

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 21 avril 2023 modifiant l'arrêté du 12 juillet 2019 relatif à l'expérimentation EQUILIBRES (EQUIpes d'Infirmières LIBres RESponsables et Solidaires)

NOR : SPRH2310395A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-31-1 ;

Vu l'arrêté du 12 juillet 2019 modifié relatif à l'expérimentation EQUILIBRES (EQUIpes d'Infirmières LIBres RESponsables et Solidaires) ;

Vu l'arrêté du 24 janvier 2023 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2023 ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 12 avril 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Dans l'article 1^{er} de l'arrêté susvisé du 12 juillet 2019 modifié, les mots : « pour une durée de trois ans et six mois » sont remplacés par les mots : « pour une durée de quatre ans et deux mois ».

Art. 2. – L'annexe de l'arrêté du 12 juillet 2019 modifié et susvisé relative au cahier de charges de l'expérimentation est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

Art. 3. – Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins 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 21 avril 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La sous-directrice
de la régulation de l'offre de soins,
A. HEGOBURU*

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXES

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION EQUILIBRES
(EQUIPES D'INFIRMIÈRES LIBRES RESPONSABLES ET SOLIDAIRES)

AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE AU DOMICILE, PAR UN EXERCICE FACILITÉ DE LA MISSION DES INFIRMIERS DE VILLE

Projet de cahier des charges pour une expérimentation pour l'innovation dans le système de santé

prévue à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Présenté par : **SOIGNONS HUMAIN, association loi 1901**

Version 4.0 du 20 mars 2023

RAPPEL DU CONTEXTE LÉGISLATIF

Le code de la sécurité sociale, article L. 162-31-1, modifié par la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 - art. 51 (V) dispose :

« Des expérimentations dérogatoires à au moins une des dispositions mentionnées au II peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans.

Ces expérimentations ont l'un ou l'autre des buts suivants :

1. Permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à :

a) Optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

b) Organiser pour une séquence de soins la prise en charge des patients ;

c) Développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires ;

d) Favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;

2. Améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1 et la qualité des prescriptions »

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 précise le contenu du cahier des charges exigible pour les expérimentations prévues à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale :

1. La durée de l'expérimentation envisagée ;

2. L'objet et la catégorie de l'expérimentation en précisant les dispositions de l'article R. 162-50-1 dont l'application est envisagée ;

3. Les dérogations au code de la sécurité sociale et, le cas échéant, au code de la santé publique, mentionnées au II de l'article L. 162-31-1, envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation ;

4. Le champ d'application territorial envisagé ;

5. La nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies en application de l'article R. 162-50-12 ;

6. Les modalités de financement de l'expérimentation ;

7. Les modalités d'évaluation de l'expérimentation ;

8. Les professions, structures ou organismes pour lesquelles les participants remettent une déclaration mentionnant, le cas échéant, les liens d'intérêts à l'agence régionale de santé compétente, en application de l'article R. 162-50-13.

Le projet de cahier des charges justifie également de la faisabilité de l'expérimentation et de sa contribution à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé ou de l'accès aux soins.

Il justifie également, le cas échéant pour les projets mentionnés au IV de l'article R. 162-50-5, de la contribution de l'expérimentation à l'amélioration de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations associées mentionnées à l'article 165-1 ou de la qualité des prescriptions.

SYNTHÈSE DE LA PROPOSITION D'EXPÉRIMENTATION

En réponse à la volonté du ministère de la santé de susciter des réponses innovantes aux défis de notre système de santé, l'association à but non lucratif SOIGNONS HUMAIN détaille ici la proposition d'expérimentation « EQUILIBRES », pour Equipes d'Infirmières Libres Responsables et Solidaires. Elle consiste en un mode d'exercice facilité pour les soins infirmiers au domicile, qui bénéficiera en particulier aux personnes avec un handicap, une maladie chronique ou une perte d'autonomie liée à l'âge. Cette proposition est largement inspirée du modèle développé en Hollande par BUURTZORG (1).

Dans quel but ?

La raison d'être de cette expérimentation est de lever les freins systémiques qui entravent actuellement la bonne réalisation par les infirmiers de la mission qui est la leur. Il s'agit d'un enjeu majeur, au vu du caractère central de cette mission dans le maintien au domicile des bénéficiaires :

« protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social (2). »

Le but est d'impulser un changement de paradigme : passer d'un cadre réglementaire orienté par et vers la production d'actes de soins, à un système focalisé sur les patients, leur autonomie, et leur qualité de vie au domicile.

Comment ?

Les moyens proposés pour atteindre ce but sont l'incitation à un exercice infirmier *en équipe*, avec un mode de rémunération simplifié, *forfaitaire au temps* passé auprès des patients (au lieu de de la tarification en fonction des actes réalisés), associé à une *évaluation standardisée et régulière* de la situation des patients.

L'enjeu n'est pas de changer les missions dévolues aux infirmiers de ville, mais de créer le contexte favorable qui leur permettra de mieux les accomplir.

Autrement dit, leur donner les moyens d'accomplir leur mission en satisfaisant les besoins de l'ensemble des parties prenantes : les patients et leurs proches aidants, les partenaires sanitaires et sociaux de la prise en charge au domicile, les professionnels eux-mêmes, et le système de santé dans son ensemble.

Pourquoi ?

Cette approche s'inspire du système de santé néerlandais et notamment de l'organisation de soins à domicile BUURTZORG. Elle est en ligne avec les recommandations de l'OMS et de l'Union européenne qui incitent à réformer les systèmes de santé autour d'approches centrées sur les patients (« patient centred »), holistiques (« integrated care »), préventives et en exercice collectif.

Les réponses apportées jusqu'à ce jour à la fragmentation des soins ou à la nécessaire coordination des interventions, telles que les SSIAD (3), SPASAD (4), MAIA (5), PTA (6) ou encore PAERPA (7) ont consisté en la création de *nouvelles structures* dédiées, qui se sont ajoutées les unes aux autres, nécessitant chacune des financements dédiés supplémentaires, et relevant de réglementations nouvelles et différentes. Si elles rendent chacune un service sans doute appréciable à leurs bénéficiaires respectifs, elles offrent une couverture incomplète de la population (8) et, par construction, génèrent des surcoûts de structure, qui diminuent d'autant les budgets disponibles pour les soins aux patients.

L'IGAS relevait en 2014 pour sa part que « les coordinations existantes ne répondent pas aux défauts du système de santé car elles contribuent à sa complexité et à son fractionnement (9). »

La présente proposition ne consiste pas à créer de nouvelles structures, mais à permettre aux infirmiers – libéraux ou salariés en centres de santé – exerçant actuellement au domicile de mener plus effectivement les missions de soins, de prévention et de coordination qui leur sont dévolues.

L'originalité et le potentiel de cette nouvelle approche est de se fonder sur la **motivation intrinsèque** des infirmiers actuellement en exercice, sans créer de nouvelles structures organisationnelles. Les recherches récentes de M. A. Bloch (Professeur à l'EHESP, et auteure de l'évaluation qualitative du dispositif PAERPA) attestent de l'efficacité de telles approches (10). Ce type de transformation « issue de la base » doit être envisagée comme complémentaire des approches « top-down » citées précédemment.

L'accompagnement global de patients par des équipes infirmières ayant l'objectif d'autonomisation et de promotion de la santé conduit naturellement à des activités de prévention et de collaboration avec l'entourage, et l'ensemble des professionnels mis en jeu.

L'exemple des Pays-Bas démontre que ce type d'exercice a un impact positif notable sur la satisfaction des patients et de leurs proches, l'efficience des dépenses de santé, et la satisfaction des professionnels eux-mêmes.

SITUATION EN FRANCE RELATIVE AUX SOINS INFIRMIERS À DOMICILE - Panorama chiffré

Démographie professionnelle

La DREES (11) évalue à 123 800 le nombre d'infirmiers libéraux actuellement en exercice à domicile, auxquels il faut ajouter près de 5 000 infirmiers salariés en centres de santé infirmiers.

Pour être complet, il faut également mentionner 5 000 infirmiers travaillant en SSIAD (12), très majoritairement sur des fonctions d'évaluation des patients et d'encadrement de l'équipe soignante, les soins de nursing étant réalisés par des aides-soignants, et les soins techniques réalisés par des infirmiers libéraux ayant signé une convention avec le SSIAD.

Actes infirmiers

Les actes effectués par les professionnels infirmiers au domicile sont généralement classés en deux catégories, actes techniques et actes dit de confort.

- **actes techniques** : prises de sang, injections, perfusions, pansements, nutrition parentérale, soins d'escarres, chimiothérapie, dialyse, soins palliatifs... ;
- **actes de confort ou nursing** : levers-couchers, mobilisation et changement de position, habillage-déshabillage, toilettes, changes, sondes urinaires, soins de bouche...

Il faut ajouter à ces deux catégories les actions liées à la **prévention** (vaccination, surveillance médicamenteuse, surveillance des constantes, soins préventifs d'escarres), à l'**éducation** thérapeutique des patients et la **coordination** avec les autres professionnels parties prenantes du maintien au domicile (médecin, kinésithérapeute, pharmacien, auxiliaire de vie, prestataire de santé au domicile, assistante sociale).

L'article R. 4311-2 du code de la santé publique définit bien la mission des infirmiers en cohérence avec une vision holistique des besoins des personnes (13) :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques.

Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;*
- 2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;*
- 3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;*
- 4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;*
- 5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »*

Dépenses de santé associées

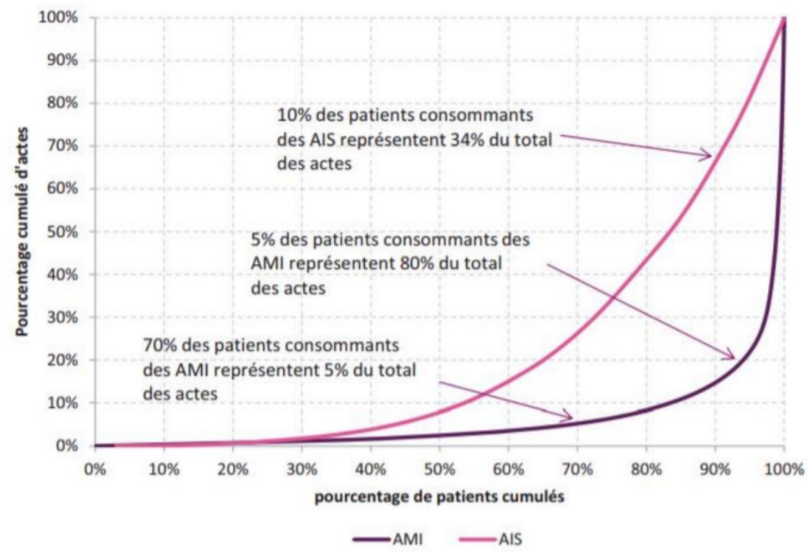
Le montant annuel des dépenses de santé associées à ces actes était en 2016 selon la DREES (14) de 7,9 milliards d'euros. Ce montant est un poste assez dynamique au sein des dépenses de santé avec une croissance de 4,4 % entre 2015 et 2016, sous l'effet conjugué du virage ambulatoire (durées de séjour plus courtes en hôpital) et du vieillissement de la population.

Population de patients concernée

Selon les données du SNIIRAM, en 2016, 10,3 millions de Français ont bénéficié de soins infirmiers à domicile sur prescription médicale. Parmi ceux-ci, on estime généralement à plus de 80 % la part de soins délivrés dans le cadre d'une maladie chronique, d'une perte d'autonomie liée à l'âge, ou bien encore d'une situation de handicap.

Le rapport de l'Assurance maladie sur les charges et produits 2014 (15) offre une étude plus précise de la population bénéficiant de soins infirmiers. On retiendra qu'un très faible nombre de patients concentre une grande partie des dépenses.

Figure 104 - Fonctions de répartition des actes infirmiers en 2011
consommants



Champ : Régime général hors SLM - France entière - En date d'exécution des soins - Population des consommateurs de soins AMI et/ou AIS
source : CNAMTS (EGB 2011)

LES DIFFICULTÉS DE L'EXERCICE INFIRMIER AU DOMICILE

La DREES a publié en 2006 le rapport (16) dit « Vilbrod », qui fait référence sur l'exercice infirmier au domicile, dont les conclusions restent valables aujourd'hui.

Par ailleurs, l'URPS Infirmiers de la région PACA a publié en septembre 2017 les résultats d'une étude permettant de mieux appréhender le profil type des infirmiers libéraux.

Enfin, le Conseil de l'Ordre des infirmiers a publié en avril 2018 les résultats d'un sondage mené auprès de 7 000 infirmiers libéraux à propos de la perception de leur métier.

Ces trois sources mettent en évidence que l'exercice du métier d'infirmier à domicile rencontre trois grandes difficultés :

- un métier prenant, difficile, éprouvant physiquement et moralement ;
- une certaine solitude au quotidien ;
- une rémunération à l'acte complexe et insécurisante.

La pénibilité du métier d'infirmier libéral

Le rapport Vilbrod (DREES) rend compte de la richesse et de la complexité de ce métier, qui est au cœur des enjeux de santé pour le vieillissement de la population :

« Métier empreint d'une technicité avérée, c'est aussi un exercice qui met en jeu à chaque fois une relation singulière, c'est un métier relationnel. (...) Infirmière libérale, c'est un métier sans faux-semblants, un métier où l'on s'implique, où l'on donne de soi, où l'on est en permanence renvoyé à soi. (...) ces infirmières libérales, sont amenées, quelquefois bon gré mal gré, à outrepasser leur rôle, à gérer les liens avec les familles, avec d'autres professionnels, à "dépanner" de mille et une façons une part de leur clientèle, âgée, dépendante pour laquelle cette femme de métier est peut-être la personne qu'elle côtoie le plus régulièrement. »

Plusieurs études ont mis en lumière la souffrance au travail vécue par les professionnels. Citons les deux plus récentes :

- 63 % des 18 653 infirmiers ayant répondu au questionnaire (17) national du Conseil de l'Ordre des infirmiers en avril 2018 déclarent ressentir « Très souvent » au moins un des symptômes de l'épuisement professionnel. La charge de travail, les questions financières et les relations avec les organismes de sécurité sociale sont en tête des facteurs de mal-être ;
- dans son rapport d'enquête 2016 (18), la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), place les infirmiers dans les 15 métiers les moins favorables au bien-être psychologique, sur-représentés dans la catégorie « Accablés », cumulant l'ensemble des facteurs de risques : pénibilité physique, forte demande émotionnelle, conflits éthiques, manque de soutien de collègues.

Une certaine solitude au quotidien

Il n'existe pas d'études précises quant à l'évaluation du niveau de collaboration d'équipe au sein des cabinets infirmiers.

Cependant, selon les données de la DREES, sur les infirmiers libéraux exerçant au domicile, 59 % exerceraient en cabinet individuel, 36 % en cabinet de groupe sans société d'exercice et 4 % au sein d'une société d'exercice avec partage de la patientèle.

L'URPS infirmiers de la région PACA (19) indique pour sa part que 78 % des infirmiers travaillent par deux (52 %) ou par trois (26 %) sur une unique tournée, en alternant respectivement les jours travaillés.

Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire fournit en 2014 des données similaires : « *Le plus souvent, les groupes sont de "petite" taille : 43 % des infirmiers sont installés dans un groupe de deux infirmiers et 31 % dans un groupe de trois. 26 % exercent dans des groupes de taille plus importante, réunissant quatre infirmiers et plus (20) ».*

Les infirmiers interrogés dans le rapport Vilbrod expriment (Tome 1 - page 9) « *un sentiment de solitude et déplorent l'absence d'une camaraderie et d'une solidarité propre au travail en équipe.* » Par nature, l'essentiel du temps de travail est effectué de manière individuelle, seul au domicile du patient.

Une rémunération à l'acte complexe et insécurisante

La nomenclature des actes infirmiers actuellement en vigueur comporte plus de 90 cotations disponibles, en fonction des actes, des pathologies ou de la situation de délivrance des soins.

La NGAP date de 1972 et malgré quelques aménagements en 2005 et 2011, son contenu n'est pas en mesure de répondre de manière satisfaisante aux enjeux de santé publique car elle ne valorise essentiellement que les actes techniques.

Par ailleurs, la NGAP ne rémunère pas tout le champ des actes relevant de la compétence infirmière telle qu'énoncée dans le décret du 29 juillet 2004.

Dans ces conditions, le principe même d'une rémunération à l'acte crée un contexte poussant les professionnels à accélérer les prises en soins. En effet, la rémunération du professionnel étant liée au nombre et au type d'actes effectués, ce système crée une **incitation à l'augmentation du nombre d'actes et de passages chez les patients**. Les professionnels, contraints de réaliser un grand nombre de visites pour parvenir à assurer leurs revenus, risquent alors de manquer de temps disponible pour les patients.

La nomenclature des actes infirmiers se révèle de plus complexe à appliquer, et à contrôler. Ce type de difficultés a été relevé par la Cour des comptes et abordé par la ministre qui parle d'une « *histoire et d'un système qui sont à bout de souffle* ».

La distribution des revenus **nets** des infirmiers en France est la suivante, avec une moyenne à 42 149 € par an, soit environ 27 « actes patients » par jour et par professionnel (21) :

312		COUR DES COMPTES	
Tableau n° 68 : répartition par décile des résultats fiscaux (BNC) des infirmiers exerçant à titre libéral (2012)			
Tranche de résultats fiscaux	Montant des résultats fiscaux (en M€)	Revenu moyen par professionnel (en €)	
De -85 029 € à 12 685 €	27,9	3 859,45	
De 12 686 € à 22 630 €	131,6	18 209,49	
De 22 631 € à 28 951 €	187,5	25 947,97	
De 28 952 € à 34 197 €	228,7	31 640,84	
De 34 198 € à 39 058 €	264,6	36 617,77	
De 39 059 € à 44 325 €	301,0	41 649,37	
De 44 326 € à 50 531 €	342,0	47 322,54	
De 50 532 € à 58 705 €	393,0	54 371,89	
De 58 706 € à 72 931 €	469,7	65 001,38	
De 72 932 € à 451 020 €	699,9	96 845,16	
Moyenne		42 149,69	

Source : Cour des comptes, d'après des données de la DGFIP.

La disparité des tarifications en fonction des actes crée également une **incitation à la sélection des actes les mieux rémunérés** (22).

Par exemple une perfusion (AMI 10), sera facturée 31,50 € pour une intervention de moins d'une heure. Une toilette pour une personne dépendante (2 AIS3) sera facturée 15,90 € pour une durée d'intervention qui peut prendre jusqu'à une heure. Ainsi, il peut exister un écart important pour le taux de rémunération horaire effectif entre les actes infirmiers les mieux rémunérés et ceux les moins cotés (soins de nursing).

Cette incitation aux actes les mieux rémunérés peut rendre difficile pour les familles la recherche d'un infirmier en mesure de réaliser une toilette infirmière, par exemple (23).

Une telle absence de prise en charge globale se révèle préjudiciable pour l'efficacité du système de santé. Des études françaises (24) et internationales ont pu identifier unanimement les impacts positifs de l'intégration des soins de ville sur la qualité et l'efficacité des parcours. Ceci notamment grâce à une meilleure prévention et une diminution des occurrences d'hospitalisations non programmées.

Enfin, ainsi que nous l'avons vu précédemment, une bonne partie du chiffre d'affaires d'un cabinet infirmier va dépendre de 4 ou 5 patients seulement (Loi de Pareto), qui concentreront à eux seuls les actes les plus valorisés. Cela crée une grande insécurité quant aux revenus des professionnels, qui sont sous la menace permanente de perdre du jour au lendemain 20 ou 30 % de leur activité en cas de décès ou d'institutionnalisation d'un de ces patients.

PRÉSENTATION DE BUURTZORG HOLLANDE

BUURTZORG (« Soins de proximité ») est une organisation de soins infirmiers à domicile fondée aux Pays-Bas en 2007 par un infirmier cadre de santé, Jos de Blok. Cette organisation à but non-lucratif a eu un impact systémique majeur sur le système de santé néerlandais en l'espace d'une décennie.

