insuffisance de moyens ou un déficit comptable.

Le versement de la dotation est assuré trimestriellement par la Caisse primaire d'Assurance maladie de.....

ARTICLE VII BIS

REPARTITION DES CHARGES

Les dépenses forfaitaires de soins sont supportées par les différents régimes d'Assurance Maladie à prorata du nombre d'assurés relevant de chacun d'entre eux.

A cet effet, la CPAM.....adresse à chacun des autres organismes payeurs, signataires de la Convention, un relevé reprenant l'ensemble des indications portées sur le tableau récapitulatif prévu à l'article V et portant mention des sommes à lui reverser.

ARTICLE VIII

EVALUATION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES ACTIONS

Avant le 15 octobre de chaque année, les gestionnaires de la structure présentent une évaluation de leur activité, sous la forme d'un rapport comprenant notamment la description des actions développées, des modalités de leur réalisation et leurs coûts, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie....., au Préfet du département ainsi qu'aux autres membres du groupe de pilotage des appartements de coordination thérapeutique défini par la circulaire DSS/DGS 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 qualité et les résultats du fonctionnement de la structure font l'objet d'une évaluation annuelle par les différents organismes participant au financement de la structure dans le cadre du comité de pilotage susvisé.

ARTICLE IX

GROUPE DE PILOTAGE

Le groupe de pilotage mentionné à l'article VIII de la présente convention est chargé d'examiner chaque année le rapport d'évaluation, le budget prévisionnel et le compte d'exploitation de la structure.

Il formule un avis sur l'opportunité d'une poursuite de l'activité au vu des différents documents remis par l'association gestionnaire et des éventuels rapports contradictoires que pourraient présenter les organismes participant au financement de la structure.

Son avis est communiqué à la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs Salariés chargée, conformément à l'article R 162-50 du Code de la Sécurité Sociale , de se prononcer sur l'évaluation des actions expérimentales.

ARTICLE X

APPLICATION ET DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une durée limitée à celle prévue par l'agrément ministériel.

Elle peut être dénoncée à tout moment par l'une des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, et en observant un délai de préavis de 3 mois.

La suppression du conventionnement entraîne la fin de la participation de la Caisse Primaire d'Assurance maladie de..... au financement de la structure.