

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux

NOR : AFSS1233503A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2012, notamment son article 70 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 6 mars 2012 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 1^{er} mars 2012,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les professionnels de santé ou le représentant d'une maison de santé, d'un centre de santé, d'un groupement de professionnels, ainsi que les établissements de santé, les établissements médico-sociaux ou les collectivités territoriales volontaires participant aux expérimentations prévues par l'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2012 susvisée sont choisis par les agences régionales de santé en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie sur la base du cahier des charges national fixé par le présent arrêté.

Art. 2. – Le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, d'une part, les professionnels de santé ou le représentant d'une maison de santé, d'un centre de santé, d'un groupement de professionnels ainsi que les établissements de santé participant à une expérimentation, d'autre part, concluent une convention conforme au cahier des charges fixé par le présent arrêté.

La convention fixe le montant et les modalités d'affectation des financements perçus pour l'expérimentation. Elle définit également les conditions de versement des financements par l'assurance maladie.

La convention peut également prévoir la participation d'une ou plusieurs collectivités territoriales et d'un ou des établissements médico-sociaux. Le cas échéant, la convention peut également associer d'autres partenaires notamment les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances associés. Dans ce cas, les partenaires volontaires mentionnés ci-dessus sont signataires de la convention. L'apport et la participation de chacune des parties sont précisés dans le cadre de la convention.

La convention précise la durée de l'expérimentation, les conditions annuelles et pluriannuelles de suivi et d'évaluation ainsi que les conditions de dénonciation.

Art. 3. – La directrice générale de la cohésion sociale, le directeur général de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 août 2012.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de l'offre de soins,
F.-X. SELLERET*

Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :

*La directrice générale
de la cohésion sociale,
S. FOURCADE*

*Le chef de service,
adjoint au directeur
de la sécurité sociale,
F. GODINEAU*

A N N E X E

CAHIER DES CHARGES

Objet : expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie visant à prévenir leur hospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital.

Ce cahier des charges est édité en application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012.

Il est proposé aux porteurs de projets par les agences régionales de santé (ARS) et les organismes locaux d'assurance maladie, pilotes opérationnels de l'expérimentation, auxquels peuvent s'associer des collectivités territoriales volontaires.

Les agences régionales de santé seront les interlocuteurs centraux des porteurs de projets dans toutes leurs démarches.

Contexte de l'expérimentation

I. – Dans le cadre de l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS), la totalité des ARS ont pris en compte dans leur Plan stratégique régional de santé (PSRS) la notion transversale et continue de parcours, déclinée dans les SROMS suivant deux approches : populationnelles (parcours des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en situation de précarité, des adolescents présentant des troubles de santé mentale...) et par pathologie (parcours accidents vasculaires cérébraux, parcours des personnes atteintes de maladies chroniques...).

Toutes ont ciblé le parcours de la personne âgée comme nécessaire et prioritaire, construit progressivement autour d'une articulation et coordination des acteurs concernés et de la problématique commune des transports :

- parcours de soins : soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences, amont et aval), HAD, SSR, USLD et EHPAD ;
- parcours de santé : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;
- parcours de vie : parcours de la personne dans son environnement.

II. – Le parcours de la personne âgée a été également au cœur des débats dépendance du premier semestre 2011.

Ainsi, le rapport « assurance maladie et perte d'autonomie » rendu par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans ce cadre du débat national a défini des pistes d'optimisation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : il propose au travers de projets-pilotes d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation dans une approche transversale et continue de parcours.

Ces recommandations nécessitent en amont de leur mise en œuvre un travail préparatoire pour en assurer une gouvernance pilotage et évaluation coordonnée qui sera mené en 2012.

III. – A très court terme, néanmoins, il faut permettre aux expérimentations d'ores et déjà construites, lancées ou fléchées par les ARS de bénéficier des dérogations prévues par la LFSS 2012 dès le 1^{er} janvier menées sur un segment précis mais critique du parcours : l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Ces expérimentations pourront bénéficier d'un financement dans les conditions prévues dans un cahier des charges.

Tel est l'objet du présent cahier des charges d'un appel à projets pour l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins destinées à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie visant à prévenir leur hospitalisation et à favoriser la gestion de leur sortie d'hôpital pour améliorer la qualité de vie.