La mission poursuivie par BUURTZORG est de « *permettre à ses patients de mener la vie la plus riche et la plus autonome possible à leur domicile.* » Autrement dit, de délivrer « les meilleurs soins possibles ».

Les trois piliers de cette approche centrée sur le patient à domicile sont :

- l'exercice en équipe ;
- l'approche holistique ;
- la responsabilisation (empowerment) du patient.

Exercice en équipe

Le principe est de constituer de petites équipes d'infirmiers de proximité (« community nurse »), autonomes dans les décisions qui les concernent, et soutenues par une organisation mutualisée aussi restreinte que possible. Pour ses 10 500 infirmiers, le siège associatif de BUURTZORG compte seulement 50 personnes en services support dont 20 accompagnateurs-facilitateurs d'équipe (« team coach »).

Approche holistique et coordination pluri professionnelle de proximité

Toute nouvelle prise en soin débute par un rendez-vous à domicile entre le nouveau patient et l'infirmier référent. Cette première rencontre consiste en une évaluation précise et exhaustive des besoins du patient, de manière multidimensionnelle, et de ses ressources. Elle se termine par l'établissement d'un plan de soins sur la base du référentiel multidimensionnel OMAHA (25).

Cette rencontre est le point de départ d'une relation de confiance. Lorsque c'est nécessaire, l'infirmier assumera également un rôle de gestion de cas, autrement dit l'organisation des interactions avec les autres professionnels mis en jeu par le projet de vie de la personne à son domicile : médecin traitant, pharmacien, kinésithérapeute, prestataires de santé à domicile, auxiliaires de vies, assistantes sociales, pédicure, orthophoniste, ergothérapeute etc. La prise en charge est ensuite globale, avec le moins possible de professionnels différents auprès d'un même patient.

Empowerment du patient

Au-delà des seuls soins prescrits, l'infirmier accompagnera le patient dans l'élaboration de son propre projet de vie qu'il co-signera, avec comme objectif principal, la reconquête ou le maintien de son autonomie.

Autrement dit, la question pour les infirmiers BUURTZORG est « **que pouvons-nous faire ensemble pour que vous puissiez vous passer de nous ?** ». L'entourage familial, le voisinage, les acteurs associatifs ou sociaux, sont mobilisés en soutien du projet de la personne.

Depuis son lancement, ce modèle représente aujourd'hui un exemple inspirant pour l'amélioration des pratiques en santé dans plus de 16 pays du monde : Brésil, Japon, Chine, Singapour, Australie, Nouvelle-Zélande, Arabie saoudite, Ecosse, Angleterre, Pays de Galles, Allemagne, Suède, Norvège, Belgique, Suisse et aujourd'hui...la France.

Les résultats de différentes études d'évaluation néerlandaises commandées par le ministère de la santé montrent un ensemble vertueux, dans lequel toutes les parties prenantes trouvent satisfaction.

Ernst & Young (26) et KPMG (27) ont analysé le modèle et les performances de BUURTZORG et ont conclu :

1. BUURTZORG fournit des soins de santé plus efficaces que les prestataires de soins classiques, car cet organisme passe jusqu'à 30 % d'heures par patient de moins que les autres intervenants ; a des temps de cycle plus courts ; et diminue les « soins de crise » non prévus. Ces effets sont attribuables à la vision du soin « construire l'autonomie des patients ».

2. BUURTZORG permet également une meilleure optimisation des dépenses en raison d'une meilleure productivité, de frais généraux moins élevés, d'un faible taux d'arrêts maladie et d'un taux réduit de renouvellement du personnel par rapport aux autres structures employant des salariés. Ces effets sont attribuables à la vision d'organisation « libérée » ou « opale », dont la principale tâche est de soutenir l'indépendance des professionnels en équipe.

Selon les mesures effectuées chaque année par le ministère de la santé hollandais, BUURTZORG reçoit de la part des patients une note de satisfaction supérieure à 9 sur 10, pour une moyenne habituellement autour de 7,5. Ce score place BUURTZORG premier ou second sur un ensemble de plus de 350 organisations au niveau national.

Concernant le point de vue des professionnels, le niveau de satisfaction est également très élevé. Depuis son adhésion à la mesure « Best Place To Work » en 2010, BUURTZORG a été évaluée par ses membres n° 1 ou n° 2 dans sa catégorie chaque année. Les professionnels ont également voté avec « leurs pieds », au vu de la croissance continue de BUURTZORG, avec un doublement d'effectifs chaque année pour atteindre à présent plus de 10 500 infirmiers répartis dans 950 équipes autonomes.

CAHIER DES CHARGES ARTICLE 51 « EQUILIBRES », présenté par Soignons Humain

1. Durée de l'expérimentation envisagée

La durée de l'expérimentation proposée est de quatre années et 2 mois, à compter de l'inclusion du premier patient le 4 novembre 2019 avec une fin d'expérimentation le 3 janvier 2024.

Il est à noter que, selon notre expérience (28), l'impact de l'approche proposée sur les patients et leurs proches est généralement observable dès les premières semaines de prise en charge. Des bilans qualitatifs pourraient donc être produits semestriellement dès la fin de la première année.

2. Objet et catégorie de l'expérimentation

L'objet de l'expérimentation proposée est de permettre un exercice du soin infirmier à domicile qui soit centré sur le patient, holistique, en équipe et coordonné, soutenu par une tarification forfaitaire dérogatoire à la nomenclature d'actes infirmiers actuellement en vigueur.

Cette expérimentation relève des dispositions 1.a et d et 2.a, b et c de l'article R. 162-50-1-I :

« 1. L'organisation ou le développement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement au sein des secteurs sanitaire, médico-social ou social, à destination de personnes, de groupes de personnes ou de populations, de manière alternative ou complémentaire aux modalités en vigueur, bénéficiant d'une ou plusieurs des modalités de financement suivantes :

a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité (...)

d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné ;

« 2° L'organisation et le financement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement, de technologies ou de services au sein des secteurs sanitaire, médico-social ou social, non pris en charge par les modalités existantes et susceptibles d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité, leur sécurité ou l'efficacité du système de santé, selon une ou plusieurs des modalités suivantes :

« a) Structuration pluriprofessionnelle 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 ;

« c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations.

L'expérimentation envisagée consiste à ouvrir sur les territoires identifiés la possibilité pour les professionnels infirmiers libéraux ou salariés en centres de soins infirmiers adhérant à la démarche proposée par la signature de la charte *Equilibres*

- i) de bénéficier d'une rémunération CPAM dérogatoire à la nomenclature d'actes en vigueur, basée sur un principe de tarification unique au temps passé auprès du patient ;
- ii) en échange d'un engagement à un exercice collectif et des prises en charge centrées sur les patients, holistiques et coordonnées.

Critères d'inclusion des professionnels

L'expérimentation proposée est ouverte aux professionnels infirmiers libéraux, et salariés en centres de santé, dont la patientèle est située à l'intérieur des territoires définis, et qui seraient volontaires pour y participer en respectant la charte d'engagement définie ci-dessous.

Le porteur du dispositif Soignons Humain est chargé de constituer un comité de suivi comprenant au plus six membres permanents. Constitué de personnalités indépendantes, il aura pour mission d'effectuer par tous moyens le suivi du respect des engagements décrits dans la Charte *Equilibres* par les professionnels. Le comité validera l'adhésion de nouveaux professionnels au dispositif, et pourra demander à l'Assurance maladie la sortie du dispositif pour un professionnel qui serait en écart manifeste et répété par rapport aux engagements pris.

Les professionnels conserveront la faculté de sortir du dispositif à tout moment durant l'expérimentation, en respectant un préavis d'un mois.

(i) Tarification dérogatoire

La rémunération est basée sur le temps de présence du professionnel auprès du patient, pour tous actes infirmiers conforme au décret de compétence (29). Le tarif fixé est uniforme : 53,94 € par heure - soit 0,9 € par minute - de présence auprès du patient, quels que soient les actes infirmiers réalisés.

Base de revenu annuel médian d'un infirmier libéral	73 500 €
Nombre de jours travaillés par an	168
Nombre d'heures de travail par jour travaillé	13,00
Nombre d'heures travaillées par an	2184
Ratio entre les heures de présence au domicile des patients rapportées aux total d'heures de travail	62 %
Nombre d'heures au domicile	1363

Tarif par heure au domicile	53,94 €
-----------------------------	---------

Sont utilisées pour évaluer ce montant les données fournies par l'URPS PACA à propos du temps de travail des infirmiers, ainsi que celles de la Cour des comptes à propos de la rémunération moyenne actuelle des infirmiers au domicile.

Le tarif horaire est calculé pour conserver le même revenu moyen pour les infirmiers, en tenant compte du ratio entre le temps de présence auprès des patients, et le temps de travail total.

Ce dernier comprend, en plus du temps auprès des patients, les temps de déplacements, les temps de formation, de coordination interne à l'équipe, de coordinations externes (et gestion de cas) et les tâches administratives (dossiers patients, courriers, prises de rendez-vous).

Les données d'entrée du modèle sont les suivantes :

- chiffre d'affaires brut annuel médian d'un infirmier libéral : 73 500 € ;
- nombre de jours travaillés par an : 168 jours ;
- nombre d'heures de travail par jour travaillé : 13 heures ;
- ratio entre les heures de présence auprès des patients rapportées au total d'heures travaillées : 62,4 %.

Le calcul de ce ratio est détaillé ci-dessous :

Nombre de semaines travaillées par an	48
Nombre d'heures de travail par grande semaine	53
Nombre d'heures de travail par petite semaine	25
Nombres d'heures travaillées par an - <i>hors administratif</i>	1872
Nombre d'heures chez les patients	1516
Nombre d'heures administratif et secrétariat	312
Nombre d'heures déplacements	356
Nombre d'heures coordination interne	96
Nombre d'heures coordination externe	136
Nombre d'heures de formation	14
Total heures travaillées	2430
Ratio Heures Patients/Total heures travaillées	62,4 %

Ce tarif uniforme basé sur le temps passé auprès des patients, a vocation à couvrir à la fois les interventions réalisées auprès des patients (domicile ou cabinet) et les temps de trajet entre patients, ainsi que les temps de coordination intra-équipe, les interactions avec les autres professionnels de santé mis en jeu, et les autres acteurs sociaux ou médico-sociaux, les formations professionnelles, et les temps de congés.

