Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 22 novembre 2021 portant modification de l'arrêté du 16 avril 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'un forfait santé en ESMS – nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap et prévoyant un appel à candidatures

NOR : *SSAS2133980A*

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

Vu l'arrêté du 16 avril 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'un forfait santé en ESMS – nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « forfait santé en ESMS – nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap » devenue Facilisoins ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 29 octobre 2021,

Arrêtent :

Art. 1er. – Le cahier des charges de l'expérimentation « forfait santé en ESMS – nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap » devenue Facilisoins, figurant en annexe I de l'arrêté susvisé, est remplacé par le cahier des charges figurant en annexe 1 du présent arrêté.

Art. 2. – Un appel à candidatures prévu par le cahier des charges susmentionné et contenant les modalités de soumission et de sélection est annexé au présent arrêté.

Art. 3. – Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de la cohésion sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 novembre 2021.

Le ministre des solidarités
et de la santé,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale
de la cohésion sociale,
V. Lasserre

Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. Von Lennep

ANNEXES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Annexe 1

CAHIER DES CHARGES

« Facilisoins – expérimentation d'un nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap »

NOM DU PORTEUR : Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)

PERSONNE CONTACT : Priscille LAURENT, Chargée de mission "Qualité et innovation dans le secteur social et médico-social" ; dgcs-secr-sd5@social.gouv.fr

Résumé du projet

Les différents travaux et études réalisés ces dernières années mettent en avant les difficultés d'accès et de continuité des soins pour les personnes en situation de handicap. Parallèlement, les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap sont difficiles à appréhender car les données médicales et économiques sur l'accès aux soins sont peu nombreuses et peu disponibles.

Aujourd'hui, le budget des établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap financés ou cofinancés par l'assurance maladie couvre les soins et les activités de rééducation et de réadaptation dispensées par l'établissement pour compenser le handicap des personnes ainsi que le financement des soins de ville (consultation, laboratoire, imagerie...) et des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux ...), sans pour autant être modulé en fonction du besoin en soins des personnes. Cette modalité de financement fait peser sur le budget des établissements l'ensemble des soins, à l'exception de ceux réalisés en établissement de santé. Pour autant, le budget de l'établissement ne varie pas en fonction des besoins réels en soins de chacune des personnes accompagnées.[1]

La présente expérimentation vise à évaluer les impacts du modèle cible proposé dans le rapport rédigé par le Dr. Philippe Denormandie et Stéphanie Talbot, consistant à faire sortir du budget de l'établissement les soins de ville et les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux individuels) pour qu'ils soient financés par l'assurance maladie de droit commun. Ce financement devra s'appuyer en priorité sur les mécanismes déjà existants (entente préalable et soins complémentaires). En revanche, les soins de nursing, les activités de coordination de la prévention et des soins, l'accompagnement de la déficience et de l'autonomie resteraient pris en charge sur le budget de l'établissement dans le cadre d'un « forfait santé ».

Cette expérimentation doit ainsi conduire à renforcer l'engagement des établissements médico-sociaux sur le suivi de la santé des personnes et l'accompagnement des parcours de prévention et de soins, y compris pendant les week-ends et les vacances. Elle permettra également de mener un diagnostic des pratiques par les acteurs des dispositifs de droit commun déjà existant (entente préalable et soins complémentaires).

En sus des impacts financiers, l'évaluation portera également sur les répercussions de ce modèle sur le parcours de santé des personnes accueillies dans les établissements prenant part à l'expérimentation. L'objectif est d'améliorer l'accessibilité aux soins de ville, pour des parcours plus fluides, plus protecteurs du libre choix des personnes et dans une visée inclusive.

La durée de l'expérimentation est de 18 mois à compter de la publication de la liste des candidats sélectionnés à l'issue de l'appel à candidatures. Elle a été précédée d'une phase de prototypage, d'une durée de 3 mois en Haute Garonne), permettant de mieux cibler les impacts de l'expérimentation et les éventuels points d'évolution à intégrer dans le présent cahier des charges.

Le déploiement de l'expérimentation sera mené sous l'égide d'un comité de pilotage multi-acteurs, qui aura la charge d'assurer le respect des objectifs de l'expérimentation, et d'accompagner les professionnels.

[1] Pour rappel, l'un des objectifs de la réforme SERAFIN-PH est de proposer un modèle tenant compte des caractéristiques et besoins des personnes accompagnées par chaque ESMS, dans leur singularité.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Il est à noter que si les attendus de l'expérimentation sont clairement définis, ils ne sont pas prescriptifs quant aux modalités d'organisation pouvant les atteindre. Les organisations proposées dans le cadre de l'appel à candidatures répondront à des contextes territoriaux différents mais concerneront des établissements médico-sociaux qui pourront être retrouvés dans d'autres territoires, permettant ainsi la reproduction du modèle de financement et d'organisation de la prévention et des soins proposé.

Le présent cahier des charges comporte 11 annexes.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	X

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Sommaire

1. Description du porteur 5
2. Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation 5
3. Contexte 5
3.1. Des difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social largement constatées 5
3.2. Un modèle de financement des soins en établissement médico-social pour personnes en situation de handicap obsolète 6
4. Description de l'expérimentation 7
4.1. Objet de l'expérimentation 8
4.2. Objectifs 10
4.2.1 Objectif stratégique 10
4.2.2 Objectifs opérationnels 10
4.3. Conditions fixes de l'expérimentation 10
4.3.1. Etablissements éligibles à l'expérimentation 10
4.3.2. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation 11
4.3.3. La population cible de l'expérimentation 11
4.3.4. Terrain d'expérimentation 11
4.3.5. Durée de l'expérimentation 12
4.3.6. Modalités générales d'intervention et d'organisation proposées 12
4.3.7. Système d'information 14
4.3.8. Contractualisation entre l'établissement, l'ARS et la CPAM locale 15
4.4. Conditions souples de l'expérimentation 17
4.4.1. Sujets corollaires à l'expérimentation et pouvant bénéficier de la dynamique engagée 17
4.4.2. Articulation de l'expérimentation avec d'autres actions conduites par les établissements 18
4.5. Financement de l'expérimentation 19
4.5.1 Modèle de financement 19
4.5.2. Les financements des frais d'amorçage et d'ingénierie 20
4.5.3. Besoin de financement 21
5. Organisation et pilotage de l'expérimentation 21
6. Catégories d'expérimentation 21
7. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation 22
8. Impacts attendus 22
8.1. Impact sur l'amélioration du service rendu pour les usagers 22
8.2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services 23
8.3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé 23

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

9. Modalités d'évaluation de l'expérimentation 23
10. Informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation 25
11. Liens d'intérêt 25
12. Construction du cahier des charges 25
13. Modalités de candidatures 25
ANNEXES 27
Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires 28
Annexe 2. Catégories d'expérimentations 29
Annexe 3. Nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissements pour personnes en situation de handicap 31
Annexe 4 : Guide d'aide à la mise en œuvre de l'expérimentation, à la définition des problématiques à traiter et des leviers identifiés 32
Annexe 5 : Aide à la définition des missions de coordination à renforcer et pistes de réflexion à la mise en œuvre de l'expérimentation 39
Annexe 6 : Rappel des règles de prise en charge des transports sanitaires par l'Assurance Maladie 44
Annexe 7 : Fiche pratique sur la prise en charge des enfants protégés dans le cadre du droit commun et leurs conséquences sur les soins 46
Annexe 8 : Fiche pratique sur les mesures de protection juridique des majeurs vulnérables et leurs conséquences sur les soins 51
Annexe 9 : Fiche pratique sur la Demande d'Accord Préalable (DAP) 62
Annexe 10 : Fiche pratique sur les soins complémentaires 65
Annexe 11 : Proposition de trame de contractualisation 69

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

1. Description du porteur

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) est la direction d'administration centrale qui œuvre dans le périmètre des ministères des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, de l'Egalité des territoires et du Logement (Hébergement d'urgence) et de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique (Economie sociale et solidaire). Elle intervient sur les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale.

La DGCS coordonne et met en cohérence, dans une approche préventive et intégrée, cinq politiques publiques thématiques :

- Prévention et lutte contre les exclusions et la pauvreté, inclusion sociale et insertion des personnes en situation de précarité,
- Autonomie des personnes handicapées,
- Autonomie des personnes âgées,
- Politique familiale et protection de l'enfance et des personnes vulnérables
- Droits des femmes et égalité entre les femmes et les hommes

Dans ces différents champs, elle a pour mission de concevoir, piloter et évaluer les politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité, afin de favoriser la cohésion sociale et le soutien à l'autonomie des personnes. Elle assure également la préparation et le suivi de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le secteur médico-social.

2. Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les coordonnées du porteur et des partenaires sont renseignées en Annexe 1.

3. Contexte

3.1. Des difficultés d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social largement constatées

Les différents travaux[2] et études réalisés ces dernières années mettent en avant les difficultés d'accès à la santé pour les personnes en situation de handicap, ainsi qu'une absence de continuité des soins :

- Pour des raisons financières,
- Pour des raisons tenant à la complexité d'accès à une couverture santé, à l'offre de soins, aux pratiques professionnelles, à l'appréhension des soins par les personnes ou leur entourage, etc.

[2] « Pour la personne handicapée : Un parcours de soins sans rupture d'accompagnement L'hospitalisation au domicile social ou médico-social », Pascal Jacob, juillet 2012 ; « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France », rapport de l'IRDES n°560, juin 2015 ; « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, Philippe DENORMANDIE et Marianne CORNU-PAUCHET », juillet 2018.

- Ces différents obstacles peuvent induire un renoncement aux soins, des retards et des besoins de soins alourdis du fait d'un état de santé altéré.

Néanmoins, les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap sont difficiles à appréhender. Les données médicales et économiques sur l'accès aux soins et l'état de santé de ces personnes sont peu nombreuses et peu disponibles :

- La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), dans son rapport « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2020* »[3], met en évidence des difficultés de recours aux soins pour les personnes en situation de handicap, en particulier les personnes bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH), ainsi qu'un reste à charge plus élevé que la population générale.
  - *Ce rapport ne permet cependant pas de caractériser la situation des personnes accueillies par un établissement médico-social, car les systèmes d'information de la CNAM ne permettent pas de les identifier et ne comprennent pas la part des soins financés par le budget de l'établissement (soins de ville et pharmacie).*
- L'information n'est pas non plus disponible du côté des établissements médico-sociaux, ou du moins pas toujours de façon accessible : ceux-ci sont en effet financés par une dotation globale ou un tarif journalier, déterminés de manière globale et historique pour l'ensemble de leurs missions, sans distinguer celles relatives à la santé des personnes.
- Les études nationales de coûts (ENC) actuellement conduites dans le cadre du projet Serafin-PH[4] ne permettent pas, à ce stade, de tirer des conclusions en la matière. Elles font apparaître que la consommation en soins est très variable d'un établissement à l'autre et en fonction du profil des personnes accueillies mais ne permettent pas d'évaluer statistiquement la consommation en soins en fonction du statut de l'établissement.

3.2. Un modèle de financement des soins en établissement médico-social pour personnes en situation de handicap obsolète

Un schéma décrivant le modèle de financement actuel ainsi que les principales difficultés en découlant est présenté en Annexe 3.

Aujourd'hui, le budget des établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap financés ou cofinancés par l'assurance maladie couvre :

- Les soins et les activités de rééducation et réadaptation dispensées par l'établissement (y compris d'orthophonie et de kinésithérapie) pour compenser le handicap des personnes, ;
- Le financement des soins de ville (consultations, laboratoire, imagerie...) et des produits de santé.

Ce système :

[3] « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2020 », juillet 2019, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004)
[4] Pour plus d'informations sur ce projet : https://www.cnsa.fr/quest-ce-que-la-reforme-serafin-ph

- Fait peser sur le budget des établissements l'ensemble des soins, à l'exception de ceux réalisés en établissement de santé. Pour autant, le budget de l'établissement ne varie pas en fonction des besoins réels en soins de chacune des personnes accompagnées ;
- Accentue ainsi la pression sur les services hospitaliers et ne favorise pas les réseaux, ni les organisations de soins de proximité ;
- Génère des retards de prise en charge de la santé des personnes, au risque d'aggraver leur situation sanitaire et d'engendrer des surcoûts pour l'assurance maladie ;
- Place les personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social dans une situation d'inégalités d'accès aux soins par rapport à la population générale qui peut accéder directement à l'offre de soins de ville, sans limitation.

Face à ce constat, le ministre en charge des solidarités et de la santé et la Secrétaire d'Etat en charge des personnes handicapées ont confié, en mai 2019, une mission de concertation au docteur Philippe Denormandie pour *« ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné »*.

Ce rapport[5], remis le 2 décembre 2019 propose une modalité de financement alternative, plus cohérente avec le parcours de vie inclusif des personnes en situation de handicap, permettant :

- De clarifier ce qui relève de l'établissement médico-social (Objectif national de dépenses d'assurance maladie ou ONDAM médico-social) et ce qui relève du financement de droit commun (ONDAM de ville) ;
- De recentrer l'établissement médico-social sur son cœur de métier en termes d'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé.

Cette expérimentation est déjà inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 et a été annoncée lors du comité interministériel du handicap (CIH) de novembre 2020.

Au regard des impacts significatifs d'une telle expérimentation, tant sur le plan budgétaire et financier que sur le plan des missions et des pratiques des établissements et services médico-sociaux, il a été décidé qu'elle se déroulerait en deux phases :

- **Une première phase de prototypage sur un territoire défini (la Haute Garonne) ayant débuté en avril 2021 pour une durée 3 mois qui a permis de mieux définir les impacts attendus de l'expérimentation et les éventuels points d'évolution à intégrer dans le cahier des charges définitif de l'appel à candidatures ;**
- **Une seconde phase correspond au déploiement de l'expérimentation sur un territoire plus large, à partir d'un appel à candidatures reposant sur un cahier des charges complété (enrichi des retours d'expérience, conclusions et améliorations recueillis durant la phase de prototypage).**

4. Description de l'expérimentation

[5] « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou un service médico-social : ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné », rapport, Octobre 2019, Philippe DENORMANDIE, Stéphanie TALBOT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51

4.1. Objet de l'expérimentation

L'expérimentation faisant l'objet du présent cahier des charges a pour objet de tester un nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins pour les personnes en situation de handicap (enfants et adultes) accueillies en établissement médico-social, afin de leur garantir un parcours de santé inclusif et coordonné en mobilisant les ressources en santé du territoire.

Une présentation schématique de ce modèle cible est annexée à ce cahier des charges (Annexe 4).

Cette expérimentation vise à :

- Donner accès aux soins de ville aux personnes accueillies en établissement médico-social dans les conditions du droit commun, et considérer que le financement de ces soins et des produits de santé ne relèvent plus du budget des établissements ;
- Permettre aux établissements d'expérimenter des modes d'organisation et de coopération pour faciliter le recours aux soins et à la prévention des personnes accompagnées.

Cette expérimentation vise à améliorer, sécuriser et simplifier le parcours en Santé des personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-sociaux. Son périmètre d'application recouvre un champ vaste, dont les principales caractéristiques sont présentées ci-dessous :

		Description	Niveaux
Profil des patients	Tranche d'âge	Les établissements sont spécialisés par tranche d'âge des patients. La prise en charge d'une personne handicapée jeune ou vieillissante peut être très différente, à cause des besoins différents de ces personnes	Enfants & adolescents / Adultes / Personnes handicapées vieillissantes
	Perte d'autonomie	Les soins à prodiguer sont plus ou moins complexes, en fonction de la perte d'autonomie de la personne	Autonomie préservée / Perte sévère d'autonomie
Accueil au sein de l'établissement	Séquentialité de la prise en charge en établissement	Certaines personnes, même avec des polyhandicaps, peuvent ne pas avoir besoin d'un hébergement en continu (cas par exemple de prise en charge à domicile)	Accueil de jour / Accueil occasionnel / Hébergement complet
Nature des besoins en soins	Prévention / traitement	Nécessité de faire coexister les soins avec une politique de prévention	Prévention stratégie de sante / Traitement stratégie de soins
	Niveau de recours	Le besoin des patients pour un recours médical peut être de différents niveaux : - 1er recours : médecin traitant - 2ème niveau : Avis spécialisé - 3ème recours : plateau technique	1er recours / 2ème recours / 3ème recours

Pour répondre à cet objectif, l'expérimentation s'articule en 2 volets :

1. **<u>Un volet budgétaire et financier :</u>**

L'expérimentation vise à dissocier, d'une part, les soins médicaux (ainsi que les actes de prévention) et, d'autre part, les soins de nursing, de coordination de la prévention et des soins ainsi que l'accompagnement de la déficience et à la perte de l'autonomie.

A ce titre, pour les établissements qui participeront à l'expérimentation :

- Ce qui relève de la maladie au sens large, quelle qu'elle soit, (Soins « médicaux » et actes de prévention) sera pris en charge par l'ONDAM de ville (voire l'ONDAM hospitalier) ;
- Ce qui relève des autres catégories précitées (nursing, coordination de la prévention et des soins, accompagnement de la déficience et à l'autonomie) sera pris en charge sur le budget des établissements (ONDAM médico-social), en fonction de leur plateau technique et des personnels le composant dans le cadre d'un « forfait santé ».

Concernant **les soins de rééducation et de réadaptation**, l'orientation retenue est celle d'un financement sur le budget de l'établissement (ONDAM médicosocial), y compris en cas de recours à un professionnel extérieur lorsque le plateau technique de l'établissement ne le permet pas.
Ainsi, une distinction devra être faite entre deux situations :

a) **Si le besoin de recourir à des professionnels de ville est lié à des recrutements prévus et budgétisés par l'établissement mais non pourvus** ; alors les actes et soins seraient financés par le budget de l'établissement (**ONDAM médico-social**) via un conventionnement ;
b) **Si le besoin de recourir à des professionnels de ville est lié à un besoin auquel l'établissement ne peut répondre** non pas parce qu'il y a un problème de recrutement mais **parce qu'il y a une difficulté d'ordre conjoncturel (hors poste vacant) ou structurel** rendant inadapté les moyens ou le budget de l'établissement (ex. l'acte est très spécifique, pic d'activité, admission de personnes avec pathologies particulière...) ; les actes et les soins sont payés par **l'ONDAM de ville.**

Dans cette dernière hypothèse (b), la mobilisation de l'ONDAM de ville sera faite via l'utilisation des mécanismes existants : l'entente préalable et le recours aux soins complémentaires, financés sur ONDAM de ville et dont la prise en charge financière est soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie. Les Annexes 9 et 10 sont consacrées à ces dispositifs.

2. **Un volet organisationnel et qualité :**

Ce recentrage financier s'accompagne d'une réforme organisationnelle afin de permettre aux établissements de développer la mission de coordination et d'organisation du parcours de soins.

Les travaux préparatoires à l'expérimentation ainsi que les ateliers menés lors de la phase de prototypage ont mis en lumière l'opportunité de faire reposer la démarche sur une contractualisation entre l'établissement, l'ARS et la CPAM. Cette démarche est décrite ci-après dans la partie dédiée à la contractualisation. Cette contractualisation permettra non seulement de fixer le cadre du forfait santé mais également de poser un diagnostic des axes organisationnels et qualitatifs à mettre en œuvre par

l'établissement pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées.

4.2. Objectifs

4.2.1 Objectif stratégique

L'objectif général de cette expérimentation est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social.

En complément, l'expérimentation vise à définir les conditions les plus efficientes de mise en œuvre de la réforme budgétaire tout en s'articulant avec les autres réformes ou projets liés, notamment, à la réforme de la tarification du secteur du handicap. Les modalités envisagées sont présentées ci-dessous à la partie 3.

4.2.2 Objectifs opérationnels

Cet objectif stratégique se décline en plusieurs objectifs opérationnels :

4.3. Conditions fixes de l'expérimentation

4.3.1. Etablissements éligibles à l'expérimentation

Peuvent participer à l'expérimentation, les établissements mentionnés aux 2° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles6 et relevant de l'objectif géré par la CNSA mentionnée

[6] Pour rappel, cette liste a été mise à jour suite au décret du 9 mai 2017 simplifiant la nomenclature des ESMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

à l'article L. 314-3-1 du même code. Cela correspond aux établissements médico-sociaux pour personnes handicapées suivants :

- Les instituts médico-éducatifs (IME) ;
- Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;
- Les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapées (EEAP) ;
- Les instituts d'éducation motrice (IEM) ;
- Les instituts pour déficients visuels et instituts pour déficients auditifs ;
- Les établissements d'accueil médicalisé (EAM) en tout ou partie, dont les foyers d'accueil médicalisé (FAM) ;
- Les maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Ces établissements proposent un accueil en hébergement permanent, temporaire ou séquentiel.

L'expérimentation visant à tester l'impact d'une réforme du financement et d'une organisation du parcours de soins à l'échelle d'un territoire, il est important que le panel d'établissements mobilisés soit le plus diversifié possible. Ainsi, seront recherchés, parmi les établissements prenant part à l'expérimentation, ceux offrant une grande variété d'accompagnement en soins des personnes accueillies.

Seront également recherchés les établissements ayant déjà des liens avec des structures d'exercice coordonné (ex. MSP, CPTS...) ou déjà inscrites dans les stratégies territoriales favorisant l'accès aux soins des personnes accompagnées (logique de synergie avec les initiatives déjà existantes sur le territoire).

4.3.2. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les professionnels concernés par la mise en œuvre de l'expérimentation sont en première intention ceux des établissements médico-sociaux concernés par l'expérimentation.

Toutefois, l'expérimentation impacte également les professionnels de santé libéraux et hospitaliers (médecins généralistes et spécialistes, dentistes, infirmiers, professionnels paramédicaux) qui prendront en charge les personnes en situation de handicap accueillies dans les établissements médico-sociaux parties prenantes à l'expérimentation.

4.3.3. La population cible de l'expérimentation

La population ciblée par le projet d'expérimentation correspond à l'ensemble des personnes en situation de handicap, adultes et enfants, hébergées ou accueillies dans les établissements médico-sociaux parties prenantes à l'expérimentation.

4.3.4. Terrain d'expérimentation

L'expérimentation a vocation à être mise en œuvre à l'échelle de plusieurs départements, répartis sur le territoire national.

L'expérimentation sera déployée dans une trentaine d'établissements maximum, répartis dans une dizaine de départements à la fois ruraux et urbains, couvrant entre 3 et 5 régions, selon les candidatures reçues suite à l'appel à candidatures.

La région Occitanie et le département de la Haute-Garonne seront présélectionnés comme l'un des territoires d'expérimentation en raison de leur participation au prototypage de l'expérimentation.

