



RAPPORT

Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social :

« Ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné »

Octobre 2019

Mise en page :

Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) - cabinet-communication

Adresse postale : 14 avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP

Crédits images :

Nadiinko / shutterstock.com

Philippe DENORMANDIE
Membre du conseil de la CNSA
Directeur des relations santé
Membre du COMEX

Stéphanie TALBOT, Cheffe du bureau de la Gouvernance du secteur social et médico-social
Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Service des politiques d'appui – Sous-Direction des affaires financières et de la modernisation

Sommaire

- 1. REGLEMENTATION ACTUELLE ET CONSTATS9

- 2. LES DIFFICULTES D’ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ACCOMPAGNEES PAR DES ESMS SONT DIFFICILES A OBJECTIVER 10

- 3. REDEFINIR LES MISSIONS DES ESMS EN MATIERE D’ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 12

- 4. UNE PROPOSITION POUR PERMETTRE AUX PERSONNES D’ACCEDER AUX SOINS DE PREVENTION ET CURATIF COMME TOUT A CHACUN..... 13

- 5. UNE INTEGRATION DANS LES CPOM EN EVITANT LES INEGALITES ENTRE ESMS..... 14
 - 5.1. Un déploiement du « forfait santé » dans le cadre des CPOM 14
 - 5.2. En évitant des inégalités entre les ESMS..... 14
 - 5.3. Et l’introduction d’indicateurs qualité santé dans les CPOM 15

6.	S'ADAPTER AU PARCOURS ET A DES BESOINS SPECIFIQUES	16
6.1.	Répondre aux besoins de soins complémentaires (intensité-technicité)	16
6.2.	Assurer la continuité des soins lors des week-ends et les vacances	17
6.3.	Accompagner le développement de l'accueil temporaire	17
6.4.	Accompagner les prises en charges séquentielles	17
6.5.	Clarifier le financement des transports pour les besoins de santé	17
6.6.	Eviter un reste à charge induit	18
6.7.	Deux besoins méritent des travaux complémentaires	19
7.	DEPLOIEMENT ET SUIVI	20
7.1.	Des modifications législatives et réglementaires	20
7.2.	Des outils de suivi de la réforme	20
8.	ANNEXES :	22
8.1.	Méthode de travail	22
8.2.	Répartition des activités de soins et leur financement dans le cadre du Forfait santé	23
	LISTE DES SIGLES	24

Lettre de mission



MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

PREMIER MINISTRE
SECRETAIRE D'ETAT CHARGEE DES PERSONNES
HANDICAPEES

Les Ministres

Paris, le

10 MAI 2019

Docteur Denormandie,

La santé est un pilier essentiel pour l'inclusion des personnes en situation de handicap. Or, comme vous l'avez démontré dans le rapport que vous avez élaboré avec Mme Marianne Cornu-Pauchet sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité de juillet 2018, l'accès aux soins des personnes en situation de handicap n'est actuellement pas garanti. Cette situation est d'autant plus inacceptable qu'elle concerne aussi les personnes en situation de handicap accompagnées par des établissements et services médico-sociaux (ESMS) auxquelles devraient être garanties à la fois la qualité des soins et la fluidité des parcours, et qu'elle va à l'encontre des principes fondamentaux d'une société vraiment inclusive.

Lors du Comité interministériel du handicap du 25 octobre 2018, le Gouvernement s'est engagé à faire de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap une de ses priorités pour l'année 2019.

Dans la continuité de votre rapport, et en particulier de sa recommandation n°35, nous souhaitons que vous meniez une concertation d'ensemble sur la prise en charge des soins permettant d'assurer la fluidité du parcours de soins des personnes handicapées accompagnées par un ESMS. Elle visera, en articulation avec les travaux de l'équipe projet Serafin-PH, à définir les principes généraux de prise en charge des soins, leur acceptabilité et la faisabilité de différents scénarios en fonction du parcours de vie de la personne, dans le cadre d'accompagnements de plus en plus personnalisés et diversifiés. Vous réunirez pour ce faire un groupe de travail pluri-professionnel, comportant notamment des représentants des personnes handicapées issus de la commission santé du Conseil national consultatif des personnes handicapées, des établissements gestionnaires et des médecins, ainsi que des organismes nationaux (CNAM, CNSA) et locaux (CPAM, ARS).

