

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation dénommée « HAND'INNOV » - améliorer l'accès aux soins somatiques et à la prévention des personnes en situation de handicap

JUILLET 2022

Le comité technique de l'innovation est saisi pour avis, le 2 mai 2022, sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation dénommée « HAND'INNOV » portée par la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).

Après un premier dépôt initial de la lettre d'intention le 12 décembre 2019, le projet a bénéficié de séances d'incubation dans l'accélérateur 51, durant la semaine du 18 au 26 juin 2020. Après examen du cahier des charges lors des séances du 6 juillet 2021, 31 août 2021, 25 janvier 2022, 17 mars 2022 et 19 mai 2022 du comité technique, des séances de travail avec le porteur, le comité technique a rendu son avis le 12 juillet 2022, sur la version finalisée du cahier des charges.

L'iniquité d'accès aux soins des personnes en situation de handicap est soulignée par divers rapports (rapport de Philippe Denormandie, rapport de Pascal Jacob, enquête Handifaction, etc.), ainsi que par des diagnostics régionaux.

L'enquête Handifaction¹ révèle que 23% des répondants ont subi un refus de soins, et que 10% des répondants ont abandonné leurs soins.

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) quant à elle, reste marginale dans les ESMS accueillant des personnes en situation de handicap (6% de l'activité HAD en ESMS)².

L'accès à la prévention semble inéquitable au vu de la sur-représentation des cancers observée chez les personnes déficientes intellectuelles par rapport à la population générale.

Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap résultent de plusieurs facteurs entraînant un renoncement aux soins des personnes en situation de handicap : défaut de compréhension ou obstacles à la communication entre les personnels soignants et les personnes soignées, sentiment de crainte à la fois chez la personne soignée et chez le professionnel soignant, manque de sensibilisation et de formation des soignants au handicap, absence de prise en compte du rôle facilitateur de l'aidant dans le parcours de soins, manque de coordination ainsi qu'un cloisonnement entre les professionnels des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux, manque de temps et complexité des gestes du fait du handicap des soignants,

L'expérimentation répond à des besoins non couverts sur les territoires en apportant des solutions d'accès aux soins pour les patients en situation de handicap.

Objet de l'expérimentation

Mettre en place des équipes mobiles intervenant selon deux modalités différentes et complémentaires, l'une en ville et l'autre hospitalière, permettant à toute personne en situation de handicap, quels que soient son lieu de vie et la complexité de sa situation, d'avoir un accès facilité aux soins sans rupture en ville comme à l'hôpital. Ces 2 modalités s'intègrent dans une organisation territoriale avec une logique de transversalité, de gradation, de subsidiarité et d'accompagnement au changement. Une unité dédiée complète l'équipe mobile hospitalière lorsqu'une hospitalisation « ordinaire » n'est pas possible permettant une meilleure adaptation aux besoins des personnes en situation de handicap.

La population ciblée est constituée des personnes en situation de handicap et en échec d'accès aux soins et/ou en abandon de soins en milieu ordinaire, quels que soient leur handicap et leur lieu de vie. Sont ciblés plus particulièrement :

¹ Handifaction est un questionnaire établi par l'association Handidactique, qui permet de savoir si les personnes handicapées ont bien été soignées au cours des deux derniers mois.

² Rapport d'activité 2016-2017 FNEHAD, p. 60

- le polyhandicap et pluri-handicap,
- les troubles de perception de la réalité liés à un handicap psychique, cognitif, du trouble du spectre autistique et des troubles de l'envahissement du comportement.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il vise à améliorer le parcours de la personne en situation de handicap en optimisant par une évaluation des besoins, un meilleur accompagnement et une meilleure coordination son accès aux soins tout en favorisant la pertinence et la qualité de sa prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles du paiement à l'acte par l'instauration de forfaits pour l'accompagnement des personnes par les équipes mobiles composées de professionnels médicaux et non médicaux (médecin et autres professionnels de santé) en dérogeant aux articles L.162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale (CSS) et incluant également des prestations non prises en charge (coordination des soins, dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS).

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale et concerne les régions Bretagne (APF France Handicap Bretagne pour la première vague et la fondation ILDYS pour la seconde vague au titre du parcours ville) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (la Clinique Bonneveine à Marseille au titre du parcours hospitalier).