(iii) Engagements des professionnels

Les professionnels participant à l'expérimentation s'engagent à rechercher un exercice en *équipe* pour une prise en charge *holistique* et *coordonnée*.

Exercice en équipe

L'accès à l'expérimentation sera possible pour les cabinets de groupe d'infirmiers libéraux ou les centres de soins infirmiers (30).

L'adhésion des infirmiers à un principe d'exercice en équipe est un des critères d'inclusion pour le dispositif : consciente de l'apport essentiel de la concertation clinique (31) et de l'intelligence collective pour la qualité des soins et l'efficacité des pratiques, chaque équipe de soins se réunira régulièrement pour un partage de pratiques professionnelles et un échange à propos des situations le nécessitant. Cette réunion sera tenue a minima toutes les deux semaines.

Dans le cadre du dispositif expérimental, afin d'établir et de maintenir dans la durée les relations professionnelles fructueuses et satisfaisantes requises pour atteindre les objectifs de qualité des soins, les équipes d'infirmiers seront **formées** à l'auto-organisation, et bénéficieront d'un **accompagnement en facilitation** d'équipe fourni par un tiers compétent.

Soignons Humain, en tant que porteur du dispositif, s'engage à former et mettre à disposition les formateurs et facilitateurs d'équipes nécessaires.

Le budget d'ingénierie de formation, de formation des formateurs, le coût pédagogique, et l'indemnisation du temps des professionnels en formation est pris en charge par le FISS pour la durée de l'expérimentation.

Les outils d'organisation et de gestion des interactions développés par BUURTZORG (32) pourront apporter une aide utile. Chaque équipe s'engagera à être accompagnée par un professionnel dûment formé et expérimenté (coach ou formateur certifié), à hauteur de 40 heures par an.

- la formation initiale pour chaque infirmier est de huit heures, découpée en quatre modules de 2 heures, répartis sur 6 mois. La formation peut être délivrée par groupes de 8 stagiaires maximum ;
- la facilitation d'équipe est prévue à hauteur de deux heures par semaine et par équipe active.

Approche holistique : évaluation standardisée et prise en charge globale pour le maintien de l'autonomie

Les infirmiers accompagnent leurs patients avec une prise en soins holistique/globale incluant les soins de nursing.

Le raisonnement clinique, acquis comme une compétence infirmière lors de la formation initiale, favorise la qualité de la prévention et de l'accompagnement au domicile des bénéficiaires. Une prise en charge globale développe l'alliance thérapeutique nécessaire pour détecter tout signal précurseur d'une évolution de la pathologie ou l'apparition de nouveaux symptômes.

Consciente de l'impact sur la qualité et l'efficacité des soins d'une approche globale du maintien de l'autonomie des patients, l'équipe d'infirmiers procédera, dans les cinq jours suivant la prise en charge d'un nouveau patient, à l'évaluation multidimensionnelle de sa situation.

Cette évaluation sera effectuée au moyen du référentiel standardisé validé internationalement OMAHA (33).

Ce référentiel est un élément clé pour mettre en pratique la vision du soin orientée vers la reconquête ou la préservation de l'autonomie du patient, et non plus de la production d'actes.

Il permet en effet non seulement l'évaluation de la situation du patient dans les trois axes *Connaissances*, *Comportements* et *Statuts*, mais surtout, est nativement conçu pour suivre précisément les évolutions de cette situation dans le temps, autrement dit les *résultats* obtenus par l'intervention des professionnels.

Cette évaluation permettra la construction du plan de soins du patient, en explicitant non seulement les interventions prévues par les soignants, mais aussi les autres actions à engager afin de garantir l'autonomie du patient, la qualité de son réseau social et de sa vie quotidienne, ainsi que celle de son proche entourage, et la sécurisation de son environnement de vie.

La situation du patient sera réévaluée selon le même référentiel quand nécessaire, et a minima tous les trois mois.

L'évaluation du patient au moyen du référentiel standardisé OMAHA, ainsi que la prescription médicale toujours requise, seront informatisées et partageables avec le médecin traitant via le dossier médical personnel (DMP) (34).

Les professionnels inclus dans le dispositif s'engagent à l'accessibilité et à la transparence de ces informations pour les médecins-conseils de l'assurance maladie, ainsi que pour l'équipe de chercheurs qui sera en charge de l'évaluation du dispositif.

Soignons Humain, en tant que porteur du dispositif, s'assure de la mise à disposition effective par au moins un éditeur informatique d'un tel outil informatisé au profit des infirmiers.

Le budget de développement, d'hébergement conforme aux réglementations applicables aux données de santé, et de maintien en conditions opérationnelles est pris en charge par le FISS pour la durée de l'expérimentation.

Exercice coordonné avec les autres professionnels

Consciente de l'impact (35) sur la qualité et l'efficacité des soins, et sur la réduction du fardeau des aidants familiaux, de la bonne coordination et de la continuité des interventions entre les différents professionnels, l'équipe désignera un **référent** pour chaque patient en son sein.

Dans notre vision, cet infirmier référent est garant de l'intégration des soins :

« Leutz définit l'intégration comme "le travail d'interconnexion du système de soins (aigus, principalement médical et expert) avec les autres systèmes d'aide humaine (long-terme, d'éducation et d'aide social) dans l'objectif d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction et d'efficacité)".

Cette conception de la coordination (...) vise le dépassement de frontières professionnelles et organisationnelles. La coordination est conçue comme "l'acte de gérer les interdépendances des interventions", ce qui ne peut se réduire à une simple démarche protocolarisée puisqu'elle mobilise, pour se réaliser, autant des coordinations formelles qu'informelles pour gérer lesdites interdépendances (36). »

Ce référent sera chargé de la bonne tenue du dossier de soins informatisé, ainsi que de la qualité et de la régularité des interactions avec les autres professionnels de santé ou structures mis en jeu dans le parcours de soin du patient. Il assumera, lorsque c'est nécessaire et possible, la fonction de gestion de cas (37) de proximité. Cela ne remet pas en cause le rôle des gestionnaires de cas de MAIA, mais a vocation à constituer une complémentarité de compétences et d'actions au service du patient et de son entourage.

3. Dérogations au code de la sécurité sociale et, le cas échéant, au code de la santé publique

Ainsi qu'il a été exposé précédemment, **la dérogation demandée concerne les modalités de remboursement des actes infirmiers**, en substituant les tarifs spécifiques par actes décrits dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) par un taux uniforme de 53,94 € par heure de présence auprès du patient.

Ce taux est décomptable à la minute, soit 0,899 € par minute.

Il est versé collectivement à l'équipe de soins (Société d'exercice ou Centre de Soins Infirmiers), ou à défaut individuellement à chaque professionnel libéral, sur base d'un relevé de facturation électronique transmis par le professionnel selon le format informatique défini par l'Assurance maladie.

Le relevé du temps passé auprès du patient est établi par les professionnels, sur la base du plan de soins OMAHA établi, le cas échéant ajusté jour par jour en fonction de la réalité des interventions effectuées.

Les autres dispositions en vigueur concernant l'exercice de la profession d'infirmier au domicile sont inchangées.

NB. – Aides à la télétransmission. Les infirmiers qui adhéreront au dispositif n'adresseront plus de FSE au format habituel ni de prescriptions numérisées au format SCOR, et de ce fait ne seront plus éligibles aux aides automatiques à la télétransmission (38). Un dispositif financier de substitution sera prévu dans le volet « financement » afin de compenser cette perte pour les professionnels, dans un contexte où ils produiront un effort supplémentaire de documentation de leurs interventions et de numérisations des dossiers patients, au travers de l'application digitale support du référentiel Omaha.

4. Champ d'application territorial

Nous proposons d'inclure deux territoires de caractéristiques socio-démographiques variées, et comportant à la fois des secteurs sous-dotés et d'autres sur-dotés en professionnels infirmiers, de façon à pouvoir observer l'impact du dispositif dans différents contextes :

- **région Hauts-de-France** ;
- **région Occitanie** ;
- **région Ile-de-France**.

5. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et modalités selon lesquelles elles sont recueillies

L'expérimentation proposée nécessitera de recueillir et conserver des données relatives à la santé et à la qualité de vie des patients, ainsi que de leur entourage proche et de leur contexte environnemental, dans le cadre du référentiel standardisé OMAHA.

Les systèmes informatisés de recueil de données standardisés, et de partage de dossiers patients au sein de l'équipe infirmière et en externe avec les autres professionnels devront respecter les dispositions en vigueur, notamment l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

L'évaluation de l'expérimentation nécessitera de recueillir certaines données complémentaires, qui seront spécifiées dans le protocole d'évaluation, et devront respecter les réglementations en vigueur.

Les données collectées par les professionnels en lien avec le référentiel standardisé Omaha, ainsi que les relevés de soins effectués auprès des soins seront accessibles aux services de contrôle de l'Assurance maladie. La charte d'engagement des professionnels inclus mentionnera explicitement cette faculté.

6. Modalités de financement de l'expérimentation

Le financement de l'expérimentation comporte plusieurs volets :

- i) Le remboursement des soins infirmiers réalisés
- ii) L'ingénierie, le pilotage et l'animation territoriale de l'expérimentation
- iii) La formation des professionnels de santé, pour l'usage du référentiel standardisé Omaha et pour la pratique en équipe
- iv) L'accompagnement-facilitation des équipes infirmières
- v) La substitution du dispositif d'aide à la télétransmission
- vi) La compensation pour les centres de santé
- vii) Récapitulatif du besoin de financement de l'expérimentation

(i) Les soins infirmiers délivrés

Dans le cadre du dispositif expérimental, le tiers payant intégral sera appliqué aux patients des cabinets infirmiers inclus. A ce titre, 100 % des soins facturés seront remboursés par l'Assurance maladie, en ce compris la franchise médicale.