Docteur Philippe Denormandie
Membre du conseil d'administration de la CNSA
Directeur des relations santé
Membre du Comex
NEHS
185 rue de Bercy
75012 Paris

Ce groupe devra déterminer quelques priorités d'action pour changer véritablement la prise en charge des soins en ESMS. En effet, dans l'attente de la réforme plus globale de la tarification des ESMS-PH, l'objectif doit être d'agir rapidement et concrètement, en remettant notamment le médecin de l'établissement à sa juste place, qui peut être celle de certifier au cas par cas ce qui relève ou non de la tarification de l'ESMS. Nous avons déjà annoncé que la prévention serait prise en charge dans le cadre du droit commun de l'assurance maladie. Vous porterez alors votre attention sur le mode de facturation des soins liés soit au handicap soit aux maladies Intercurrentes, sur les médicaments dont les molécules onéreuses, sur les consultations externes hospitalières ou libérales, sur les modalités de facturation lors d'accueil partagé entre établissement et domicile (soir, week-end, vacances, etc.).

Vos propositions, lisibles pour les tarificateurs comme pour les personnes concernées, devront autant que possible valoriser la fluidité des parcours pour garantir le meilleur accès aux soins.

Les travaux entrepris depuis plusieurs années pour établir un guide de facturation des ESMS en vue de clarifier le périmètre tarifaire des dépenses couvertes par les crédits d'assurance maladie dans le cadre du budget des ESMS pour les personnes handicapées et d'harmoniser les prises en charge pratiques par les différentes classes primaires d'assurance maladie (CPAM) ont permis de mettre en évidence la nécessité d'une révision réglementaire associée à une méthodologie de définition des soins ne relevant pas des missions des établissements médico-sociaux.

Les propositions de votre groupe de travail se traduiront par une modification des décrets portant sur la tarification des ESMS. Un chantier réglementaire sera engagé concomitamment par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la direction de la sécurité sociale (DSS) en coopération avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour distinguer les prestations incluses dans le budget des ESMS financées par l'assurance maladie (ONDAM médico-social) et les prestations qui peuvent être facturées à l'assurance maladie (ONDAM hospitalier ou de ville) en sus du budget.

Pour mener à bien vos travaux qui devront être rendus pour la fin du mois de septembre, vous pourrez vous appuyer sur les services de la direction générale de la cohésion sociale et ceux de la direction de la sécurité sociale, chargés d'adapter la réglementation et de préparer un document de communication pour les ESMS, les CPAM et les agences régionales de santé.

Agnès Buzyn



Sophie Cluzel



Dans la continuité du rapport sur « L'Accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité » que nous avons commis avec Madame Marianne CORNU-PAUCHET en juillet 2018, en particulier de la proposition 35¹, les Ministres en charge des solidarités et de la santé et en charge des personnes handicapées m'ont missionné pour mener une concertation d'ensemble sur la prise en charge des soins permettant d'assurer la fluidité du parcours de soins des personnes en situation de handicap accompagnées par des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

L'objectif de la mission était de définir les principes généraux de la prise en charge des soins, leur acceptabilité et la faisabilité de différents scénarios en fonction du parcours de vie des personnes en situation de handicap, dans le cadre d'accompagnements de plus en plus personnalisés et diversifiés, pour ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné, et ce, dans l'attente de la réforme plus globale de la tarification des ESMS PH (Seraphin PH).

Pour cela, nous avons mené de nombreuses rencontres pour échanger sur différents scénarios².

Le présent rapport retient le scénario qui apparaît être le plus pertinent pour assurer l'accès aux soins des personnes et la fluidité de leur parcours. Le périmètre des ESMS PH concernés par la proposition regroupe les établissements et services financés ou cofinancés par les ARS :

Les établissements : MAS, FAM, IME, IEM, IEAP, ITEP, IDA-IDV ;

Les services : SESSAD, SAMSAH, CAMSP, CMPP

¹ Proposition 35 : Finaliser, rendre transparent et homogène sur le territoire le panier de soins des ESMS, de même que les règles et modalités de dépassement et d'utilisation des soins de ville.