Objectifs de l'expérimentation

L'objectif final de ces expérimentations est de favoriser la continuité du parcours de soins par :

- une meilleure organisation des soins permettant d'éviter quand c'est possible une hospitalisation et de prévenir des réhospitalisations des sujets âgés ;
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun notamment au moment sensible d'une hospitalisation ;
- un véritable partage des informations entre les professionnels.

Des exemples d'organisation répondant à ces objectifs existent mais sont trop souvent limités dans leur objet et par la nature de la source de financement (réseaux ville-hôpital sur le FICQS, gestion des sorties sur les MIGAC, etc.).

Compte tenu du bénéfice attendu des parcours de soins coordonnés tant pour la santé des personnes âgées, que pour le financement du système de soins dans son ensemble, les expérimentations qui seront conduites autour de l'amélioration du recours à l'hôpital, et notamment le passage aux urgences, et de la gestion de la sortie bénéficieront d'un financement complémentaire. L'objectif étant de tester le retour sur investissement du point de vue du patient, de la pratique des professionnels (libéraux, hospitalier, du champ médico-social et social), de l'optimisation économique et donc de l'organisation des soins.

En conséquence, ces expérimentations comprennent un fort enjeu d'évaluation et donc de modélisation d'indicateurs pertinents à même de mesurer les différents aspects du retour sur investissement attendu.

Caractéristiques des expérimentations

Les expérimentations comporteront deux modules concernant chacun un des objectifs retenus par le législateur. Les dossiers sélectionnés pourront ne comporter que l'un ou l'autre des modules. La présence simultanée des deux modules sera toutefois un élément de sélection favorable (cf. *infra*).

Module 1 : en amont d'une hospitalisation pour essayer de la prévenir

Le projet devra proposer toute action permettant de mieux outiller les acteurs du premier recours (médecins traitants, y compris ceux intervenant en EHPAD et, le cas échéant, le médecin coordonnateur) afin de leur permettre de mieux répondre aux besoins de leur patientèle âgée, polypathologique et fragilisée.

Les objectifs recherchés sont :

- la mise en place d'aide à la décision pour les médecins traitants à partir d'une évaluation gériatrique complémentaire ;
- l'organisation de la concertation pluridisciplinaire ;
- la capacité de répondre sans délai à la sollicitation d'un professionnel libéral confronté à un risque d'hospitalisation chez un sujet âgé fragile.

Il sera notamment porté attention au projet développant des plateformes gérontologiques multidisciplinaires, en complémentarité avec l'activité des maisons de santé.

Module 2 : en aval de l'hôpital pour améliorer la gestion de la sortie et des suites d'une hospitalisation

Le projet devra proposer toute action permettant de préparer le plus en amont possible la sortie d'hôpital, que le séjour s'effectue en médecine, chirurgie ou en soins de suite et réadaptation (travail sur l'organisation intrahospitalière), et d'assurer la fluidité de la prise en charge entre le séjour hospitalier et le retour à domicile ou en établissement médicosocial.

Les objectifs recherchés sont :

- l'amélioration de l'organisation intrahospitalière : sur ce thème, une attention particulière sera portée sur le développement de plate-forme de gestion des sorties (cellule d'ordonnancement) avec comme actions associées le travail sur un indicateur de suivi des dates prévisionnelles de sortie, l'organisation de l'avis précoce du service social, l'organisation des sorties le matin et les modalités d'organisation de l'aval (notamment organisation des aides à domicile) à partir de l'indicateur date prévisionnelle de sortie ;
- favoriser l'évaluation pluriprofessionnelle partagée entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire : notamment en organisant l'intervention des professionnels de ville en complémentarité avec les équipes hospitalières pour réaliser l'évaluation en milieu hospitalier des besoins de la personne et définir les conditions de la sortie car souvent par manque de connaissance de l'accompagnement au domicile, les besoins requis pour un retour à domicile sont mal ou sous-évalués. Le contact avec le médecin traitant doit être assuré de manière systématique ;
- favoriser le déploiement de plate-forme de téléassistance médicalisée en sortie d'hospitalisation, notamment en organisant un accès sécurisé au dossier médical et médicosocial informatisé des patients en sortie d'hospitalisation permettant le partage des informations nécessaires à l'orientation de la sortie de la personne et à sa réussite ;
- améliorer la disponibilité des ressources d'aval : en organisant avec les établissements, services médicosociaux et services d'aide à la personne les conditions d'un partage des informations et de réservation de places. En particulier la coopération entre les secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux sur la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie devra être formalisée et organisée.