Le besoin de financement relatif aux soins, qui dépend de la courbe de montée en charge du dispositif et de l'activité individuelle de chaque professionnel est estimé comme suit :

- De juillet à décembre 2019 : 895 k€
- De janvier à décembre 2020 : 6 144 k€
- De janvier à décembre 2021 : 8 666 k€
- De janvier à décembre 2022 : 6 013 k€
- de janvier à décembre 2023 : 11 200 k€

(ii) L'ingénierie, le pilotage et l'animation territoriale de l'expérimentation

Les missions à réaliser dans ce domaine seront :

- l'information initiale, le recrutement et le suivi des professionnels pour la mise en place du dispositif au sein de leur cabinet ;
- l'animation territoriale du réseau de professionnels mis en jeu ;
- les relations avec l'Assurance maladie pour la bonne application de la convention spécifique applicable aux professionnels ;

- les liens avec les autorités nationales et l'organisme évaluateur ;
- l'animation du comité de suivi de l'expérimentation ;
- la maîtrise d'ouvrage de l'application informatique.

Nous estimons à ce stade le besoin complet à 1.5 équivalent temps plein pour la durée de l'expérimentation, couvrant les régions Ile-de-France, Occitanie et Hauts-de-France.

Le budget annuel associé pour un ETP est de 90 k€ par an sur la durée du programme, en nous référant à un niveau « Directeur d'entité » avec 20 ans d'ancienneté dans la convention collective applicable (39) et y appliquant un coefficient de 15 % de frais généraux.

Le besoin de financement relatif à l'ingénierie, au pilotage et à l'animation territoriale sur 3 régions est de :

De juillet à décembre 2019 : 67 500 €
De janvier à décembre 2020 : 135 000 €
De janvier à décembre 2021 : 135 000 €
De janvier à -décembre 2022 : 90 000 €
De janvier à décembre 2023 : 148 500 €

(iii) La formation des professionnels

Formation au référentiel standardisé Omaha

La formation nécessaire est de 6 heures en présentiel par professionnel, divisée en 2 modules de 3 heures répartis sur 2 mois. La formation peut être délivrée par groupes de 8 stagiaires maximum.

Le financement nécessaire porte sur :

- l'ingénierie de la formation et la formation des formateurs = 5 000 € ;
- la rémunération des professionnels pour le temps de formation = 324 €/stagiaire ;
- le coût pédagogique = 214 €/stagiaire (estimé sur base de 6 stagiaires en moyenne).

Le besoin de financement relatif aux formations OMAHA, lié au nombre de nouveaux professionnels inclus dans le dispositif est de :

2019 : 24 745 €
2020 : 43 034 €
2021 : 17 214 €
2022 : 7 712 €
2023 : 42 973 €

Formation au fonctionnement en équipe (SDMI)

La formation nécessaire est de 9 heures par professionnel, divisée en 3 modules de 3 heures répartis sur 6 mois. Elle est complétée par quatre modules en e-learning. La formation peut être délivrée par groupes de 8 stagiaires maximum.

Elle est basée sur la méthode « SDMI », décrite par Astrid Vermeer et Ben Wenting dans leur ouvrage « L'auto organisation ça marche », et pratiquée aux Pays-Bas à grande échelle.

Le financement nécessaire porte sur :

- l'ingénierie de la formation, la formation des formateurs : 5 000 € ;
- le développement de 4 module e-learning non exclusifs : 15 000 € ;
- la rémunération des professionnels pour le temps de formation = 485 €/stagiaire ;
- le coût pédagogique : 321 €/stagiaire (estimé sur base de 6 stagiaires en moyenne).

Le besoin de financement relatif aux formations RELATIONS D'EQUIPE (SDMI), lié au nombre de nouveaux professionnels inclus dans le dispositif est de :

2019 : 29 673 €
2020 : 51 605 €
2021 : 20 642 €
2022 : 5 310 €
2022 : 10 620 €
2023 : 42 973 €

(iv) L'accompagnement et la facilitation d'équipe

Le financement nécessaire permet la mise à disposition d'un accompagnant-facilitateur au profit des équipes d'infirmiers, par le porteur Soignons Humain, sur chacune des trois régions considérées.

Le besoin d'accompagnement est estimé à 2 heures par semaine et par équipe accompagnée. Sur la base d'une productivité de 60 % (temps disponible pour les équipes/temps de travail total rémunéré, incluant congés, formations, supervisions, contributions personnelles) et d'un temps de travail hebdomadaire de 40 heures, un facilitateur peut accompagner jusqu'à 12 équipes en parallèle.

Afin d'accompagner les équipes incluses dans le dispositif sur les deux territoires visés, il convient de financer un Equivalent Temps Plein de facilitateur par région, soit trois postes de facilitateur. Le budget annuel associé est

de 3*67 000 € = 201 000 € par an sur la durée du programme, en nous référant à un niveau « Chef de Service » avec 20 ans d'ancienneté dans la convention collective applicable (40) et y appliquant un coefficient de 15 % de frais généraux.

Le besoin de financement relatif à la facilitation d'équipe est de :

2019 : 105 000 €
2020 : 201 000 €
2021 : 201 000 €
2022 : 135 500 €
2023 : 231 000 €

(v) La substitution du dispositif d'aide à la télétransmission

Les infirmiers qui adhéreront au dispositif n'adresseront plus de FSE au format habituel ni de prescriptions numérisées au format SCOR, et de ce fait ne seront plus éligibles aux aides automatiques à la télétransmission (41).

Un dispositif financier de substitution est donc mis en place afin de compenser cette perte pour les professionnels, dans un contexte où ils produiront un effort supplémentaire de documentation de leurs interventions et de numérisations des dossiers patients, au travers de l'application digitale support du référentiel Omaha.

Présentement l'aide à la télétransmission, d'un montant total de 490 € (+ 100 € si l'infirmier exerce dans une MSP) est versée en mars de chaque année N+1, au titre de l'année N, et conditionnellement à la validité des critères d'éligibilité du professionnel au cours de l'exercice N.

Il convient de prévoir un dispositif de substitution au titre des exercices 2020, 2021 et 2022, consistant à maintenir le versement de 490 € (+ 100 € en cas de MSP) en mars 2021, mars 2022, mars 2023 et mars 2024 pour chaque professionnel adhérant au dispositif au 31/12 de l'année N-2 (n'ayant donc rien télétransmis au sens habituel du terme sur l'exercice N).

Le besoin de financement relatif à la substitution des aides à la télétransmission est de :

2019 : 0 €
2020 : 0 €
2021 : 22 540 €
2022 : 61 740 €
2023 : 61 740 €

(vi) Compensation du manque à recevoir des Centres de santé sur le forfait défini dans l'Accord national des centres de santé

L'accord national des centres de santé prévoit le versement annuel d'un forfait visant à prendre en compte les missions particulières confiées aux centres de santé dans le code de la santé publique. Le montant de ce forfait est calculé par l'Assurance maladie en fonction de plusieurs indicateurs quantitatifs, établis à partir des données du SNDS, issues des factures télétransmises : patientèle de référence et taux de précarité. Attendu que les centres de santé expérimentateurs substitueront 100 % de leur activité de droit commun dans le dispositif Equilibres, les indicateurs quantitatifs issus du SNDS auront une valeur nulle.

Il est donc nécessaire de prévoir une compensation financière pour les centres de santé, visant à effacer ce manque à recevoir au titre du forfait annuel défini dans l'Accord national des centres de santé.

Le besoin de financement relatif à la compensation de la perte au niveau du forfait annuel des centres de santé est le suivant :

2019 : 0 €
2020 : 5 500 €
2021 : 37 260 €
2022 : 40 000 €
2023 : 40 000 €

(vii) Lettres aux patients pour l'information sur le traitement de données

Compte tenu de la décision CNIL unique en cours de validation, une note d'information sur le traitement des données effectuées dans le cadre de l'expérimentation doit être transmise aux patients. Pour les 5 000 patients environ dont les prises en charge sont terminées, la note ne peut être transmise que par voie postale. Le coût de cet envoi s'élève à 10 k€.

(viii) Récapitulatif du besoin de financement global de l'expérimentation

Le besoin de financement a été actualisé pour prendre en compte la prolongation de l'expérimentation (mai 2023 à janvier 2024) nécessaire pour l'obtention d'un rapport final d'évaluation et la prise de décision de la suite après l'expérimentation.

A noter que la prolongation de 8 mois est à périmètre constant c'est-à-dire sans entrée de nouveaux professionnels de santé (centres de santé ou infirmier-ères).

Besoin de financement		2019*	2020*	2021*	2022*	2023 **	Total XP
CAI FISS	Pilotage	67 500 €	135 000 €	135 000 €	90 000 €	148 500 €	576 000 €
CAI FISS	Formations	54 418 €	94 639 €	37 856 €	13 022 €	85 945 €	285 880 €
CAI FISS	Facilitation	105 000 €	201 000 €	201 000 €	135 500 €	231 000 €	873 500 €
CAI FISS	Aides à la télétransmission (FAMI)	0 €	0 €	22 540 €	61 740 €	61 740 €	146 020 €
CAI FISS	Forfait Centres de santé	0 €	5 500 €	37 260 €	40 000 €	40 000 €	122 760 €
CAI FISS	Information patients/envoi lettres				10 000 €		10 000 €
CAI FISS Total		226 918 €	436 139 €	433 656 €	350 262 €	567 185 €	2 014 160 €
Prestations dérogatoires FISS		39 772 €	4 278 641 €	6 795 113 €	7 411 800 €	11 200 000 €	29 725 325 €
Total expérimentation FISS		266 690 €	4 714 780 €	7 228 769 €	7 762 062 €	11 767 185 €	31 739 485 €

*les montants indiqués correspondent à des montants consommés

** période de 01/01/2023 au 03/01/2024. Pour les CAI, le montant inclut 94290€ versés en 2022 et 76751 € déjà versés en 2023.

7. Modalités d'évaluation de l'expérimentation

L'évaluation devra permettre, outre l'étude de la faisabilité, l'effectivité et la documentation des effets économiques, de dégager les conditions de l'extension et de la généralisation future du dispositif.