² C.f. paragraphe 8.1

1. Réglementation actuelle et constats

Les règles tarifaires qui s'appliquent aux établissements et services pour personnes en situation de handicap sont définies par l'article R. 314-26 du code de l'action sociale et des familles. Ces règles renvoient aux missions propres de chaque catégorie d'ESMS. Or, la liste de ces missions définies par le code de l'action sociale et des familles a été déterminée successivement, à des périodes différentes, sans cohérence complète entre catégories d'ESMS.

Cette réglementation apparaît aujourd'hui obsolète et ne répond plus aux nécessités du parcours de vie inclusif des personnes en situation de handicap. La situation apparaît plus prégnante pour les établissements médico-sociaux, qui ont à leur charge l'ensemble des soins de ville et la pharmacie. Cette réglementation entraîne des effets pervers, non seulement pour les personnes elles-mêmes, mais aussi pour l'ensemble du système de soins : refus d'admission, limitation voire refus de sortie temporaire de l'établissement médico-social, limitation de la prévention et des soins.

Ainsi, pour les personnes accompagnées, la mission a permis de mettre en évidence que si leur accompagnement social et médico-social est au cœur des préoccupations des ESMS, leur accompagnement dans leur parcours de santé est essentiellement tourné vers les problématiques liées au handicap. S'agissant de l'organisation du système de soins, le fait que les soins de ville (consultations, examens de radiologie, de laboratoire...) et la pharmacie (dont les molécules onéreuses) soient à la charge des ESMS, contrairement aux soins prodigués à l'hôpital (y compris les consultations), conduit l'ensemble des personnes vers l'hôpital pour des soins somatiques d'ordinaire effectués en ville. La situation génère, d'une part, des retards de prise en charge au risque d'aggraver la situation sanitaire des personnes et d'engendrer des surcoûts pour l'assurance maladie et, d'autre part, accentue la pression sur l'hôpital et ne favorise pas les réseaux et les organisations de soins de proximité. Par ailleurs, les règles actuelles engendrent de nombreuses difficultés d'application et *in fine* une hétérogénéité de mise en œuvre entre les territoires, car elles suscitent des interprétations parfois divergentes sur des sujets tels que les soins complémentaires, l'accueil séquentiel, l'accueil temporaire, la prise en charge des personnes pendant les weekends et les vacances, les transports pour des besoins de soins et les actes de professionnels libéraux médicaux et paramédicaux (remboursés/non remboursés) dans ou en dehors de l'EMS. Enfin, le vieillissement des personnes en situation de handicap induit une augmentation des besoins de soins, en particulier pour la prévention et la gestion de maladies intercurrentes, non appréhendée dans la fixation des dotations aux ESMS.

2. Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par des ESMS sont difficiles à objectiver

Les travaux et les données médicales et économiques sur l'accès aux soins et l'état de santé des personnes en situation de handicap sont malheureusement très peu nombreux et peu disponibles.

La CNAM dans son rapport « Améliorer le système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2020 » a consacré un chapitre à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap repérables dans le SNDS, dans lequel elle 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 handicapée (AAH), ainsi qu'un reste à charge plus élevé que pour la population générale. Ce rapport ne permet cependant pas de caractériser la situation des personnes en situation de handicap accueillies en ESMS, 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 des ESMS (soins de ville et pharmacie).

L'information n'est pas disponible non plus du côté des ESMS : 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. De même, les études de coûts actuellement conduites dans le cadre du projet Serafin-PH ne permettent pas, à ce stade, de tirer de conclusions en la matière. Elles font apparaître que la consommation de soins est très variable d'un ESMS à l'autre et en fonction du profil des personnes accueillies. Ces études de coûts ne permettent pas d'évaluer statistiquement la consommation de soins en fonction du statut de l'ESMS.

L'étude de la comptabilité analytique d'un groupe d'ESMS (FAM et MAS) permet néanmoins d'appréhender leurs charges de soins. Celles-ci représentent ainsi 20 % (+ ou - 5) de leurs charges d'exploitation courantes, hors personnel, qui représentent elles-mêmes environ 25% (+ ou - 5) de leur budget global. Cette grande variation des charges de dépenses de soins est imputable au budget pharmaceutique, qui varie considérablement selon le type de pathologie des résidents. Par exemple, l'étude des comptes de ce groupe d'ESMS a permis de mettre en évidence le cas d'une MAS qui accueille des résidents avec des séquelles neurologiques secondaires au VIH, dont le budget pharmacie s'élève à plus 4 000 € par place, alors pour que les autres ESMS étudiés, il est autour de 1 500 € par place, et que l'un descend même à moins de 500 € par place. De même, l'étude de la comptabilité analytique de ce groupe d'ESMS fait apparaître la quasi absence de dépenses pour des consultations médicales de ville. Les ESMS concernés expliquent cette situation par l'absence de recours

aux soins de ville, mais un recours très prioritaire à l'hôpital en raison de sa « gratuité » pour l'ESMS.

