

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 20 décembre 2018 relatif à la prolongation de l'expérimentation visant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

NOR : SSAS1835192A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, notamment son article 48 ;

Vu la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, notamment son article 93 ;

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, et notamment son article 51 ;

Vu le décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;

Vu le décret n° 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 ;

Vu les cahiers des charges adoptés par le comité national Paerpa en décembre 2012 et en mars 2016 ;

Vu l'arrêté du 8 octobre 2014 fixant le périmètre territorial de mise en œuvre des projets pilotes mentionné à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

Vu l'avis du Comité technique de l'innovation en santé sur l'expérimentation prévue par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 en date du 19 juillet 2018 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 18 décembre 2018,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'expérimentation, initiée par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, vise, dans le cadre de projets pilotes, à la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Initialement prévue pour une durée maximale de 5 ans, cette expérimentation a été prolongée jusqu'au 1^{er} janvier 2019 par la LFSS pour 2017 du 23 décembre 2016.

Elle est de nouveau prolongée au titre de l'article 51 de la loi de financement pour 2018 jusqu'au 31 décembre 2019, conformément à l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 19 juillet 2018, dans les conditions définies au présent arrêté et le cahier des charges en annexe.

Le cahier des charges annexé au présent arrêté définit notamment les modalités de cette prolongation, ouvre la possibilité d'étendre le déploiement des dispositifs « solvabilisation des places d'hébergement temporaire après sortie d'hospitalisation » et « mutualisation des infirmières de nuit » à l'ensemble des territoires participant à l'expérimentation et précise enfin les modalités d'évaluation.

Art. 2. – Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, par les conventions mentionnées dans le cahier des charges, les dépenses liées aux projets pilotes sont financées par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Ces dépenses s'imputent sur la dotation mentionnée au 1^o de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article L. 1435-9.

L'évaluation du dispositif sera financée par le fonds pour l'innovation du système de santé mentionné à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 3. – L'évaluation globale de l'expérimentation, placée sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, est réalisée selon les modalités définies à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Le protocole d'évaluation du premier cahier des charges décrivant les indicateurs nationaux de process et médico-économiques est complété afin d'y intégrer des indicateurs permettant de mesurer la satisfaction des professionnels de santé et des usagers ainsi que les corrélations entre les résultats positifs mesurés et les outils

déployés sur certains territoires (hébergement temporaire, infirmière de nuit, plan personnalisé de santé et coordination territoriale d'appui).

Art. 4. – La directrice de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 décembre 2018.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J. SALOMON

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES DE L'EXPÉRIMENTATION DITE « PAERPA »

Pour rappel, le programme d'expérimentation Paerpa est opérationnel sur les premiers territoires depuis fin 2014 et se déploie depuis 2016 sur une vingtaine de territoire pilote dans l'ensemble des ARS bénéficiant aujourd'hui à près de 500 000 personnes âgées de 75 ans et plus (soit 10 % de l'ensemble national de ce groupe d'âge).

Sur la base de l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 19 juillet 2018, le présent cahier des charges a pour objet de définir les modalités de poursuite du programme Paerpa pour l'année 2019 pour l'ensemble des territoires expérimentateurs en reprenant et en simplifiant les dispositions du cahier des charges adoptées par le comité national Paerpa de décembre 2012.

I. – Population cible

La notion de « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'autonomie est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical ou social. Cependant, tout en conservant cet objectif populationnel issu des premiers cahiers des charges, des outils déployés spécifiques pourront adapter l'âge des personnes âgées ciblées ou des professionnels concernés en fonction des mesures et des objectifs particuliers.

II. – Objectifs

L'expérimentation PAERPA a pour but de leur permettre de bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels avec les bonnes informations, dans les bonnes structures, et le tout au meilleur coût.

Cette démarche poursuit ainsi les objectifs essentiels suivants :

- améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, en prévenant la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé et de la dépendance, en mettant un accent particulier sur les facteurs de risques d'hospitalisation complète, pour lesquels des marges d'amélioration ont été identifiées (essentiellement dénutrition, dépression, problèmes liés aux médicaments et chutes) ;
- accroître la qualité de vie des personnes âgées et les soutenir à domicile tant que leur état le leur permet ;
- adapter et améliorer les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie c'est-à-dire à la transversalité et à la coordination des acteurs et en déployant les outils transversaux et interstitiels de coordination du programme de manière co-construits et adaptés aux territoires pilotes pour éviter les points de rupture des parcours ;
- développer et améliorer les conditions de prise en charge en ville et lors d'hospitalisation et d'en limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes ;
- considérer les personnes âgées comme partenaires actifs de leur santé et soutenir, sensibiliser et soulager leurs aidants.

La démarche promeut une action en amont du risque de perte d'autonomie en agissant notamment sur les quatre motifs majeurs d'hospitalisation de la personne âgée relevés par le HCAAM :

- dépression ;
- iatrogénie médicamenteuse ;
- dénutrition ;
- chutes.

Il s'agit donc poursuivre une approche populationnelle et non thématique intégrant avec l'ensemble des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour optimiser le parcours de santé de la personne âgée en risque de perte d'autonomie sur un territoire cible défini par les ARS.

La poursuite des actions entreprises doit demeurer jusqu'à la fin de l'expérimentation en s'assurant d'un suivi et de l'accompagnement de celles-ci avec l'ensemble des partenaires et des acteurs du secteur sanitaire social et médico-social.

III. – Les territoires concernés

Dans une logique de mise en cohérence des dispositifs expérimentaux tant sur le plan financier qu'organisationnel et d'évaluation l'ensemble des territoires déployant cette expérimentation sont maintenus, soient les 19 territoires suivants :

- Bordeaux ;
- Corrèze ;
- Indre-et-Loire ;
- Hautes-Pyrénées ;
- Mayenne ;
- Meurthe-et-Moselle ;
- Nièvre ;
- Paris ;
- Valenciennois-Quercitain ;
- Bessin-Pré-bocage ;
- Deux-Sèvres ;
- Doubs, Pôle métropolitain Nord Franche Comté ;
- Est-Héraultais ;
- Corse ;
- Martinique ;
- Guadeloupe ;
- Rennes, Vallons-de-Vilaine, Brocéliande ;
- Territoire du Roannais ;
- Var.

IV. – Le schéma général et les outils des parcours pilotes du programme Paerpa

Il est demandé aux ARS de maintenir et de poursuivre les actions déployées dans leur environnement et leur gouvernance actuelle sur la base des feuilles de route.

L'ARS est associée au pilotage national du dispositif Paerpa et contribue très étroitement à la démarche de capitalisation du programme.

A. – La gouvernance de l'expérimentation

a) La gouvernance nationale

Dans le cadre de la prolongation de l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2019, la gouvernance de celle-ci reste la même, à savoir :

- **un comité national Paerpa** présidé par M. Dominique Libault qui réunit l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées (ministère, caisses, opérateurs de l'Etat, ADF, fédérations hospitalières, sociales et médico-sociales, représentants professionnels de santé, représentant des usagers...);
- **un comité de pilotage** qui réunit les directions d'administration centrale, les caisses et les opérateurs. Il est co-présidé par le président du comité national et par le secrétariat général des ministères sociaux. Il comprend deux émanations plus techniques : le comité de pilotage de l'évaluation présidé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le comité de pilotage des systèmes d'information présidé par la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS).
- **des réunions de suivi** organisées par la Direction de la sécurité sociale (DSS) avec les représentants du comité de pilotage et les chefs de projet des ARS Paerpa. Des outils mutualisés sont mis à disposition des ARS afin de faciliter la mise en œuvre des projets pilotes.

b) La gouvernance territoriale

Pour rappel, l'ARS, pilote du dispositif, assure le bon suivi et la bonne gouvernance du projet et en co-production avec le conseil départemental et en lien étroit les organismes locaux d'assurance maladie et de vieillesse, les unions régionales de professionnels de santé (URPS), les établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux et les représentants des usagers du territoire.

L'ARS se mobilise au plus haut niveau sur le dispositif et veille à ce que le modèle défini dans le cahier des charges soit mis en œuvre et adapté sur le territoire pilote situé dans sa région. Elle conserve un chef de projet en charge d'être l'interlocuteur des acteurs locaux et nationaux pour la mise en œuvre de PAERPA.

