

Origine : Sarah BEKHADA	
Suivi par : David CAUSSE Eric DUBOST	Copie à : Stéphanie ROUSVAL ; Françoise DURANDIERE
Comité HAD Mardi 16 mai 2017	

ORDRE DU JOUR

10h - 12h30 :

- **Point sur l'avenant à la CCN 1951**
- **Dates des prochaines réunions du Comité HAD**
- **Rapport VERAN : analyse des préconisations relatives à l'HAD**
- **Point sur :**
 - **Ordonnance PUI**
 - **Dossier IFAQ**
 - **Analyse des résultats de certification adhérents FEHAP**

14h00 - 16h00 :

- **Point sur les contrôles T2A**
- **Point sur le Décret Conditions techniques de fonctionnement de l'HAD**
- **Point sur la note PRSII**
- **Questions diverses**

Point sur l'avenant à la CCN 1951

Sylvie AMZALEG, Directrice des Relations du Travail, a présenté les éléments relatifs à l'avenant (en cours d'agrément) qui a été signé par 3 syndicats avec 3 volets :

- valeur du point ;

L'augmentation de la valeur du point se fera en deux étapes : +0,5% en juillet 2017 et +0,5 % en 2018 (par rapport à la valeur actuelle du point).

Il s'agit d'une décision du CA qui prend en compte l'impact du CITS.

- nouveaux métiers ;

Les fiches métiers sont intégrées dans l'avenant.

- classification.

Les premiers niveaux de qualification sont revalorisés : auxiliaires de vie et anciennes AMP, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture.

Les mesures ne seront applicables que lorsque la commission d'agrément se sera prononcée. Un Powerpoint sera mis à disposition sur le site de la FEHAP.

Les membres du Comité HAD sont satisfaits pour leur personnel mais sont inquiets en tant que gestionnaires.

Rapport VERAN : analyse des préconisations relatives à l'HAD

Le Rapport Véran sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé présente des préconisations relatives à l'HAD en cohérence avec le positionnement de la FEHAP, mis en avant début décembre 2016, dans le cadre d'une audition sur le financement de l'HAD, animée par le Docteur Olivier Véran. (Cf Diaporama présenté).

Le Comité HAD demande à ce que la question des dispositifs onéreux soit également prise en compte.

Concernant le poids financier des médicaments, des monographies ou des fiches pourraient être rédigés par les membres du Comité HAD pour que la FEHAP puisse être force de proposition auprès des pouvoirs publics.

Le Comité HAD rappelle, comme l'indique également le Rapport VERAN, que la mission d'évaluation et d'orientation des établissements d'HAD est insuffisamment prise en compte dans les modalités de financement.

Dans certaines situations, les équipes passent du temps à se rendre au domicile du patient et lorsque la prise en charge est annulée parce que la situation du patient est trop dégradée ou parce que le patient ou ses proches ne veulent plus la prise en charge, il devrait y avoir des possibilités de dédommagement pour valoriser le temps passé par l'équipe.

Les membres du Comité HAD soulignent que ce sont des sujets à porter et qu'il est nécessaire d'être dans la prospective pour soutenir le développement de l'HAD, d'autant que les établissements d'HAD subissent un grand nombre de contraintes (tarifaires, contrôles T2A, concurrence des prestataires etc.).

Stéphanie ROUSVAL rappelle au Comité HAD l'importance d'entrer dans l'ENC HAD car c'est un des moyens pour mettre en adéquation les tarifs et les coûts. Trois membres du comité en font partie.

Ordonnance PUI

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) a prévu en son article 204, la publication d'une ordonnance visant à simplifier et harmoniser le régime des autorisations des PUI, tout en facilitant la coopération entre celles-ci. Cette ordonnance du 15 décembre 2016 entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2017.

Anne-Charlotte de VASSELOT a présenté le contenu de cette ordonnance ainsi que le Décret du 9 mai 2017 qui modifie les conditions d'exercice et de remplacement en PUI (Cf Diaporama présenté).

Dossier IFAQ

En février 2017, la FEHAP a reçu du Ministère de la santé un fichier détaillant ses établissements adhérents ayant obtenu un financement IFAQ pour 2016.

Anne-Charlotte de VASSELOT précise que l'on recense 101 établissements adhérents de la FEHAP rémunérés, soit 19.5 % de l'ensemble des 516 établissements rémunérés en 2016 sur ce dispositif. La majorité des établissements FEHAP rémunérés sur IFAQ (45 %) le sont au titre d'un niveau de score atteint élevé, tandis qu'à peine 35 % le sont pour les évolutions favorables de score enregistrées. Ces proportions sont inversées par rapport à l'ensemble des établissements.