Dans ces conditions, les propositions pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées en ESMS ne peuvent se limiter à quelques ajustements des règles tarifaires actuelles. Ces propositions doivent être conçues de façon plus holistique et répondre à quelques principes qui ont été définis de façon unanime par l'ensemble des personnes qui ont participé à ce travail : **assurer une fluidité et une accessibilité du parcours de santé ; renforcer la prévention, le « aller vers » ; réaffirmer la responsabilité de l'ESMS dans la prévention et la coordination des soins et bien sûr favoriser au maximum le droit commun et le libre choix.**

3. Redéfinir les missions des ESMS en matière d'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Les entretiens conduits dans le cadre de la mission ont permis de caractériser les rôles des ESMS en matière d'accès aux soins des personnes qu'ils accueillent.

Un consensus des acteurs s'est dessiné autour de la **distinction de quatre catégories d'activités relatives aux soins** pour les personnes accompagnées :

1. Ce qui relève de la maladie (soins « médicaux ») que la maladie soit liée ou non au « handicap » : médicaments, examens de laboratoire, de radiologie, consultations, hospitalisations ;
2. Ce qui relève des activités de nursing ;
3. Ce qui relève de la coordination de la prévention et des soins, de la réalisation de certains actes techniques, et des prescriptions ;
4. Ce qui relève de la déficience et de l'accompagnement à l'autonomie, en fonction du plateau technique de l'ESMS.

Il est ainsi possible de distinguer la gestion « de la maladie » des trois autres catégories d'activité relatives aux soins ([cf. le tableau du paragraphe 8.2](#)).

4. Une proposition pour permettre aux personnes d'accéder aux soins de prévention et curatif comme tout à chacun

La proposition consiste à recentrer les ESMS sur leurs missions propres et à ne financer sur leur dotation que ces missions propres. Ainsi :

- ▶ Ce qui relève de la **maladie, quelle qu'elle soit**, (Soins « médicaux » et actes de prévention) devrait être pris en charge par l'ONDAM de ville ou l'ONDAM sanitaire ;
- ▶ En revanche, ce qui relève des autres **catégories** (nursing, coordination de la prévention et des soins, accompagnement de la déficience et à l'autonomie) devrait être pris en charge sur le **budget des ESMS** (ONDAM médico-social), en fonction de leur plateau technique (plateau et personnels: IDE, AS ou AMP, médecin référent prescripteur, paramédicaux spécialisés) dans le cadre d'un « **forfait santé** ».

Par conséquent, l'ensemble des soins de ville, l'imagerie, les examens d'exploration, les frais de laboratoire, les dispositifs médicaux individuels et la pharmacie (y compris les molécules onéreuses) seraient exclus de ce « forfait santé » en ESMS.

Pour autant, cette proposition de création d'un « forfait santé » nécessitera un véritable engagement des ESMS pour la santé des personnes qu'ils accueillent et accompagnent. En effet, les ESMS sont pour la plupart surtout focalisés sur la prise en charge du « handicap », et moins sur la santé générale des personnes. Cette proposition **demandera donc aux ESMS de se questionner et de se repositionner sur le suivi de la santé des personnes et, pour certains, de redéfinir ou réaffirmer les missions des personnels pour remettre la santé comme un des piliers de l'accompagnement et de de l'autonomie des personnes**, au même titre que l'accompagnement social, éducatif...

S'agissant de la pharmacie, il pourrait être recommandé que les ESMS, et les officines qui les approvisionnent, formalisent par écrit leur organisation et engagements réciproques afin de garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique, ainsi que le bon usage et le bon circuit du médicament. Une proposition de convention de coopération entre les ESMS et les officines devrait être proposée.

5. Une intégration dans les CPOM en évitant les inégalités entre ESMS

Plusieurs hypothèses ont été étudiées pour la mise en œuvre du forfait santé : généralisation d'emblée à tous les ESMS, expérimentation dans le cadre éventuel de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, déploiement par type d'établissement ou zone géographique. Nous n'avons pas retenu ces propositions, car **cette réforme ne saurait être uniquement financière, mais doit s'accompagner d'une réflexion et d'une implication de toute l'équipe de l'ESMS pour la santé des personnes accompagnées.**

5.1. Un déploiement du « forfait santé » dans le cadre des CPOM

Nous proposons donc 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. L'objectif de la mesure vise à sa généralisation, sous réserve des résultats de son évaluation au fur et à mesure de sa mise en œuvre.

Les ESMS qui souhaiteront opter pour 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).

5.2. En évitant des inégalités entre les ESMS

Une proposition consistant à sortir les soins de ville et la pharmacie du panier de soins des ESMS en assortissant la mesure d'un débasage forfaitaire de tous les ESMS ne serait pas faisable. D'une part, cette modification technique ne serait pas à même d'amener les ESMS à se réinterroger sur leurs pratiques. D'autre part, faute de données statistiques et de disposer d'un outil d'évaluation des besoins réels en soins et en accompagnement des personnes que Serafin PH permettra peut-être de créer, un tel débasage n'est pas quantifiable de façon objective. Enfin, cette proposition serait perçue comme une réforme exclusivement financière et punitive, donc non acceptable pour les ESMS, les personnes et leurs familles.

A l'inverse, le montant des soins, en particulier l'enveloppe médicament, qui serait pris en charge par la ville étant très disparate d'un ESMS à l'autre, maintenir le budget des ESMS à leur niveau actuel créerait un effet d'aubaine important pour certains ESMS, et une iniquité entre eux, notamment en fonction du profil des personnes accompagnées.

Nous proposons donc que le montant du « forfait santé » soit négocié par chaque ESMS avec l'ARS lors de la négociation du CPOM. L'ESMS ne se verra donc 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 retiré du budget de l'établissement.

5.3. Et l'introduction d'indicateurs qualité santé dans les CPOM

La réforme ayant pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins des personnes, des indicateurs de qualité de l'accompagnement à la santé et d'accès aux soins des personnes en situation de handicap seront prévus dans le CPOM. Ils devront tenir compte du statut de l'ESMS et du profil des personnes accueillies. Une liste indicative d'indicateurs nationaux, limités et axés sur la prévention (ex : prévention contre le cancer, soins bucco-dentaires), pourrait être définie par instruction pour aider les acteurs. Ces indicateurs devraient néanmoins être complétés dans les CPOM pour tenir compte des contextes locaux, en particulier de l'offre de soins territoriale.

6. S'adapter au parcours et à des besoins spécifiques

6.1. Répondre aux besoins de soins complémentaires (intensité-technicité)

Nous recommandons de maintenir le texte actuel qui précise la définition au recours et au financement des soins complémentaires en raison de leur intensité et technicité. Pour rappel, la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 prévoit que lorsqu'un établissement médico-social ne dispose pas de moyens adaptés pour répondre à l'ensemble des sollicitations dont il fait l'objet – de manière structurelle ou conjoncturelle (un pic d'activité, pathologie particulière...) – il peut accepter de suivre un usager sans pour autant pouvoir lui fournir une prise en charge globale prévue dans le cadre de son autorisation. L'usager a alors besoin d'avoir recours à des soins complémentaires, prescrits par le médecin traitant ou de l'établissement et sous sa responsabilité, dont la prise en charge financière est soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie. Afin de faciliter le parcours des personnes, l'étude de ces demandes d'accord préalable – et notamment l'appréciation de la notion d'intensité et de technicité des soins - tient compte de ces situations.

La circulaire invitait par ailleurs les ARS à identifier sur leur territoire les structures particulièrement concernées par ce type de situations afin de réaliser avec l'ESMS un diagnostic partagé quant au dimensionnement de ses moyens par rapport au nombre de personnes suivies. Ce diagnostic pouvait être formalisé dans le cadre du CPOM et transmis à l'Assurance maladie à l'appui des demandes d'entente préalable.

La création de ce forfait santé s'inscrit donc dans ce cadre et permettra aux ARS de calibrer les dotations aux besoins actuels des ESMS, et ainsi éviter le recours aux soins complémentaires, sauf en cas de besoin, de soins conjoncturels pour des événements médicaux imprévus.