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 4 ans avec deux phases :

- une première phase d'un an d'expérimentation avec deux objectifs :
 - une évaluation quantitative sur le territoire et le nombre de personnes concernées
 - une évaluation qualitative pour tester la pertinence du contenu des forfaits et du supplément journalier
- une deuxième phase de montée en charge du dispositif et extension progressive du champ d'intervention des équipes mobiles de la vague 1 et démarrage de la vague 2

Modalités de financement du projet

L'expérimentation prévoit :

- la mise en place de forfaits liés à un épisode de soins complémentaire au droit commun permettant l'évaluation et l'accompagnement aux soins des personnes en situation de handicap ;
 - un supplément journalier sur la durée de séjour pour l'unité hospitalière dédiée ;
- pour une file active de 4516 personnes pendant la durée de l'expérimentation.

La construction du modèle de financement de l'expérimentation prévue par le cahier des charges a fait l'objet de nombreuses sessions de travail avec le porteur.

Modalité de l'équipe ou unité dédiée	Récapitulatif des forfaits demandés par le porteur dans le cahier des charges	Montant par personne par épisode
Ville/Bretagne (UMV)	Forfait 1 : durée d'accompagnement de 7,9h	363€
	Forfait 2 : durée d'accompagnement de 11,7h	585€
	Forfait 3 : ateliers de 1,3h	55€
Hospitalière/PACA (UMH)	Forfait 4 : durée d'accompagnement de 5,8h	783€
	Forfait 5 : durée d'accompagnement de 2,3h	308€
Unité hospitalière dédiée (UH)	Forfait 6 : Supplément journalier sur la durée de séjour	200€

Le besoin de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé ainsi que les coûts d'ingénierie (CAI) prévus pour le projet, financés par le FISS, est présenté dans le tableau ci-dessous pour les quatre années d'expérimentation pour les 2 régions.

Besoin de financement	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	total
Nb de patients	943	1 091	1 198	1 284	4 516
Total prestations dérogatoires FISS (UMV+UMH+UH)	612 840 €	720 854 €	829 695 €	907 770 €	3 071 159 €
Total CAI FISS	205 720 €	112 580 €	112 580 €	39 537 €	470 417 €
TOTAL FISS	818 560 €	833 434 €	942 275 €	947 307 €	3 541 576 €

Le cahier des charges contient différentes erreurs de calcul et imprécisions. Par ailleurs, il ne prévoit pas le besoin de financement de la seconde vague.

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

Le nombre prévu de patients (4516 patients), comme la durée de l'expérimentation de 4 ans apparaissent suffisants pour observer les éventuels impacts liés aux nouvelles modalités de prise en charge mises en place dans le cadre du dispositif expérimental.

L'expérimentation porte sur l'accès aux soins somatiques et à la prévention pour les personnes en situation de handicap, grâce à des équipes mobiles spécialisées en ville ou à l'hôpital, ainsi qu'une unité d'hospitalisation dédiée qui vient compléter la gradation des soins hospitaliers dédiés existants.

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif se met en place sur les deux territoires d'expérimentation (régions Bretagne et PACA), sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle. Elle permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

Concernant la faisabilité et l'opérationnalité du dispositif :

- La montée en charge de l'expérimentation à travers notamment le nombre de patients suivis (nombre d'inclusion de patients) ;
- La capacité du dispositif à repérer et inclure les patients ciblés dans le dispositif (ex. nombre d'appels vers la plateforme téléphonique) ;
- L'adéquation entre les moyens humains et financiers (constitution du forfait de l'épisode de soin) prévus et les besoins du dispositif (en fonction du nombre de patients inclus) ;
- La participation active de la coordination territoriale (questionnaires partenaires) et la complémentarité des équipes mobiles avec les différents acteurs de soins du territoire (dont la complémentarité avec le forfait santé des ESMS) ;
- L'identification et la facilité à faire émerger l'offre manquante (nombre et modalités d'interpellations).