Le projet doit prévoir la mise en place à terme d'un système d'information fiable et sécurisé pour ses besoins propres de gestion et de partage d'information en interne à l'expérimentation et, à terme, avec les autres acteurs de santé du territoire, formalisé dans le projet de santé. Cette mise en place peut être progressive et ne pas être effective au démarrage du projet. Ce système est souple et/ou évolutif, permettant la coordination entre les professionnels concernés. Il doit permettre de recueillir des informations sur les caractéristiques de la population incluse dans l'expérimentation, les parcours de soins et le service rendu. Ces données, conformément à la réglementation, seront anonymisées. Les personnes doivent être informées du recueil de ces informations et doivent exprimer leur consentement.

Le projet doit préciser les conditions de suivi interne du projet et les éventuels tableaux de bord mis en place.

L'ensemble doit donner lieu à un projet formalisé entre les différents partenaires. En particulier, la responsabilité de la coordination doit être clairement identifiée dans le projet et les ressources humaines affectées y être précisées.

Mode de financement des expérimentations

La LFSS pour 2012 prévoit que ces expérimentations pourront bénéficier d'un financement sur le risque. Par ailleurs, la LFSS reprend l'ensemble des dérogations au paiement à l'acte des professionnels de santé prévus dans le cadre de l'article 44 de la LFSS pour 2008.

En effet, les rémunérations dérogatoires pour les professionnels libéraux sont souvent mises en exergue comme facteur de réussite de l'articulation entre les acteurs autour de la personne.

En conséquence, compte tenu des objectifs poursuivis par ces expérimentations, il convient de préciser :

- que le financement mobilisé sur le fondement de l'article 70 de la LFSS pour 2012 doit être complémentaire des financements déjà mobilisés sur ces thèmes et non substitutif. Ainsi, les sites s'engageant dans ces expérimentations et disposant déjà de ressources provenant par exemple du FICQS, de l'ONDAM hospitalier (MIGAC) ou encore bénéficiant déjà d'un financement dérogatoire tel que prévu dans le cadre de l'article 44 de la LFSS pour 2008 (maisons de santé) doivent garantir le maintien des ressources précédemment affectées ;
- que le niveau du financement complémentaire par site d'expérimentation ne pourra pas excéder 100 000 € annuels pour l'ensemble des modules (50 000 € si le projet ne comprend qu'un module). L'engagement de financement portera sur une période pluriannuelle (au minimum deux ans) avec un échéancier intégré à la convention cadre. Il pourra être réévalué à l'issue de chaque année de mise en œuvre en fonction des éléments de suivi et d'évaluation ;
- que ce complément de financement pourra être mobilisé pour la rémunération directe de professionnels de santé (selon le mode de rémunération définie par le site expérimental), de professionnels du champ social, pour le financement de prestations extérieures, pour des dépenses de fonctionnement ou d'investissement nécessaires à la réalisation du projet du site expérimental. Les modalités d'affectation de ce complément de financement devront impérativement être déterminées dans le cadre des conventions cadres liant le porteur de projet, les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie.

Les modalités de paiement de ce complément de financement aux sites expérimentaux seront prévues dans le cadre de la convention les liant à l'ARS et aux organismes locaux d'assurance maladie.

Critères de sélection des projets

Compte tenu du financement global de ces expérimentations (1 M€) entre dix et vingt projets pourront être financés (selon qu'ils comprennent un ou deux modules, cf. *infra*). Pour garantir une mise en œuvre opérationnelle rapide et faciliter le pilotage, les projets retenus ne pourront pas être implantés dans plus de cinq régions différentes, qui seront sélectionnées en fonction de la qualité d'ensemble des projets présentés.

En conséquence, les terrains d'expérimentation devront obligatoirement :

- déjà comporter des actions de coordination sur le champ de la gériatrie (réseaux de soins, coordinations gériatriques, démarches autour de la sortie d'hospitalisation) ;
- associer des professionnels de santé, un ou des établissements de santé.