Il conviendra néanmoins d'élaborer un document de communication lisible et commun à tous les acteurs (ESMS, ARS, CPAM, personnes et familles) pour garantir une interprétation des textes sans équivoque, partagée par tous pour ainsi en finir avec les iniquités d'application territoriales.

6.2. Assurer la continuité des soins lors des week-ends et les vacances

La réforme aura également pour objectif de mieux accompagner le parcours de vie des personnes accueillies en ESMS, qui n'est plus uniquement un accompagnement à l'intérieur de l'ESMS. Ainsi, l'ESMS sera responsable de la continuité du parcours de santé des personnes et aura à sa charge les trois catégories d'activité de santé qui lui incombent, y compris lorsque la personne sera à l'extérieur de ses murs, durant les week-ends.

Le forfait santé sera donc calculé sur toute l'année, hors période de fermeture annuelle de l'ESMS. Pendant ces périodes, l'ESMS aura à sa charge les trois catégories d'activité de santé (adaptation/réadaptation, coordination de la prévention et des soins, nursing), même si elles sont dispensées en ville.

Si l'ESMS est en tarif journalier : les week-ends et les vacances seront assurés par la ville.

6.3. Accompagner le développement de l'accueil temporaire

S'agissant de l'accueil temporaire, c'est-à-dire d'un accueil limité à 3 mois par an, l'ensemble des trois catégories d'activités de santé sera mis en place par l'ESMS et financé par son forfait santé, dans les mêmes conditions que pour les personnes accueillies au long cours.

Actuellement, les soins médicaux sont à la charge des établissements médico-sociaux lorsqu'ils hébergent des personnes en accueil temporaire. En sortant les dépenses de maladie du budget des ESMS, la réforme aura pour effet de mieux accompagner le parcours de vie des personnes, qui ne passeront plus d'un système à l'autre de façon temporaire, et permettra de garantir une certaine permanence des soins de ville. De plus l'état sanitaire de la personne hors handicap ne sera plus un frein à son accueil temporaire par l'ESMS.

6.4. Accompagner les prises en charges séquentielles

De plus en plus d'ESMS s'adaptent aux besoins d'accompagnement des personnes en proposant des prises en charge séquentielles. Ainsi il y a une augmentation significative de personnes, en particulier d'enfants, qui fréquentent les établissements en alternance sur la durée, quelques jours par semaine, dans un parcours inclusif. Le forfait santé de l'établissement devra être adapté à la file active et non au nombre de places autorisées.

6.5. Clarifier le financement des transports pour les besoins de santé

Les personnes accompagnées en ESMS bénéficient des mêmes conditions d'accès au transport sanitaire que toute autre personne. Il incombe au médecin de reconnaître si la situation médicale nécessite un transport sanitaire.

Si les conditions de recours au transport sanitaire ne sont pas remplies, alors il relèvera de l'ESMS d'organiser et de financer le transport vers les soins si la personne le nécessite en

raison de son handicap. Cette mission entre en effet dans les missions des ESMS d'accompagnement général des personnes.

Toutefois, de par sa mission de coordination de la prévention et des soins, l'ESMS sera amené à organiser avec les acteurs sanitaires les prises en charge à l'intérieur de l'ESMS, quand bien même ils seront financés sur l'enveloppe de ville, et à favoriser le recours aux interventions de professionnels dans l'établissement, soit directement soit par l'intermédiaire de la télémédecine dans une démarche du « aller vers ». La gestion au sein de l'établissement des besoins de santé évite l'impact négatif que représente pour beaucoup de personnes le déplacement dans une structure sanitaire et surtout permet d'impliquer l'ensemble de l'équipe médico-sociale dans le projet de santé.

De façon générale, au-delà du thème de ce rapport, les échanges que nous avons eus avec les différentes parties prenantes ont mis en évidence la nécessité de conduire des travaux sur la problématique du transport pour les personnes en situation de handicap.

6.6. Eviter un reste à charge induit

Enfin, s'agissant des personnes adultes, peu d'entre elles disposent actuellement d'une complémentaire santé, les soins de ville étant en effet à la charge des ESMS. Leur transfert sur l'enveloppe de ville s'effectuera selon les règles actuelles de remboursement par l'Assurance maladie. Il sera donc primordial que les personnes disposent d'une complémentaire santé, pour ne pas avoir de reste à charge insoutenable.

