

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 10 février 2017 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations prévues par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 destinées à prévenir l'obésité chez l'enfant de trois à huit ans

NOR : AFSS1702315A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 68 ;

Vu l'arrêté du 10 août 2016 fixant la liste des zones géographiques sélectionnées pour participer aux expérimentations prévues par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 10 janvier 2017 ;

Vu l'avis du conseil central de la Mutualité sociale agricole en date du 18 janvier 2017,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le cahier des charges prévu à l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 est annexé au présent arrêté.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale 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 10 février 2017.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :

*Le chef de service,
adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*

F. GODINEAU

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES

1. Objectif de l'expérimentation

L'expérimentation vise à améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans pour lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité défini par les recommandations de la Haute Autorité de santé. L'expérimentation prévoit dans les territoires dont la liste est fixée par l'arrêté du 10 août 2016 (Seine-Saint-Denis, Nord, Pas-de-Calais, La Réunion), la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire (diététique, psychologique, bilan en activité physique) précoce et adaptée aux besoins de l'enfant.

Cette prise en charge est financée via une rémunération forfaitaire de la structure qui permet la réalisation par des professionnels de santé et un psychologue de deux types de prestations : des bilans sur la base d'entretiens approfondis dans la limite de trois bilans (diététique, psychologique et activité physique) ; des consultations de

suivi dans la limite de six consultations pour la première année et douze pour la suivante (diététique et psychologique).

Ces prestations sont prescrites par le médecin qui suit l'enfant et effectuées au sein de structures disposant des compétences requises.

2. Choix des structures expérimentatrices

2.1. Structures éligibles

Pour la mise en œuvre des expérimentations sont éligibles :

- les maisons de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles mentionnées à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique ;
- les centres de santé pluridisciplinaires ou pluriprofessionnels mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ;
- toute autre structure répondant aux critères fixés au 2.1 du présent cahier des charges.

Les structures sélectionnées sont préférentiellement des structures de premier recours.

Pour être éligibles à l'expérimentation ces structures doivent être en mesure de :

- proposer des rendez-vous à des horaires compatibles avec la disponibilité de l'entourage, soit le mercredi après-midi, le samedi matin et quelques soirées ;
- effectuer l'ensemble des bilans et consultations par une équipe pluridisciplinaire, au sein même de la structure ;
- proposer à l'entourage une liste d'adresses ou d'associations permettant à l'enfant la réalisation d'une activité physique adaptée à son âge et à ses besoins ;
- rémunérer les professionnels intervenant dans l'expérimentation sur la base de justificatifs des bilans ou consultations de suivi réalisés ;
- recueillir les données nécessaires à l'évaluation qualitative et quantitative du dispositif.

2.2. Sélection des structures

Dès la publication du présent arrêté, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie désigne, dans un délai de deux semaines, pour chaque territoire retenu par l'arrêté du 10 août 2016 une caisse d'assurance maladie référente.

A l'issue de ce délai, un appel à candidatures est publié, notamment sur le site internet des agences régionales de santé des territoires retenus par l'arrêté du 10 août 2016 susvisé. Il permet d'informer l'ensemble des structures du territoire.

Les structures candidates adressent leur candidature dans un délai de six semaines après la publication de l'appel à candidatures, selon des modalités définies par celui-ci. Cette candidature est accompagnée d'une lettre d'intention indiquant les capacités de la structure à réaliser les prestations requises dans l'expérimentation.

La sélection est réalisée par les caisses d'assurance maladie référentes et les agences régionales de santé des territoires concernés, sur la base des critères préalablement fixés, au sein d'une grille de sélection, par le comité de pilotage national visé au 6 du présent cahier des charges et après avis/information dudit comité. L'annonce des structures sélectionnées est réalisée dans un délai maximum de cinq semaines à compter de l'échéance du dépôt des candidatures et selon des modalités définies au niveau local.

Les critères pris en compte pour la sélection des structures peuvent notamment être :

- l'implantation géographique de la structure et son insertion dans l'offre de soins territoriale ;
- l'offre de soins proposée par la structure et sa capacité à coordonner la prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant au sein de la structure en lien avec le médecin qui suit l'enfant ;
- l'organisation de la structure et son adaptation à la prise en charge d'un nombre donné d'enfants de trois à huit ans, ainsi que sa capacité d'adaptation au cadre de l'expérimentation ;
- les horaires d'ouverture de la structure ;
- le réseau créé avec les pédiatres et les médecins généralistes exerçant dans leur secteur géographique.

3. Rôle des différents participants à l'expérimentation

3.1. Rôle de l'assurance maladie dans l'information des médecins

Dès la sélection des structures, les caisses d'assurance maladie informent les médecins exerçant dans les territoires concernés, notamment en organisant des visites par les délégués de l'assurance maladie, de l'existence, des objectifs et des modalités de mise en œuvre du dispositif, ainsi que de la liste des structures retenues. Elles leur remettent la documentation nécessaire à la mise en œuvre de l'expérimentation. Elles peuvent également informer de ce contenu tout autre professionnel susceptible d'orienter l'enfant vers ce dispositif.

La documentation comprend notamment les recommandations de la Haute Autorité de santé concernant la prise en charge de l'enfant en surpoids, les imprimés type pour la prescription des prestations, les outils d'aide au recueil

de données nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation, des supports de facilitation du dialogue avec l'enfant et son entourage.

3.2. Rôle du médecin qui suit l'enfant

Le médecin qui suit l'enfant peut être un médecin généraliste, un pédiatre ou un médecin exerçant en centre de protection maternelle et infantile. Si le médecin diagnostique un risque d'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé, il peut prescrire, après autorisation des parents (ou de l'autorité parentale) les prestations incluses dans la prise en charge pluridisciplinaire et il coordonne le suivi de l'enfant et de sa famille dans ce cadre.

Pour bénéficier de la prise en charge pluridisciplinaire par une structure, l'enfant doit remplir les conditions suivantes :

- l'âge doit être compris entre trois ans et huit ans révolus ;
- le diagnostic d'un surpoids ou d'un risque d'obésité, définis selon les recommandations de la Haute Autorité de santé.

Le médecin définit le contenu de la prise en charge en fonction des besoins et de la situation de l'enfant. Il informe l'enfant et son entourage des modalités de prise en charge, notamment les structures sélectionnées sur le territoire, et leur remet à cet effet toute documentation utile préalablement transmise par l'assurance maladie.

La prise en charge est composée de deux types de prestations :

- des bilans diététique, psychologique et d'activité physique, réalisés sur la base d'entretiens approfondis d'une durée d'une heure ;
- des consultations de suivi de diététique et/ou psychologique en fonction des besoins de l'enfant.

L'ensemble des rendez-vous prévus pour un enfant dans le cadre de sa prise en charge est effectué au sein de la même structure.

La première année, la prise en charge prescrite par le médecin qui suit l'enfant se décompose comme suit :

- obligatoirement un bilan de diététique qui est le premier acte réalisé, et le cas échéant un bilan psychologique et/ou un bilan d'activité physique ;
- le cas échéant, des consultations de suivi de diététique et/ou psychologique : au maximum six pour l'ensemble des deux disciplines et pour l'année. La dernière consultation de l'année est obligatoirement une consultation de diététique. Elle est consacrée à l'analyse de fin de prestation, et comprend le temps de recueil de données nécessaires à l'évaluation.

A l'issue de la première année, le médecin peut décider de renouveler la prescription l'année suivante : la prestation se compose alors de consultations de suivi diététique et/ou psychologique (douze par an au maximum pour l'ensemble des deux disciplines). La dernière consultation étant toujours celle de diététique. De la même manière et selon les mêmes modalités, le médecin peut renouveler la prestation une troisième année.

Si seuls des bilans sont prescrits, le médecin revoit l'enfant et ses parents à l'issue des bilans pour évaluer l'opportunité de poursuivre la prise en charge.

Si le médecin prescrit des consultations de suivi psychologique, un bilan psychologique préalable doit également être prescrit en plus du bilan diététique.

En cas de survenue d'une obésité, une autre modalité de prise en charge de l'enfant sera envisagée, plus adaptée.

Le médecin peut recommander la pratique d'une activité physique par exemple dans le cadre d'une organisation sportive, en complément de la prise en charge.

Le médecin peut être sollicité pour contribuer au recueil des données nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation.

3.3. Rôle de la structure

Par convention, le terme « responsable de structure » désigne dans le présent cahier des charges l'encadrant de la structure participant à l'expérimentation, indépendamment de toute référence conventionnelle.

3.3.1. Mission de coordination au sein de la structure

Le responsable de structure conclut une convention avec le directeur général de l'agence régionale de santé et le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette convention est établie sur la base d'une convention type fournie par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

La signature de la convention au titre de l'expérimentation peut intervenir jusqu'au 30 juin 2017. Elle est alors conclue pour la durée restant à courir jusqu'au 31 décembre 2019.

Le responsable de structure s'assure de l'organisation et de la régularité optimale des rendez-vous pour les bilans et consultations prescrits ainsi que de l'adéquation entre le contenu de la prescription et les rendez-vous obtenus par l'entourage de l'enfant. Il s'assure que le bilan diététique est le premier rendez-vous proposé et que la dernière consultation de la première année est diététique. Il s'assure également de la qualité des prestations et de la place offerte à l'entourage dans la prise en charge.