Concernant l'efficacité et l'efficience :

L'amélioration du recours aux soins et leur adaptation pour la personne en situation de handicap

- La diminution du renoncement ou sous-recours aux soins (nombre de recours à la plateforme téléphonique, à travers le questionnaire patient, le questionnaire aidant, et le questionnaire post-ateliers) ;
- Une meilleure connaissance des appuis sur le territoire (ateliers, outils, réassurance, recours aux appuis du territoire tels que DAC, MDPH, associations, ...) par la personne en situation de handicap ou son aidant afin de gérer seule par la suite ses rendez-vous (à travers le questionnaire post-ateliers) ;
- La prise en compte et la valorisation de la place et de l'expérience des aidants (à travers le questionnaire aidant) ;
- La simplification et la fluidité du parcours de soins (nombre de plans personnalisés de soins formalisés) ;
- La satisfaction des personnes, de leurs proches aidants et des soignants impliqués ;
- L'augmentation des interventions à domicile et du maintien à domicile par les structures et services existants (HAD, SSIAD) ou en lien avec la MDPH par les équipes d'accompagnement (nombre de réorientations vers une structure du territoire sanitaire ou médico-sociale).

La coordination des professionnels de santé et médico-sociaux et leur mobilisation sur les enjeux de responsabilité populationnelle

- L'amélioration de la prévention et la prise en charge par la médecine de ville : soins somatiques, prévention, repérage, dépistage ou suivi (nombre de consultations réalisées avec handicap, nombre de forfaits/patient accompagnés en ville, nombre de forfaits/patient accompagnés à l'hôpital, usage de la télémédecine, nombre de participations à des opérations de dépistage/prévention, questionnaire patient sur le refus de soins) ;
- L'optimisation du temps de soin grâce à la préparation et la médiation (durée de consultation et d'hospitalisation) ;
- Le changement des pratiques du fait de l'acculturation et d'une formation croisée des équipes éducatives et de soins, et l'amélioration de leur coordination (nombre d'interventions croisées) ;
- Le renforcement de la disponibilité et de l'expertise des professionnels de santé de ville et d'établissement pour apporter des soins adaptés (nombre de forfaits/patient) ;

- L'amélioration des connaissances partagées des ressources et compétences professionnelles existantes sur un territoire (répertoire des ressources, intégration dans le ROR) ;
- La réorientation vers l'offre adéquate (nombre de réorientations) ;
- La réduction d'interventions n'ayant pas abouti faute de préparation (à travers le questionnaire patient).

Concernant la reproductibilité du dispositif :

- L'impact budgétaire d'une généralisation du dispositif et la diminution des dépenses de santé (diminution du recours aux urgences évitables, diminution des hospitalisations ou de leur durée de séjour, diminution du recours à des anesthésies générales, déploiement de la télésanté) ;
- L'articulation effective entre les différents soignants et parties prenantes du dispositif et sa reproductibilité sur tout le territoire ;
- L'identification des spécificités (forces, faiblesses) de l'expérimentation portée dans le cadre de l'Article 51 en comparaison d'expérimentations déjà existantes (Handiconsult Propara par exemple).

Avis sur le projet d'expérimentation :

- Faisabilité opérationnelle : L'expérience des porteurs est de nature à assurer le caractère opérationnel de l'expérimentation. Néanmoins, l'implication des différents acteurs et l'articulation des équipes proposées avec les dispositifs existants sont un véritable enjeu opérationnel que la mise en œuvre permettra de vérifier.
- Caractère efficient : La prise en charge proposée, qui a vocation à améliorer le parcours de la personne en situation de handicap par une évaluation, un accompagnement personnalisé de son/ses besoins et une meilleure coordination des professionnels de santé, devrait avoir un impact médico-économique favorable. Elle devrait notamment, contribuer à diminuer les renoncements aux soins, une meilleure acculturation des professionnels de santé à la prise en charge du handicap et diminuer le recours aux hospitalisations évitables.

Concernant les équipes mobiles, la première phase de l'expérimentation doit permettre d'affiner quantitativement le nombre de personnes de la file active, de finaliser la modulation des forfaits au regard des profils, de fiabiliser la modélisation économique qui en découle et de rechercher si possible la convergence des forfaits. En fonction des résultats, une seconde phase de l'expérimentation intégrant de nouvelles conditions pourra être prévue. L'évaluation à la fin des deux phases d'expérimentation, devrait permettre d'objectiver l'efficacité et l'intérêt de ce type de prise en charge. Concernant l'unité hospitalière dédiée, l'expérimentation permettra de documenter dans la première phase un modèle économique d'atterrissage qui, s'il peut être défini, permettra d'être testé dans une deuxième phase.