A partir du 1er novembre 2019, la CMU-c et l'ACS seront fusionnées dans un seul dispositif appelé « Complémentaire santé solidaire ». Ce dispositif ouvrira droit aux actuelles garanties de la CMU-c, plus larges que celles de l'ACS. La couverture sera gratuite jusqu'aux plafonds de ressources actuels de la CMU-c et soumise à participation financière en fonction de l'âge jusqu'au plafond de l'ACS. Elle offrira à tous les assurés sous le plafond de ressources la prise en charge complémentaire de la totalité des frais de soins sur un très large panier pour un niveau de prime maîtrisé, variable en fonction de l'âge, et allant de 8€ par mois pour les moins de 30 ans, à 30€ mensuels pour les personnes âgées de 70 ans et plus.

Il importera que les ESMS, engagés dans l'accès aux soins des personnes, veillent à accompagner les personnes vers l'accès à cette nouvelle complémentaire santé solidarité. Mieux encore, nous recommandons d'examiner la faisabilité d'une automaticité des droits entre l'AAH et la complémentaire santé solidarité.

En revanche, concernant les ayants droits, il conviendra de lancer un travail approfondi pour étudier le risque de reste à charge induit au regard des couvertures complémentaires des familles.

6.7. Deux besoins méritent des travaux complémentaires

Deux thématiques ont été soulevées par les acteurs au cours des travaux sans entrer dans le champ de la mission :

- ▶ Les CAMSP : la réforme proposée dans ce rapport ne répondra certainement pas à l'ensemble des défis actuels de ces services, qui font face à un problème de volume d'activités et à la difficulté de recruter certains professionnels dont les orthophonistes. En outre, il conviendra d'évaluer les impacts de la création des plateformes TND sur l'activité des CAMSP et sur l'accès aux soins de ville des enfants.
- ▶ La réponse aux besoins de soins par « des compétences » et non « statuts », qui pose la question du chevauchement des métiers.

7. Déploiement et suivi

Dans un premier temps, le nouveau « forfait santé » en ESMS se déploiera de façon progressive, au fur et à mesure que les ESMS demanderont à y opter dans le cadre des CPOM ou d'avenant au CPOM. Il aura ensuite vocation à se généraliser dans le cadre de la prochaine génération des CPOM, à partir de 2022.

Dans l'attente d'une généralisation, la réglementation actuelle continuera de s'appliquer pour les autres ESMS. Il conviendra toutefois de l'adapter pour formaliser la décision prise dans le cadre des engagements « ma santé 2022 » afin d'exclure dès maintenant les actes de prévention du budget de tous les ESMS.

7.1. Des modifications législatives et réglementaires

La mise en œuvre de cette proposition nécessitera des modifications législatives au code de l'action sociale et des familles afin de créer le principe d'un forfait santé pour lequel les ESMS pourront opter. Ces modifications pourraient être introduites par amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Les modalités d'application de ce forfait santé seraient ensuite à décliner par voie réglementaire, notamment pour définir les trois activités de santé qui le compose et prévoir les conditions d'option, la nécessité d'intégrer des indicateurs de suivi dans les CPOM etc.

Une instruction aux agences régionales de santé viendrait ensuite préciser les modalités pratiques pour les agences, notamment concernant les remontées d'information à l'administration centrale pour permettre la prise en compte des mesures de périmètre correspondantes en loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, chaque année, les ARS feraient remonter au niveau central le nombre et le montant des forfaits santé négociés avec les ESMS. L'économie dégagée sur l'ONDAM MS serait transférée sur l'enveloppe de ville par mesure de périmètre. Elle correspondra *a minima* aux montants de la pharmacie jusqu'alors à la charge des ESMS.

Une communication à destination des ESMS, des personnes en situation de handicap et de leurs familles, des professionnels et des établissements de santé, présentant de façon simple la réforme serait également indispensable.