Une notice technique et les documents de restitution des résultats IFAQ par établissement sont désormais disponibles sur le site de l'ATIH :

- La notice technique, dans la rubrique « dernière mise en ligne » ou en utilisant le lien suivant : <http://www.atih.sante.fr/notice-technique-complementaire-campagne-tarifaire-2016>.

- Le fichier de restitution des résultats est téléchargeable par chaque établissement sur la plateforme transfert en utilisant ses identifiants e-PMSI, <http://transfert.atih.sante.fr>.

Pour mémoire, le dispositif IFAQ a concerné en 2016 tous les établissements de santé MCO, HAD et dialyse. Pour l'année 2017, les établissements du champ SSR entreront également dans ce dispositif.

Analyse des résultats de certification adhérents FEHAP

Une analyse des décisions de certification de la HAS rendues entre janvier 2015 et octobre 2016 a été présentée par Marion DEGUILLE, chargée d'études financières à l'Observatoire.

L'échantillon est composé de 984 établissements : 360 du secteur public, 15 centres de lutte contre le cancer, 240 du secteur PNL dont 175 FEHAP et 369 du secteur privé lucratif.

Parmi ces 984 établissements, il y a 11 HAD dits autonomes dont 9 relevant du secteur PNL et 4 FEHAP (3 certifiés et 1 certifié avec recommandation d'amélioration).

Les recommandations portent principalement sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient et sur le management de la qualité et des risques.

Les membres du Comité HAD demandent que cette analyse soit affinée et que soient également pris en compte les HAD dits mixtes. Il est aussi proposé que les HAD qui ont eu la visite de certification de la HAS fassent remonter aux autres membres du Comité HAD les différents points de vigilance. Les membres du Comité HAD comptent enfin sur l'appui de la FEHAP, membre du Comité de certification HAS.

Point sur les contrôles T2A

Françoise DURANDIERE a présenté les nouvelles modalités de contrôle T2A, le bilan des contrôles T2A 2008-2015 ainsi que le programme de contrôle 2017 (Cf Diaporama présenté).

Certains membres du Comité posent la question de l'expertise de la FEHAP en matière de PMSI HAD et il est rappelé qu'il y a des référents HAD au sein du Groupe de travail Médecins DIM de la FEHAP, qui se réunit 5 fois par an.

Concernant le soutien de la FEHAP lors des contrôles T2A, David CAUSSE indique que la FEHAP peut apporter un appui à ses adhérents en la matière et qu'il convient d'écrire à Françoise DURANDIERE ou à Sarah BEKHADA. Toutefois, la FEHAP ne peut réaliser un accompagnement juridique personnalisé pour chaque adhérent et c'est pourquoi la FEHAP communique une liste d'avocats aux adhérents soumis à un contrôle T2A.

Il est proposé qu'une fiche recensant l'ensemble des points de vigilance soit créée et diffusée aux adhérents de la FEHAP.

Par ailleurs, en avril 2017, le DG de la FEHAP a envoyé un courrier au DG de la CNAMTS pour attirer son attention sur les conditions de contrôle T2A de plus en plus souvent conflictuelles.

Françoise DURANDIERE souligne également qu'une formation sur le contrôle T2A est proposée au 2^{ème} semestre avec la présence d'un avocat.

Point sur le Décret Conditions techniques de fonctionnement de l'HAD

Le décret 2017-817 du 5 mai sur les conditions techniques de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile est paru au JO du 7 mai 2017.

Il prend en compte les évolutions rendues nécessaires par la redéfinition du positionnement attendu de l'HAD effectuée par la circulaire du 4 décembre 2013 et fait porter aux établissements « *la responsabilité de garantir l'adéquation des conditions d'accueil et de prise en charge des patients avec la nature de leur activité et les impératifs de qualité et de sécurité des soins* ».

Ce décret comporte des améliorations très importantes pour le développement de l'HAD :

- 1) Définition précise de la structure pluri-professionnelle de coordination d'une structure d'HAD :

« La coordination des prises en charge est assurée, sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins coordonnateurs, par une équipe pluri-professionnelle, comportant au moins:

1 Un infirmier ;

2 Un assistant social à temps partiel. »

- 2) Simplification des possibilités de prescription d'une hospitalisation à domicile par un médecin de ville ou un médecin hospitalier :

« Le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, donne son accord à la prise en charge. »

La formulation *« ou à défaut le médecin désigné par le patient »* engage le processus réglementaire de médicalisation et d'émancipation des prescriptions d'HAD de la condition d'une prescription extérieure, en ville ou hospitalière.