Selon les buts poursuivis par le dispositif, l'évaluation s'attachera à mettre en lumière :

- viii) Les résultats obtenus pour les patients : impact sur le maintien au domicile, la qualité de vie, le fardeau des aidants
- ix) Les résultats obtenus pour les professionnels : impact sur le risque d'épuisement professionnel, et le développement des compétences
- x) Les résultats obtenus pour le système de santé : volumes de soins infirmiers par patients, productivité des équipes infirmières (heures auprès des patients rapportées au total d'heures travaillées), hospitalisations non programmées, volumes de soins et médicaments consommés par types de patients, impacts sur l'activité des autres organisations mises en jeu (services médicaux et administratifs des CPAM, partenaires opérationnels de type SSIAD, Hôpitaux etc.)

Celle-ci sera complétée par des indicateurs de suivi du déploiement opérationnel de l'expérimentation :

- xi) Nombre de régions ayant au moins une équipe en activité
- xii) Nombre d'équipes en activité
- xiii) Nombre de professionnels actifs au sein d'une équipe
- xiv) Nombre de patients concernés
- xv) Volumétries d'heures de soin
- xvi) Volumétries d'heures de travail (incluant les temps de concertations, de formations, de coordination, d'évaluation, etc.)
- xvii) Volumétries des interactions avec les autres professionnels de santé mis en jeu (données équipe par équipe)

Evaluation Quantitative

La méthode d'évaluation sera construite par l'entité évaluatrice désignée par l'Assurance maladie.

Evaluation Qualitative

L'évaluation qualitative visera à étudier l'émergence et l'évolution de cette nouvelle organisation, à partir des trois aspects qui font la raison d'être de cette organisation : la qualité de la prise en charge, la qualité de vie au travail des professionnels, l'efficacité du système de santé.

Afin de répondre aux enjeux de coordination entre l'hôpital et la ville, les équipes travaillent en réseau et construisent des partenariats avec des structures hospitalières et d'accompagnement social (par exemple autour du parcours de soins et de l'éducation thérapeutique du patient). Quels sont ces projets ? Quels sont les établissements qui s'y impliquent et avec quels résultats pour les patients ?

Quelles sont les conditions de travail des professionnels dans ces petites équipes ? Perçoivent-ils une amélioration des conditions d'exercice de leur activité ? Les risques de burn-out sont-ils réduits ?

Quels sont les simplifications observables chez les autres parties prenantes : CPAM, partenaires de santé du territoire (HAD, SSIAD, MAIA), partenaires médico-sociaux (CLIC).

L'évaluation qualitative reposera principalement sur deux techniques :

- des entretiens approfondis avec des professionnels de santé, des patients et leur entourage ;
- des observations des interactions et des partenariats entre professionnels.

8. Professions, structures ou organismes pour lesquelles les participants remettent une déclaration

Sans objet.

9. Conclusion

Faisabilité de l'expérimentation et contribution à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé ou de l'accès aux soins.

Faisabilité

L'expérimentation proposée repose sur un principe de simplicité et de pragmatisme, en cherchant à modifier le contexte professionnel des infirmiers à domicile afin de les aider à mieux exercer leurs missions. Cette expérimentation ne nécessite donc pas de modifier sur le fond ces missions, mais consiste en une incitation à la mise en œuvre d'un exercice *collectif, coordonné et holistique* du soin infirmier.

Les moyens à mettre en œuvre sont :

- une convention CPAM dérogatoire quant à la tarification des actes infirmiers ;
- une modalité de facturation/paiement spécifique associée entre les professionnels et les CPAM concernées ;
- la formation des professionnels inclus sur le référentiel standardisé Omaha ;
- la formation des professionnels inclus aux méthodes d'interactions humaines en équipe auto-organisées ;
- l'accompagnement-facilitation des équipes de professionnels par des tiers formés et compétents ;
- un logiciel métier support des évaluations et plans de soins Omaha, et permettant de transmettre les informations nécessaires à la rémunération des soins à l'Assurance maladie.

Le porteur Soignons Humain a éprouvé à une échelle locale dans les Hauts-de-France ce modèle depuis 2017, avec le soutien de ses partenaires.

Les savoir-faire théoriques et pratiques acquis au cours de cette phase initiale permettent de valider les prérequis nécessaires pour attester de la faisabilité d'un portage à plus large échelle de cette vision, à destination notamment des professionnels sous statut libéral.

Un nombre significatif de lettres d'intention a été recueilli par le porteur auprès de professionnels libéraux des régions concernées : Hauts-de-France, Ile-de-France, et en Occitanie.

Les professionnels impliqués dans Soignons Humain (voir annexe) se tiennent prêts à se mettre à la disposition du dispositif expérimental dès publication des arrêtés le concernant.

Concernant l'outil informatique, deux éditeurs de logiciels européens disposent actuellement d'une version opérationnelle (voir annexe) et ont confirmé que les éventuels développements nécessaires étaient compatibles avec le planning de déploiement du dispositif.

Contributions à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, à l'efficacité du système de santé et à l'accès aux soins

- l'impact positif de **l'exercice en équipe** a déjà été largement mis en avant. On mentionnera ici, en complément, le ministère de la santé, au travers de la stratégie nationale de qualité de vie au travail des soignants (42) ainsi que le Pr Truchot (43) à propos du burn-out infirmier. L'exercice en équipe est le terreau fertile qui permet une intelligence collective, des marges de manœuvre en temps, une meilleure compétence professionnelle ;
- l'impact du **tarif uniforme forfaitaire au temps passé auprès des patients** : ainsi que nous l'avons exposé, il vise à rétablir l'égalité d'accès aux soins en supprimant les incitations à « sélectionner parmi les soins ou patients rentables ou non », et à améliorer la qualité des prises en charge (globalité, soins intégrés) ;
- l'impact de la **vision holistique** : ne plus payer pour des actes, mais payer pour des résultats ! Au cœur de l'approche figure l'évaluation holistique de l'autonomie du patient, et sa réévaluation régulière, sur une base standardisée. Ainsi la dépense de santé n'est plus orientée vers une production d'actes mais bien orientée vers des résultats mesurables en termes de qualité de vie des patients, avec un accent sur la qualité de leur capital social (44), et d'évolution de leur autonomie ;
- un **temps retrouvé et maîtrisé** : le regroupement en équipe et la rémunération forfaitaire collective créeront un nouveau contexte qui redonnera aux professionnels la possibilité de prendre le temps nécessaire de faire un travail de qualité, incluant prévention et interactions pluriprofessionnelles, facteurs d'efficacité de la dépense de santé.

Ce temps retrouvé permettra :

- d'être à l'écoute des patients – c'est leur attente majeure vis-à-vis des soignants (45) ;
- de mieux travailler en pluridisciplinarité - une nécessité impérieuse dans les situations les plus complexes (46) ;
- de bénéficier de la formation professionnelle continue ;
- d'échanger des pratiques entre pairs ;
- de mener des projets d'équipe.

(1) En français « Soins de Proximité » : fondation à but non lucratif créée en 2007, qui fédère aujourd'hui 10,500 infirmiers de ville, exerçant au sein de 950 équipes indépendantes aux Pays-Bas.

(2) Article R. 4311-2 du code de la santé publique précise cette mission.

(3) Service de Soins Infirmier à Domicile.

(4) Services polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile.

(5) Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie.

(6) Plateformes Territoriales d'Appui.

(7) Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

(8) Pour près de 2 millions de bénéficiaires (1,5 millions de personnes âgées bénéficiaires de l'APA, 0,5 million de personnes avec un handicap bénéficiaires de la PCH), les SSIAD disposent de 120 000 places, les MAIA suivent 30 000 personnes, les PTA et PAERPA sont opérationnels dans des territoires couvrant 20 % de la population seulement.

(9) Evaluation de la coordination d'appui aux soins, IGAS 2014. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article437>.

(10) « *Il nous paraît fondamental d'associer dès le départ les professionnels qui vont animer et mettre en œuvre la plateforme et d'en faire les acteurs centraux. En effet, nous avons constaté que toutes les expérimentations lancées dans une logique hiérarchique, pyramidale et descendante n'ont pas permis à ce jour de réussir la création d'une plateforme de services réellement opérationnelle.* » p. 349. DUNOD juin 2016 « Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale » Loubat, Hardy et Bloch.

(11) Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

(12) Drees – Les services de soins infirmiers à domicile en 2008, Etudes et résultats n° 739 septembre 2010.

(13) L'OMS indique que la santé d'une personne humaine relève de six besoins inter-dépendants : physiologique, psychologique, autonomie, environnement, lien social, spiritualité (sens de la vie).

(14) DREES 2017, http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf.

(15) https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf.

(16) <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud58b.pdf>.

(17) https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/Mal_etre_synthese_enquete_avril_%202018.pdf.

(18) Pages 18 et 27, Document d'études – Dares – 2018 – Travail et bien-être psychologique – L'apport de l'enquête CT-RPS 2016.

(19) <https://www.urps-infirmiere-paca.fr/les-dossiers/condition-exercice-infirmiers-liberaux-paca/>.

(20) http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelCHIK/2014_rapport_panel_infirmiers.pdf.

(21) Source cour des comptes op cit.

(22) Rapport Vilbrod, Tome 2 page 121 : « *Les années passant, et le niveau global de leur activité s'élevant, les infirmières libérales ont tendance à opérer une sélection des soins qu'elles dispensent* ».

(23) Seuls les infirmiers nouvellement installés acceptent ce type de soins, à moins de se trouver dans une zone « sur dotée » en professionnels. Source : entretiens avec le Conseil départemental du Nord, et plusieurs CLIC des Hauts-de-France. Par ailleurs la plupart des SSIAD ont une liste d'attente importante.

(24) Voir notamment le rapport PRISMA, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000078.pdf>, ainsi que le rapport du HCAAM du 23 juin 2011, pages 85 et 86, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf.

(25) <http://www.omahasystem.org/>.

(26) http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/professionals/Maatschappelijke_business_case_BUURTZORG.pdf.