7.2. Des outils de suivi de la réforme

Comme exposé dans le paragraphe 2, l'accès aux soins des personnes handicapées n'est pas objectivable actuellement, faute de remontées statistiques. Dès lors, il nous semble

important d'y remédier au plus vite en rendant le système d'information « Resid ESMS »³ opérationnel concomitamment à la mise en œuvre de la réforme. Ce dispositif de traitement national de données à caractère personnel, inter-régimes, sera en effet alimenté par les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et handicapées, pour permettre une vision d'ensemble des parcours de soins et de la dépense globale d'assurance maladie. Cet outil permettra de chaîner les consommations de soins des personnes handicapées en ville et en ESMS.

Enfin, nous proposons d'installer un comité de pilotage, d'accompagnement et de suivi de la réforme, qui aura pour mission de suivre son déploiement sur le territoire, d'accompagner les acteurs locaux, de proposer des adaptations éventuelles de paramètres et de suivre son efficience sur la base des indicateurs santé qui seront intégrés dans les CPOM.

³ Décret n° 2018-173 du 9 mars 2018 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à l'activité et à la consommation de soins dans les établissements ou services médico-sociaux

8. Annexes :

8.1. Méthode de travail

Nous avons mené des rencontres suivant une méthodologie identique : i) partager les grands principes auxquels doit répondre la proposition, ii) Identifier les points de la réglementation actuelle qui posent difficultés et les prioriser ; iii) échanger sur des scénarios.

Liste des rencontres	
28/05	Réunion avec les DAC et opérateurs (DGCS, DSS, DGOS, DGS, SG-CIH, HAS, CNSA)
06/06	Réunion avec les fédérations (FEHAP, FHF, Mutualité, Uniopss)
11/06	Réunion avec Brigitte Bernex, directrice du projet Serafin PH
17/06	Réunion avec des associations OG (APF France Handicap, Santé mentale France, Anecamsp)
19/06	Réunion avec la Commission santé du CNCPH
21/06	Réunion avec des représentants d'ARS (Aura, BFC, Bretagne, Grand Est, Guadeloupe, IdF, Martinique, Nouvelle Aquitaine, Normandie)
25/06	Réunion avec les cabinets MSS et SEPH
01/07	Groupe de travail HAS (avec DGS, DGCS, Santé publique France, INCA, CNAM)
09/07	Réunion avec la DSS
17/07	Réunion avec Nicolas Revel et Annie Fouart
09/09	Réunion avec la CNAM, DSS et DGCS
10/09	Réunion avec les directeurs de l'offre médico-sociale des ARS (comité technique sectoriel médico-social). Et Contacts individuels pour remonter et tester les propositions
01/10	Nouvelle réunion avec les fédérations et les associations OG (Mutualité française, FEHAP, FHF, Nexem, Croix-Rouge Française, APF France Handicap, UNIOPSS)

8.2. Répartition des activités de soins et leur financement dans le cadre du Forfait santé

Hors budget de l'ESMS	Prise en charge Budget ESMS
Actes des professionnels médicaux et paramédicaux salariés ou libéraux	Rémunération des professionnels sanitaires et paramédicaux du plateau technique de l'ESMS
Examen ou acte de prévention	Coordination de la prévention et des soins Prescription par les médecins des ESMS
Médicaments / Molécules onéreuses	Soins de réadaptation, rééducation du plateau technique (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, psychomotricité, psychologues, STAPS...)
La radiologie, les explorations instrumentales (EEG, EMG....) Les analyses de laboratoire	Activités de nursing, y compris la rémunération des personnels
Les dispositifs médicaux individuels (ex ventilation...)	Les dispositifs médicaux à usage collectif (ex : lits médicalisés)
Soins complémentaires (intensité, technicité)	
Transport sanitaire	Transport pour besoin de santé hors transport sanitaire

Liste des sigles

AAH	Allocation adulte handicapé
ACS	Aide à la complémentaire santé
AMP	Aide médico-psychologique
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DSS	Direction de la sécurité sociale
ESMS	Etablissement et service médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
IDA-IDV	Institut pour déficients auditifs / visuels
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEAP	Institut pour enfants et adolescents polyhandicapés
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisée
ONDAM	Objectif national de dépense d'assurance maladie
ONDAM	Sous-objectif médico-social de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie
MS	
RSA	Revenu de solidarité active
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
Serafin	Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées
PH	
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SNDS	Système national des données de santé
TND	Troubles du neuro-développement



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Premier ministre

SECRETARIAT D'ÉTAT
CHARGÉ
DES PERSONNES
HANDICAPÉES

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