Dans chacun des territoires, sous l'égide de l'ARS, les instances de pilotage et de suivi du programme sont conservées en l'état par les ARS. Elles doivent s'assurer et sous garantie de la présence de l'ensemble des acteurs nécessaires à l'équilibre institutionnel et à la bonne diffusion du suivi des et des analyses et évaluations du programme.

Le pilotage est assuré par un chef de projet ARS. Il doit bénéficier d'un positionnement permettant une transversalité au sein de l'agence entre les secteurs prévention/sanitaire/médico-social, entre le siège et la délégation territoriale du territoire choisie et les différents projets « parcours ».

Un effort important sera demandé afin de faire partager les résultats, analyses et évaluations obtenues du projet au sein des instances de gouvernance et plus largement auprès des acteurs du programme dans le cadre de cette prolongation d'expérimentation.

B. – *Financement de l'expérimentation*

Les modalités de financement sont précisées à l'article 2 du présent arrêté.

Le financement des projets pilotes peuvent également s'appuyer sur les financements des différents dispositifs de politique publique relatifs au parcours de santé des personnes âgées, sur les prestations qui les concernent (prise en charge hospitalière et médico-sociale – service de soins infirmiers à domicile – SSIAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD, service d'accompagnement et d'aide à domicile – SAAD – ...), ainsi que sur les autres prestations financées par les conseils généraux via l'APA ou, les caisses de retraite notamment.

Les différentes actions et financements associés portés par les intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux font l'objet de conventions ou d'avenants aux outils de contractualisation. La plus grande simplicité doit être recherchée dans ce cadre.

C. – *Outils et dispositifs pilotes de l'expérimentation prolongés en 2019*

Le déploiement des projets-pilotes s'est accompagné de la mise en œuvre d'outils spécifiques destinés à faciliter le suivi du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et l'anticipation de leurs besoins en développant une culture commune et en favorisant la communication et la coordination entre professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'utilisation différenciée de ces outils définis dans les cahiers des charges initiaux par les territoires constitue un facteur-clef du succès de l'ensemble du dispositif.

Dans un objectif d'uniformisation du déploiement de ces outils sur l'ensemble des territoires, ce présent cahier des charges prolonge l'application des outils définis dans le cahier des charges adopté en décembre 2012 et permet leur application, selon les mêmes modalités, à l'ensemble des territoires pilotes visés au II du présent cahier des charges. Ainsi, les dispositifs « mutualisation des infirmières de nuit » et « solvabilisation des places d'hébergement temporaire » sont applicables dans l'ensemble des territoires Paerpa.

D. – *Poursuite de l'évaluation de l'expérimentation PAERPA*

Conformément à l'article 3 du présent arrêté, le protocole d'évaluation du premier cahier des charges décrivant les indicateurs nationaux de process et médico-économiques est complété afin d'y intégrer des indicateurs permettant de mesurer la satisfaction des professionnels de santé et des usagers ainsi que les corrélations entre les résultats positifs mesurés et les outils déployés sur certains territoires (hébergement temporaire, infirmière de nuit, plan personnalisé de santé et coordination territoriale d'appui).

A cette fin, l'ANAP a réalisé une plate-forme permettant le recueil d'indicateurs d'usage des différents dispositifs de manière mensuelle et/ou trimestrielle via les acteurs et poursuit les travaux de capitalisations et retours d'expériences avec les ARS et les acteurs impliqués.

L'ARS est en charge d'informer, d'accompagner les producteurs de données de santé locaux et de valider les données du territoire pilote. Ces indicateurs sont inscrits dans les conventions de financement citées *supra*.

A cet effet, les ARS participent aux travaux du comité de pilotage national de l'évaluation, assurent le lien avec le niveau national, notamment en ce qui concerne les retours d'informations, la mise en place d'actions et la mutualisation avec les autres territoires porteurs de prototypes et coopèrent avec l'évaluateur choisi notamment l'IRDES. Elles désignent un référent en leur sein qui est l'interlocuteur premier de l'évaluateur.