- 3) Clarification des obligations de continuité des soins des structures d'HAD et de ses articulations avec les deux dispositifs de permanences des soins, en établissement de santé comme en ambulatoire :

Organisation adaptée de la continuité des soins (proposée au DG de l'ARS) :

« Cette organisation prévoit au minimum, à tout moment, une capacité d'intervention infirmière à domicile et la possibilité de recours à un avis médical, en interne ou en externe, pour l'ensemble des patients pris en charge par l'établissement. Lorsqu'une coopération avec le dispositif de permanence des soins ambulatoires est envisagée, elle fait l'objet d'une procédure formalisée. »

L'obligation réglementaire précisée est donc celle de la continuité infirmière des soins sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec la possibilité de recours à un avis médical, en interne ou en externe. Le décret précise qu'il revient à la direction de l'HAD d'organiser la possibilité, si besoin, du recours à un avis médical. Mais la référence réglementaire à une coopération avec la permanence des soins ambulatoires montre bien qu'il s'agit d'une articulation, et non d'une obligation interne de mise en place et de fonctionnement d'une astreinte médicale.

Une question a été posée sur la possibilité pour les ARS de demander aux établissements d'HAD d'assurer une astreinte médicale pour les patients admis en HAD. Les ARS ne peuvent pas durcir les conditions techniques de fonctionnement de l'HAD et une note a été diffusée suite à ce Comité HAD pour rappeler la nature des obligations de la continuité des soins en HAD.

Eric DUBOST souligne son inquiétude quant à la prise en charge à domicile (problème de recrutement médical notamment) et insiste sur la nécessité de faire remonter ces difficultés. David CAUSSE précise que ce décret doit être considéré comme une étape et que la suivante sera autant tarifaire que réglementaire.

Point sur la note PRSII

Une note sur le PRSII du Pôle santé social a été adressée aux délégations régionales présentant des points de repères techniques et stratégiques sur les enjeux du PRSII.

David CAUSSE souligne les points de vigilance à avoir sur les autorisations du champ sanitaire mais aussi sur les autorisations du champ médico-social.

Le nouveau PRS étant désormais constitué d'un schéma régional de santé unique établi sur 5 ans, les objectifs du SRS peuvent avoir un impact au moment de la révision des autorisations médico-sociales. En effet, ce schéma détermine désormais les objectifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux, le cas échéant, en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. De ce fait, des autorisations pourront être transformées voire retirées, ou conditionnées par exemple à une coopération ou un regroupement, au moment de leur renouvellement si elles ne sont pas compatibles avec le schéma.

Au moment de la révision des autorisations, et en cas de constat d'incompatibilité avec le schéma régional, la FEHAP a obtenu des garanties de délais et de procédure dans le cadre des travaux parlementaires, ainsi qu'un droit à l'accompagnement de l'opération de transformation voire de délocalisation dans le cadre d'un CPOM.

Questions diverses

La question des prestataires de santé à domicile a été abordée :

David CAUSSE indique qu'il y a deux ans, le CA de la FEHAP a accueilli, comme adhérent institutionnel, le SNADOM.

Une journée de réflexion est prévue le 20 juin prochain avec le SNADOM et d'autres adhérents FEHAP (HAD, dialyse à domicile, SSIAD) pour analyser les synergies entre les prestataires de santé à domicile d'une part et les structures d'HAD, de dialyse à domicile et les SSIAD d'autre part. L'objectif est de mieux distinguer le rôle de chacun, d'identifier les zones de redondances et de superposition (sujet de la perfusion) mais aussi les zones de complémentarité utiles.

Eric DUBOST fait part d'un étonnement collectif de la part du Comité HAD quant à l'adhésion du SNADOM à la FEHAP et rappelle que le SNADOM est signataire du livre blanc des prestataires de santé à domicile en 2010. Il souhaitait que ce point soit abordé en Comité HAD avant d'accepter de participer à cette journée.

Des membres du Comité HAD soulignent qu'il convient d'être vigilant concernant la pratique de certains PSAD qui exercent anormalement des activités de soins et qui ne sont pas contrôlés par les ARS. La FEHAP pourra envoyer un courrier à la DGOS pour attirer son attention sur ce sujet et l'inviter à rappeler aux ARS leur pouvoir de police sanitaire.

Prochaines réunions du comité HAD :

Le mardi 4 juillet 2017

10h -14h au siège de la FEHAP

Le mardi 19 septembre 2017

10h -16h au siège de la FEHAP

Le mardi 5 décembre 2017

10h -16h au siège de la FEHAP