(27) <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2016/05/value-walks.pdf>, pages 14 et 15.

(28) Acquise depuis 2017 au sein des trois équipes SOIGNONS HUMAIN en activité. Voir annexe.

(29) Le décret d'actes et d'exercice infirmier est le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code (NOR : SANP0422530D).

(30) Selon l'art. L. 6323-1 du code de la santé publique, les centres de santé, structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, assurent, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.

(31) En 2013, une première étude avait évalué à 10 % le taux d'erreur médicale aux urgences (Freund Y, Goulet H, Bokobza J, et al. Factors associated with adverse events resulting from medical errors in the emergency department : two work better than one. J Emerg Med. 2013;45(2):157-162.), et suggéré que ce risque d'erreur diminuerait lorsque *plus d'un médecin* serait impliqué dans la prise en charge du patient, comme par exemple lors des transmissions médicales.

En 2018, l'étude CHARMED, publié dans la revue JAMA Internal Medicine le 23 avril 2018 : Systematic Physician Cross-checking to Reduce Adverse Events in the Emergency Department, a démontré une diminution de 40 % des erreurs médicales, en organisant des temps de vérifications entre deux médecins de 10 minutes, trois fois par jour : « On a voulu créer ces échanges d'informations [sur les patients] », car le médecin est souvent seul avec les malades, ne disposant d'aucune équipe pour lui transmettre de renseignements, déplore le médecin. Et d'expliquer : « Il faut aller vite, donc on n'a pas le temps de discuter des malades avec nos collègues. Mais en fait, on a complètement le temps, il suffit de le faire de manière protocolisée, avec un mode de fonctionnement bien établi ».

<https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-le-risque-derreur-medicale-aux-urgences-se-reduit-de-40-lorsquont-lieu-entre-medecins>.

(32) Voir notamment « SelfManagement, How it does work », de Astrid Vermeer et Ben Wenting. <https://www.BUURTZORG.com/selfmanagement-how-it-does-work/>.

(33) <http://www.omahasystem.org/problemratingscaleforoutcomes.html>.

(34) Dont le déploiement national est actuellement conduit par la CNAM.

(35) On se réfère aux différentes publications du programme PRISMA, au Québec, et en France : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000078.pdf>.

« Ces deux expérimentations évaluées positivement en termes de santé publique (impacts sur l'autonomie et la satisfaction des personnes, mais aussi sur des paramètres d'économie de la santé) permettent de dire que ce modèle d'intégration se base sur des données probantes. Ce modèle est aujourd'hui généralisé à l'échelle du Québec dans une forme adaptée. »

(36) Rapport Prisma, op cit, pages 11 et 12.

(37) Dans le cas de personnes avec un handicap accompagnées par une structure médico-sociale (SAMSAH ou SAVS par exemple), le référent veillera à la cohérence de ce volet sanitaire avec le projet de vie et le projet personnalisé de la personne, dont la responsabilité reste confiée à cet établissement par la loi du 2 janvier 2002.

(38) https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/teletransmission-retour-noemie/teletransmission#text_11804.

(39) Branche de l'Aide à Domicile.

(40) Branche de l'Aide à Domicile.

(41) https://www.ameli.fr/flandres-dunkerque-armentieres/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/teletransmission-retour-noemie/teletransmission#text_11804.

(42) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sn_qvt_ambulatoire_vaes_210317.pdf « *Les regroupements professionnels sont en effet un élément déterminant pour rompre l'isolement et favoriser la qualité de vie au travail, que ce soient les équipes de soins primaires (comme les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé), les cabinets de groupe ou les communautés professionnelles territoriales de santé créées par la loi de modernisation de notre système de santé et qui permettent aux professionnels de se réunir au niveau d'un territoire de proximité pour faire aboutir leurs projets.* »

(43) <http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/au-jour-le-jour/articles-d-actualite/170609-etude-comment-expliquer-le-burn-out-des-infirmieres-liberales.html> « *Il y a donc un effet net du type d'environnement de travail à prendre en compte dans les préconisations car la différence est énorme en termes d'heures de travail, rapporte Didier Truchot. Ainsi, celles qui exercent seules travaillent en moyenne 53 heures par semaine et le chiffre tombe à 38 heures pour celles qui sont associées.* » Et de poursuivre : « *La "voie royale" pour diminuer le burn-out peut donc être le cabinet de groupe qui protège de la charge de travail.* »

(44) L'université de Harvard a suivi depuis 1938 le parcours de vie de plusieurs centaines de sujets, au cours de la plus longue étude longitudinale de l'histoire, afin de tenter d'identifier les principaux facteurs explicatifs de l'évolution de leur santé. La conclusion du 4^e directeur de recherche est que la qualité des relations humaines est le principal déterminant du bien vieillir : « *The surprising finding is that our relationships and how happy we are in our relationships has a powerful influence on our health,* » said Robert Waldinger, director of the study, a psychiatrist at Massachusetts General Hospital and a professor of psychiatry at Harvard Medical School. « *Taking care of your body is important, but tending to your relationships is a form of self-care too. That, I think, is the revelation.* » <http://robertwaldinger.com/relationships-healthcare/>.

(45) Voir à ce titre l'étude IRDES « La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire », Questions d'économie de la santé, n° 214, janvier 2016. « *Toutes les personnes interrogées, quel que soit leur type d'hébergement, y compris les aidants, s'accordent à dire que la dimension la plus importante dans la prise en charge concerne la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé. Il semble y avoir une marge de manoeuvre importante pour améliorer cette qualité relationnelle et la satisfaction des personnes avec des gestes simples. Les personnes enquêtées évoquent l'importance d'être bien informées sur leur prise en charge, d'avoir la possibilité de s'exprimer et l'importance des échanges ainsi que de la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans leurs soins.* »

(46) Voir le rapport du Haut comité à l'assurance maladie du 23 juin 2011, pages 85 et 86 ; http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf.

Le panel de l'observatoire régional de la santé en Pays de Loire a mesuré que les cabinets de 4 infirmiers et plus étaient 47 % plus nombreux que les cabinets de 2 ou 3 infirmiers à avoir été en contact avec plus de 7 professions différentes dans la dernière quinzaine. http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelCHIK/2014_rapport_panel_infirmiers.pdf. Page 36.

ANNEXE 1

L'ASSOCIATION À BUT NON LUCRATIF SOIGNONS HUMAIN

Objet social

L'association a pour but de *promouvoir le déploiement de nouveaux modèles d'organisation dans le domaine des soins et de l'accompagnement à domicile, afin d'en améliorer la qualité, mesurée par la satisfaction des patients d'une part, des professionnels de santé d'autre part, pour une dépense globale inférieure pour la collectivité.*

Historique

L'association SOIGNONS HUMAIN a été créée en juillet 2016, par un collectif regroupant des personnalités riches de leur diversité : infirmières libérales, cadres de santé, directrices d'établissements médico-sociaux, ingénieurs et professionnels de l'accompagnement des personnes âgées à domicile ou en établissement.

Activités

L'association accompagne les infirmiers qui souhaitent faire évoluer leur pratique en phase avec cette vision, qu'ils choisissent un statut salarié (Centres de soins infirmiers) ou libéral.

Conseil d'Administration (bénévole)

Guy Bernard Courouble : Directeur RSE, groupe ADEO

Arnold Fauquette : Gérant du service d'aide à domicile Vivat

Pierre-Marie Lebrun : Président de France Assos Santé Hauts-de-France

Chrystèle Leman : Infirmière DE, ancienne infirmière libérale, cadre de santé, cadre pédagogique à IFSI Ambroise Paré

Michel Macorps : Retraité

Matthieu Nochelski : Infirmier DE, cadre de santé, cadre pédagogique à IFSI Ambroise Paré

Jean-Christophe Paille : ENA, inspecteur général chargé de l'accompagnement des personnes et des structures au ministère de l'agriculture et de l'alimentation, ancien Directeur Général de l'ARS Champagne Ardennes

Christian Petiteau : Directeur d'établissement médico-social

Christine Vandembulcke : Infirmière DE, CAFDES, directrice d'établissement pour personnes âgées, VP du CCAS de la ville de Lomme (59), en charge des solidarités

Laurence Villalonga : Infirmière DE, DU Soins Palliatifs, ancienne infirmière libérale

Maita Wattine : Professionnelle des ressources humaines

Partenaires Métier :

– Buurtzorg Hollande (Soins, organisation)

- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - EHESP (Evaluation qualitative)
- Laboratoire de recherche médicale des hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille - GHICL (Evaluation quantitative)
- Eurasanté – CHR de Lille (Communication)

Partenaires Financiers :

- Fonds FEDER Interreg 2 Mers TICC
- Comité National Coordination Action Handicap (CCAH)
- Le groupe AG2R La Mondiale (Fonds actions sociale retraite Agirc-Arrco)
- France Active
- Conseil Départemental du Nord, Fondation de France, Fondation MACIF, Fondation Anber, Métropole Européenne de Lille, Région Hauts de France

ANNEXE 2

L'ÉQUIPE MOBILISÉE POUR LE DISPOSITIF ARTICLE 51 EQUILIBRES

L'Association mobilise, au travers de ses membres actifs et de ses partenaires, l'expertise et la capacité opérationnelle à réaliser les actions attendues pour le bon déroulement du dispositif.

Prénom Nom	Formation - Expérience	Rôle
Guillaume Alsac	Ecole Polytechnique - Entrepreneur social	<ul style="list-style-type: none"> – Coordination et ingénierie du projet – Relations extérieures
Chrystèle Leman	Cadre de santé infirmier – infirmière libérale pendant 20 ans. Formatrice en IFSI.	<ul style="list-style-type: none"> – Formatrice SDMI + Omaha – Accompagnante-facilitatrice d'équipes
Mathieu Nochelski	Cadre de santé infirmier – DU Soins Palliatifs. Formateur en IFSI.	<ul style="list-style-type: none"> – Formateur SDMI + Omaha – Accompagnante-facilitatrice d'équipes
Laurence Villalonga	Infirmière DE DU Soins palliatifs 18 ans en exercice libéral (59)	<ul style="list-style-type: none"> – Relai opérationnel à la coordination et l'ingénierie du projet dans les Hauts de France. – Relations avec les professionnels inclus : recrutement, suivi. – Formatrice SDMI + Omaha
Pascal Lambert	Gérontologue, consultant e-santé et gérontechnologie, formateur, infirmier de pratique avancée (Master SCI - IPAG)	<ul style="list-style-type: none"> – Conseil et expertise pour l'équipe projet – Lien avec les instances professionnelles CNOI et URPS

Selon les besoins et la vie du projet dans sa durée, des compétences complémentaires pourront être adjointes.

ANNEXE 3 PUBLICATIONS

REVUE DE PRESSE

- Alternatives Economiques, février 2018
- L'infirmière libérale magazine, avril 2018
- Risques & Qualité, 2018
- Sélection du Reader's digest, février 2019
- La Gazette Santé & Social, février 2019

PUBLICATIONS



- « Rapport sur la Concertation Grand Age et Autonomie », D.Libault, mars 2019. Proposition 91 par page 98 « *Modéliser et diffuser les enseignements tirés des innovations organisationnelles du secteur* ».



- « L'auto-organisation, ça marche », Astrid Vermeer et Ben Wenting. Traduit de l'anglais par Guillaume Alsac.

ANNEXE 4

L'APPLICATION INFORMATIQUE SUPPORT

Deux éditeurs informatiques ont été identifiés, qui proposent actuellement un applicatif répondant au besoin de base consistant à construire et exécuter des plans de soins sur la base du référentiel standardisé OMAHA :

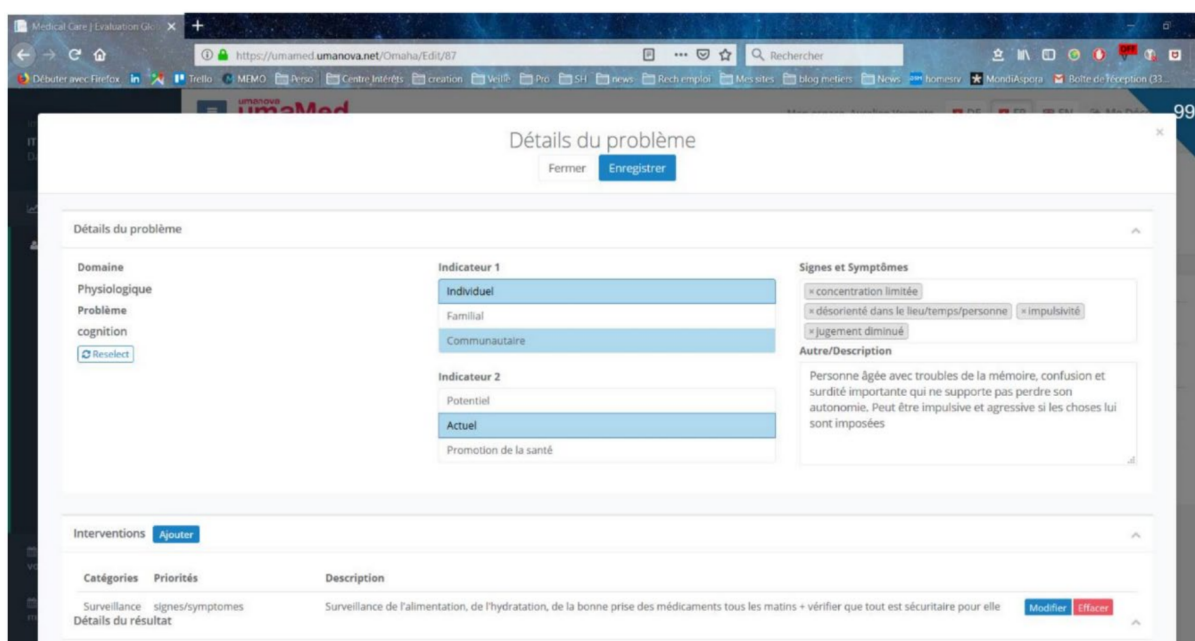
- **UMAMED** (<https://umanova.com/homeSUISSE>) ;
- **CARESHARING** (<https://www.cboardsapp.com/> Pays-Bas).

Ces deux applications sont chacune déployées en fonctionnement opérationnel respectivement :

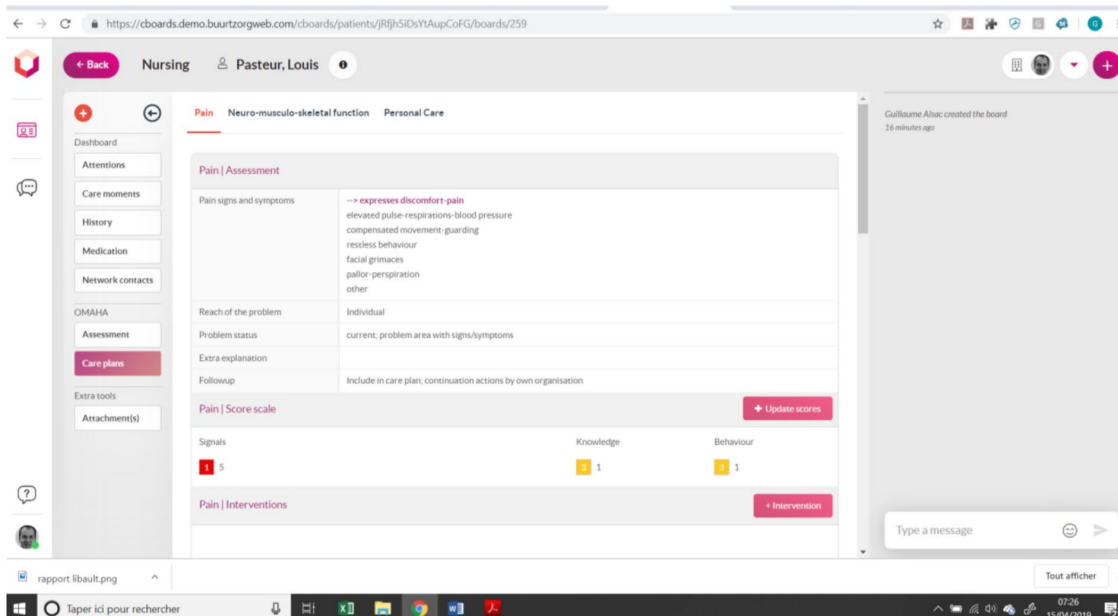
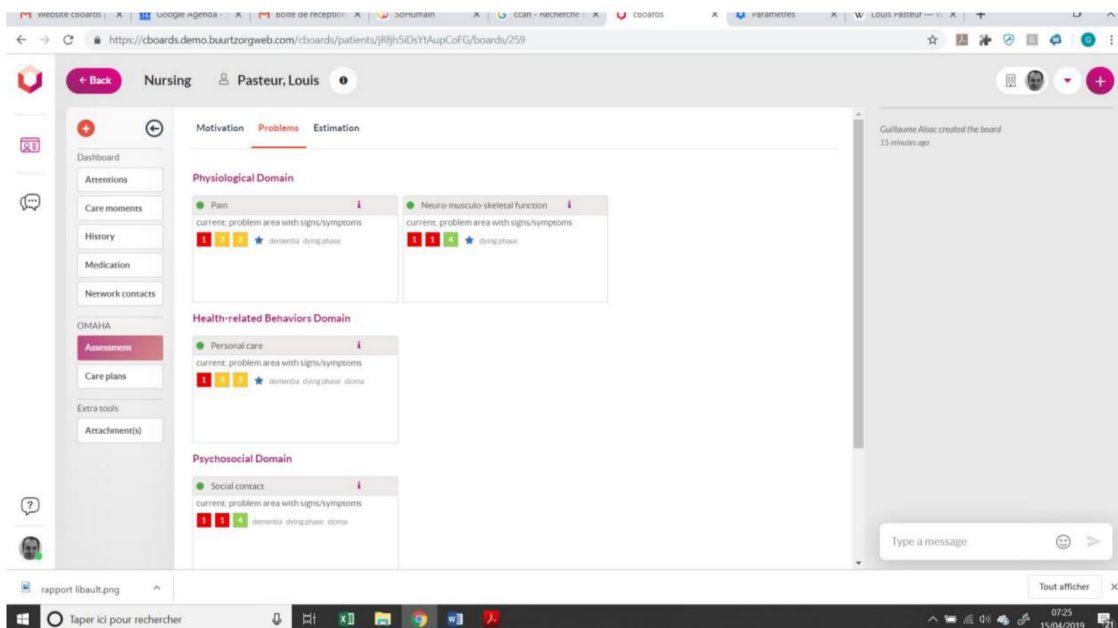
- en Suisse au sein de l'équipe infirmière « Soins Volants » ;
- en Hollande au sein d'un ensemble d'opérateurs situés à Amsterdam, représentant 2 000 utilisateurs.

Ils ont été chacun contactés, rencontrés sur site, et leurs produits évalués par notre équipe d'experts métiers et informatique.

La décision finale quant à l'éditeur retenu pour le dispositif sera prise avant la fin du mois d'avril 2019, en fonction d'une grille d'analyse multi factorielle : fonctionnalités, ergonomie, support technique, délai de déploiement, budgets.



Extrait d'un plan de soins Omaha, Umamed avril 2019



Extraits d'un plan de soins Omaha, Caresharing avril 2019

ANNEXE 5

LA STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT TERRITORIAL

L'association SOIGNONS HUMAIN est active en Hauts-de-France depuis 2016, et a mis en place des relais solides via des « têtes de réseau » reconnues par leurs pairs pour diffuser l'expérimentation dans chacun des 3 secteurs.

Le calendrier prévu de montée en charge

Nous prévoyons d'atteindre 140 professionnels sur les 3 régions Occitanie, HDF et IDF au 01/01/2021, avec des inclusions progressives échelonnées sur 18 mois à partir du 01/07/2019.

Les marques d'intérêt émises par les professionnels infirmiers

Nous avons enregistré à ce jour un nombre significatif de courriers marquant un intérêt avéré pour le dispositif de la part de professionnels libéraux, ou salariés, exerçant au domicile.