La phase de prototypage et les travaux préparatoires à l'expérimentation ont mis en avant l'importance de s'appuyer, lors de sa mise en œuvre, sur une dynamique de territoire et un partenariat étroit entre les établissements expérimentateurs, l'ARS et la CPAM locales. L'avis de l'ARS et de la CPAM locale sera déterminant dans la sélection des candidatures.

4.3.5. Durée de l'expérimentation

La durée de la seconde phase de l'expérimentation est de 18 mois, à compter de la publication de la liste des candidats sélectionnés à l'issue de l'appel à candidatures.

4.3.6. Modalités générales d'intervention et d'organisation proposées

L'expérimentation « Facilisoins » est l'occasion pour les acteurs la mettant en œuvre de proposer des modalités organisationnelles innovantes pour améliorer l'accès à la Santé des personnes en situation de handicap accueillies dans les établissements médico-sociaux.

Ces modalités organisationnelles doivent permettre de répondre aux grands attendus suivants :

1. **Renforcer les missions des établissements médico-sociaux sur la coordination des soins et de la prévention et l'accompagnement médico-social lié au handicap**

L'expérimentation doit permettre aux établissements de renforcer leurs missions sur l'accompagnement médico-social des personnes et la coordination de leur parcours de santé, y compris la prévention.

➪ ***Assurer le suivi et la coordination du parcours de santé de la personne accompagnée :***

L'établissement médico-social est responsable de la cohérence et de la continuité du parcours de santé des personnes en situation de handicap qu'il accompagne. Pour cela, il :

- Assure une fonction générale de prévention et de surveillance de la santé physique et psychique des personnes accompagnées et garantit la coordination des soins et de la prévention ;
- Assure un suivi régulier de l'état de santé des personnes et organise les actions de prévention et de dépistage, notamment la prévention des risques spécifiques liés aux handicaps et aux pathologies des personnes accompagnées ;
- Met en place une organisation interne spécifique, coordonne les professionnels de santé intervenant dans le parcours de santé des personnes accompagnées et développe des coopérations renforcées avec les professionnels de santé du territoire.

➪ ***Assurer les soins et les accompagnements spécifiques liés aux handicaps des personnes accompagnées :***

Les établissements ont également pour mission d'accompagner les personnes en situation de handicap dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne et de favoriser, dans ce cadre, leur apprentissage et leur autonomie. Ainsi l'établissement :

- Garantit aux personnes accompagnées les soins d'hygiène et de confort et les soins et actes de rééducation et de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie, dont l'intensité dépend notamment du handicap ou de la pathologie de la personne ;
- S'attache à proposer et à financer un plateau technique adapté aux besoins spécifiques liés aux handicaps et aux pathologies des personnes qu'il accompagne (notamment ergothérapie, psychomotricité, orthophonie, masso-kinésithérapie, accompagnement psychologique...).

Ces soins et accompagnements sont réalisés dans le respect du projet individualisé d'accompagnement, qui fait l'objet d'une évaluation régulière en lien étroit avec la personne accompagnée ou son représentant légal, le cas échéant. Ces actes et soins doivent être garantis y compris lorsque la personne en situation de handicap s'absente quelques jours pendant les périodes de congés n'excédant pas 15 jours ou en cas d'accueil séquentiel. Dans ces circonstances, lorsque les actes et soins ne peuvent être dispensés au sein de l'établissement, ils sont assurés par des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux financés par l'établissement, ou des services pour personnes handicapées (SSIAD, SAMSAH) qui les accompagnent et sont financés par l'établissement[7].

2. Garantir l'accès aux soins en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social

Dans le cadre de cette expérimentation, les établissements médico-sociaux organisent l'accès aux soins de ville des personnes handicapées qu'ils accompagnent, dans les conditions de droit commun. Le financement de ces soins sera assuré par l'ONDAM soins de ville. Ainsi l'établissement :

- S'assure que les professionnels libéraux auxquels il adresse ces personnes sont en mesure de les prendre en charge de façon adaptée en tant que garant de la continuité et de la qualité du parcours de santé des personnes en situation de handicap qu'il accueille et accompagne ;
- Développe un réseau de professionnels de santé et assure un accompagnement de ces professionnels face aux spécificités de certains types de handicaps ou de pathologies. L'objectif est d'anticiper et de préparer au mieux les consultations et le cas échéant la réalisation des actes avec le ou les professionnel(s) de santé concernés ;
- Organise le transport sanitaire si la personne en situation de handicap n'est pas en mesure de se déplacer par ses propres moyens jusqu'à l'établissement de santé ou vers le professionnel de santé libéral qu'il doit consulter, conformément aux dispositions de droit commun[8]. Si les conditions de recours au transport sanitaire ne sont pas remplies[9], l'établissement médico-social est alors chargé d'anticiper, d'organiser et de financer le transport vers l'établissement de santé ou le professionnel libéral, ainsi que d'accompagner la personne le cas échéant et ce de la façon qui lui semble la plus efficiente. Un rappel des règles de droit commun applicables en matière de transports sanitaires est intégré en annexe 6.

[7] Dans ce cas, l'établissement objet de l'expérimentation est responsable du choix de ces professionnels en lien avec les familles ou la personne handicapée et veille à leur bonne information et coordination.
[8] Pour rappel, dans le droit commun, les transports vers les cabinets de ville ne sont pris en charge par l'assurance maladie que lorsque le transport se fait en ambulance et que cette modalité de transport est justifiée par l'état de la personne (art. R322-10 CSS) ou bien que les soins sont en lien avec une ALD pour ce bénéficiaire.
[9] ou à tout autre mode de transport pris en charge au titre des articles L.322-5 et R322-10 du Code de la Sécurité Sociale.

Le présent cahier des charges n'est pas prescriptif quant aux modes d'organisation et de coopération à mettre en place pour répondre à ces objectifs de suivi et de coordination du parcours de santé des personnes accompagnées et n'a pas vocation à proposer des « solutions toutes faites ».

En effet, l'objectif de ce cahier des charges est d'orienter les acteurs souhaitant s'engager dans l'expérimentation lors de la définition des grandes problématiques à laquelle ils souhaiteraient répondre en participant à l'expérimentation.

Les éléments présentés dans le cahier des charges sont issus des retours d'expériences collectés, à partir des problématiques et pistes d'amélioration recueillies lors de la phase de prototypage. Pour accompagner les porteurs de projets à la définition, la modélisation puis au déploiement de ces réponses organisationnelles innovantes, un guide est disponible en annexe 4. Un focus sur la méthodologie de travail, notamment pour organiser la coordination à déployer lors de l'expérimentation, est intégré en Annexe 5.

4.3.7. Système d'information

De façon générale, il est rappelé que le secteur médico-social s'inscrit dans une la feuille de route du numérique en santé et une trajectoire dont les éléments sont précisés dans le document disponible au lien suivant :
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/trajectoire_medico_social_200125_vf-.pdf

Afin de mettre en œuvre l'expérimentation, les participants à l'expérimentation ont besoin de disposer d'un outil informatique permettant d'assurer la collecte des données structurées nécessaires au déroulement (données destinées à la facturation) et à l'évaluation de l'expérimentation dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles (RGPD).

La nature et leur robustesse des outils informatiques en place sont hétérogènes. Ainsi, 'expérimentation pourrait, pour ceux dont les systèmes d'informations sont les moins développés, nécessiter la mise en place d'un dispositif plus complet permettant la gestion des dossiers des personnes, le partage et l'échange d'information entre professionnels et avec les institutions parties prenantes à l'expérimentation (notamment l'Assurance maladie).

L'équipe participant à l'expérimentation peut partager et échanger des informations de manière dématérialisée autour de la personne dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles (RGPD), en s'appuyant notamment sur les services existants de la e-santé tels que le dossier médical partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) et Viatrajectoire.

A noter que le déploiement du système d'information RESID-ESMS n'est pas un prérequis à la mise en place de l'expérimentation, même s'il participe à faciliter la mise en œuvre et le suivi de l'expérimentation.

Pour les établissements ne disposant pas d'outils numériques permettant de partager et échanger des informations autour des personnes et de leur prise en charge et souhaitant s'en outiller, elles seront

invitées à le faire via la stratégie régionale e-santé de mise en œuvre des services numériques de coordination, déployés par l'ARS et sa maîtrise d'ouvrage régionale e-santé, le GRADeS[10].

Ceci permettra à l'établissement de bénéficier de services numériques de coordination compatibles et interopérables avec ceux déployés régionalement conformément au cadre national d'urbanisation des SI de santé porté par la Délégation du Numérique en Santé (DNS). Ainsi, les solutions déployées par l'ARS et le GRADeS respectent notamment le cadre réglementaire de sécurité des données de santé (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) qui fixe le cadre de la sécurisation du numérique en santé ; elles s'appuient par ailleurs sur le cadre d'interopérabilité des SI de santé.

4.3.8. Contractualisation entre l'établissement, l'ARS et la CPAM locale

La réforme envisagée ne saurait être uniquement centrée sur les enveloppes financières mobilisées, mais doit s'accompagner d'une réflexion et d'une implication de toute l'équipe de l'établissement pour la santé des personnes accompagnées.

- Principe :

Le rapport « Ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné » rendu par Philippe Denormandie et Stéphanie Talbot proposait que le déploiement de cette modification du financement du soin, via la création du « forfait santé », se fasse de façon volontaire et au fur et à mesure de la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental le cas échéant, ou dans le cadre d'un avenant.

Cette contractualisation a été pensée comme une véritable opportunité pour s'interroger collectivement sur les réussites et les difficultés rencontrées en matière de prévention et d'accès aux soins des personnes accompagnées. L'objectif de cette expérimentation étant de tester la mesure dans l'optique d'une généralisation, une telle contractualisation sera nécessaire à sa mise en œuvre. Toutefois, il ne sera pas demandé aux expérimentateurs de l'inscrire de façon formalisée dans leur CPOM. Une proposition de support de contractualisation est annexée au présent cahier des charges (Annexe 11).

La préparation de la phase de négociation à travers la formalisation des objectifs, la définition de la méthodologie, la réunion des acteurs, permet de faciliter la conduite de la démarche de contractualisation en partant sur des bases communes.

Il est à noter que cette contractualisation porte tant sur des aspects quantitatifs (le montant du forfait santé) que qualitatifs. Elle permet de réunir les acteurs concernés (en charge des financements mais aussi en charge du suivi des objectifs) et en capacité de prendre des décisions.

[10] Le GRADeS est le Groupement Régional d'Appui à la e-Santé ; l'ARS lui confie la mise en œuvre de la stratégie régionale e-santé, à l'appui des professionnels et structures des secteurs sanitaire, médicosocial et du social en tant que de besoin, conformément à l'instruction N°SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation pour la mise en œuvre de la stratégie e-santé en région.

- Durée :

La durée de l'expérimentation étant fixée à 18 mois à compter de la sélection des établissements par AAP, la période couverte par le contrat constitutif du forfait santé ne pourra excéder cette durée.

- Parties :

Il est proposé que le montant du « forfait santé » soit négocié puis contractualisé par chaque établissement avec l'ARS et sa CPAM sur la base d'un projet d'organisation de l'établissement. Le montant des ressources ainsi consacrées à ce projet constituera le forfait santé déterminé au sein de l'établissement. En cas d'autorisation conjointe, le conseil départemental sera tenu informé de la démarche et de la contractualisation finale.

Il est rappelé que l'ESMS ne se verra pas appliquer un débasage forfaitaire, mais devra justifier de la dotation dont il a besoin pour mener ses trois catégories d'activité en matière de santé des personnes, en fonction du profil et du nombre de personnes accompagnées. Seul le budget médicament sera par principe soustrait du budget de l'établissement[11].

- Corollaire :

La contractualisation d'un forfait santé permet une responsabilisation accrue des gestionnaires dans la gestion de leur établissement, notamment en ce qu'elle offre la possibilité de proposer des organisations innovantes en matière d'accompagnement (prévention, coordination des soins...).

Elle est caractérisée par davantage de souplesse, critère primordial pour se projeter dans des projets, notamment dans la restructuration de l'offre en santé des établissements. Néanmoins elle nécessite une confiance partagée entre les parties : ainsi, le gestionnaire s'engage à réaliser un diagnostic, réaliste et fidèle, communiqué aux autorités qui seront chargées d'établir le montant du forfait.

Ces dernières s'inscrivent dans le même temps dans un rôle d'accompagnement des projets (ex. modalités organisationnelles innovante, recrutement d'un médecin coordinateur ou d'un IDEC...) tout en conservant un droit de contrôle sur l'utilisation des moyens publics, et ce, dans une relation de transparence.

- Modalités de contractualisation :

Les établissements souhaitant s'inscrire dans l'expérimentation et adopter ce forfait santé devront préalablement réinterroger leurs pratiques en réaffirmant et renforçant la responsabilisation de leurs professionnels de santé et en évaluant leurs besoins pour mettre en œuvre les missions qui leur incombent, à savoir, les activités de nursing, la coordination de la prévention et des soins et les activités d'accompagnement à l'autonomie des personnes (le plateau technique).

[11] D'un point de vue technique, il sera nécessaire pour l'établissement prenant part à l'expérimentation de réaliser une analyse comptable préalable permettant d'isoler les coûts liés à ce poste de dépense.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Démarche de contractualisation	**Lancement de la contractualisation**	Rappel des enjeux et objectifs de la démarche auprès des équipes
		Prise de contact avec les autorités (ARS, CPAM et autres autorités si nécessaire).
	Diagnostic partagé *La réussite de la phase de diagnostic détermine le contexte de la conduite des négociations. Elle permet de définir des constats objectifs à partir desquels des axes d'évolution peuvent être identifiés*	Définition du socle de services et d'accompagnements que l'établissement peut réaliser lui-même en articulation étroite avec son projet de santé
	Partage des objectifs et moyens alloués pour les mettre en œuvre = définition du forfait Santé *(démarche distincte du CPOM ayant vocation à être plus large)*	Fixation du forfait alloué à l'établissement pour réaliser les soins, actes et missions définies lors du diagnostic
		Définition des indicateurs, comprenant *a minima* ceux indiqués dans le cahier des charges.[12]
	Signature	
	Evaluation à mi-parcours	Point sur l'avancement des objectifs et la situation financière de l'établissement. Première mesure de la pertinence des actions à l'épreuve du temps, la réalisation de l'activité, les évolutions de l'offre ou d'organigrammes....
	Evaluation finale	A la fin de l'expérimentation

4.4. Conditions souples de l'expérimentation

Cette partie décrit des aspects de l'expérimentation sur lesquels les établissements devront s'engager sans que les résultats attendus et les moyens à déployer soient fixés a priori. Ils devront donc particulièrement être force de propositions sur ces points. Des échanges entre les établissements retenus pourront être organisés au cours de l'expérimentation pour mutualiser les réflexions et favoriser la production de résultats.

4.4.1. Sujets corollaires à l'expérimentation et pouvant bénéficier de la dynamique engagée

L'expérimentation Facilisoins a, de par son ambition et ses objectifs, des ramifications qui vont bien au-delà de la question des financements ou de l'organisation propre à chaque établissement médico-social accueillant des personnes en situation de handicap.

[12] Ces indicateurs peuvent être complétés pour tenir compte des contextes locaux, en particulier de l'offre de soins territoriale.

Ainsi, ont pu être mentionnés comme sujet à la fois annexes à l'expérimentation mais participant à sa mise en œuvre dans des conditions optimales :

- Le sujet des tutelles, tant pour les personnes majeures que pour les plus jeunes ;
- La complexité des financements liés aux soins en établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, sur laquelle l'expérimentation peut avoir un impact mais n'est pas une réponse suffisante ;
- L'accessibilité physique ;
- La question des transports ;
- La formation des professionnels de santé aux spécificités des différents handicaps.

Loin d'être exhaustive, cette liste participe à mettre en lumière la nécessité de poursuivre les travaux relatifs à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap dans une logique transversale et inclusive. Elle permet également de replacer la présente expérimentation dans un cadre plus global. Cette dernière peut en effet être l'opportunité d'établir un état des lieux des problématiques rencontrées sur ces sujets et de déterminer les pistes d'amélioration envisageables. Si certaines d'entre elles peuvent être mise en œuvre dans le cadre de l'expérimentation, il est possible de lier les deux dynamiques.

L'expérimentation Facilisoins peut être l'occasion d'aborder ces sujets à l'échelle du territoire et de mettre en lumière des pistes d'amélioration, des axes de progression mais aussi les partenariats et bonnes pratiques déjà existantes.

A noter que parmi ces sujets, la question des tutelles et de la responsabilité en matière de santé a fait l'objet d'une vigilance particulière de la part des membres du groupe de travail, notamment parce que peu de personnes sont familières du dispositif et de sa traduction dans la pratique. Pour apporter des réponses concrètes aux questions les plus fréquentes, des Foires Aux Questions (FAQ) sont disponibles en annexes 7 et 8.

4.4.2. Articulation de l'expérimentation avec d'autres actions conduites par les établissements

Notre système de santé est en métamorphose permanente afin d'optimiser les parcours de Santé des personnes, et aider les professionnels dans leur exercice en permettant des prises en charges pluriprofessionnelles. A ce titre, le déploiement de la présente expérimentation doit se faire en articulation étroite avec les dispositifs et initiatives déjà existantes sur le territoire. Ce déploiement doit également particulièrement s'attacher à identifier et capitaliser sur les outils et démarches existants en matière de prévention et de promotion des comportements favorables à la santé.

Peuvent être cités, de façon non exhaustive :

- Les structures d'exercice coordonné : CPTS (Communautés professionnelles territoriales de Santé), MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles), ESP (Equipe de Soins Primaires) ou encore ESS (Equipe de Soins Spécialisée) ;
- Les structures destinées aux situations complexes : les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui), etc. ;

- Les autres structures de soins particulièrement destinées à prendre en charge les personnes en situation de handicap (consultations dédiées, structures « Handiconsult » et « Handident », etc.) ;
- Toute autre structure locale accompagnant les personnes en situation de handicap dans la réalisation de leurs soins ou dans leurs démarches relatives à la prévention.

4.5. Financement de l'expérimentation

4.5.1 Modèle de financement

Le modèle de financement proposé repose à la fois sur :

- Une dotation allouée dans le cadre du droit commun par l'ARS via l'ONDAM médico-social à l'établissement lui permettant de financer ses missions propres ainsi que ses missions spécifiques de suivi du parcours de santé de la personne ;
- Le financement des soins de ville relatif à la « maladie », y compris de la pharmacie, par le droit commun dans le cadre de l'ONDAM soins de ville. Ce financement constitue une dérogation qui justifie l'expérimentation. Ce financement se fera prioritairement par le biais de dispositifs déjà existants et mis en œuvre par l'Assurance maladie (Entente préalables et soins complémentaires) dans le cadre du droit commun.

➪ La dotation de droit commun allouée aux établissements médico-sociaux et financée par l'ONDAM médico-social

Cette dotation, réduite du montant des frais liés aux médicaments de santé, a vocation à couvrir les dépenses afférentes aux trois activités suivantes, pour les personnes en situation de handicap accompagnées par l'établissement médico-social :

- La coordination des soins et la prévention ;
- Les soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie ;
- Les soins et actes de rééducation et de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie prévus par les conditions de fonctionnement et les projets des établissements concernés (les conditions sont précisées ci-après).

➪ Le paiement à l'acte des soins de ville et de la pharmacie par l'ONDAM soins de ville :

Pour les personnes en situation de handicap hébergées en établissements médico-sociaux parties prenantes à l'expérimentation, les dépenses afférentes aux autres soins que ceux compris dans la dotation définie ci-dessus ainsi que les actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L.1411-7 du code de la santé publique ont vocation à être financées par l'ONDAM soins de ville, en sus du budget de l'établissement médico-social.

➪ Le paiement des actes de soins de rééducation et de réadaptation :

Concernant les soins de rééducation et de réadaptation, l'orientation retenue est celle d'un financement des prestations et actes relevant des soins de rééducation et de réadaptation par des professionnels extérieurs à l'établissement par ce dernier, sur son budget propre (ONDAM médico-social). Cette orientation s'applique également lorsque ces soins ne peuvent pas être réalisés dans le cadre du « plateau technique » de l'établissement.

Pour rappel, une distinction doit être faite entre deux situations :

- Si le besoin de recourir à des professionnels de ville est lié à des recrutements prévus et budgétisés par l'établissement mais non pourvus, les actes et soins seraient financés par le budget de l'établissement (ONDAM médico-social) via un conventionnement ;
- Si le besoin de recourir à des professionnels de ville est lié à un besoin auquel l'établissement ne peut répondre non pas parce qu'il y a un problème de recrutement mais parce qu'il y a une difficulté d'ordre conjoncturel ou structurel rendant inadapté les moyens ou le budget de l'établissement (ex. l'acte est très spécifique, pic d'activité, admission de personnes avec pathologies particulière...), les actes et les soins sont payés par l'ONDAM de ville. Dans cette dernière hypothèse, la mobilisation de l'ONDAM de ville sera faite via l'utilisation des mécanismes existants : l'entente préalable et le recours aux soins complémentaires, financés sur ONDAM de ville et dont la prise en charge financière est soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie. Les Annexes 9 et 10 sont consacrées à ces dispositifs.

4.5.2. Les financements des frais d'amorçage et d'ingénierie

Le cadre de l'article 51 permet l'octroi de crédits pour accompagner la mise en place puis la montée en charge de l'expérimentation. La phase de prototypage a été l'occasion de recueillir auprès des établissements et des acteurs institutionnels les accompagnants (ARS, CPAM) les besoins en matière d'accompagnement.

Ces crédits sont spécifiques à l'expérimentation et financent les dépenses nécessaires au porteur du projet pour initialiser la mise en place de l'expérimentation proposée. Leur octroi et leur utilisation est encadrée. Par exemple :

- *Pour l'amorçage :* ressources humaines et matérielles nécessaires au démarrage de la mise en œuvre de l'expérimentation...
- *Pour l'ingénierie:* coûts liés au pilotage du projet en lui-même.

L'octroi des CAI s'effectue sur la base d'une convention ad hoc, conclue entre la CNAM et le porteur, et par laquelle le bénéficiaire des fonds s'engage notamment :

- À **utiliser les crédits conformément à l'objet pour lequel il a été accordé**, et à l'affecter à la dépense décrite dans la liste prévisionnelle des dépenses d'amorçage.
- **À fournir tout justificatif de dépenses** à la demande de l'équipe régionale/ nationale article 51.
- A **tenir l'état des dépenses engagées** au titre de la réalisation de ses actions.
- À justifier l'emploi des fonds reçus par l'équipe régionale/ nationale Article 51.

Il est envisagé une enveloppe maximale de 50 000€ par établissement pour la durée de l'expérimentation (18 mois). L'octroi de ces crédits sera soumis à la présentation par chaque établissement, lors de sa candidature, un budget prévisionnel permettant de déterminer l'usage qui sera fait de ces crédits. Il est rappelé qu'à terme, le projet doit pouvoir être viable dans le cadre d'une généralisation sans la prise en compte de ces frais.

4.5.3. Besoin de financement

Le besoin de financement prévisionnel de l'expérimentation est estimé à 1,5 M€ sur 18 mois pour trentaine d'établissements envisagés.

Besoins estimés FISS (en k€)	Année 1	Année 2
Crédits d'amorçage et d'ingénierie	750	750
Total	**750**	**750**

5. Organisation et pilotage de l'expérimentation

La gouvernance de l'expérimentation repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation, d'un comité de suivi national dont la composition pourra varier en fonction de l'ordre du jour. Il pourra être composé, notamment, des représentants suivants :

- Le pilote de l'expérimentation (DGCS)
- La DSS
- Les porteurs expérimentateurs
- La CNSA ;
- La CNAM
- Le SG-CIH ;
- Des représentants des agences régionales de santé (ARS) et du réseau de l'Assurance Maladie des territoires concernés ;
- Des représentants des URPS des territoires concernés par l'expérimentation ;
- Des représentants des associations d'aidants, d'usagers ou de familles ;
- Des représentants de fédérations d'employeurs du secteur médico-social ;
- Deux représentants d'associations de personnes en situation de handicap désignés par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) parmi ses membres ;
- Du responsable de l'évaluation de l'expérimentation, selon l'ordre du jour.
- Des autres partenaires impliqués selon l'ordre du jour.

Le comité de suivi est présidé par la DGCS. Il a vocation à se réunir à minima une fois tous les 6 mois. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter à l'expérimentation et les éventuels points à remonter au Comité technique de l'innovation en santé (CTIS)[13].

6. Catégories d'expérimentation

Voir Annexe 2.

[13] Conformément au décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le comité technique de l'innovation en santé est composé du directeur de la sécurité sociale, du directeur général de l'offre de soins, du directeur général de la santé, du directeur général de la cohésion sociale, du directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, d'un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé et du directeur de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

7. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger	
Limites du financement actuel	La réglementation actuelle fait globalement peser sur le budget de l'établissement médico-social l'ensemble des soins des personnes en situation de handicap qu'il accompagne, à l'exception de ceux réalisés par un établissement de santé. Pour autant, le budget de l'établissement ne varie pas en fonction des besoins réels en soins de chacun des résidents.
Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1°et et 3°) : • *Facturation,* • *Tarification,* • *Remboursement,* • *Paiement direct des honoraires par le malade,* • *Frais couverts par l'assurance maladie* • *Participation de l'assuré* • *Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux*	Dérogation aux règles de tarification applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger	
Limites des règles d'organisation actuelles	
Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°):	Sans objet

8. Impacts attendus

8.1. Impact sur l'amélioration du service rendu pour les usagers

- Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap dans une approche inclusive territoriale ;

- Orienter vers le système de soin ordinaire, tout en prenant en compte les besoins spécifiques liés au handicap, notamment grâce à la mobilisation des ressources et compétences des établissements médico-sociaux ;
- Garantir la continuité de l'accès aux soins, y compris lorsque la personne sort temporairement de l'établissement ;
- Permettre aux personnes en situation de handicap de bénéficier d'un accompagnement plus rapproché en termes de prévention et de garantir la coordination de leur parcours de santé.

8.2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

- Permettre aux établissements médico-sociaux de développer leurs missions de coordination des soins et de prévention, dans le contexte de la coordination territoriale déjà en place ;
- Nouer des partenariats rapprochés avec les professionnels de santé du territoire.

8.3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

- Fluidifier les parcours de santé des personnes accueillies en établissements pour personnes en situation de handicap et prévenir les retards de prise en charge (risquant d'engendrer des surcoûts pour l'assurance maladie et des pertes de chance pour les patients) et les (ré)hospitalisations évitables ;
- Diminuer la pression sur les services hospitaliers ;
- Favoriser les réseaux de coopérations locaux et encourager les organisations de soins de proximité.

9. Modalités d'évaluation de l'expérimentation

Une évaluation systématique des projets d'expérimentation entrant dans le dispositif article 51 est prévue par la loi. S'agissant de l'évaluation de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins, celle-ci sera nationale et sera réalisée durant toute la durée de l'expérimentation par un évaluateur indépendant, sélectionné à l'issue d'un appel d'offres.

L'évaluation doit permettre d'évaluer le modèle de prise en charge proposé sur les plans médico-social, organisationnel et économique.

De façon générale, il est attendu de l'expérimentation une plus grande clarté, transparence et homogénéité des modalités de financement des établissements médico-sociaux concernant les soins de ville et des dépenses liées à la pharmacie. Il est également attendu, entre autres, une diminution du recours aux établissements de santé pour la réalisation des soins pouvant être effectués en ville.

Sera également évaluée la perception (expérience) des personnes accompagnées, des professionnels impliqués dans le projet suite à la mise en œuvre de l'expérimentation, notamment en matière d'amélioration :

- De la qualité de la prise en charge,
- De l'accessibilité aux soins,
- De la coordination des professionnels,

- De la continuité des soins,
- De la réduction des risques sanitaires,
- Le renforcement de la prévention,
- Le renforcement de la pertinence des soins,
- La diminution des dépenses d'assurance maladie, etc.

En cohérence avec les objectifs de l'expérimentation, l'évaluation aura pour ambition principale :

- D'apprécier l'impact de la réforme proposée et de consolider la définition des missions et des financements ;
- D'estimer la plus-value de cette réforme, tant sur le volet financier qu'organisationnel pour les établissements directement concernés et pour les divers acteurs de santé appartenant à son écosystème ;
- De vérifier l'adéquation entre les ressources mobilisées, l'environnement sanitaire, social et médico-social et les besoins de la personne ;
- De mesurer l'adéquation des compétences et des organisations des équipes par rapport aux missions ;
- De valider la pertinence et la justesse économique du modèle économique ;
- De donner les arguments permettant de se prononcer sur l'intérêt d'une généralisation de ce modèle de financement et, sur le plan de l'innovation organisationnelle, identifier les fonctions clés permettant la pérennisation et la généralisation de ce modèle.

Une attention particulière sera portée à :

- Qualifier les moyens mis en œuvre par les établissements pour renforcer les missions socles en matière d'accès aux soins;
- Identifier les articulations entre « Facilisoins » et les travaux relatifs à la réforme Serafin-PH, ainsi que les éventuels points de friction à lever dans le cadre d'une éventuelle généralisation de l'expérimentation ;
- Identifier et décrire les organisations mises en place et le contexte dans lequel elles s'inscrivent ;
- Suivre et évaluer les effets non prévus ou effets de bord, qu'ils soient positifs ou négatifs.

L'évaluation se structurera autour :

- D'une démarche qualitative (études de cas détaillés, questionnaires et retours d'expérience des professionnels de santé, focus groups, workshops...) ;
- D'une démarche quantitative reposant sur l'analyse de données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) ou de la Plateforme de facturation mise en place pour l'article 51.

Un protocole d'évaluation détaillé sera proposé par l'évaluateur sélectionné à l'issue de l'appel d'offre. L'évaluation du projet fera l'objet d'une communication régulière des résultats avec les participants de l'expérimentation.

Pour la bonne réalisation de l'évaluation de l'expérimentation et l'optimisation des suites qui y seront données, les établissements transmettront des éléments sur leur activité. Elles seront forces de proposition en particulier sur les conditions souples dans le cadrage initial.

10. Informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation

Le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le patient est informé de l'existence de l'expérimentation et du partage éventuel des données le concernant entre les acteurs de l'expérimentation, concourant à sa prise en charge.

Sur ce partage de données, l'absence d'opposition (exprimée par tout moyen y compris sous forme dématérialisée) du patient dûment informé vaudra consentement. Dès lors, il convient seulement que soit tracé le fait que le patient a bien reçu l'information.

Les données nominatives et d'ordre médical seront partagées par le biais d'outils sécurisés en conformité avec les obligations règlementaires.

11. Liens d'intérêt

Les professionnels, organismes ou structures participant au projet d'expérimentation, qui remettent à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux devront l'indiquer dans l'appel à candidatures.

12. Construction du cahier des charges

Le cahier des charges a été construit sur la base des constats et propositions des rapports sur « L'Accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité » (Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet, 2018) et en particulier sa proposition 35) et le rapport « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social » (Philippe Denormandie et Stéphanie Talbot).

Il s'appuie également sur les retours d'expérience recueillis et les travaux menés lors de la phase préparatoire de prototypage sur le territoire de la Haute-Garonne et les contributions d'un comité de pilotage mis en place pour co-construire le cahier des charges réunissant la DGCS, la DSS, la CNAM, l'ARS Occitanie et la CPAM de la Haute-Garonne, l'équipe projet de l'article 51, auquel ont également concouru des personnalités qualifiées (Marianne Cornu-Pauchet, Dr Franck Sapaly) et la CNSA.

Les éléments structurant du cahier des charges : objectifs, missions des établissements, organisation générale et financement, ont été soumis à arbitrage de la DGCS et à relecture du comité de pilotage mis en place pour la construction du cahier des charges.

13. Modalités de candidatures

Les acteurs souhaitant mener l'expérimentation, sont invités à déposer leur projet à l'appel à candidatures. Les projets seront sélectionnés sur la base d'une analyse des dossiers qui sera réalisée au niveau national et régional. Les modalités de soumission (contenu du dossier de demande,

calendrier, procédure de sélection...) sont précisées dans l'appel à candidatures annexé à l'arrêté de publication du présent cahier des charges.

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale
de la cohésion sociale

ANNEXES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51

Annexe 1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur	Direction Générale de la Cohésion Sociale 18 Place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon, 75014 Paris	Priscille LAURENT : SD5 dgcs-secr-sd5@social.gouv.fr Chargée de mission "Qualité et innovation dans le secteur social et médico-social"
Partenaires		

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Annexe 2. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	Le modèle de financement proposé repose à la fois sur : - La dotation habituelle de l'établissement allouée dans le cadre du droit commun par l'ARS via l'ONDAM médico-social qui permet de financer les missions propres de l'établissement, élargie à ses missions spécifiques de suivi du parcours de santé de la personne ; - Le financement des soins de ville, y compris de la pharmacie, par le droit commun dans le cadre de l'ONDAM soins de ville. Ce financement constitue une dérogation qui justifie l'expérimentation ;
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficience des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences		
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Le projet propose un nouveau modèle de financement et d'organisation de la prévention et des soins pour les personnes en situation de handicap (enfants et adultes) accueillies en établissement médico-social. Ce parcours est innovant en ce qu'il permet une prise en charge inclusive et coordonnée des personnes en situation de handicap introduisant un changement de pratique des établissements médico-sociaux en les recentrant sur leur cœur de métier en termes d'accompagnement des

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

		personnes dans leur parcours de santé.
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)[14] :	**Cocher**	**Si oui, préciser**
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

[14] Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51 Innovation En santé

Annexe 3. Nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissements pour personnes en situation de handicap

Fonctionnement actuel et principaux dysfonctionnements

Financements pris en charge actuellement par les établissements médico-sociaux

1. Financement des soins et des activités de rééducation et de réadaptation dispensées par l'établissement pour compenser le handicap des personnes
2. Financement des soins de ville (consultation, laboratoire, imagerie...)
3. Financement des produits de santé (medicaments, dispositifs médicaux ...)

Ce système a 4 principaux dysfonctionnements, il :

- place les personnes en situation de handicap accueillies en établissement médico-social dans une situation d'inégalités d'accès aux soins par rapport à la population générale qui peut accéder directement à l'offre de soins de ville, sans limitation.
- fait peser sur le budget des établissements l'ensemble des soins, à l'exception de ceux réalisés en établissement de santé. Pour autant, le budget de l'établissement ne varie pas en fonction des besoins réels en soins de chacune des personnes accompagnées.
- accentue ainsi la pression sur les services hospitaliers et ne favorise pas les réseaux, ni les organisations de soins de proximité.
- génère des retards de prise en charge de la santé des personnes, au risque d'aggraver leur situation sanitaire et d'engendrer des surcoûts pour l'assurance maladie.

Cible de la réforme

Financements pris en charge demain par les établissements médico sociaux

1. Financement des soins et des activités de rééducation et de réadaptation dispensées par l'établissement pour compenser le handicap des personnes

Les soins de nursing, les activités de coordination de la prévention et des soins, l'accompagnement de la déficience et de l'autonomie resteraient pris en charge sur le budget de l'établissement dans le cadre d'un « forfait santé ».

Financement par l'assurance maladie de droit commun

2. Financement des soins de ville (consultation, laboratoire, imagerie...)
3. Financement des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux ...)

Si le plateau technique pourvu ne répond pas aux besoins de la personne, les actes et les soins sont pris en charge financièrement par l'ONDAM de Ville (recours aux soins complémentaires).

Organisation innovante : Recentrage sur le territoire et sur le cœur de métier des établissements

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51

Annexe 4 : Guide d'aide à la mise en œuvre de l'expérimentation, à la définition des problématiques à traiter et des leviers identifiés

Ce cahier des charges a vocation à proposer un cadre structurant tout en offrant aux expérimentateurs une grande créativité et marge de manœuvre dans la définition des organisations innovantes à tester.

Cependant, et à l'écoute des échanges menés lors des groupes de travail avec des établissements engagés dans la démarche lors de la phase de prototypage, il semblait intéressant de proposer un guide visant à faciliter l'appropriation puis la mise en œuvre de l'expérimentation.

I. Proposition de méthodologie pour déterminer les organisations innovantes à tester durant l'expérimentation

Les travaux menés dans le cadre des groupes de travail ont fait émerger l'opportunité de mener une réflexion en 3 temps :

Tout au long de cette réflexion, il apparait essentiel d'interroger l'opérationnalité du projet dans le cadre de l'expérimentation, par exemple :

- Quel serait le parcours de soins de ces personnes si on mettait en place les recommandations du rapport Denormandie ?
- Comment débloquer les parcours actuels de ces patients, qui se trouvent aujourd'hui bloqués ?
- Pour mettre en place ces réponses et solutions, de quelle façon mobiliser l'enveloppe des financements autrefois dédiés aux soins individuels (maintenus suite au transfert du financement vers l'enveloppe de l'ONDAM de ville) ?

II. Les ressources locales pouvant être mobilisées dans la mise en œuvre des modalités organisationnelles innovantes

Il s'agit d'identifier les acteurs et les dispositifs existants ou à prévoir et d'identifier ceux qui sont impactés par les parcours cibles.

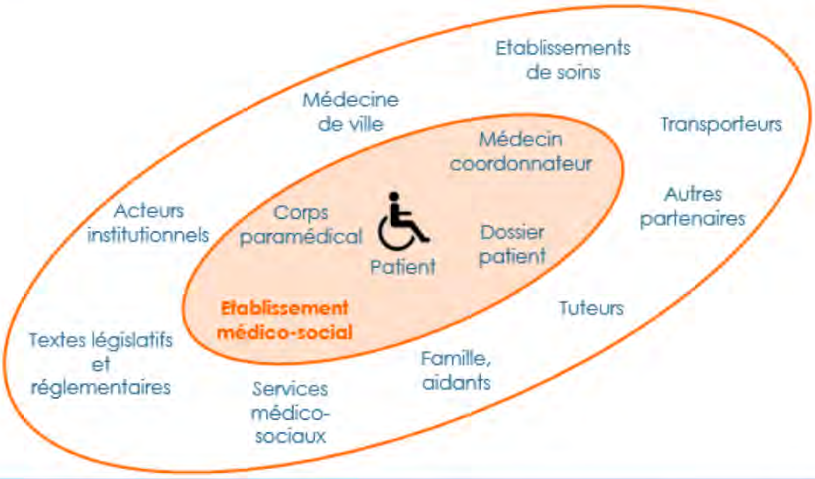
Ces acteurs et ces dispositifs peuvent différer selon :

- L'âge du patient ou le type d'établissement ;
- Le type de pathologies (non liées au handicap, maladies intercurrentes, etc.) ;
- Les spécificités du territoire (ex. autre expérimentation en cours, présence d'un dispositif innovant...).

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51 Innovation En santé



Une information large quant à la mise en œuvre de l'expérimentation, ses enjeux, ses objectifs et ses attendus est une condition de réussite indispensable. Pour se faire, une coordination et un dialogue étroit doit être instauré entre les établissements expérimentateurs et les autorités institutionnelles mobilisées (plus particulièrement les ARS et les CPAM). Un focus sur la coordination est disponible Annexe 6. Une attention particulière doit également être portée à l'information préalable ainsi que tout au long de l'expérimentation des familles et des aidants.

III. Recensement non exhaustif des principales difficultés rencontrées par les établissements et pistes de réponse pouvant être mobilisées lors de l'expérimentation

La phase de prototypage, et les groupes de travail organisés durant cette période, ont fait émerger un certain nombre de difficultés partagées mais également de leviers pour y répondre. Parmi les sujets évoqués, peuvent être cités :

Accès aux soins et suivi médical	Transport	Coordination	Accompagnement spécifique des Personnes handicapées	Coûts
• Accès à un médecin traitant libéral (le weekend, capacité d'accueil de PH) • Suivi médical, suivi des traitements, suivi des prescriptions (EMS, hôpital, médecin traitant, pharmacie) • Refus d'hospitalisation des PH dans certains cas (chirurgie lourde, etc.)	• Matériel inadapté • Accès physique complexe • Inconstance du remboursement du transport	• Manque de coordination entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur de l'établissement • Gestion des rendez-vous médicaux en dehors des EMS • Coordination des EMS avec les parents, les tuteurs, les organismes de tutelle, les ASE • Difficultés de communication entre la PH et le professionnel de santé et réciproquement	• Méconnaissances du secteur polyhandicap par les pompiers (ou SAMU) • Manque de formation au polyhandicap • Méconnaissance de certains médecins traitants des pathologies des PH	• Paiement inconstant des soins par des familles • Surcoût des spécialistes externes

De plus, des dispositifs existants de l'ARS ou CPAM pour les PH qui restent méconnus
➔ *Enjeu majeur d'une meilleure connaissance des dispositifs et politiques en œuvre localement*

Parmi les difficultés recueillies à l'occasion de témoignages d'établissements ayant pris part au prototypage, peuvent être citées :

- **Gestion des rendez-vous médicaux (en dehors de l'établissement) par les familles tuteurs**
  - *Conséquences : moins de visibilité sur le parcours et imposition des dates de rendez-vous à l'établissement*
  - *Piste de réponse : centralisation des prises de rendez-vous et de la communication aux personnes intéressées (proches aidants, médecin traitant...)*

- **Les familles tuteurs arrivent avec de multiples prescriptions**
  - *Conséquences : prescriptions qui se chevauchent et parfois contradictoire*
  - *Piste de réponse : réalisation d'une consultation à l'entrée pour faire le point sur les différentes prescriptions et traitements suivis, ainsi que sur les professionnels de santé et paramédicaux assurant l'accompagnement de la personne.*

- **Inconstance du remboursement du transport**

  Le transport entre le domicile et l'établissement MS nécessite une autorisation d'entente préalable et des accompagnateurs.

  Le transport entre l'établissement de soins et l'établissement MS nécessite des accompagnateurs (un ou plusieurs suivant le profil du résident). Les frais de transport sont remboursés.
  - *Conséquences : difficulté dans la prise en charge des patients, car parfois manque d'accompagnateurs et manque de ressources financières pour payer les frais du transport à domicile.*
  - *Piste de réponse : Mise en place d'une procédure ad hoc permettant d'anticiper les différentes demandes et production de documents (ex. bon de transport par le professionnel de santé consulté).*

- **Manque de coordination entre le médecin traitant et le médecin coordinateur de l'établissement**
  - *Conséquences : chevauchement des prescriptions*
  - *Piste de réponse : réalisation d'une consultation à l'entrée pour faire le point sur les différentes prescriptions et traitements suivis, ainsi que sur les professionnels de santé et paramédicaux assurant l'accompagnement de la personne.*

- **Difficulté de coordination avec les organismes de tutelle**
  - *Conséquences : retard de prise en charge des résidents*
  - *Piste de réponse : convention avec les organismes de tutelle pour faciliter les démarches administratives et accélérer la prise en charge des résidents*

- **Recours quasi nul à l'HAD**
  - *Conséquences : les résidents restent plus longtemps en établissements de santé*

- *Piste de réponse : convention entre les structures HAD et les ESMS pour faciliter les démarches administratives et accélérer la prise en charge des résidents en HAD*

- **Manque d'effectifs de médecin traitant**

  Exemple de témoignage d'une MAS : « On a 47 résidents qui ont un seul médecin traitant, si le médecin est absent, en cas de besoin on appelle le SAMU. »
  - *Conséquences : beaucoup d'aller-retour sans retour d'information sur les soins prodigués et souvent les résidents n'ont pas la capacité de s'exprimer sur le sujet. Difficulté d'accès aux soins de premier recours.*
  - *Piste de réponse : Mettre à disposition des fiches de liaisons d'urgence et inciter les pompiers, urgentistes, SAMU, … à compléter ces fiches.*

- **Méconnaissances du secteur polyhandicap par les pompiers (ou SAMU)**
  - *Conséquences : en dehors des heures de présence et à la suite d'une prise en charge d'un résident par les pompiers (ou SAMU), les directives anticipées ne sont pas respectées ce qui génère des problématiques médicales (Défaut d'accès aux soins du premier et deuxième recours).*
  - *Piste de réponse : formation/sensibilisation des services de secours locaux aux spécificités du handicap, transmission des outils déjà existants (ex. fiches réflexes protocole sur le polyhandicap diffusées aux Samu pendant la crise Covid, fiches Santé BD).*

- **Manque de formation au polyhandicap**
  - *Conséquences : manque de recrutement de personnel médical et spécialiste. Difficile de former des équipes adaptées et spécialisées*
  - *Piste de réponse : ouverture des ESMS locaux comme terrain de stage lors de la formation initiale des professionnels de santé mais également proposition d'échange et de temps d'immersion au sein des ESMS pour des professionnels exerçant sur le territoire.*

- **Problématique de surcoût des spécialistes externes**

  Exemple de témoignage : On fait appel à un Kiné externe libéral, il demande une rémunération à l'acte ce qui est cher et imputé sur le budget de l'établissement médico-social.
  - *Conséquences : coûts élevés des spécialistes et problème de coordination avec les autres spécialistes de l'établissement*
  - *Piste de réponse : communiquer largement sur le besoin, notamment auprès des structures d'exercice coordonnée locale et si absence de ressources locale, envisager le recrutement d'un kiné, si besoin en partageant le temps de travail du professionnel entre plusieurs établissements*

- **Problématique d'accès aux libéraux le weekend**
  - *Conséquences : rupture du parcours de soins*

- *Piste de réponse : s'appuyer sur les organisations existantes en matière d'accès aux soins non programmés et si besoin envisager avec les partenaires locaux un dispositif ou un processus spécifique dédié aux publics accueillis au sein des établissements médico-sociaux*

- **Outils existants mais peu utilisés. Par exemple :**

DLU (Dossier de Liaison d'Urgence) : le plus souvent le résident est accompagné.
DMP (Dossier Médical Partagé) : très peu utilisé et s'il sera mieux utilisé dans l'avenir, ça sera une solution pour faire le lien avec l'hôpital.
Urgence Pallia : est une fiche de synthèse qui permet une aide à la prise de décision. Elle est destinée à transmettre des informations à un autre médecin qui serait amené à intervenir auprès de ce patient lors d'une situation d'urgence, notamment pendant les nuits et les week-ends.

- *Conséquences en cas d'utilisation de ces outils : L'utilisation de ces outils existants peut faciliter les procédures administratives lourdes et améliorer la prise en charge du résident.*
- *Piste de réponse : [à compléter]*

- **Souvent un refus d'hospitalisation en SSR dû à des problèmes de chirurgie lourde**

  - *Conséquences : difficulté pour trouver des places en hospitalisation*
  - *Piste de réponse : [à compléter]*

IV. Exemples de parcours patients mettant en avant des dysfonctionnements et des commencements de réponse

A. Cas n°1 d'un patient type : Prévention bucco-dentaire - Marc, enfant de 6 ans

- **Parcours :**

- Un courrier envoyé par la CPAM aux parents de Marc qui peut déclencher le parcours, ou la prévention systématique organisée (sans l'attente de l'envoi du courrier) dans certains établissements
- Les voitures de l'établissement sont utilisées pour le transport
- Le dentiste et son assistante se déplacent sur tous les services des établissements (ex : Centre Philiiae, composé de 4 établissements : IME, ITEP, IEM, EEAP ; 240 enfants accompagnés, 100 enfants accompagnés en soins de suite et de réadaptation pédiatriques en hôpital de jour ou en hospitalisation complète
- Pendant la consultation, présence d'un éducateur permettant de fluidifier la communication
- Des outils de communication à disposition pour faciliter la communication (ex : SantéBD)
- Choix pour les familles d'être suivies par le dentiste salarié de l'établissement ou le dentiste de famille (libéral)

- **Dysfonctionnements :**

- La prévention bucco-dentaire fait partie des objectifs du CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)
- Beaucoup d'enfants sortants de la protection de l'enfance n'ont pas de médecin traitant
- Difficultés de trouver des dentistes (libéraux de ville) pour ce type de public
- Avoir un dentiste en interne coûte très cher

- Déplacements parfois complexes (Matériels non adaptés pour aider l'enfant ayant un handicap physique à se déplacer lors d'une visite)
- Dispositifs existants de l'ARS et de la CPAM encore méconnus des établissements (ex : Handident)
- Difficulté d'accès physique au cabinet du médecin traitant pour les patients ayant un handicap physique
- Méconnaissance de certains médecins traitants des pathologies de l'enfant
- Difficultés d'accéder aux soins de ville liées aux multiples pathologies lourdes
- Difficultés de communication de l'enfant vers le professionnel de santé et réciproquement

- **Quelques pistes de solution :** Les CPAM peuvent aider à trouver des professionnels de santé
- Recours à l'ordre professionnel
- Mission santé accès aux soins (MISAS) : dispositif consistant à ouvrir des droits à l'assurance maladie et faire en sorte que les personnes en situation de précarité renonçant aux soins puissent diminuer leur renoncement aux soins ; la CNAM veille à ce que dispositif puisse être déployé aux personnes en situation de handicap
- Au niveau des MAS-FAM, l'ensemble des établissements ont proposé des programmes de prévention bucco-dentaire de l'ARS visant à sensibiliser et former les personnels (un référent au sein de l'établissement à disposition pour faire le lien avec les soins de ville) ; ces programmes seront déployés auprès des ITEP-IME en 2021-2022
- Handident, dispositif qui recense tous les dentistes volontaires ayant les compétences techniques pour intervenir au sein des établissements, et pouvant se déplacer/recevoir des enfants/adultes
- Plateforme HandiSCo, dispositif d'accompagnement et d'orientation pour l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap (porté par le CHU de Toulouse)
- CODA HP, unité de consultation généraliste adaptée aux personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre autistique et qui ne peuvent satisfaire aux exigences d'une consultation de médecine générale classique du fait de leur handicap (portée par le Centre Hospitalier Gérard Marchant)

B. Cas n°2 d'un patient type : Soins pour les jeunes adultes (16-20 ans) - Julie, 16 ans, présente un trouble du comportement, n'est pas encore autonome dans l'accès aux soins, besoin de consultation généraliste

- **Parcours :** Julie a une angine :
  - Si présence d'un médecin salarié (ou médecin coordinateur) : ce dernier fait le 1er diagnostic (pour qualifier le degré d'urgence ou non et fait ainsi appel ou non à une structure d'urgence) et détermine également si cela est lié au handicap ou non
  - Si pas de médecin salarié : l'établissement contacte les parents ou l'autorité tutelle, ces derniers viennent récupérer l'enfant et l'accompagnent chez le médecin

a) En cas de soins en externe :
- Soit l'établissement contacte les parents :
  - les parents gèrent la consultation et la paient
  - les parents gèrent la consultation et l'établissement la paie
- Soit l'établissement contacte l'AMEX (autorité tutelle) pour les enfants protégés par l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance).

b) En cas de soins en interne : les soins sont réalisés par un médecin salarié (intervention d'une infirmière + pharmacie de ville).
   - Si urgence : accompagnement par le personnel d'établissement (dossier de liaison d'urgence).
   - Si pas d'urgence :
     - soit les soins sont réalisés en interne (s'il y a un médecin interne), une infirmière prend contact à ce moment-là avec la pharmacie de ville,
     - soit les soins sont réalisés en externe, les parents ou l'autorité tutelle contacte le médecin de ville et se charge de transporter l'enfant jusqu'à la consultation, et paie la consultation.

Certains établissements sont en mesure d'accompagner et de prendre en charge les remboursements de soins (pédicure, ... et soins liés au handicap).

- **Dysfonctionnements :**

- Difficultés de paiement des consultations, certains établissements paient à la place des familles
- Difficultés à récupérer les documents d'assurance maladie et de la mutuelle à jour
- Mise à jour des ALD (affectation de longue durée) par un médecin traitant
- Pas d'alertes sur la fin de l'ALD (via un SI) pour certains établissements
- Difficultés de suivi des soins (les courriers hospitaliers mettent plusieurs mois à arriver)
- Difficultés de remboursement des soins

- **Quelques pistes de solution :**

- Aider et accompagner les établissements à récupérer les documents d'assurance maladie et mutuelle à jour (CPAM et MISAS ?)
- Ne pas négliger l'autorité parentale
- Passer par le CVS (Conseil de la vie sociale) pour favoriser l'accès aux soins

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51 Expérimentation En santé

Annexe 5 : Aide à la définition des missions de coordination à renforcer et pistes de réflexion à la mise en œuvre de l'expérimentation

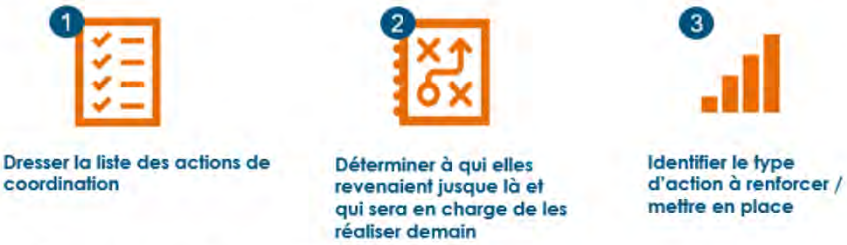
I. Rappel de l'objectif général de l'expérimentation « Facilisoins » en matière de coordination

L'enveloppe financière actuellement dédiée aux soins et actes ayant vocation à intégrer l'ONDAM de ville ne sera pas soustraite de la dotation des établissements prenant part à l'expérimentation. Cette enveloppe a vocation à financer des modalités organisationnelles innovantes en matière d'accès aux soins des personnes en situation de handicap accueillies.

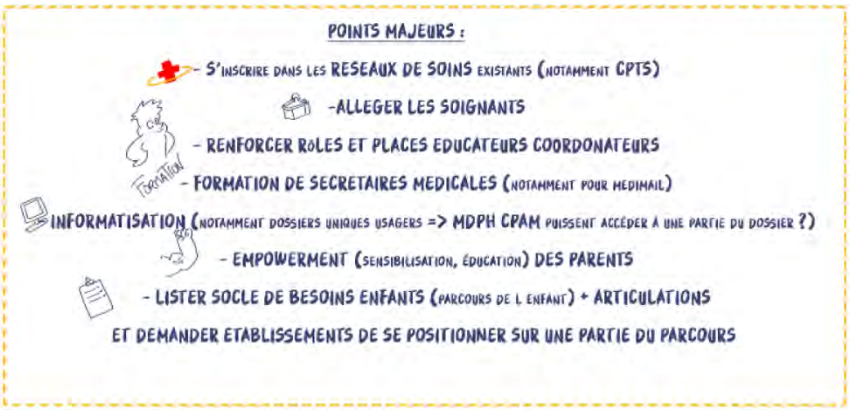
Parmi les missions socles à renforcer, la coordination est un sujet majeur et dont les modalités sont très diversifiées. Pour vous accompagner à la définition des modalités organisationnelles innovantes à mettre en œuvre lors de l'expérimentation, la présente annexe offre un premier état des lieux, en s'appuyant sur les échanges ayant eu lieu lors de la phase de prototypage.

Lors d'un atelier dédié, les participants avaient pour objectif d'identifier les missions de coordination déjà réalisées par eux, et qu'il serait important de renforcer pour améliorer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en matière d'accès aux soins.

Ainsi, les participants ont dû :



II. Principaux constats partagés :



III. Propositions de leviers en fonctions des constats relevés par thématiques (admissions, transports…)

A noter : Le présent cahier des charges n'a pas vocation à être prescriptif. Ainsi, l'éventuel recrutement d'un médecin coordonnateur ou d'une IDEC tel que mentionné ci-dessous ne constitue qu'une piste de réflexion et non un critère de mise en œuvre de l'expérimentation.

1. Admission :

Les dimensions à renforcer pour l'amélioration des admissions des résidents dans les ESMS :

- Inclure le médecin coordonnateur ou l'IDEC dans la procédure d'admission des patients afin de faire un bilan de santé à l'entrée et d'avoir un suivi complet dès l'admission.

2. Création du réseau de ville

➢ **Les actions à faire pour mettre en place un réseau avec des partenaires de soins de ville :**
- Recherche de lieux adaptés et de personnels compétents formés à la prise en charge des patients en situation de handicap.
- Conventionner avec un médecin traitant qui peut occuper la tâche d'un médecin coordinateur pour les soins de premier recours.

➢ **Actuellement le réseau de ville est créé par différents acteurs :**
- Médecins
- Familles
- Cadres santé
- IDEC
- Directions
- Paramédicaux (Ergothérapeutes, Ortho, Kinésithérapeute)

➢ **Après la réforme :**
- Un poste de médecin coordinateur peut être mis en place. Si l'établissement le souhaite, ce rôle pourra être tenu par un IDEC formé et particulièrement sensibilisé aux enjeux de la constitution d'un réseau/maillage solide de professionnels de santé sur le territoire de l'établissement.

➢ **Les dimensions à renforcer pour la création du réseau de ville :**
- Le temps dédié à la création de réseau de ville.

A noter :
- Pour toutes les fonctions hors premier recours, les infirmières et/ou cadres de santé peuvent être formés à la coordination.
- Le médecin coordinateur doit exercer en tant que médecin de l'établissement.
- Le médecin traitant est généralement le médecin coordinateur.
- Des hôpitaux adaptés avec une spécificité dans la prise en charge des personnes en situation de handicap existent. Les consultations de spécialités n'existent pas dans toutes les régions, et ne sont pas distribuées de manière équitable sur le territoire. Un annuaire de ces établissements existe précisant l'adresse et le type de prise en charge dans ces centres.

3. Création des liens avec les administrations :

➢ **Actuellement :**

- Les liens avec les différentes administrations se font à travers le directeur, l'assistante sociale, le chef de service et l'équipe administrative.
- Le lien avec la CPAM se fait à travers le comptable de l'établissement.

➢ **Après la réforme :**
- L'assistante sociale pourrait se charger de faire le lien avec les administrations.
- Le MEDCO pourrait assurer le lien avec les tutelles.
- Concernant les démarches administratives de la mise à jour et l'ouverture des droits à l'assurance maladie, proposition de mettre en place un support de la part des CPAM pour aider les établissements à avancer leurs démarches administratives auprès de la CPAM.

➢ **Les dimensions identifiées comme étant à renforcer pour un meilleur suivi des personnes accompagnées :**
- Le temps dédié aux démarches administratives.
- Le lien avec l'ARS.
- Le recours au dispositif Mission Accompagnement Santé (MisAS) de la CPAM : un dispositif mis en place pour aider les particuliers à gérer les difficultés d'accès aux soins.

4. La prévention et le diagnostic :

➢ **Actuellement les équipes qui se chargent de la prévention et du diagnostic sont :**
- Médecin traitant
- MEDCO
- IDEC

➢ **Après la réforme :**
- Les personnes qui pourraient se charger de la prévention sont : médecin traitant, psychologues, psychiatres, MEDCO, équipe pluridisciplinaire.

➢ **Les dimensions identifiées comme étant à renforcer pour un meilleur suivi des personnes accompagnées :** Création d'un projet de santé avec toute l'équipe santé (dont les éducateurs). Tous les professionnels de santé de l'établissement rédigeront le projet de santé en décrivant les modalités de coordination et organisation et en listant les objectifs. Le projet de santé sera enrichi chaque année.

5. Les systèmes d'information :

➢ **Actuellement :**
- Le DMP (Dossier Médical Partagé) existe, mais il n'est pas compatible et interopérable avec tous les autres logiciels des établissements.
- Les problématiques des établissements avec les SI :
  - Manque de traçabilité des soins et actes effectués par les différents intervenants.
  - Manque d'un SI unique pour tous les établissements.
  - Refus de certains médecins de ville ou professionnels de santé libéral d'utiliser le logiciel par crainte de surveillance systématique.

➢ **Les dimensions identifiées comme étant à renforcer ou à mettre en place pour un meilleur suivi des personnes accompagnées :**
- Mise en place de nouvelles fonctionnalités dans les SI pour améliorer la prise en charge du patient.

- Un SI ayant :
  - Des fonctionnalités permettant la traçabilité de la prise en charge du patient par les différents intervenants.
  - Une messagerie sécurisée.
  - Des fonctionnalités comme la télémédecine et la téléconsultation. En d'autres termes un outil complet de soins et d'expertise.

6. Les transports :

➢ **Actuellement :**

- Les personnels de l'établissement s'occupent de l'organisation des transports. Pas de poste dédié à cette tâche.

➢ **Après la réforme, la coordination en la matière pourrait être assurée par :**

- IDEC,
- Assistante sociale,
- Chef de service.

➢ **Les dimensions identifiées comme étant à renforcer pour un meilleur suivi des personnes accompagnées :**

- Renforcement des ETP dans les établissements pour s'occuper du reste des résidents.
- Consacrer plus de temps à l'organisation des transports.

7. Les médicaments :

➢ **Après la réforme :**

Une sur-médicamentation et un effet d'iatrogénie existent en MAS et FAM. Pour éviter ces inconvénients, les professionnels de santé suivants se chargeront de la partie logistique et prévention médicamenteuse. La coordination en la matière pourrait être assurée par :

- IDEC,
- Médecin traitant,
- MEDCO,
- Aide-soignante.

➢ **Les dimensions identifiées comme étant à renforcer pour un meilleur suivi des personnes accompagnées :**

- Rédiger un projet de santé reprenant le risque de l'effet iatrogénique.

8. Les examens et les soins :

Organisation des soins et coordination des consultations avec les spécialistes et consultations d'imageries.

➢ **Actuellement :**

- IDEC,
- MEDCO,
- Assistante sociale,
- Cadres de santé,
- Chef de service.

- **Après la réforme :**
- Le médecin ou infirmier coordinateur pourraient se charger de :
  - La vérification de la bonne diffusion des informations entre les différents professionnels de santé.
  - L'incarnation des soins dans l'établissement.

- **Les dimensions identifiées comme étant à renforcer pour un meilleur suivi des personnes accompagnées :**
- Temps supplémentaires dédiés à l'organisation des soins.
- Mettre en place un poste d'expertise à temps plein pour l'organisation des soins.
- Plus de moyens humains.

9. Le suivi :

Le suivi concerne :
- L'analyse des résultats,
- La coordination des soins au sein des établissements,
- La coordination des soins de ville.

- **Actuellement :**

Le suivi est assuré par plusieurs professionnels de santé. Il n'y a pas de poste dédié à cette tâche.

- **Après la réforme, les personnes qui pourraient se charger d'assurer le suivi des soins des patients en situation de handicap sont :**
- MEDCO ou IDEC en fonction du choix de l'établissement,
- Médecin traitant.

- **Les dimensions identifiées comme étant à renforcer pour un meilleur suivi des personnes accompagnées :**
- SI
- Projets de santé
- La difficulté de la transmission de l'information utile
- Réunion hebdomadaire avec tous les professionnels de santé. Relais d'information sur des sujets ou des thématiques pour traiter les difficultés rencontrées lors de la prise en charge.
- L'infirmière-CO et MEDCO ont un rôle fondamental de management non hiérarchique.
- L'infirmière-CO et MEDCO sont responsables de mettre en place le plan de formation des différentes équipes.

Ces éléments vont s'articuler pour assurer la traçabilité et une meilleure prise en charge des patients en situation de handicap.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

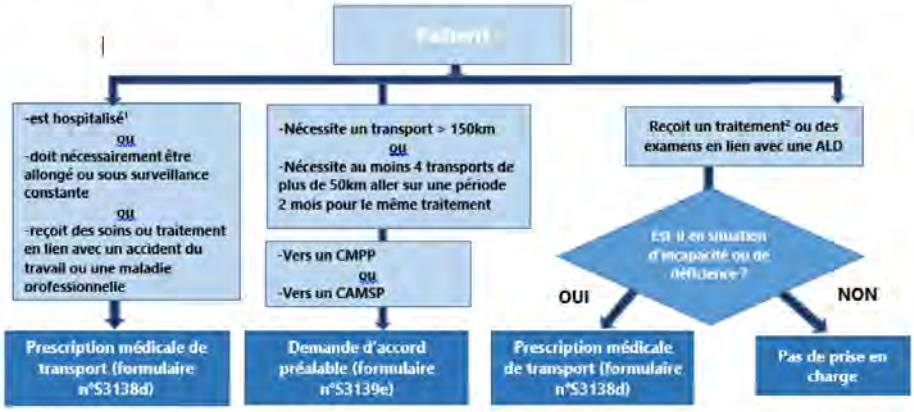
Direction générale de la cohésion sociale

Annexe 6 : Rappel des règles de prise en charge des transports sanitaires par l'Assurance Maladie

I. Principes généraux

Selon l'article L6312-1 du code de la santé publique (CSP) « Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet ».

En application du 9ème de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale, le taux de prise en charge est de 65 % (100% pour les soins liés à une ALD ou titulaire CMUC).



(1) La notion de transports liés à une hospitalisation s'entend strictement au sens du transport correspondant à l'entrée et à la sortie du séjour hospitalier, qu'il s'agisse d'une hospitalisation complète ou partielle

(2) Le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD et le patient doit présenter une des incapacités ou déficiences

II. Règles spécifiques au transport des personnes en situation de handicap

La prise en charge des frais de transport de personnes adultes handicapées pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés à leur état de santé, suit les règles de droit commun du transport de malades, énoncées précédemment.

La prise en charge des frais de transport entre le domicile et l'établissement pour les personnes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour en MAS et FAM relève d'une dotation spécifique des établissements (Cf. décret n°2010 –1084 du 15 septembre 2010).

Conditions de prise en charge des frais de transports des enfants handicapés vers des établissements spécialisés: tous les frais de transport, qu'il s'agisse de transports individuels ou collectifs, que l'enfant ou l'adolescent soit accueilli en externat, semi internat ou internat et quel que soit le mode de transport utilisé, doivent être inclus dans le budget prévisionnel des établissements de l'éducation adaptée.

Cependant, les frais de transport des enfants vers les CMPP et CAMSP sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'une demande d'accord préalable valant prescription médicale

(formulaire S3139e). Sont donc concernés par cette mesure, uniquement les transports du domicile vers les structures des centres CMPP et CAMSP (entrée et sortie).

III. Rappel des différents modes de transports

Transporteur sanitaire	Transporteur non sanitaire
Ambulance	Taxi
Véhicule sanitaire léger (VSL)	Transports en commun
Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)	Véhicule personnel
Service d'aide médicale urgente (SAMU)	Société de service (non remboursable)

Cas particuliers des patients utilisant un fauteuil roulant manuel ou électrique :

- *La Cnam autorise la facturation des TPMR (Transports pour personnes à mobilité réduite) : des véhicules spécialement équipés et aménagés pour accueillir des personnes en fauteuil roulant, conformément à la règlementation en vigueur.*
- *Cette mesure est réservée aux seuls taxis et VSL conventionnés. Les sociétés de service sont exclues du dispositif.*

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Annexe 7 : Fiche pratique sur la prise en charge des enfants protégés dans le cadre du droit commun et leurs conséquences sur les soins

I. Ressources et documentation utiles

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2018 des recommandations de bonnes pratiques dédiées à l'accompagnement à la santé du mineur/jeune majeur tout au long de son parcours.

Ces recommandations donnent des pistes de réflexion et d'action prenant en compte les différences de cultures professionnelles des métiers représentés dans ces services et structures (professionnels éducatifs, sociaux et médicosociaux mais aussi des services généraux et logistiques) afin d'en faciliter l'appropriation par tous. Elles constituent également des éléments d'information importants pour les familles et particulièrement les parents.

Ces recommandations peuvent constituer une ressource précieuse en abordant des sujets très concrets. Déclinées en plusieurs chapitres, on peut citer plus particulièrement :

- **Le Chapitre 2, dédié à « La prise en compte de la santé en amont et dès le début du projet d'admission du mineur/jeune majeur »** et traitant notamment de la façon dont :

- Organiser le recueil des besoins liés à la santé du mineur/jeune majeur en amont de l'admission dans l'établissement/service et examiner la possibilité de cette admission ;
- Informer dès le premier accueil les mineurs/jeunes majeurs et les parents sur les droits liés à la santé et sur l'organisation mise en place par l'établissement/service pour en faciliter l'exercice ;
- Compléter la connaissance des éléments de santé du mineur/jeune majeur lors de l'entretien d'admission ;
- Faciliter l'organisation des bilans médicaux et des dépistages dans les premiers temps de la mesure

Disponible au lien suivant : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/chap2_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

- **Le Chapitre 3, dédié à « L'accompagnement à la santé du mineur/jeune majeur tout au long de la mesure »** et traitant notamment de la façon dont :

- Intégrer la santé dans le document individuel de prise en charge (DIPC) et dans le projet personnalisé, en cohérence avec le Projet Pour l'Enfant (PPE)
- Accompagner le mineur/jeune majeur dans l'accès aux droits contribuant à sa santé
- Impliquer les parents et favoriser la mobilisation du mineur/jeune majeur de façon adaptée à son âge et à sa situation sur la prise en charge de sa santé

Disponible au lien suivant : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/chap3_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf

II. Foire aux Question

- **De quelle couverture sociale bénéficie un enfant accueilli en établissement social ou médico-social ?**

En règle générale, les enfants ont la qualité d'ayant-droit de leurs parents et bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie jusqu'à 16, 18 ou 20 ans en fonction de leur situation. Une procédure particulière s'applique aux enfants mineurs confiés aux services départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et à ceux confiés à la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) sur décisions de justice afin de leur assurer à titre personnel l'accès à la couverture maladie de base et complémentaire.

Les enfants placés bénéficient de droits dérogatoires à l'Assurance maladie, puisqu'ils peuvent être affiliés personnellement, de manière autonome, à l'assurance maladie de base. Outre la protection universelle maladie, ces enfants peuvent bénéficier de la Complémentaire santé solidaire pour la prise en charge de la part complémentaire de leurs frais de santé. Il est à noter que la Complémentaire santé solidaire résulte de la fusion au 1er novembre 2019 de la couverture maladie universelle complémentaire (ou CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ou ACS). Il est ainsi possible de faire une demande de **Complémentaire santé solidaire à titre individuel** pour les mineurs de moins de 16 ans qui dépendent de l'ASE ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

↳ *Cela permet en théorie d'accéder sans reste à charge et sans avance à faire à tous les médecins de secteurs 1 et 2, lesquels n'ont légalement pas le droit de leur opposer des dépassements d'honoraires ou des refus de soins.*

En complément, le dispositif de droit commun PLANIR (Plan d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures) peut faciliter les échanges avec l'Assurance maladie. L'ensemble des CPAM et des conseils départementaux ont signé des conventions pour que ce dispositif bénéficie aux enfants de l'ASE.

Dans les faits, l'étude du Défenseur des droits ne fait pas ressortir de difficultés d'affiliation pour les enfants placés. En revanche, il pointe des difficultés à la sortie du dispositif ASE. Par méconnaissance, des procédures, des jeunes peuvent ne pas se ré-affilier en leur nom propre, et se retrouver sans couverture. Le partage d'information et l'anticipation semblent donc des clés importantes pour prévenir ces situations de ruptures.

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, lancée en 2018, l'assurance maladie et les conseils départementaux ont pris des engagements pour accompagner les jeunes proches de la majorité, lorsqu'ils sont sur le point de quitter le dispositif d'ASE. Un renouvellement systématique de la complémentaire santé solidaire est ainsi effectué deux mois avant les 18 ans des jeunes afin de garantir la continuité de la prise en charge au cours de leur 19ème année, puis un « rendez-vous droits et accès aux soins » est organisé deux mois au plus tard avant les 19 ans du jeune.

- **Qui reçoit l'information médicale concernant le mineur ?**

Les titulaires de l'autorité parentale (dans la majorité des cas le père et la mère du mineur) reçoivent l'information comme s'ils étaient le patient.

Cette information :

- porte sur les différents traitements, investigations, ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.
- est délivrée au cours d'un entretien individuel avec les titulaires de l'autorité parentale en présence ou non du mineur.

Pour favoriser la participation du mineur à la prise de décision concernant sa santé, il est informé des actes et examens nécessaires à sa prise en charge médicale, en fonction de son âge et de ses capacités

de compréhension. Les titulaires de l'autorité parentale reçoivent l'information sauf dans l'hypothèse où le mineur ne souhaite pas révéler à ses parents son état de santé.

- **Un mineur peut-il s'opposer à la consultation des titulaires de l'autorité parentale pour une décision médicale ou refuser qu'ils soient informés de son état de santé ?**

L'enfant mineur peut s'opposer à la consultation des titulaires de l'autorité parentale (père, mère, tuteur...) pour une décision médicale et peut refuser qu'ils soient informés sur son état de santé.

Pour ce faire :

- Le mineur doit demander au médecin (libéral, à l'hôpital, généraliste ou spécialiste) de ne pas informer ses parents ;
- L'information doit porter sur une décision médicale (traitement ou intervention) dont dépend la sauvegarde de la santé du mineur. C'est au médecin de déterminer si la sauvegarde de la santé du mineur est menacée. Cette nécessité médicale justifie que le médecin procède à l'intervention ou mette en œuvre le traitement sans le consentement des parents ;
- Le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son entourage en qui il a confiance et qui l'épaulera lors de l'intervention, et à sa sortie.

↳ *Les parents ne seront pas informés par le médecin et n'auront pas accès aux éléments du dossier médical du mineur (ensemble des documents retraçant son parcours médical) pour lesquels l'enfant a demandé le secret.*

↳ *L'information peut également être donnée confidentiellement au mineur dans les circonstances légales permettant des soins anonymes (dépistage des maladies sexuellement transmissibles, délivrance de produits contraceptifs, accouchement sous X...).*

- **Le patient mineur peut-il accéder à son dossier médical ?**

En principe, le droit d'accès au dossier médical d'un patient mineur est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, sauf lorsque le mineur s'est opposé à cette consultation afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin doit alors s'efforcer de lui présenter tous les éléments susceptibles de modifier son choix. Si le mineur maintient fermement son opposition, les parents ne peuvent accéder au dossier et le refus de la personne mineure doit être consigné par écrit.

Le mineur peut également demander à ce que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant sa santé s'exerce par l'intermédiaire d'un médecin.

- **Le consentement du mineur à l'acte de soins est-il nécessaire ?**

Aujourd'hui, une place essentielle est accordée à la parole du patient mineur qui devient lui aussi acteur de sa santé. Si les droits du patient mineur sont exercés en principe par les titulaires de l'autorité parentale, le mineur doit être informé des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de ses facultés de compréhension. De même, son consentement aux soins doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision

Ainsi, l'avis du mineur doit être recueilli, dès lors que ce dernier est en mesure de l'exprimer. Le consentement du mineur doit ainsi être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement.

Lorsqu'il s'agit d'un acte médical courant (vaccinations, soins dentaires, plaies

superficielles...), chaque parent est réputé agir avec l'accord de l'autre. Ce type d'acte est considéré comme bénin, ne nécessitant pas de technicité particulière.

Lorsqu'un traitement important ou une opération chirurgicale est envisagée, l'accord des deux parents est nécessaire. Ce principe prévaut même en cas de séparation des parents du mineur. En cas de désaccord persistant, il faut saisir le juge aux affaires familiales qui tranchera en fonction de l'intérêt de l'enfant.

- Dans quels cas le médecin peut-il se dispenser du consentement des titulaires de l'autorité parentale ?

- **Le patient mineur vient consulter seul à l'hôpital, sans l'accord de ses parents :** Un mineur peut bénéficier d'un examen médical confidentiel dès lors que le secret n'est pas susceptible de compromettre gravement la santé ou la sécurité de l'enfant. Il peut s'agir de problèmes liés à l'intimité et à la sexualité de la personne mineure ou de maltraitance physique ou psychologique.
- **Le patient mineur souhaite garder le silence sur son état de santé :** Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement des titulaires de l'autorité parentale si le mineur s'oppose expressément à leur consultation afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin doit alors s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. En cas de persistance du refus, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention, à la condition que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix.
- **Le refus de soins par les titulaires de l'autorité parentale met en péril la santé du patient mineur :** Les titulaires de l'autorité parentale peuvent refuser de consentir à un acte de soins pour leur enfant mineur. Ce refus doit être respecté par l'équipe soignante. Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle de la personne mineure risque d'être gravement compromise par le refus du représentant légal ou par l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin délivre les soins qui s'imposent.

Un acteur pouvant être mobilisé : le médecin référent Protection de l'enfance

Le médecin référent Protection de l'enfance a été créé par l'article 7 de la loi du 14 mars 2016 (art L.221-2 du CASF) avec deux grandes missions : organiser les modalités de travail régulier et les coordinations ente les services départementaux et la CRIP d'une part, et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire d'autre part. Il est désigné dans chaque département pour faciliter les liens entre les professionnels de santé et les services de protection de l'enfance. Ses missions sont définies aux articles D.221-25 et D.221-26 du CASF.

Ainsi le médecin référent contribue :

- au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ;
- à l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de protection maternelle et infantile et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et de santé scolaire du département ;
- à l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre les différents acteurs visés ci-dessus.

Le médecin référent " protection de l'enfance " peut être un interlocuteur départemental en matière de protection de l'enfance pour les médecins libéraux, hospitaliers ou de santé scolaire.

Dans le domaine de la santé des enfants en risque de danger ou protégés, il propose les actions nécessaires à la coordination des services départementaux et à la coordination de ces services avec les médecins mentionnés au 2° de l'article D. 221-25.

- *Il peut conduire ou participer à la mise en œuvre de ces actions, qui peuvent prendre la forme de réunions d'information et de sensibilisation sur la protection de l'enfance, d'échanges sur les pratiques et les procédures, de formations telles que prévues aux articles L. 542-1 et D. 542-1 du code de l'éducation.*

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51

Annexe 8 : Fiche pratique sur les mesures de protection juridique des majeurs vulnérables et leurs conséquences sur les soins

I. Documents et guides pratiques

Le CREAI Hauts-de-France a mis en ligne un site internet constituant une ressource (http://protection-juridique.creaihdf.fr/) pour favoriser la circulation de l'information, la connaissance et les liens entre les différents dispositifs existants autour de la protection juridique.

Cet espace s'adresse à la fois aux personnes concernées par une mesure de protection, aux familles, aux professionnels du social / médico-social et aux mandataires judiciaires.

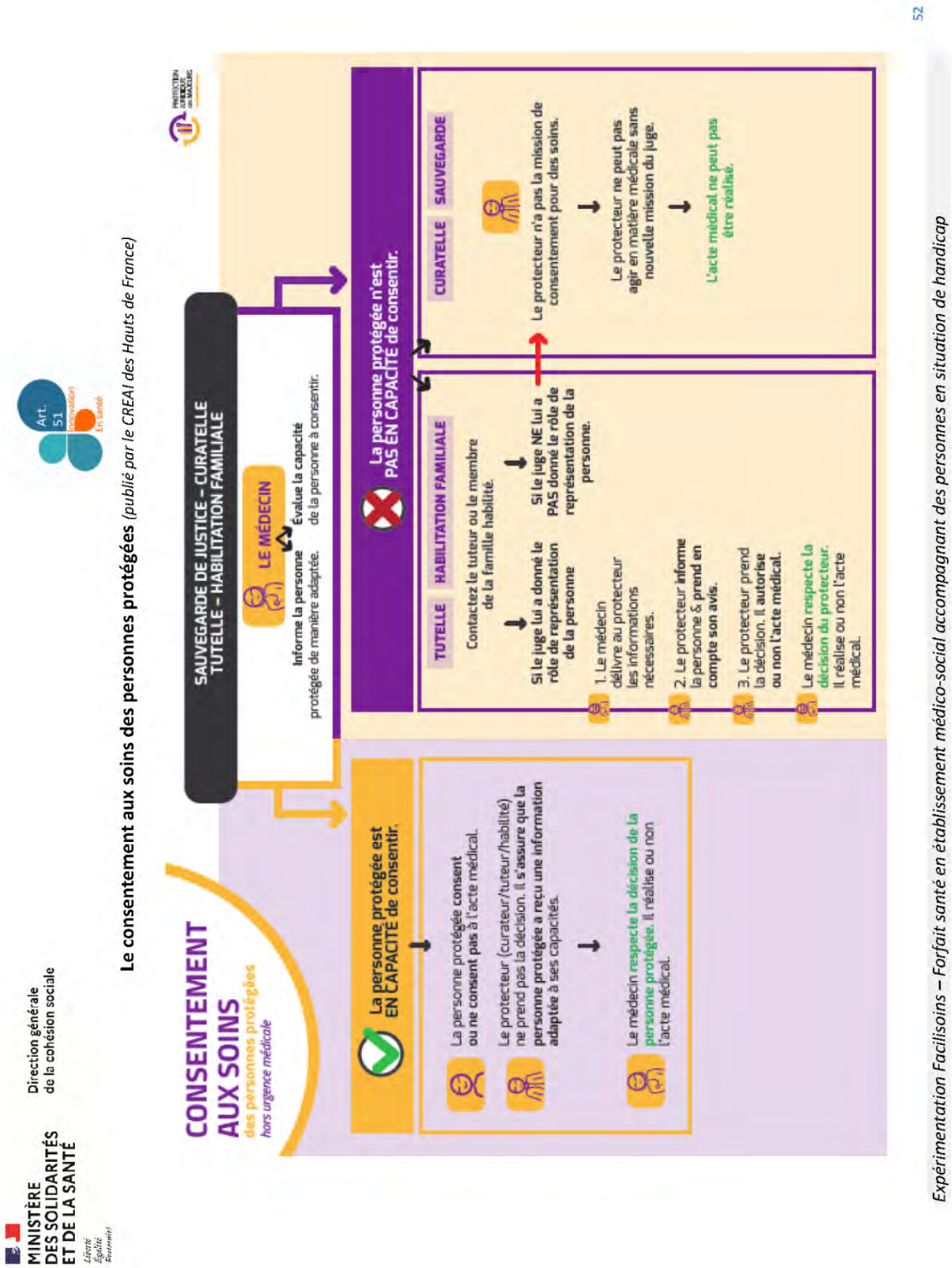
Un guide « La protection juridique des majeurs. Bien coopérer - en pratiques » a ainsi été réalisé à la suite d'un groupe de travail, animé par le CREAI Hauts-de-France, avec le soutien de la DRJSCS (désormais DREETS) et de l'ARS : http://protection-juridique.creaihdf.fr/sites/www.creainpdc.fr/files/pjm_guide_final_decembre.pdf.

Ce guide a été construit avec la collaboration de juges et de professionnels sanitaires/sociaux/médico-sociaux qui y ont apporté leurs compétences et leurs regards et a été construit **pour donner des clés de compréhension de la protection juridique des majeurs, lever les incompréhensions et inviter à la coopération.** Il est illustré **de nombreux exemples pratiques.**

Vous trouverez aux pages suivantes deux outils synthétiques issus de ce guide et permettant de comprendre le consentement aux soins des personnes protégées (hors urgence médicale).

- **Le 1er document dédié au « consentement aux soins des personnes protégées »**, et à destination des professionnel est également disponible en ligne au lien suivant : http://protection-juridique.creaihdf.fr/sites/www.creainpdc.fr/files/pjm_logigramme_consentement_final_0.pdf

- **Le 2nd document est un outil d'autorisation de soins des majeurs protégés à destination des professionnels de santé.** Il est disponible en ligne au lien suivant : http://protection-juridique.creaihdf.fr/sites/www.creainpdc.fr/files/autorisation_de_soin_des_majeurs_proteges_en_milieu_hospitalier_ars_drjscs_npdc.pdf



Expérimentation Facilisoins – Forfait santé en établissement médico-social accompagnant des personnes en situation de handicap

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51 Innovation En santé

Outil à destination des professionnels de santé

publié par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais

URGENCE VITALE

EN CAS D'URGENCE VITALE OU D'IMPOSSIBILITE DE RECUEILLIR LE CONSENTEMENT DU MAJEUR ET DU TUTEUR, LE MEDECIN A L'OBLIGATION D'INTERVENIR: **Article L. 1111-4 alinéa 4 CSP**

REFUS DE SOINS

EN CAS DE REFUS DES SOINS PAR LE MAJEUR PROTEGE OU LE TUTEUR (exerçant la représentation) RISQUANT D'ENTRAINER DES CONSEQUENCES GRAVES POUR LA SANTE DU MAJEUR PROTEGE: LE MEDECIN DELIVRE LES SOINS INDISPENSABLES **Article L.1111-4 alinéa 6 CSP et 42 du CDM**

GRILLE D'ÉVALUATION POUR LA PRISE EN CHARGE DES MAJEURS PROTEGÉS

MESURE	LA PERSONNE A DONNE SON CONSENTEMENT	CE QUI EST PRÉVU PAR LA LOI	CE QUE DOIT FAIRE LE SERVICE DE SOINS
INCONNUE, SAUVEGARDE DE JUSTICE, CURATELLE (SIMPLE / RENFORCE)	OUI	L'AUTORISATION N'EST PAS NÉCESSAIRE, LE PATIENT GARDE SA CAPACITE A CONSENTIR AUX SOINS	PRODIGUER LES SOINS
	NON		NE PAS PRODIGUER LES SOINS
TUTELLE	OUI / NON	L'AUTORISATION DU TUTEUR EST NÉCESSAIRE	S'EFFORCER DE RECUEILLIR LE CONSENTEMENT DU PATIENT ET ATTENDRE LE POSITIONNEMENT ECRIT DU TUTEUR

Comment utiliser la grille: Ce document est destiné au personnel soignant qui se trouve confronté à la prise en charge d'une personne majeure placée sous un régime de protection judiciaire. Elle permet une analyse rapide de la situation eu égard aux spécificités de chaque mesure de protection. Elle vous permet de savoir si la prise en charge de la personne peut s'effectuer de façon «normale» ou s'il vous faut demander le concours du tuteur. C'est lui qui vous fournira ce que l'on appelle souvent une «autorisation d'opérer», si celle-ci est nécessaire. La colonne **«URGENCE»** (en rouge) vous explique qu'en situation d'urgence la mesure de protection ne doit pas être prise en compte. Le patient doit alors être pris en charge. La colonne **«REFUS DE SOINS»** (en violet) vous explique que le maintien de l'état de santé de la personne prévaut sur le consentement dans les cas critiques. Attention : La mesure de Tutelle peut être gérée par 2 tuteurs différents (l'un s'occupant des biens, l'autre de la personne), il vous faudra alors vous adresser à celui qui représente le majeur concernant les actes portant sur sa personne. Dans tous les cas ils sont en contact entre eux. Les **MESURES** qui sont sur fond jaune ne nécessitent aucune autorisation, la personne peut consentir seule aux soins. La colonne **«LA PERSONNE A DONNE SON CONSENTEMENT»** renvoie alors directement à la colonne **«CE QUE DOIT FAIRE LE SERVICE DE SOINS»** car le consentement conditionne toute intervention (à l'exception des cas critiques présentés dans la première colonne de la grille). La colonne **«CE QUI EST PREVU PAR LA LOI»** vous indique la situation dans laquelle l'autorisation du tuteur est nécessaire pour intervenir. En cas d'**atteinte grave à l'intégrité physique**, c'est au Tuteur de saisir le juge.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté Égalité Fraternité

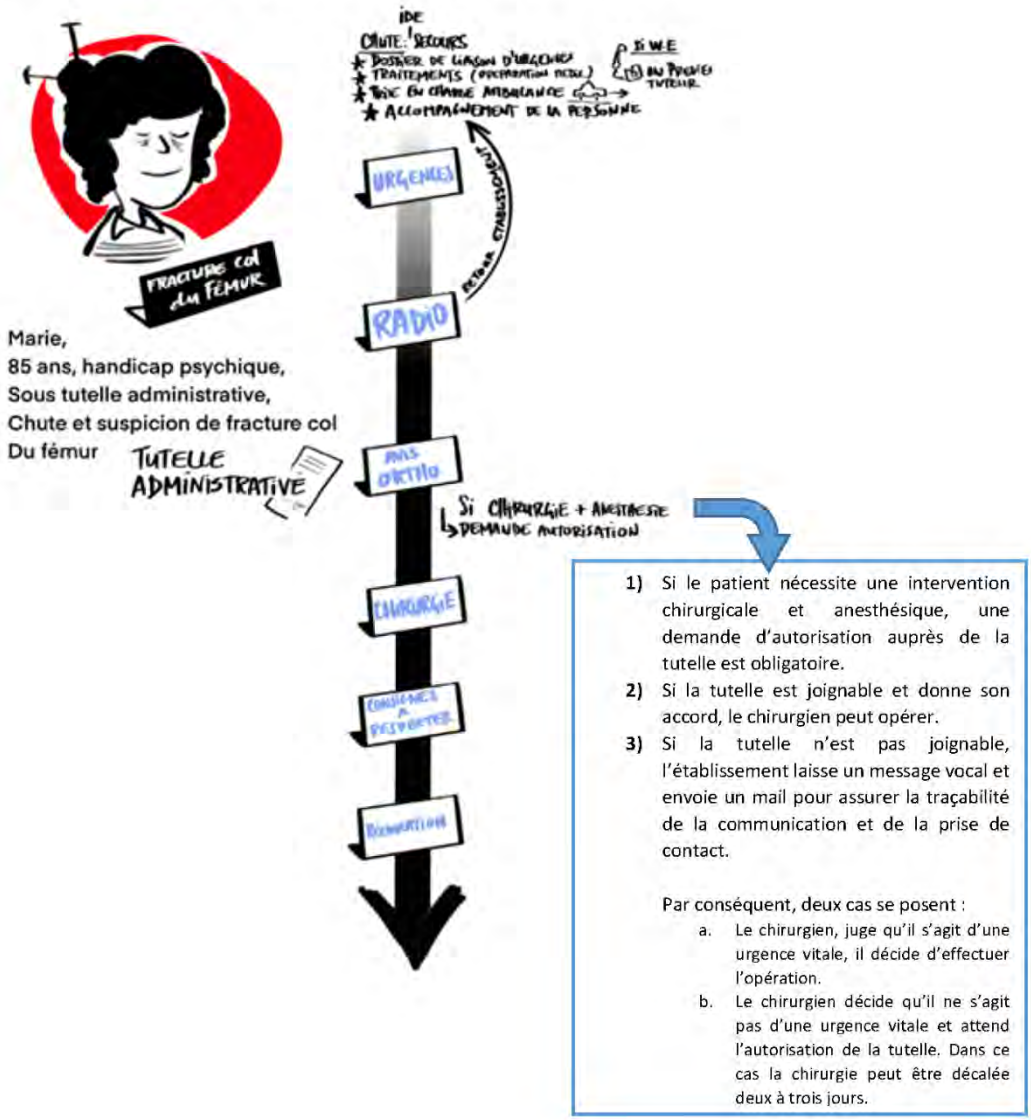
Direction générale de la cohésion sociale

Art. 51

II. Exemple de parcours

L'un des ateliers menés lors de la phase de prototypage de l'expérimentation a permis de s'interroger quant aux différentes étapes du parcours d'une personne accueillie en établissement médico-social victime d'une fracture du col du fémur. L'objectif a ensuite de trouver des pistes pour fluidifier la prise en soin du patient sous tutelle.

- **Exemple de parcours patient : Fracture de col de fémur**



1) Si le patient nécessite une intervention chirurgicale et anesthésique, une demande d'autorisation auprès de la tutelle est obligatoire.
2) Si la tutelle est joignable et donne son accord, le chirurgien peut opérer.
3) Si la tutelle n'est pas joignable, l'établissement laisse un message vocal et envoie un mail pour assurer la traçabilité de la communication et de la prise de contact.

Par conséquent, deux cas se posent :

a. Le chirurgien, juge qu'il s'agit d'une urgence vitale, il décide d'effectuer l'opération.
b. Le chirurgien décide qu'il ne s'agit pas d'une urgence vitale et attend l'autorisation de la tutelle. Dans ce cas la chirurgie peut être décalée deux à trois jours.

- **Rappel de la réglementation :**

- **Une protection juridique progressive formalisée par quatre mesures judiciaires décidées par le juge des tutelles et une mesure juridique**

  - ***Quatre mesures judiciaires***

+ : Sauvegarde de justice : mesure immédiate, souple et de courte durée (1 an, renouvelable une fois). Elle peut être autonome temporaire (mesure de protection en tant que telle avec désignation ou non d'un mandataire spécial) ou conservatoire (dans l'attente de la décision de tutelle ou curatelle). Elle permet de contrôler a posteriori les actes du majeur, concernant son patrimoine. Le majeur ne perd pas sa capacité juridique.

++ : Habilitation familiale (simple ou générale) : plus simple que la tutelle ou la curatelle, car le juge n'intervient que lors de sa mise en place et en cas de litiges (entre la personne habilitée et le majeur ou en entre la personne habilitée et d'autres membres de la famille) au cours de l'exécution de la mesure. Accordée à un membre de la famille (contexte familial serein). Concerne les actes d'administration ou de disposition (vente) mais pas les actes de disposition à titre gratuit (donation) pour lesquels l'autorisation du juge est toujours nécessaire.

+++ : Curatelle (simple ou renforcée) : mesure d'assistance à la personne. La curatelle vise à protéger tant les biens du majeur que sa personne, en l'assistant dans les décisions à prendre. Vigilance ou contrôle des dépenses et protection des biens, du patrimoine de la personne par un curateur désigné. En curatelle renforcée, le curateur a un pouvoir de représentation en ce qui concerne la perception des revenus et le règlement des charges. La durée initiale maximale de la curatelle est de 5 ans.

++++ : Tutelle : mesure de représentation de la personne. Protection complète des biens et de la personne (en particulier sa santé) par un tuteur désigné. La tutelle initiale peut aller jusqu'à 10 ans. La mainlevée de la mesure peut être demandée avant l'échéance de la mesure fixée par le Juge. Lors de la révision de la mesure, celle-ci peut être renouvelée dans les mêmes termes, elle peut également être allégée ou aggravée. La mainlevée peut aussi être demandée.

  - *A noter que certains patients voient leur mesure de protection transformée selon l'évolution de leur autonomie.*

  - ***Une mesure juridique***

Mandat de Protection Future : protection sur-mesure et anticipée des biens et de la personne du majeur (santé) –Cette mesure prévaut sur les 4 protections précédentes.

- **Le régime de l'autonomie graduée (réforme du 23 mars 2019)**

1ère étape : Le principe est la présomption de capacité de la personne : la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne et ce, **quel que soit le régime de protection** (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, mandat de protection future, habilitation familiale...).

2e étape : si l'état du majeur protégé ne lui permet pas de prendre une décision éclairée, le juge peut prévoir qu'il bénéficiera de l'assistance de la personne chargée de sa protection. A cette étape, le majeur protégé, même sous tutelle, peut ne bénéficier que d'une simple assistance en ce qui concerne la protection de sa personne. En conséquence, le jugement d'ouverture de la mesure de protection doit désormais préciser par exemple : tutelle aux biens et à la personne **avec mission d'assistance à la personne.**

3e étape : Si cette assistance ne suffit pas, le juge peut prévoir que la personne sera **représentée** (donc on passe de l'assistance à la représentation) y compris pour les actes portant gravement atteinte à son intégrité corporelle **(opération chirurgicale simple).** Vise tous les actes concernant la protection de la personne **(dont font partie les soins médicaux)** du plus léger jusqu'à celui portant atteinte gravement à l'intégrité de la personne comme une opération chirurgicale.

- Le jugement d'ouverture de la mesure de protection devra préciser par exemple : tutelle aux biens et à la personne **avec mission de représentation** pour les actes relevant de la protection de la personne. Si le jugement ne mentionne que protection des biens et de la personne, le protecteur n'a aucun pouvoir pour représenter la personne puisqu'en l'absence de précision, le majeur protégé est présumé prendre seul les décisions qui le concernent.

- A noter : Lorsque la personne chargée de la protection juridique du majeur se voit confier une mission de représentation à la personne, celle-ci renvoie une attestation d'autorisation aux soins.

- **La réglementation en vigueur concernant les actes médicaux**

Si la personne bénéficie d'une mesure de sauvegarde de justice [15], de curatelle[16], ou une mesure judiciaire prévoyant une assistance à la personne[17]. En matière personnelle et donc de santé, la personne prend en principe seule les décisions pour ce qui la concerne, après avoir reçu une information adaptée à ses facultés de compréhension[18]. Le mandataire, qu'il soit familial ou professionnel, est informé du soin à réaliser et de la volonté exprimée par la personne vulnérable, mais ne peut en aucun cas se substituer à elle. Concernant leur consentement, ces personnes sont ainsi placées dans une situation analogue à celles qui ne bénéficient pas d'une mesure de protection : elles consentent ou ne consentent pas à la réalisation du soin.

Si la personne bénéficie d'une mesure de tutelle ou d'habilitation familiale avec représentation à la personne. Elle prend en principe seule les décisions qui la concernent en matière personnelle, et en particulier de soins, si son état le permet.

Toutefois, si son état ne lui permet pas de prendre une décision éclairée, le juge peut décider de confier à la personne chargée de sa protection une mission spécifique de représentation de la personne en matière de santé[19] . Dans ce cas, la personne chargée de sa protection a compétence pour consentir à la vaccination ou à tout autre acte de soins en lieu et place de la personne protégée. En cas de difficulté, et notamment de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection le juge des tutelles statue.

- **Foire aux questions :**

- Le consentement

Le consentement du majeur sous mesure de protection, même sous tutelle, doit systématiquement être recherché, « s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (article L 1111-4 du Code de la santé publique). Le droit commun s'applique dans le domaine de la santé pour les personnes majeures protégées (art 459 du Code civil) : la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. La personne protégée peut accepter ou refuser les soins médicaux.

[15] Article 433 du code civil
[16] Article 440 du code civil
[17] Article 494-1 du code civil
[18] Article 459, al. 1, du code civil
[19] Article 459, al 2, du code civil

- *Le résident est hors d'état d'exprimer un consentement : qui décide de la réalisation d'un acte médical (ex. la vaccination) et comment ?*

Il convient d'appliquer les règles en vigueur, appliquées habituellement pour tous les actes médicaux. Si la personne est hors d'état d'exprimer un consentement, la décision est prise après consultation du représentant légal, de la personne de confiance désignée, ou d'une personne de sa famille ou à défaut un de ses proches, ainsi que le prévoient les dispositions du code de la santé publique pour tout acte de soin[20] . Pour rappel, ces tiers ont vocation à témoigner des souhaits et volonté de la personne. Le témoignage de la personne de confiance l'emporte sur tout autre témoignage [21] (famille, proche, tuteur, mandataire). Le cas échéant, si la personne n'a pas de personne de confiance, ni de famille ou de proche, cette décision peut associer un ou plusieurs membres de l'équipe soignante de l'établissement.

- *Existe-t-il des critères pour déterminer si le patient est en état ou non d'exprimer sa volonté ?*

Ni la loi, ni la jurisprudence ne précisent les critères permettant de distinguer la personne en état d'exprimer sa volonté de celle qui ne l'est pas. Il s'agit donc d'une analyse au cas par cas. Néanmoins, le Conseil d'Etat a précisé qu'un *« état végétatif ou un état de conscience minimale »* met un patient hors d'état d'exprimer sa volonté[22].

- *Que faire en cas de désaccord entre le protecteur et le majeur protégé ?*

En cas de désaccord entre le protecteur et le majeur protégé et sauf urgence, **le juge désigne celui des deux qui pourra prendre la décision** : si le majeur et le protecteur ne sont pas d'accord sur l'opportunité de l'acte, le juge désigne qui du majeur ou du protecteur prendra la décision mais en aucun cas le juge ne décide de l'opportunité ou non de l'intervention.

- *A qui revient la responsabilité de la prise d'une décision portant gravement atteinte à l'intimité ?*

Sauf urgence, l'autorisation du juge est nécessaire en cas de décision portant gravement atteinte à **l'intimité** de la vie privée de la personne protégée : vise les actes particulièrement graves comme une amputation ou l'intrusion au domicile de la personne (intimité de la vie privée).

- *Existe-t-il des cas particuliers ?*

Les actes relevant de choix strictement personnels (ex : la contraception, l'assistance médicale à la procréation, l'IVG) dépendent uniquement de la volonté de la personne protégée sans intervention de son représentant légal : sphère de la capacité naturelle.

- *Que faire si la personne n'est pas en capacité de consentir et qu'elle n'a pas de mesure de protection ?*

Si la personne n'est pas en capacité de consentir, et qu'elle n'est pas protégée par une mesure de représentation à la personne, l'acte médical ne peut pas être réalisé. Ni un proche, si une personne de confiance ne peut autoriser les soins à la place de la personne. Un signalement au Procureur peut être réalisé, en vue d'une demande de protection.

Il est rappelé qu'en cas d'urgence vitale, le médecin donne les soins qui s'imposent, compte-tenu de l'état du patient même si le représentant légal ne peut pas être joint (article R.4127-42 du Code de la Santé Publique, au titre des obligations déontologiques du médecin). Le médecin doit s'efforcer de prévenir son représentant légal.

[20] Article L1111-4 du code de la santé publique
[21] Décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016
[22] Conseil d'État, 19 juillet 2017, n° 402472

- La personne de confiance

  - *Qui peut désigner une personne de confiance ?*

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance à l'exception des personnes protégées par une mesure de tutelle. En revanche, si une personne de confiance a été désignée avant la mise en place de la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

  - *Qui peut être désigné ?*

Toute personne de l'entourage en qui le résident a confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un parent, un proche ou le médecin traitant. La personne de confiance et la personne à prévenir en cas d'incident peuvent être la même personne. Enfin, il faut supposer, bien que la loi ne l'indique pas, que la personne de confiance est majeure et ne fait pas l'objet d'une quelconque incapacité.

  - *Comment désigner la personne de confiance ?*

La désignation doit se faire par écrit. Le résident peut changer d'avis à tout moment et, soit annuler sa désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. Dans tous les cas, il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui semblent utiles pour s'assurer de la prise en compte de ces changements (note dans le dossier médical, dialogue avec les proches...).

  - *Quand désigner la personne de confiance ?*

La désignation de la personne de confiance peut intervenir à tout moment. Elle n'est pas limitée dans le temps et peut être révoquée quand on le souhaite. Il est proposé que les établissements encouragent les résidents à désigner une personne de confiance, lorsqu'elles n'en ont pas, en amont de la consultation pré-vaccinale.

  - *Quel est le rôle de la personne de confiance ?*

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes :

- **Lorsque la personne est en capacité d'exprimer sa volonté, elle a une mission d'accompagnement :**

- Soutenir la personne dans son cheminement personnel et l'aider dans ses décisions concernant sa santé.
- Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle assiste mais ne remplace pas la personne.
- Prendre connaissance d'éléments du dossier médical en présence de la personne : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de cette présence et ne devra pas divulguer des informations sans accord.

- **Si la personne ne peut plus exprimer sa volonté, elle a une mission de référent:**

- La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitements et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer les souhaits de la personne.
- Elle est un porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle des souhaits et de la volonté de la personne. Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte ceux de la personne concernée. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

- La personne de confiance peut faire le lien avec la famille ou les proches mais en cas de contestation, s'ils ne sont pas d'accord, son témoignage l'emportera.

En quoi la désignation d'une personne de confiance peut être utile ?

La personne de confiance peut accompagner la personne dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et, éventuellement aider à la prise de décision concernant la santé.

Dans l'hypothèse où l'état de santé de la personne ayant désigné la personne de confiance ne lui permet plus de donner son avis ou de faire part de ses décisions et préalablement à toute intervention ou investigation, le médecin ou, le cas échéant, l'équipe médicale qui assure la prise en charge, consultera en priorité la personne de confiance désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions. Il est également possible de lui confier des directives anticipées.

Quelles sont les limites d'intervention de la personne de confiance ?

Si la personne recevant les soins n'est pas en mesure de le faire elle-même, la personne de confiance s'exprime en son nom et selon ses souhaits. La personne de confiance ne peut toutefois pas obtenir communication de votre dossier médical, à moins qu'elle n'ait reçu une procuration expresse en ce sens. Ainsi, si la personne devant recevoir les soins souhaite que certaines informations ne soient pas communiquées à la personne de confiance, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En l'absence de telles consignes, et si la personne devant recevoir les soins n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, seules les informations jugées nécessaires pour pouvoir exprimer ce qu'elle aurait souhaitée seront communiquées à la personne de confiance.

Qui peut désigner une personne de confiance ?

Seule une personne majeure peut désigner une personne de confiance. En cas d'une protection par une mesure de tutelle, la personne protégée ne peut pas désigner une personne de confiance. En revanche, si la désignation de la personne de confiance a eu lieu antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut, soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation. Le majeur sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut, quant à lui, désigner sa personne de confiance.

Qui peut être désigné ?

Toute personne de l'entourage en qui la personne a confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un parent, un proche ou le médecin traitant.
La personne de confiance et la personne à prévenir peuvent être la même personne. Enfin, il faut supposer, bien que la loi ne l'indique pas, que la personne de confiance est majeure et ne fait pas l'objet d'une quelconque incapacité.

Comment désigner la personne de confiance ?

La désignation doit se faire par écrit. A tout moment il est possible soit annuler une désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre.
Dans tous les cas, il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui semblent utiles pour s'assurer de la prise en compte de ces changements (note dans le dossier médical, dialogue avec les proches...).

Quand désigner la personne de confiance ?

La désignation de la personne de confiance peut intervenir à tout moment. Elle n'est pas limitée dans le temps et peut être révoquée quand on le souhaite. Lors d'une hospitalisation, il est possible de désigner une personne de confiance au moment de l'admission. Il est également possible de le faire avant ou au cours de l'hospitalisation. La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que

pour la durée de cette hospitalisation. Si la personne hospitalisée souhaite que cette désignation soit prolongée, il convient de le précisez (par écrit, de préférence). Les informations concernant la personne de confiance communiquées (identité, coordonnées pour la joindre), seront classées dans le dossier médical et conservées au sein de l'établissement.

- Les directives anticipées :

  - *Quelle forme doivent avoir les directives anticipées ?*

Les directives anticipées ne peuvent être rédigées que par une personne majeure. Il s'agit d'un document écrit qui doit être daté et signé sur lequel doivent être précisés le nom, prénom, date et lieu de naissance. Dans l'impossibilité physique d'écrire les directives anticipées, le document n'est valide que si deux témoins attestent par écrit, en précisant leurs nom et qualité, que ce document est bien l'expression d'une volonté libre et éclairée. Sur demande, le médecin peut ajouter une attestation indiquant que la personne est en état d'exprimer sa libre volonté et avez reçu les informations appropriées.

  - *Quelle est la durée de validité des directives anticipées ?*

Le document doit être rédigé depuis moins de trois ans. Elles doivent donc être renouvelées tous les trois ans. Pour cela, il suffit de préciser sur le document portant les directives qu'elles sont confirmées et de signer cette confirmation. Si les directives sont modifiées, une nouvelle période de validité de trois ans commence à courir. Leur validité peut être prolongée sans limitation de durée si l'état d'inconscience du patient ou son incapacité mentale d'effectuer le renouvellement des directives anticipées intervient au cours des trois ans. Pour veiller à ce que les directives et leurs modifications éventuelles soient bien connues et prises en compte, il est important de porter une attention particulière à l'accessibilité du document, la mention des coordonnées de la personne détentrice de ces informations dans le dossier médical.

  - *Est-il possible de changer d'avis après avoir rédigé des directives anticipées ?*

Il est possible de révoquer à tout moment et sans formalité des directives anticipées. Ainsi, il est possible de modifier totalement ou partiellement le contenu des directives. Un nouveau délai de trois ans court à compter de la modification. De même, il est possible d'annuler les directives. Il est préférable de le faire par écrit, surtout si cette décision intervient pendant la période de validité des trois ans.

  - *Quand rédiger ses directives anticipées ?*

La loi réserve à la personne concernée l'initiative de rédiger des directives anticipées et de les faire connaître notamment lors d'une éventuelle hospitalisation. Elle enjoint seulement au médecin, y compris lors d'un suivi à domicile, d'en rechercher l'existence et de les consulter. C'est dans le cadre d'une information régulière sur l'état de santé de la personne et d'une relation de confiance qu'au moment adapté, il pourra être demandé, en cas de maladie grave et évolutive, si des directives anticipées ont été rédigées pour en faciliter la recherche ultérieurement.

  - *Comment s'assurer que les directives anticipées seront prises en compte ?*

Les directives anticipées doivent être aisément accessibles à tout médecin qui doit les consulter, notamment dans le cadre de la prise de décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement. Lorsque le dossier médical mentionne que le patient a rédigé des directives anticipées, celles-ci sont accompagnées des coordonnées de la personne qui les détient. Une copie du document peut également être classée dans le dossier médical. Il est conseillé de garder l'original sur soi ou de le confier à la personne qui a l'habitude d'accompagner le patient (personne de confiance, famille, proches) afin d'être en mesure de le remettre à d'autres médecins qui pourraient devoir les consulter.

Ceci n'est pas strictement prévu par les textes (le patient pouvant donc refuser et exiger que l'hôpital garde l'original) mais donne une garantie supplémentaire.
Si les directives ne sont pas insérées ou mentionnées dans le dossier qu'il détient, le médecin cherchera à savoir si des directives ont été rédigées et à qui elles ont été confiées : il s'adressera alors à la personne les détenant (personne de confiance, famille, proches, médecin traitant ou le médecin adresseur).

Quelle est la portée des directives anticipées dans la décision médicale ?

Si des directives ont été rédigées, le médecin doit en prendre connaissance et en tenir compte. Elles témoignent de la volonté de la personne alors qu'elle était encore apte à l'exprimer et en état de le faire. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale finale car leur contenu prime sur les autres avis non médicaux (personne de confiance, famille, proches).

Cependant, les directives anticipées n'ont pas de force obligatoire pour le médecin qui a la responsabilité des soins. Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations qu'exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales. Plus elles seront précises et adaptées à la situation, plus les directives anticipées seront prises en compte par le médecin dans les situations de fin de vie.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Annexe 9 : Fiche pratique sur la Demande d'Accord Préalable (DAP)

Soins complémentaires en sus du budget des ESMS

I. Cadre juridique

En application de l'article R.314-122 du code d'action sociale et des familles, la prise en charge de soins complémentaires en sus du budget des établissements et services médico-sociaux est soumise à une demande d'accord préalable du service médical, dans les conditions prévues à l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale, lorsque ces soins, bien que relevant des missions de l'établissement, « ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière ».

L'article L.315-2 du code de sécurité sociale précise les motivations d'exigence d'accord préalable pour le bénéfice d'une prestation :

- Nécessité appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical,
- Caractère innovant ou risques encourus par le bénéficiaire,
- Caractère particulièrement coûteux devant faire l'objet d'un suivi particulier.

Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée, via le formulaire cerfa 12040*03 disponible sur Ameli, pour permettre une prise en charge des soins. Les éléments médicaux sont confidentiels et adressés au service médical avec la demande d'accord préalable sous pli cacheté, par le professionnel qui exerce les soins.
Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Dans le cas présent, la prescription émane du médecin rattaché à l'établissement (médecin salarié ou lié par contrat ou convention avec l'établissement médico-social). Elle précise la situation particulière de la personne par rapport à la capacité de la structure à assurer les soins adaptés requis par la pathologie ou les troubles. Elle peut être accompagnée d'un argumentaire étayant ces éléments.

Par ailleurs, « les préconisations de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, [23]lorsqu'elles existent, sont jointes à la demande d'entente préalable [24]».

Renouvellement de la prescription :

Le renouvellement s'effectue conformément à la procédure décrite pour la prescription initiale. Le médecin de l'établissement ou service médico-social réalise sa prescription en indiquant qu'il s'agit d'un renouvellement et y joint son argumentaire médical justifiant, dans le cadre du renouvellement, la situation particulière de l'enfant ou de l'adolescent par rapport à la capacité de la structure à assurer les soins adaptés en termes de technicité ou d'intensité requis par la pathologie ou les troubles dont il souffre, et donc la nécessité de recourir à un orthophoniste libéral.

[23] Il n'y a pas de décision obligatoire de la CDAPH pour les enfants accompagnés par des CAMSP ou CMPP (cf. fiches correspondantes).
[24] Décret n°2015-1451 du 10 novembre 2015 relatif aux exceptions à l'application du principe «silence vaut acceptation» sur le fondement du II de l'article 21 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations : les décisions (hors attribution de prestations financières) de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont réputées rejetées en cas de silence gardé pendant 4 mois.

L'orthophoniste joint ces éléments à la demande d'accord préalable qu'il envoie au service médical.

Notions d'intensité et de technicité

Intensité : les soins peuvent revêtir cette notion d'intensité lorsque :

- La consultation est d'une durée plus importante que la durée habituelle des consultations exercées au sein de l'ESMS pour le même motif
- La consultation a une fréquence plus importante que la fréquence habituelle (comparativement au nombre moyen de séances effectuées au sein de l'ESMS)
- La situation de la personne présente un risque particulier ou une lourdeur (complications potentielles, nécessité d'une surveillance accrue, plus régulière...) qui justifie de faire appel à une offre de soins extérieure
- La structure ne peut assurer de façon complète ou régulière l'intensité de la prise en charge de ce bénéficiaire en raison des moyens disponibles alloués et de son organisation, ce qui aura fait l'objet d'un constat partagé entre l'établissement et l'ARS au préalable, la caisse d'assurance maladie en ayant été informée par l'ARS. Cette mention sera stipulée dans la demande d'accord préalable adressée au service médical de l'assurance maladie.

Technicité : Ce terme renvoie à la notion de « savoir-faire » et donc à des soins réalisés selon une approche particulière supposant des connaissances et compétences spécifiques dans un domaine particulier, ou l'utilisation d'équipements ou dispositifs médicaux particuliers.
À ce titre, les établissements et services peuvent faire appel à un professionnel (ex : orthophoniste) disposant de compétences particulières, ayant recours à une approche précise (ex : approches neurolinguistiques).

Est notamment susceptible de relever de cette situation, le besoin de compétence complémentaire d'un ESMS accueillant une personne dont les problématiques ne sont pas inscrites dans le projet d'établissement, son autorisation ou le CPOM.

Dès lors que les soins relèvent de la mission de l'établissement, aucune prise en charge en sus n'est possible en dehors de ces situations. La Demande d'Accord Préalable ne peut déroger à ces conditions.

II. Transmission de la DAP au service médical de l'assurance maladie

C'est le professionnel de santé exécutant qui a la responsabilité de transmettre la demande d'accord préalable au médecin conseil de la caisse. Aussi n'est-il pas justifié de mettre en place une procédure de demande préalable de la part de l'établissement ou du service médico-social auprès de la caisse, ce qui obligerait les professionnels à faire la demande deux fois.
La prescription du médecin rattaché à l'établissement ou service médico-social doit être jointe à la demande d'accord préalable du professionnel de santé exécutant, ainsi que l'argumentaire justifiant les critères d'intensité et de technicité définis supra.

III. Délai de réponse

La loi du 12 novembre 2013 habilitant le Gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens pose le principe selon lequel le silence gardé par l'administration sur une demande vaut

accord (art. L.231-1 code des relations entre le public et l'administration). « La liste des procédures pour lesquelles le silence gardé sur une demande vaut décision d'acceptation est publiée » sur le site « Légifrance » (art. D.231-3 du même code). Cette liste permet de fixer un délai inférieur aux deux mois prévus par le principe général et stipule expressément que pour les demandes d'accord préalable relevant de l'art. L.315-1 CSS, l'absence de réponse dans un délai de 15 jours vaut acceptation.

L'article L.315-2 CSS prévoit les conditions dans lesquelles s'exerce le contrôle du service médical et renvoie à une décision de l'UNCAM qui précise en outre qu' *« à défaut d'indication de délai, l'absence de réponse par l'organisme dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande dûment complétée vaut accord de prise en charge.* » (Décision du 24 juin 2014).

L'article 3 de cette décision précise également qu'en cas de refus « la décision est notifiée à l'assuré par l'organisme d'assurance maladie. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables. Le professionnel de santé à l'origine de la demande en est informé. »

En conséquence, l'absence de réponse dans un délai de 15 jours vaut accord.

À la demande des services centraux de l'État, un groupe de travail national devrait étudier la question des « doubles prises en charge » dans les mois à venir compte tenu des travaux de réforme en cours (mission de réforme de la tarification des ESMS pour personnes handicapées – SERAFIN-PH – ou dispositif « réponse accompagnée pour tous », notamment) et des évolutions possibles de l'article R.314-122 CASF. Aussi, les règles exposées ci-dessus sont-elles susceptibles d'évoluer dans les prochains mois.

Textes de référence

Code de l'action sociale et des familles
R.314-26 (les soins relevant des missions des structures sont inclus dans leur budget)
R.314-122 (critères de prise en charge de soins complémentaires en sus du budget)
R.314-124 (application de l'article précédent aux CAMSP)
R.314-147 (extension aux ESMS pour adultes, de l'article R.314-122)

Code de la sécurité sociale
L.315-2

Code des relations entre le public et l'administration
L.231-1
D.231-2 et suivant

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Annexe 10 : Fiche pratique sur les soins complémentaires

Définition

Les établissements et services médico-sociaux, financés par l'assurance maladie, ont vocation à prendre en charge, dans le cadre du budget qui leur est alloué, l'ensemble des soins des personnes accueillies (ou accompagnées) correspondant à leurs missions (R.314-26 CASF).

Ainsi, dans le cas général, aucune « double prise en charge financière » pour des soins relevant des missions de la structure n'est donc possible (pas de remboursement en sus des soins inclus dans le périmètre tarifaire).
La notion de soins complémentaires doit être examinée au cas par cas, au regard du parcours du bénéficiaire pour lui apporter une réponse adaptée, et la présente fiche a pour objet de préciser les critères d'appréciation du besoin en soins complémentaires faisant l'objet des demandes d'accord préalable au service médical de l'assurance maladie.
Ainsi, des prises en charges financières en sus du tarif ou à titre dérogatoire sont prévues par l'article R.314-122 du CASF.

« I - Les soins complémentaires, délivrés à titre individuel par un médecin, un auxiliaire médical, un centre de santé, un établissement de santé ou un autre établissement ou service médico-social, sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire dans les conditions de droit commun, en sus du tarif versé à l'établissement ou au service :
1° Soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service ;

*2° Soit, par dérogation aux dispositions du 2° de l'article R.314-26, lorsque, bien que ressortissant aux missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur **intensité** ou de leur **technicité**, être assurés par l'établissement ou le service de façon **suffisamment complète ou suffisamment régulière.** Dans ce cas, ces soins doivent faire l'objet d'une **prescription par un médecin attaché à l'établissement ou au service.***

II. - Lorsque les soins complémentaires mentionnés au I sont liés au handicap ayant motivé l'admission dans l'établissement ou le service, leur remboursement est subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical, [25]dans les conditions prévues à l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale.

Les préconisations de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées[26], lorsqu'elles existent, sont jointes à la demande d'entente préalable[27]».

[25] Le support à utiliser pour rédiger la demande d'accord préalable est le formulaire cerfa 12040*03 disponible sur Ameli.
[26] Il n'y a pas de décision obligatoire de la CDAPH pour les enfants accompagnés par des CAMSP ou CMPP (cf. fiches correspondantes).
[27] Décret n°2015-1451 du 10 novembre 2015 relatif aux exceptions à l'application du principe «silence vaut acceptation» sur le fondement du II de l'article 21 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations : les décisions (hors attribution de prestations financières) de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont réputées rejetées en cas de silence gardé pendant 4 mois.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Notions d'intensité et de technicité

Intensité : les soins peuvent revêtir cette notion d'intensité lorsque :

- La consultation est d'une **durée** plus importante que la durée habituelle des consultations exercées au sein de l'ESMS pour le même motif
- La consultation a une **fréquence** plus importante que la fréquence habituelle (comparativement au nombre moyen de séances effectuées au sein de l'ESMS)
- La situation de la personne présente un risque particulier ou une lourdeur (complications potentielles, nécessité d'une surveillance accrue, plus régulière...) qui justifie de faire appel à une offre de soins extérieure
- La structure ne peut assurer de façon complète ou régulière l'intensité de la prise en charge de ce bénéficiaire en raison des moyens disponibles alloués et de son organisation, ce qui aura fait l'objet d'un constat partagé entre l'établissement et l'ARS au préalable, la caisse d'assurance maladie en ayant été informée par l'ARS. Cette mention sera stipulée dans la demande d'accord préalable adressée au service médical de l'assurance maladie.

Technicité : Ce terme renvoie à la notion de « savoir-faire » et donc à des soins réalisés selon une approche particulière supposant des connaissances et compétences spécifiques dans un domaine particulier, ou l'utilisation d'équipements ou dispositifs médicaux particuliers.
À ce titre, les établissements et services peuvent faire appel à un professionnel (ex : orthophoniste) disposant de compétences particulières, ayant recours à une approche précise (ex : approches neurolinguistiques).

Est notamment susceptible de relever de cette situation, le besoin de compétence complémentaire d'un ESMS accueillant une personne dont les problématiques ne sont pas inscrites dans le projet d'établissement, son autorisation ou le CPOM.

Dans le cadre du dispositif d'accord préalable, la demande d'entente préalable, documentée et argumentée, sera donc adressée au service médical de l'assurance maladie pour permettre une prise en charge des soins. La prescription faite, précisant la situation particulière de la personne par rapport à la capacité de la structure à assurer les soins adaptés requis par la pathologie ou les troubles, a pour objet de permettre de valider les critères de l'article R.314-122 du CASF.

Champs d'application

Des soins complémentaires peuvent être prescrits par le médecin attaché à l'ESMS :

- Dans les établissements relevant du 2° de l'article L.312-1 CASF à savoir l'ensemble les établissements et services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (IME, ITEP, SESSAD, CMPP).
- Dans les CAMSP (R.314-124 CASF)
- Dans les établissements et services relevant du 7° de l'article L.312-1 CASF (l'application de l'article R.314-122 est étendue aux adultes : R.314-147 CASF) à savoir les SAMSAH, FAM et MAS.

Les soins relevant du I 2° du R. 314-122 doivent faire l'objet d'une prescription du médecin de l'établissement accompagnée d'un courrier à l'attention du médecin conseil.

La prescription doit décrire de manière précise les éléments médicaux motivant la prise en charge exceptionnelle par l'Assurance Maladie. Elle pourra prendre la forme d'un plan de soins précisant les techniques, la fréquence, la durée des interventions pour argumenter le caractère incompatible avec une prise en charge globale au sein même de la structure.

Les établissements ou services ont la possibilité de passer des conventions avec les professionnels libéraux afin d'organiser la prise en charge des soins qui relèvent de leurs missions. En revanche, les difficultés de recrutement ou allocations de moyens insuffisantes à l'origine de la demande parce qu'elles ne permettent pas de répondre aux besoins spécifiques d'un bénéficiaire doivent pouvoir faire l'objet des échanges nécessaires en amont de chaque demande d'accord préalable entre l'ESMS et l'ARS, la CPAM en étant informée dans le cadre de la demande d'entente préalable.

Lorsque les soins ne correspondent pas aux missions de l'établissement (1° de l'art. R.314-122), c'est le droit commun qui s'applique et les demandes d'accord préalable ne concernent que les actes ou demandes d'ALD.

Périmètre tarifaire

Le financement des établissements et services médico-sociaux est assuré par l'assurance maladie via un prix de journée, un prix de journée globalisé, une dotation globale ou un forfait global de soins (cf. fiches associées du guide relatives aux différentes catégories d'ESMS financées par l'assurance maladie).
Ce financement comprend l'intégralité des prestations nécessaires à la prise en charge du bénéficiaire relevant des missions de l'établissement dans le respect des dispositions de l'article R.314-26 du CASF.
Les soins complémentaires sont remboursés en sus, sur le risque maladie (risque individuel) dans les conditions de droit commun (taux de prise en charge, inscription à la NGAP...).

Modalités de facturation

En cas d'accord du service médical à la demande d'accord préalable, l'ensemble des soins sont remboursés en sus. Ils font l'objet d'une feuille de soins électronique (transmission électronique) ou feuille de soins papier adressée par le professionnel de santé à la caisse d'affiliation de l'assuré.
La loi du 12 novembre 2013 habilitant le Gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens pose le principe selon lequel le silence gardé par l'administration sur une demande vaut accord (art. L.231-1 code des relations entre le public et l'administration). « *La liste des procédures pour lesquelles le silence gardé sur une demande vaut décision d'acceptation est publiée* » sur le site « Légifrance » (art. D.231-3 du même code). Cette liste permet de fixer un délai inférieur aux deux mois prévus par le principe général et stipule expressément que pour les demandes d'accord préalable relevant de l'art. L.315-1 CSS, l'absence de réponse dans un délai de 15 jours vaut acceptation.

L'article L.315-2 CSS prévoit les conditions dans lesquelles s'exerce le contrôle du service médical et renvoie à une décision de l'UNCAM qui précise en outre qu'« *à défaut d'indication de délai, l'absence de réponse par l'organisme dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande dûment complétée vaut accord de prise en charge.* » (Décision du 24 juin 2014).

L'article 3 de cette décision précise également qu'en cas de refus « *la décision est notifiée à l'assuré par l'organisme d'assurance maladie. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables. Le professionnel de santé à l'origine de la demande en est informé.* »

En conséquence, l'absence de réponse dans un délai de 15 jours vaut accord.

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale
de la cohésion sociale

Art. 51

Transport

Les transports associés aux soins complémentaires sont pris en charge dans les conditions de droit commun (R.322-10 et suivants CSS) (cf. fiche relative aux transports)

Textes de référence

Code de l'action sociale et des familles
R.314-26
R.314-122
R.314-124
R.314-147

Code de la sécurité sociale
L. 315-2
R.322-10 et suivants

Code des relations entre le public et l'administration
L. 231-1
D.231-2 et suivant

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale
de la cohésion sociale

Annexe 11 : Proposition de trame de contractualisation

Logo gestionnaire

2021-2023

Support de contractualisation « Facilisoins »

NOM ÉTABLISSEMENT
NOM ORGANISME GESTIONNAIRE

Socle contractuel

→ ENTRE LES SOUSSIGNES :

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le contrat :

L'Agence Régionale de Santé de/des ... *[nom de la région]*, représentée par ... *[nom du directeur général]*, son Directeur général ;

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de ... *[nom du département]*, représentée par M. ou Mme. ... *[nom du directeur]*, son directeur ;

Et d'autre part,

La personne morale gestionnaire de l'établissement, représentée par M./Mme ..., titre de M./Mme... *[directeur ou directrice de l'établissement]*, dûment habilité à cet effet.

☑ **Vu** le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 312-1, L.313-12-2 et R 314-39 à R 314-43-1 ;

☑ **Vu** le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14;

☑ **Vu** la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, notamment son article 51 ;

☑ **Vu** l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021;

☑ **Vu** le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « FACILISOINS »;

☑ **Vu** l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 29 octobre 2021,

☑ **Vu** le Projet Régional de Santé de/des ... *[nom de l'ARS]* ;

☑ **Vu** la délibération du conseil d'administration du gestionnaire *[Nom de l'association, de l'entreprise, de l'établissement public XXX]* en date du XX/XX/XXXX *[date]* relative à l'expérimentation Facilisoins ;

Il a été convenu ce qui suit

↓

Préambule

L'expérimentation encadrée par la présente convention vise à évaluer les impacts du modèle cible proposé dans le rapport rédigé par le Dr. Philippe Denormandie et Stéphanie Talbot, consistant à extraire les soins de ville et les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux individuels) du budget de l'établissement

pour qu'ils soient financés par l'assurance maladie de droit commun. Ce financement s'appuiera en priorité sur les mécanismes déjà existants (dispositifs d'entente préalable et des soins complémentaires). Dans le cadre de cette expérimentation, il est convenu que les soins de nursing, les activités de coordination de la prévention et des soins, l'accompagnement de la déficience et de l'autonomie restent pris en charge sur le budget de l'établissement dénommé « forfait santé ».

En sus des impacts financiers, l'évaluation portera également sur les répercussions de ce modèle sur le parcours de santé des personnes accueillies dans les établissements prenant part à l'expérimentation dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins de ville et de la fluidité des parcours.

Ce support de contractualisation vise à structurer les engagements respectifs des parties prenantes à l'expérimentation tant sur ses aspects qualitatifs que financiers. Il s'agit d'un outil de dialogue entre les participants. Les parties au contrat conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche conjointe de transparence et d'engagements réciproques.

Ce document est enfin un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du Projet Régional de Santé et des orientations définies dans le cadre des schémas départementaux. Il prend également appui sur les projets stratégiques des organismes gestionnaires, pour lesquels il constitue un outil de pilotage.

OBJET DU CONTRAT

Article 1 – Identification du gestionnaire et périmètre du contrat (page 4)

Le gestionnaire présente et détaille les caractéristiques de l'établissement couvert par le contrat[28] :

- Les modalités d'organisation et de gouvernance de l'établissement *(historique du gestionnaire, statut juridique et structure de gouvernance du gestionnaire etc.)* ;
- Les caractéristiques des publics effectivement accueillis par l'établissement entrant dans le périmètre du contrat *(notamment l'âge, le type de handicap, les déficiences des personnes accueillies et les types de soins requis)*
- Les modalités de prise en charge effectivement mises en œuvre par l'établissement : internat, externat...) et la part de ces modalités dans la file active de l'établissement;
- Les ressources humaines mobilisées pour l'accomplissement des missions *(taux d'encadrement, taux de recours aux prestations externes, évolution constatée de la masse salariale, etc..)* et le type de professionnels de soins présents au sein de l'établissement et requis pour la mise en œuvre du projet.
- L'environnement de l'établissement *(urbain, rural, l'environnement concernant les soins : proximité établissement de santé, CPTS...)*

[28] Ces éléments sont repris prévus par la circulaire n°DGCS/SD5C/2019/250 du 25 juillet 2019 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L313-11 du CASF

4

Article 2 – Diagnostic partagé (pages 5 et 6)

Les réponses aux besoins de santé de la personne en situation de handicap s'inscrivent dans une logique de parcours.
Les ESMS prenant part à l'expérimentation doivent proposer une offre d'accompagnement et des prestations souples et adaptées aux besoins des personnes en proximité. Sont encouragés les partenariats avec les professionnels de santé du territoire et plus généralement de tous les professionnels œuvrant à l'amélioration de la santé des personnes accueillies dans l'établissement (paramédicaux…).

Ce support contractuel constitue un outil essentiel pour faire évoluer l'offre et les pratiques nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation « Facilisoins » pour :

- Favoriser un parcours de santé inclusif des personnes en situation de handicap, orienté en priorité vers l'offre de soins de droit commun ;
- L'analyse de promouvoir et développer la politique de prévention au sein des établissements médico-sociaux ;
- Éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations éventuelles ;
- Évaluer l'impact de l'expérimentation sur la consommation des soins.

Ce diagnostic partagé peut reposer sur les éléments suivants (liste non exhaustive) :

- L'analyse des indicateurs déjà partagés par les parties prenantes au contrat ;
- L'analyse des indicateurs du tableau de bord ANAP (annexe 2-c) ;
- Le cas échéant, le suivi des indicateurs départementaux ;
- Le diagnostic budgétaire et financier établis lors de la négociation du CPOM ;
- Les préconisations des évaluations internes et externes ;
- Les documents fournis par le gestionnaire (projet associatif, rapports d'activité, etc.) ;
- Si un CPOM a été signé, le diagnostic réalisé à cette occasion.

Ce diagnostic fait l'objet d'une synthèse partagée entre les parties au contrat, il est centré sur les besoins et l'accès aux soins des personnes accompagnées par l'établissement.

6

Article 3 – Objectifs opérationnels fixés sur la base du diagnostic partagé

Ce support fixe les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat. Le gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs présentés, conformément au calendrier de réalisation déterminé conjointement et durant toute la durée de l'expérimentation.

Les objectifs opérationnels négociés sont précisés ci-dessous. Ils résultent du diagnostic partagé et s'inscrivent en cohérence avec le cahier des charges de l'expérimentation « Facilisoins ».

→ **REPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX ET ADAPTATION DES PARCOURS :**

Mise en place de l'expérimentation « Facilisoins », adéquation des prestations proposées en fonction des besoins et des souhaits des personnes handicapées, adaptation de l'offre, accès aux lieux d'activités de droit commun, accès aux soins et accès aux droits, organisation de l'accès aux soins courants et spécialisés, coopérations et partenariats avec les acteurs des secteurs sanitaire, psychiatrie, etc. sur le territoire ;

→ **BIENTRAITANCE, DEMARCHE QUALITE ET MAITRISE DES RISQUES :**

Amélioration continue de la qualité, continuité de l'accompagnement et des soins, personnalisation de l'accompagnement, effectivité des droits des usagers, gestion des risques, mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques, actions de prévention et d'éducation à la santé y compris environnementale...

→ **EFFICIENCE ET INNOVATION DES ORGANISATIONS :**

Pilotage de l'activité et contrôle de gestion, optimisation de l'activité des structures, organisation d'un système d'information, politique de gestion des ressources humaines et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, équilibre financier et budgétaire, optimisation des transports, organisation du siège...

→ REPONSE AUX BESOINS TERRITORIAUX ET ADAPTATION DES PARCOURS :

Objectif n°1 :

Objectif n°2 :

→ **BIENTRAITANCE, DEMARCHE QUALITE ET MAITRISE DES RISQUES :**

Objectif n°1 :

Objectif n°2 :

→ **EFFICIENCE ET INNOVATION DES ORGANISATIONS :**

Objectif n°1 :

Objectif n°2 :

Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du contrat

4.1 Rappel quant à la modification et transformation de capacité

Il est rappelé que toute modification ou transformation de l'offre agréée en nature ou en volume est soumise à l'autorisation du Département et/ou de l'ARS selon les structures concernées. Une extension de places n'est possible que dans le cadre d'un dialogue avec l'autorité compétente et en conformité avec la réglementation.

Ainsi, le gestionnaire peut proposer dans le cadre de ce contrat des réponses adaptées, modulaires et innovantes au regard des besoins sur le territoire et en lien avec les objectifs fixés au contrat. Toutefois, ces propositions ne peuvent consister en une modification de la capacité de l'établissement.

4.2 Modalités de détermination du forfait santé :

Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM sont précisées ci-dessous.

Le forfait santé est fixé en année pleine à environ XXX € *[indiquer le montant du forfait]* à la date de signature du présent contrat pour la durée de l'expérimentation.

Il correspond à la mobilisation des ressources suivantes *[répartition à remplir par le gestionnaire]* :

- **Personnel** (qualification / ETP) **:**

- **Prestations** (type de prestation...) **:**

4.2.1 Modalités de calcul du forfait santé :

Le modèle de financement du forfait santé repose à la fois sur :

- Une dotation allouée dans le cadre du droit commun par l'ARS via l'ONDAM médico-social à l'établissement lui permettant de financer ses missions propres ainsi que ses missions spécifiques de suivi du parcours de santé de la personne ;

- Le financement des soins de ville relatif à la « maladie », y compris de la pharmacie, par le droit commun dans le cadre de l'ONDAM soins de ville. Ce financement constitue une dérogation qui justifie l'expérimentation. Ce financement se fera prioritairement par le biais de dispositifs déjà existants et mis en œuvre par l'Assurance maladie (Entente préalables et soins complémentaires) dans le cadre du droit commun.

a) La dotation de droit commun allouée aux établissements médico-sociaux et financée par l'ONDAM médico-social:

Cette dotation, réduite du montant des frais liés aux médicaments de santé, a vocation à couvrir les dépenses afférentes aux trois activités suivantes, pour les personnes en situation de handicap accompagnées par l'établissement médico-social :

- La coordination des soins et la prévention ;
- Les soins d'hygiène et de confort permettant de préserver l'autonomie ;
- Les soins et actes de rééducation et de réadaptation et d'accompagnement à l'autonomie prévus par les conditions de fonctionnement et les projets des établissements concernés (les conditions sont précisées ci-après).

b) Le paiement à l'acte des soins de ville et de la pharmacie par l'ONDAM soins de ville :

Pour les personnes en situation de handicap hébergées en établissements médico-sociaux parties prenantes à l'expérimentation, les dépenses afférentes aux autres soins que ceux compris dans la dotation définie ci-dessus ainsi que les actes réalisés dans le cadre des programmes mentionnés aux articles L. 1411-6 et L.1411-7 du code de la santé publique ont vocation à être financées par l'ONDAM soins de ville, en sus du budget de l'établissement médico-social.

Le montant correspondant aux dépenses de médicaments est retiré de la dotation de l'établissement à compter de la signature du contrat pour toute la durée de l'expérimentation. Il est calculé à partir de la moyenne du compte 6021 "Achats produits pharmaceutiques et produits à usage médical" sur les 3 dernières années.

Il est fixé en année pleine à XXXX € *[indiquer le montant]*.

c) Le paiement des actes de soins de rééducation et de réadaptation :

Concernant les soins de rééducation et de réadaptation, l'orientation retenue est celle d'un financement des prestations et actes relevant des soins de rééducation et de réadaptation par des professionnels extérieurs à l'établissement par ce dernier, sur son budget propre (ONDAM médico-social). Cette orientation s'applique également lorsque ces soins ne peuvent pas être réalisés dans le cadre du « plateau technique » de l'établissement.

Pour rappel, une distinction doit être faite entre deux situations :

- Si la nécessité de recourir à des professionnels de ville est lié à des recrutements prévus et budgétisés par l'établissement mais non pourvus, les actes et soins seraient financés par le budget de l'établissement (ONDAM médico-social) via un conventionnement ; éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations éventuelles ;

- Si la nécessité de recourir à des professionnels de ville est lié à un besoin auquel l'établissement ne peut répondre non pas parce qu'il y a un problème de recrutement mais parce qu'il y a une difficulté d'ordre conjoncturel ou structurel rendant inadapté les moyens ou le budget de l'établissement (ex. l'acte est très spécifique, pic d'activité, admission de personnes avec pathologies particulière...), les actes et les soins sont payés par l'ONDAM de ville. Dans cette dernière hypothèse, la mobilisation de l'ONDAM de ville sera faite via l'utilisation des mécanismes existants : l'entente préalable et le recours aux soins complémentaires, financés sur ONDAM de ville et dont la prise en charge financière est soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie.

4.3 Les attendus des parties signataires : *[à compléter si besoin par les signataires]*

4.3.1 Les moyens à mettre en œuvre par l'établissement :

a) **Une coordination des soins par un professionnel médical ou paramédical :**

b) **Un système d'information compatible avec le DMP et/ou le MES :**

c) **Une prise en charge des restants à charge non couvert par l'Assurance Maladie :**

4.3.2 Les moyens mise en œuvre par la CPAM :

a) **Un interlocuteur facilitant la mise à jour des droits des assurés sociaux :**

b) **Un accompagnement ciblé des professionnels de santé et des familles des résidents en lien étroit avec l'ARS :**

4.3.3 Les moyens mise en œuvre par l'ARS :

a) **Un interlocuteur facilitant la mise en œuvre du projet de l'établissement et des objectifs inscrits dans le présent contrat :**

b) **Un accompagnement ciblé des professionnels de santé et des familles des résidents en lien étroit avec la CPAM :**

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 – Le suivi et l'évaluation du contrat

Cette expérimentation doit conduire à renforcer le rôle des établissements médico-sociaux sur le suivi de la santé des personnes et l'accompagnement des parcours de prévention et de soins, y compris pendant les week-ends et les vacances. Elle permettra également de mener un diagnostic des pratiques par les acteurs des dispositifs de droit commun déjà existants.

Il appartient au gestionnaire de mettre en place la gouvernance et les outils internes requis à ce suivi, en lien avec l'ARS et la CPAM.

Le gestionnaire s'engage à :

- Renseigner les indicateurs du tableau de bord de la performance ANAP;
- Renseigner les indicateurs départementaux, le cas échéant ;
- Transmettre les données qualitatives et quantitatives permettant de mener l'évaluation, telles qu'inscrites dans le cahier des charges.

1.1 Composition du comité de suivi local

Un comité local de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de représentants des signataires qui peuvent s'adjoindre, au besoin, la collaboration de partenaires impliqués par les objectifs opérationnels de l'expérimentation.

Le comité de suivi local est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

1.2 Modalités de dialogue entre les signataires :

Il est à noter que les modalités présentées ci-dessous sont à adapter au regard des spécificités locales et de la montée en charge de l'expérimentation.

Le comité de suivi local se réunit aussi souvent que nécessaire et au minimum une fois par trimestre. Il se réunit également à aux étapes clés de l'expérimentation définies entre les parties et précisées ci-dessous :

- ***A échéance trimestrielle :*** le gestionnaire transmet un bilan, intégrant les données de suivi, retraçant l'avancement des objectifs opérationnels fixés dans le présent contrat ;

- ***A mi-parcours de l'expérimentation (9 mois) lors de la remise du rapport intermédiaire :*** cette réunion constitue un bilan d'étape. Il permet à l'ensemble des cocontractants d'examiner la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, de valoriser les résultats obtenus et les efforts engagés et de déterminer des mesures correctrices le cas échéant. À la suite de cette rencontre, un compte-rendu revenant sur les faits marquants et les priorités d'action à venir est validé par l'ensemble des parties prenantes;

- ***A la fin de l'expérimentation (18 mois), lors d'un bilan final :*** compte tenu du bilan établi, le comité de suivi formule des propositions de priorités et d'objectifs pouvant être inscrits dans le CPOM. Ce bilan viendra l'évaluation finale de l'expérimentation.

De plus, chaque partie signataire doit saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens.

Article 2 – Le traitement des litiges

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'un tel accord, le différend pourra être présenté devant le comité de suivi national.

Article 3 – La révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du contrat, notamment le montant du forfait santé, compte tenu des conclusions du comité local de suivi. Cette révision doit faire l'objet d'une information préalable aux membres du comité de suivi national, et plus particulièrement la DGCS, pilote de l'expérimentation. Cette révision prend la forme d'un avenant présent contrat, qui les éléments modifiés.

Un avenant peut notamment intervenir à titre d'exemple lors :
- D'une modification législative ou réglementaire importante ;
- De l'adoption de nouvelles orientations politiques nationales, régionales ou départementales ;

- D'une modification du périmètre de l'expérimentation ;

Article 4 –La durée du contrat et les conditions de résiliation

Le présent contrat entre en vigueur dès sa date de signature. Il est conclu pour une durée de 18 mois.

La durée initiale de 18 mois du contrat peut être prorogée par avenant dans l'hypothèse d'une généralisation de l'expérimentation.

En cas de non-respect par l'une ou l'autre des parties, d'un ou des engagements contenus dans le présent contrat, ce dernier pourra être dénoncé par l'une d'elles. Dans ce cas, cette décision devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception et respecter un préavis de 6 mois.

Fait à

Le,

Le représentant légal de l'organisme gestionnaire	Le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie	Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé

Annexe 2

Appel à candidatures

Facilisoins : expérimentation d'un nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap

SOMMAIRE

I. OBJET 3
II. ENGAGEMENT DES CANDIDATS RETENUS 3
III. DOSSIER DE CANDIDATURE : COMPOSITION, EVALUATION ET SELECTION 5
3.1. Composition du dossier 5
3.2. Critères de recevabilité et de sélection 5
Critères de recevabilité 5
Critères de sélection 6
3.3. Modalités de dépôt de dossier 6
3.4 Procédure de sélection des candidatures et calendrier prévisionnel 7
3.5 Contacts 7
ANNEXE 1 8
DOSSIER DE CANDIDATURE 8
ANNEXE 2 17
Boites fonctionnelles des ARS 17

I. OBJET

Cet appel à candidatures a pour objet de sélectionner un maximum d'une trentaine d'établissements souhaitant s'engager sur une période de 18 mois dans l'expérimentation FACILISOINS pour tester un nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins pour les personnes en situation de handicap (enfants et adultes) accueillies en établissement médico-social, afin de leur garantir un parcours de santé inclusif et coordonné en mobilisant les ressources en santé du territoire.

Pour atteindre cet objectif, l'expérimentation FACILISOINS repose sur la mise en place par les établissements de nouveaux modes d'organisation et de coopération pour faciliter le recours aux soins et à la prévention des personnes accueillies en établissement médico-social et l'accès aux soins de ville de ces personnes dans les conditions du droit commun en considérant que le financement de ces soins et des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux individuels) ne relèvent plus du budget des établissements.

Elle vise donc à tester un nouveau modèle de financement des soins pour les établissements médico-sociaux par un débasage de la part des produits de santé de leur dotation et un recentrage de l'utilisation de la dotation sur les missions de réadaptation, d'accompagnement du parcours de santé et prévention, et sur les soins hors réadaptation relevant d'une prise en charge de droit commun en ville. Dans le cadre de cette expérimentation, il est convenu que ces soins de nursing, les activités de coordination de la prévention et des soins, l'accompagnement de la déficience et de l'autonomie restent pris en charge sur le budget de l'établissement dénommé « forfait santé ». Le montant de ce forfait sera négocié entre l'établissement, l'ARS et la CPAM locales et inscrit dans un document de contractualisation tripartite.

Ainsi, le modèle de financement proposé repose à la fois sur :

- La dotation habituelle de l'établissement allouée dans le cadre du droit commun par l'ARS via l'ONDAM médico-social qui permet de financer les missions propres de l'établissement, élargie à ses missions spécifiques de suivi du parcours de santé de la personne ;
- Le financement des soins de ville, y compris de la pharmacie, par le droit commun dans le cadre de l'ONDAM soins de ville. Ce financement constitue une dérogation qui justifie l'expérimentation

Pour atteindre des résultats en termes de qualité et de suivi des dépenses, les équipes candidates doivent cibler leurs actions prioritairement autour des deux thèmes suivants :

- L'accès aux soins sur le territoire ;
- La mise en place de la coordination et de l'accompagnement du parcours de santé.

Ces actions ainsi que leurs modalités concrètes de mise en œuvre seront inscrite dans le document de contractualisation tripartite mentionné plus-haut.

II. ENGAGEMENT DES CANDIDATS RETENUS

Les candidats retenus s'engagent à participer activement à l'expérimentation afin d'en atteindre les objectifs fixés par le cahier des charges et à contribuer à fournir les données et informations nécessaires au suivi et à l'évaluation nationale de l'expérimentation. La participation aux ateliers périodiques de partage d'expérience et de suivi de l'expérimentation qui seront organisés par la DGCS est également attendue.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il sera également demandé d'élaborer un plan d'actions opérationnel avec un calendrier indicatif, précisant le pilotage envisagé pour le projet, les objectifs et

enjeux d'organisation et de financement, ainsi que les actions à conduire. En cas d'écart substantiel à ce plan d'action, l'établissement en informera l'équipe-projet nationale sans attendre. Le plan d'actions fera l'objet d'une mise à jour annuelle également partagée avec l'équipe-projet nationale (avancement du projet, freins et leviers rencontrés, impacts liés à sa mise en œuvre...).

Concernant les partenaires institutionnels de l'expérimentation, ils seront tenus de contractualiser avec l'établissement porteur de l'expérimentation sur la base du projet de trame de contractualisation annexé au cahier des charges. Ils sont également tenus de nommer un interlocuteur unique qui sera l'interlocuteur des établissements partie prenante à l'expérimentation.

III. DOSSIER DE CANDIDATURE : COMPOSITION, EVALUATION ET SELECTION

3.1. Composition du dossier

L'établissement candidate en renseignant le dossier annexé.

Le dossier de réponse comporte notamment les mentions suivantes :

- Nature et composition de l'équipe rassemblant l'ensemble des professionnels engagés dans le projet ;
- Contacts au titre de porteur de projet (personne responsable au sein de l'établissement)
- Description du porteur (établissement et gestionnaire) et de ses missions actuelles : historique, statut, intérêts et limites des missions actuelles au regard du projet et de l'articulation avec le territoire ;
- Caractéristiques de l'organisation existante répondant aux besoins de l'expérimentation ;
- Projet d'organisation envisagée : description de la coordination de parcours envisagée, des actions de prévention à mettre en place et des coopérations avec le territoire, articulation avec les dispositifs existants ou organisation de soins existante ...;
- Motivations, justifications du souhait de participer à l'expérimentation et valeur ajoutée de votre proposition par rapport à l'existant
- Adéquation du projet d'organisation envisagé avec l'objectif de l'expérimentation ;
- Description des ressources existantes ou à intégrer dans le cadre de l'expérimentation ;
- Montant de la part des produits de santé dans la dotation de l'établissement sur les 3 dernières années ;
- Estimation de crédits d'ingénierie de projet ;
- Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet ;
- Éventuels partenaires associés (réponse à des besoins spécifiques): description et justification ;
- Modalités de concertation des représentants des usagers de l'établissement et accords des instances les représentant.

3.2. Critères de recevabilité et de sélection

Critères de recevabilité

L'équipe-nationale 51 appréciera, de manière conjointe avec la DGCS, la recevabilité des candidatures au regard des critères suivants :

- Respect du délai de transmission ;
- Complétude du dossier ;
- Identification d'un coordinateur de projet ;
- Adéquation du projet avec les objectifs définis dans le cahier des charges, notamment par l'identification de proposition d'organisation de la coordination du parcours de santé de la personne accueillie dans l'établissement, de proposition de coopération avec les professionnels de ville et proposition d'actions de prévention ;
- Projet s'inscrivant dans une dynamique territoriale déjà constituée ou en cours de mise en place ;
- Estimation de coût d'ingénierie de projet ;
- Capacité à identifier la part des produits de santé (description de la méthodologie dans le dossier).

Critères de sélection

Si le dossier est recevable, les candidats seront ensuite sélectionnés sur la base des critères suivants :

- Construction du projet proposé ;
- Compréhension des enjeux et objectifs de l'expérimentation ;
- Cohérence avec les enjeux du territoire :
  - Capacité à s'inscrire dans la dynamique locale ;
  - Capacité à répondre aux enjeux des plans régionaux de santé ;
- Caractère innovant du projet :
  - Proposition du porteur concernant les conditions souples du cahier des charges (coordination des parcours, actions de prévention, lien avec les structures de coordination et les acteurs du soins...)
  - Propositions du porteur sur les modalités de contractualisation ;
  - Actions mises en œuvre pour répondre aux besoins en soins des personnes ;
- Engagement dans les actions mises en œuvre pour améliorer la coordination des parcours, le développement de la prévention et la coopération avec les professionnels de santé du territoire, l'information et l'accompagnement de la personne et de ses proches ;
- Estimation des coûts liés (ingénierie de projet) ;
- Capacités organisationnelles (équipes, SI permettant la coordination ville-hôpital et le suivi budgétaire de l'expérimentation...) ;
- Partenariats développés (existants et envisagés) ;
- Gouvernance proposée ;
- Avis favorables de l'ARS et de la CPAM concernées ;
- Equilibre dans la répartition territoriale et les publics accueillis.

En lien avec les ARS concernées, un avis sur la candidature des dossiers recevables sera émis par le Comité technique de l'innovation en santé, dans les conditions prévues par le décret n°2018-125[1], qu'il transmettra aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la Santé. Les candidatures sélectionnées feront l'objet d'un arrêté ministériel.

Les candidats non retenus recevront une notification de la décision.

3.3. Modalités de dépôt de dossier

Chaque établissement souhaitant candidater devra renseigner le dossier de candidature joint.

Les dossiers seront déposés, par voie électronique à l'adresse suivante : dgcs-secr-sd5@social.gouv.fr en mentionnant en objet : « FACILISOINS – appel à candidatures », copie ARS concernée (voir liste adresses en annexe 2).

Toute candidature reçue hors délais ne sera pas considérée comme recevable.

[1] Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

3.4 Procédure de sélection des candidatures et calendrier prévisionnel

Novembre 2021	Publication du cahier des charges et de l'appel à candidatures
De la date effective de publication du cahier des charges au 15 janvier 2022	Les établissements remplissant les critères de recevabilité figurant dans le cahier des charges, peuvent candidater, **par voie électronique**, *à l'adresse suivante: dgcs-secr-sd5@social.gouv.fr en mentionnant en objet :* *« FACILISOINS – appel à candidatures »*
Janvier 2022	Clôture de l'appel à candidatures
Février 2022	Instruction des candidatures (des compléments d'information pourront être demandés aux porteurs de projet par échange de mails) Sélection des candidats retenus (une trentaine d'établissements envisagée)
Février/Mars 2022	Validation par le comité technique de l'innovation en santé
Mars 2022	Communication des résultats de l'instruction des dossiers aux candidats retenus et non retenus Arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et publication de la liste des projets retenus sur les sites internet du ministère des solidarités et de la santé et de l'Assurance Maladie
A partir de Mars 2022	**Lancement de l'expérimentation** (mise en œuvre, suivi, démarche évaluative)

3.5 Contacts

En cas de questions relatives à cet appel à candidatures, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : dgcs-secr-sd5@social.gouv.fr

ANNEXE 1

DOSSIER DE CANDIDATURE

Dossier de candidature à compléter et à renvoyer avant le 15 janvier 2022 :

À l'adresse suivante : dgcs-secr-sd5@social.gouv.fr , copie ARS concernée (liste adresse en annexe 2)

Mentionner en objet du message : « FACILISOINS – appel à candidatures »

Nature du porteur

1) **Structure juridique**

- Raison sociale :
- Statut juridique :
- Catégorie d'ESMS :
- Agrément :
- Date de création :
- Adresse :
- Région :

Composition de l'équipe d'accompagnement		
Nom et fonction des principales personnes impliquées dans le projet		
Nom	Compétences	Ancienneté et expérience
....		

Contact au titre du porteur du projet

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

Autre(s) personne(s) désignée(s) comme interlocuteur

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail
- Signature :

....

Description du porteur et de ses missions actuelles : historique, intérêts et limites des missions actuelles au regard du projet et l'articulation avec le territoire

Brève description du territoire d'implantation de l'expérimentation (contexte, principales problématiques, justifications de l'implantation de l'expérimentation dans ce territoire)

Projet d'organisation envisagé : description de la coordination de parcours envisagée, des actions de prévention à mettre en place et des coopérations avec le territoire, de l'articulation avec les dispositifs existants ou une organisation de soins existante, du financement, du suivi et de l'évaluation du projet …

Motivations, justifications du souhait de participer à l'expérimentation et valeur ajoutée de votre proposition par rapport à l'existant

Caractéristiques des interventions répondant, selon vous, aux besoins de l'expérimentation : précisez les actions déjà mises en place (et toujours effectives) et celles à venir, indiquez dans quelle thématique elles s'inscrivent et précisez, si possible pour chacune des actions : nature, objectifs, la/les cible(s), temporalité/durée/ancienneté, etc.		
Thématiques	Action(s) déjà mise(s) en place	Action(s) envisagée(s)
Prévention		
Coordination du parcours		
Coopération avec les acteurs de ville et formation de ces acteurs		
Accompagnement à l'autonomie		

Transport		
Autres ... (accessibilité, tutelle ...)		

Description des ressources existantes ou à intégrer dans le cadre de l'expérimentation (par exemple : ressources humaines, outil de suivi des personnes, etc.)		
Fonctions supports	Existantes	A développer ou à créer
Type/nature de fonction support n°1		
Type/nature de fonction support n°2		
Type/nature de fonction support n°3		
Type/nature de fonction support n° ...		

Adéquation du projet envisagé avec l'objectif de l'expérimentation

Montant de la part des produits de santé sur les trois dernières années

Estimation de crédits d'amorçage et d'ingénierie*
*Les crédits d'amorçage financent les surcoûts liés à la montée en charge de l'expérimentation, par exemple pour atteinte du point d'équilibre pour le personnel qui assure des prestations de soins. Les crédits d'ingénierie financent les surcoûts relatifs au montage et au pilotage du projet ; il peut s'agir de coûts de ressources humaines (coordination, pilotage, communication…), d'achat de petit matériel, de formation (hors formation prise en charge dans le cadre du DPC), etc …

Gouvernance et comitologie envisagées pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet

Eventuels partenaires associés et types d'expertise mobilisées

Commentaires libres

ANNEXE 2

Boites fonctionnelles des ARS

ARS-ARA-ART51@ars.sante.fr
ARS-BFC-ART51@ars.sante.fr
ARS-BRETAGNE-ART51@ars.sante.fr
ARS-CORSE-ART51@ars.sante.fr
ARS-CVL-ART51@ars.sante.fr
ARS-GRANDEST-ART51@ars.sante.fr
ARS-GUADELOUPE-ART51@ars.sante.fr
ARS-GUYANE-ART51@ars.sante.fr
ARS-HDF-ART51@ars.sante.fr
ARS-IDF-ART51@ars.sante.fr
ARS-MARTINIQUE-ART51@ars.sante.fr
ARS-NORMANDIE-ART51@ars.sante.fr
ARS-NA-ART51@ars.sante.fr
ARS-OC-ART51@ars.sante.fr
ARS-OI-ART51@ars.sante.fr
ARS-PACA-ART51@ars.sante.fr
ARS-PDL-ART51@ars.sante.fr