

# **Cahier des charges - Partenariat FHF-MSA**

---

## **Contexte**

Les caisses et les médecins conseils de MSA, via les AROMSA, contribuent par leur connaissance du terrain et leur expertise en ingénierie de projets médico-sociaux, au développement de l'offre de soins sur les territoires.

Bénéficiant d'un positionnement favorable dans le paysage médico-social local, les établissements de proximité adhérents à la FHF, établissements publics sanitaires ou médico-sociaux, développent une offre en constante adaptation aux besoins de la population.

La concertation de ces acteurs en vue de mettre en place des actions visant à améliorer l'accès aux soins a donné lieu à la conclusion d'un protocole d'accord signé le 19 mars 2009 dont les modalités d'application sont précisées dans le présent cahier des charges.

## **Chapitre 1 : les actions de partenariat au sens du protocole d'accord FHF-MSA**

Les actions de partenariat FHF-MSA doivent ici être entendues comme l'ensemble des actions de santé mises en œuvre conjointement par un établissement public sanitaire ou médico-social adhérent FHF et une caisse départementale ou pluri départementale de MSA en application de la convention régionale unissant leur AROMSA et leur FHR, et permettant à un assuré social de bénéficier d'une des actions d'accès aux soins, de prévention ou de promotion de la santé entrant dans le champ de l'article 3-1 du protocole d'accord national signé le 19 mars 2009 entre la FHF et la CCMSA.

## **Chapitre 2 : Régions et départements concernés**

Le partenariat peut être développé, dès l'entrée en vigueur du protocole d'accord cité au chapitre 1 sur des sites conjointement identifiés par les établissements adhérents FHF et les caisses départementales ou pluri départementales de MSA et après signature de la convention régionale unissant l'AROMSA et la FHR.

## **Chapitre 3 : Domaines d'actions**

### **1 Actions d'accompagnement en organisation et accessibilité au système de soins**

#### **I. Réseaux Gérontologiques**

La MSA accompagne les réseaux existants, membres de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques, ainsi que les porteurs de projets de créations de réseaux gérontologiques, réseaux de santé populationnels.

En adéquation avec le référentiel d'organisation national des réseaux de santé Personnes âgées (circulaire du 15 mai 2007), les réseaux gérontologiques soutenus par la MSA mettent en oeuvre un dispositif de prise en charge globale et coordonnée des personnes âgées de plus de 60 ans, articulé autour de grandes étapes : le bilan gériatrique initial, la réunion de coordination à domicile, l'élaboration du plan d'intervention, la réévaluation de la situation à 6 mois.

Au regard du vieillissement de la population, les réseaux gérontologiques intègrent également un volet de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles neuropsychologiques, et proposent des actions en direction de leurs aidants.

Un réseau gérontologique réunit les professionnels de la ville, des établissements de santé publics et privés, et des institutions telles que le Conseil général (des Comités Locaux d'Information et d'orientation -CLIC- ou de tout autre dispositif de coordination gérontologique), et des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social.

Outre leur participation, en fonction de leurs moyens, aux diverses étapes de la prise en charge des personnes âgées dans un objectif de qualité et de continuité des soins, être membre d'un réseau permet :

- Pour les établissements sanitaires, de mieux planifier les entrées et sorties d'hospitalisation.
- Pour les établissements médico-sociaux, de préparer l'entrée en institution, voire le retour à domicile.

Au-delà de ce « cœur de métier », les réseaux gérontologiques initient des actions de prévention (prévention du vieillissement, prévention des chutes...) de leur propre initiative ou en partenariat avec la MSA (Ateliers du Bien Vieillir, Programmes d'Accompagnement Cognitif...), et des actions de formation des professionnels.

En outre, ils ont vocation, comme l'ensemble des réseaux de santé, à étoffer leur couverture territoriale, si elle est encore réduite à quelques cantons, et à travailler sur de nouvelles problématiques de santé publique.

### **Inclusion d'un programme Alzheimer**

Objectif : détection précoce de la maladie par le médecin généraliste et orientation du patient vers une « consultation mémoire » aux fins de confirmation du diagnostic de troubles cognitifs et une éventuelle mise en route du traitement dans les formes débutantes et légères de la maladie. La coordination médico-sociale facilite le maintien à domicile du patient par un soutien apporté aux aidants.

L'expérimentation MSA doit évoluer à terme vers un réseau gérontologique incluant un programme Alzheimer.

## **II. Filières de soins**

### **· Ville-hopital**

Aide de la MSA à la mise en place, des prises en charge médicales thématiques ville-hôpital (ex. pathologies neurovasculaires, ex cardiologie et AVC) et des réseaux de médecins correspondants SAMU dans les zones rurales isolées.

- **TIC (technologies de l'information et de la communication) et Technologies du maintien à domicile**

Aide de la MSA à la mise en place de réseaux de télémédecine et télé expertise coordonnés par un CH référent, au bénéfice des hôpitaux locaux de la région

- **FIQCS**

Soutien de la MSA pour des projets éligibles à l'enveloppe du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins), l'enjeu des réseaux de santé étant d'atteindre un niveau populationnel suffisant et de devenir pluri thématiques afin de mutualiser les ressources.

### **III. MSR**

Accompagnement de création de maisons de santé pluridisciplinaires intégrant un projet de soins dont le projet médical, avec pour objectifs d'une part, le maintien d'une offre de soins ambulatoire suffisante et coordonnée garantissant la continuité des soins, et d'autre part, la pérennisation de l'exercice de groupe existant et l'incitation à l'installation d'autres PS.

Pluridisciplinaires (médicales, paramédicales voire sociales) et implantées en milieu rural, les maisons médicales assurent les soins ambulatoires, à la population, tout en permettant l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels et la coordination des soins.

### **IV. Offre de transports sanitaires**

Aide à l'organisation des transports du patient du domicile vers l'établissement hospitalier et facilitation de la prise en charge au sein des réseaux et filières.

## **2 Actions de prévention et d'éducation en santé**

### **I. Actions d'éducation thérapeutique proposées par la MSA**

L'éducation thérapeutique comprend les activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées. La formation du malade a non seulement pour but de mettre en place une meilleure collaboration entre lui-sa famille et les soignants, mais également de lui permettre d'acquérir un savoir-faire adéquat et arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie. L'éducation du patient à sa maladie concerne les comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des rechutes. Elle s'intéresse notamment à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie. Les rencontres avec d'autres patients, les groupes d'entraide, l'aide d'éducateurs sont souvent indispensables à ce type d'éducation.

### **II. Action bucco-dentaire MSA : APAD, prise en charge bucco-dentaire des Personnes dépendantes hébergées en établissement**

La majeure partie des affections bucco-dentaires et leurs conséquences peuvent être évitées par des mesures de prévention simples et peu coûteuses. Une meilleure connaissance de leur prévalence permet d'envisager la mise en place en amont d'actions préventives adaptées.

L'action APAD est intégrée dans les *Plan Dentaire Institutionnel* et *Plan Bien vieillir après 50 ans* de la MSA qui s'est fixé comme objectif principal de contribuer au confort de vie des personnes âgées, hébergées en établissement, dans le respect de leur dignité.

Double objectif de l'action : déterminer l'accès aux soins (organisation dans les établissements, implication du personnel soignant) + (ainsi) contribuer au confort de vie des personnes âgées hébergées en Etb.

Les 3 grandes étapes sont :

1. sensibiliser et former le personnel de l'établissement à l'hygiène bucco-dentaire
2. intégrer un protocole de santé bucco-dentaire au sein du projet d'établissement.
3. déterminer l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement et instaurer un réseau de soins.

### **3 Aide à la planification et au financement hospitalier**

Accompagnement par la MSA des établissements devant contractualiser avec l'ARH des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui fixent les modifications prévisibles d'activités, les actions de coopération inter établissements, les objectifs relatifs à la sécurité et à l'amélioration de la qualité des soins dans une logique de projet médical de territoires.

### **Chapitre 4 : Engagements des Caisses de MSA et des établissements sanitaires/médico-sociaux**

Par leur adhésion volontaire à la convention régionale signée par leur AROMSA et leur FHR, les caisses de MSA et les établissements sanitaires et établissements médico-sociaux adhérents, s'engagent à mettre en œuvre l'une ou plusieurs des actions mentionnées au chapitre 3 dans le respect des dispositions régissant les droits des patients et en conformité avec les principes posés par le protocole d'accord national du 19 mars 2009 unissant la FHF à la CCMSA.

### **Chapitre 5 : Evaluation du partenariat**

Au terme des six premiers mois de sa mise en œuvre et au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2009, le partenariat sera évalué dans le respect de la protection des données et de la vie privée.

A sa suite, une évaluation annuelle donnant lieu à un rapport conjoint FHF-MSA sera effectuée avant le 31 décembre de chaque année.

Ne nécessitant aucun traitement informatisé de données nominatives, l'appréciation qualitative et quantitative du partenariat sera permise par la remontée d'indicateurs agrégés et anonymisés.

Les caisses de MSA et les FHR transmettent, respectivement au Directeur de la santé de la CCMSA et au Directeur général de FHF, sous forme anonymisée, tous les éléments nécessaires à l'appréciation qualitative et quantitative du partenariat.

A l'occasion des remontées annuelles de données, les acteurs locaux, départementaux et régionaux, pourront proposer de nouvelles actions dont l'insertion au cahier des charges pour l'année suivante sera étudiée conjointement par la CCMSA et la FHF.

### **Chapitre 6 : Début de la mise en œuvre des actions**

Les actions de partenariat MSA-FHF peuvent débuter au plus tôt un jour franc après la signature de la convention AROMSA-FHR de leur région déclinant le protocole d'accord signé le 19 mars 2009.

\*