Il transmet les justificatifs des prestations réalisées par les professionnels à la caisse d'assurance maladie référente, selon des modalités et une périodicité définies dans la convention pour paiement.

Il s'assure de la rémunération des professionnels qui interviennent dans le cadre de cette expérimentation.

Il garantit le respect des conditions prévues par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique en matière de secret professionnel et de partage d'informations strictement nécessaires au suivi médico-social des personnes prises en charge.

3.3.2. Mission d'évaluation

Le responsable de structure remet aux professionnels de santé assurant le bilan diététique les outils nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation transmis par la caisse d'assurance maladie référente.

Il complète le tableau de bord de suivi de l'activité de la structure concernant l'expérimentation, et le transmet à la caisse d'assurance maladie à laquelle sa structure est rattachée, à un rythme semestriel.

3.4. Missions des professionnels de santé et psychologues de la structure participant à l'expérimentation

Chaque professionnel participant à l'expérimentation rédige un compte-rendu des bilans de début de forfait et l'adresse au médecin prescripteur de la prise en charge.

A l'issue de la réalisation complète des consultations lorsqu'elles ont été prescrites, chaque professionnel rédige le compte-rendu global de l'ensemble des rendez-vous et l'adresse au médecin prescripteur.

Chaque professionnel transmet les justificatifs des actes réalisés au responsable de la structure pour que la structure puisse justifier de cette réalisation auprès de l'agence régionale de santé et de la caisse d'assurance maladie référente.

Le professionnel de santé assurant le bilan diététique recueille le consentement des parents lors du bilan diététique obligatoire réalisé la première année et participe au recueil des données nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation grâce aux outils remis à cet effet par la caisse d'assurance maladie. Le recueil est réalisé lors du bilan diététique de début de prise en charge et lors de la consultation diététique obligatoire de bilan de fin de prise en charge. Il transmet à un rythme défini par la convention ces données à l'échelon local du service médical de la caisse d'assurance maladie référente.

4. Financement

4.1. Financement des expérimentations

Le financement des expérimentations est assuré par l'assurance maladie sur le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.

4.2. Modalités de la rémunération des structures

Pour chaque enfant bénéficiaire de la prise en charge, une rémunération annuelle forfaitaire maximale de deux cent quarante euros est versée aux structures par la caisse d'assurance maladie signataire de la convention.

Cette rémunération est décomposée comme suit : quarante euros pour chacun des bilans réalisés et vingt euros pour chacune des consultations.

Elle est versée au titre d'une année civile de référence. Elle fait l'objet d'une avance, suivie de versements complémentaires sur la base des justificatifs des bilans ou des consultations réalisés et selon les modalités définies par la convention.

En fin d'expérimentation, dans le cas où les avances seraient supérieures aux bilans et consultations réalisés, la convention prévoit le reversement à la caisse d'assurance maladie des sommes indûment perçues.

Ni la structure ni aucun intervenant dans le cadre de la mise en œuvre de cette rémunération forfaitaire ne peut prétendre à un financement complémentaire.

Dans le cadre du suivi de l'expérimentation, il convient de veiller à la non-fongibilité des budgets relatifs respectivement aux activités liées à la prise en charge préventive de l'obésité chez les enfants de trois à huit ans, et aux autres activités de la structure.

5. Evaluation de l'expérimentation

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés définit les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'expérimentation. Elle les soumet pour validation au comité de pilotage national. Elle organise une évaluation qualitative et quantitative du processus des expérimentations, de l'impact du dispositif et rend compte au comité de pilotage national au moins une fois par an de l'avancée de l'expérimentation.

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation de l'expérimentation, les structures participant à l'expérimentation fournissent, tous les semestres, à la caisse d'assurance maladie référente un tableau de bord de suivi de l'activité de la structure dans le cadre de cette expérimentation.

La caisse d'assurance maladie référente transmet semestriellement à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et aux agences régionales de santé un tableau de bord régional de l'expérimentation sur l'activité des structures.

Au terme de chaque année, les données sur l'état de santé de la population suivie sont anonymisées puis transmises par l'échelon médical de la caisse d'assurance maladie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

6. Comité de pilotage national

Un comité de pilotage national supervise le déroulement et l'évaluation de l'expérimentation. Il est composé :

- du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant ;
- du directeur de la sécurité sociale ou de son représentant ;
- du directeur général de la santé ou de son représentant ;
- des directeurs généraux des agences régionales de santé des territoires concernés ou leurs représentants ;
- des directeurs des caisses d'assurance maladie des territoires concernés ou de leurs représentants ;
- des représentants des régimes d'assurance maladie des territoires concernés, désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Sa composition peut être élargie en fonction de l'ordre du jour. Il se réunit une fois par an.