Les terrains d'expérimentation devront être diversifiés (ruraux, urbains et périurbains) afin de permettre une évaluation généralisable sur tout le territoire. Ils devront également présenter dans la mesure du possible des caractéristiques différentes en termes de densité de professionnels libéraux (zones sur-denses et sous-denses) mais également en termes de durée moyenne de séjours à l'hôpital pour la population âgée de plus de 75 ans.

L'inclusion dans le dispositif d'une maison de santé pluriprofessionnelle, un pôle de santé ou un centre de santé inclus dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunérations dans le cadre d'un exercice coordonné ne constituera pas un prérequis mais sera considéré comme un élément favorable. De même, la participation d'un établissement médicosocial sera portée au crédit du projet.

Aucune exigence n'est demandée en termes de type de structure juridique. En conséquence, le porteur de projet peut aussi bien être un établissement de santé public ou privé, une société de droit commun privé, une association de professionnels libéraux, un groupement de coopération...

Outre les éléments déjà mentionnés, le choix des projets se fera *in fine* sur les critères suivants :

- le projet présenté doit s'appuyer sur des actions coordonnées autour de l'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie déjà existantes afin de ne pas repousser la mise en œuvre ;
- il doit impérativement comprendre des professionnels de santé et un ou plusieurs établissements de santé ;
- les professionnels portant les expérimentations doivent exercer de manière coordonnée dans une même zone géographique.

Engagements des porteurs de projet

Les porteurs de projet s'engagent à présenter leur projet de soins à l'agence régionale de santé, à l'organisme local d'assurance maladie, à la Haute Autorité de santé et au ministère de la santé et aux experts qu'ils mandatent en leur nom afin de faciliter l'évaluation.

Les porteurs de projet s'engagent à donner accès à ces mêmes personnes aux données économiques et juridiques le concernant. Ces données sont nécessaires à l'évaluation du modèle économique et du système de financement.

Ils s'engagent également, dans le respect de la réglementation en vigueur, à transmettre les données anonymisées à la HAS à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention.

Les porteurs de projet s'engagent à renseigner les indicateurs de résultats et de moyens nécessaires à l'évaluation.

Engagements de l'agence régionale de santé

L'agence régionale de santé s'engage à apporter l'aide nécessaire en termes d'ingénierie et d'accompagnement au porteur de projet.

L'agence régionale de santé s'engage à financer le projet dans les limites précédemment exposées et à assurer la coordination avec les éventuels autres sources de financement préexistants de la structure (FIQCS, collectivité territoriale, fonds européen par exemple).

Procédure de sélection

Les agences régionales de santé intéressées par la participation à ces expérimentations sont invitées à procéder au repérage des sites susceptibles d'intégrer le dispositif et à se manifester avant le 15 janvier 2012. Les dossiers complétés devront être communiqués par chaque ARS au comité de pilotage pour le 31 janvier 2012.

Contenu du dossier :

Chaque projet doit comporter un dossier démontrant, de la manière jugée la plus adéquate, qu'il répond aux caractéristiques attendues mentionnées dans le présent cahier des charges. Ce dossier doit faire preuve de la motivation du site pour participer à l'expérimentation.

Pièces obligatoires du dossier :

- les noms et professions de tous les acteurs inclus dans le projet ainsi que leur adresse professionnelle ;
- les statuts juridiques ;
- les sources de financements publiques déjà mobilisées sur les actions de coordination existantes.

Modalités d'évaluation de l'expérimentation :

La LFSS pour 2012 prévoit que chaque expérimentation sera évaluée annuellement et au bout des quatre ans de mise en œuvre par la Haute Autorité de santé.

Pour autant, le cahier des charges prévoit que chaque projet doit intégrer un processus de suivi interne.

Les critères et indicateurs de suivi et de résultats des expérimentations seront définis avec la Haute Autorité de santé. Ils seront intégrés aux conventions constitutives des expérimentations.

Modalités de pilotage

Pilotage national :

Le pilotage national est assuré par un comité de pilotage mis en place à cet effet.

Les aspects opérationnels de mise en œuvre et d'appui au déploiement sont pilotés par un chef de projet national désigné à cet effet et placé auprès de la direction de la sécurité sociale.

Il est l'interlocuteur privilégié des ARS, des organismes locaux d'assurance maladie et des sites d'expérimentations.

Pilotage local :

Le pilotage local est assuré par les agences régionales de santé en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie.

Les ARS sont donc l'interlocuteur privilégié des porteurs de projets.