Cependant, et malgré les nombreux échanges, l'adéquation des forfaits proposés aux interventions nécessaires interroge et questionne la soutenabilité du modèle économique proposé. La seconde vague n'est pas prévue dans le besoin de financement.

- Caractère innovant : L'expérimentation permet de tester une prise en charge par des équipes mobiles pluridisciplinaires, avec deux modalités complémentaires, de l'évaluation du besoin de la personne en situation de handicap et de son accompagnement au soin avec un financement par des forfaits. La création d'une unité dédiée est innovante et complète la prise en charge par les équipes mobiles.

Reproductibilité : Les modalités de la prise en charge proposées par les équipes mobiles sont précises et clairement décrites. Cependant, la complémentarité de cette prise en charge avec l'ensemble des dispositifs existants ou en cours de déploiement n'est pas évidente. La reproductibilité de ce modèle de financement semble également difficilement soutenable.

Compte tenu de ces différents éléments et notamment des réserves sur le modèle économique, le comité technique de l'innovation en santé confirme son avis favorable à l'autorisation de l'expérimentation, par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, dans les conditions ci-après qui, si elles sont acceptées devront être reprises dans le cahier des charges :

Le modèle de financement des équipes mobiles s'appuiera sur les forfaits proposés par le comité technique de l'innovation en santé à l'issue des travaux de co-construction sur une durée de deux ans avec un mécanisme de garantie budgétaire par le FISS.

Modalité de l'équipe ou unité dédiée	Récapitulatif des forfaits proposés par le CTIS	Montant par personne par épisode
Ville/Bretagne	Forfait 1 : durée d'accompagnement de 7,9h	266€
	Forfait 2 : durée d'accompagnement de 11,7h	429€
	Forfait 3 : ateliers de 1,3h	40€
Hospitalière/PACA	Forfait 4 : durée d'accompagnement de 5,8h	783€
	Forfait 5 : durée d'accompagnement de 2,3h	308€
Unité hospitalière dédiée	Forfait 6 : Supplément journalier sur la durée de séjour	200€

Besoin de financement	Année 1	Année 2	Total
Nb de patients	943	1091	2 034
UMV (Bretagne)	119 980 €	147 940 €	267 920 €
UMH (PACA)	157 170 €	168 644 €	325 814 €
UH (PACA)	292 000 €	350 400 €	642 400 €
Total prestations dérogatoires FISS (UMV+UMH+UH)	569 150 €	666 984 €	1 236 134€
CAI UMV FISS (dont dotation populationnelle)	77 677 €	39 537 €	117 214 €
CAI UMH FISS	70 193 €	42 693 €	112 886 €
CAI UH FISS	57 850 €	30 350 €	88 200 €
Total CAI FISS (dont dotation populationnelle)	205 720 €	112 580 €	318 300€
TOTAL sans garantie budgétaire	774 870 €	779 564 €	1 554 434€

Garantie Budgétaire (FISS)	Max 43 690€	Max 53 870€	Max 97 560 €
TOTAL sans garantie budgétaire	818 560 €	833 434 €	1 651 994 €

Sur la durée des deux ans, le mécanisme de garantie budgétaire consistera à venir compléter si besoin à la fin de chacune des deux années, le budget annuel total proposé correspondant ci-dessus (ligne TOTAL sans garantie budgétaire) dans la limite du budget annuel total correspondant demandé par le porteur (ligne TOTAL avec garantie budgétaire) après analyse de l'écart notamment sur le niveau d'activité réalisée.

Au terme des douze premiers mois d'utilisation de ces forfaits, un bilan sera effectué pour évaluer la calibration des forfaits au regard des interventions réalisées, de mieux estimer la population cible et proposer une convergence des forfaits entre les deux équipes. Concernant l'unité dédiée, un bilan de l'activité à un an sera effectué pour permettre d'alimenter un travail de refonte du modèle testé. Le porteur devra donc s'engager à collecter les données concernant l'activité des équipes mobiles et de l'unité dédiée et à les analyser pour produire ces bilans. A la lumière de ces bilans et au plus tard au terme des deux premières années après autorisation, les conditions de la poursuite de l'expérimentation seront précisées conjointement par le porteur et le CTIS pour les deux années supplémentaires, avec l'intégration d'une nouvelle équipe dite « ville » le cas échéant.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale