

Origine : Sarah BEKHADA	
Suivi par : David CAUSSE Eric DUBOST	Copie à : Stéphanie ROUSVAL ; Françoise DURANDIERE
Comité HAD Mardi 19 septembre 2017	

ORDRE DU JOUR

- **Retour du COPIL HAD et préparation des Groupes de travail DGOS :**
 - Prise en charge conjointe SSIAD-HAD
 - Traitements coûteux
- **Campagne tarifaire 2017 et perspectives 2018 :**
 - Retour du Comité technique HAD ATIH par Françoise DURANDIERE
 - Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2017
- **Priorités FEHAP sur l'HAD en 2018** (Problématique des transports...)
- **Intervention de David GRUSON (DG FHF) : « HAD, privé non lucratif et projet médical des GHT »**
- **Accès aux soins des personnes handicapées**
- **Congrès FEHAP**
- **Site internet : quelles évolutions souhaitées en termes de contenus, d'organisation et d'ergonomie ?**
- **Questions diverses**

Prochains Comités HAD

Après avoir fixé les dates des prochains Comités HAD (Cf dates à la fin de ce CR), une discussion s'est tenue sur les thématiques à aborder et les intervenants souhaités pour les prochaines réunions.

Une intervention concernant les travaux menés par l'ANAP sur la performance en HAD, sur le guichet intégré et sur l'outil ORPHEE est souhaitée par les participants. Cette intervention aura lieu lors du prochain Comité HAD le mardi 5 décembre.

L'idée d'un livre blanc FEHAP sur le système d'information d'un établissement HAD, à construire avec Jean-François Goglin, Conseiller national SI à la FEHAP, a été proposée. L'objectif est de définir un système d'information en santé (SIS) « cible » et ce livre blanc existe pour les EHPAD, les SSR, les SPASAD (Cf document envoyé)... Un échange sera prévu à ce sujet lors du prochain Comité HAD le mardi 5 décembre.

Il a été demandé de faire intervenir les financeurs, la DGOS et l'Assurance Maladie, pour évoquer avec eux la politique générale de financement de l'HAD et les contrôles T2A. Pour construire une position sur ces thématiques, un travail avec les DAF et les contrôleurs de gestion sera à prévoir, à partir des conclusions des contrôles T2A. Ce travail sera à mener collectivement au sein de la FEHAP (dialyse, HAD...).

Un échange a eu lieu au sujet du risque de l'émergence d'un exercice indépendant pour les aides-soignants (AS). David Causse souligne qu'il s'agit là d'une zone dangereuse pour l'HAD et les SSIAD : l'exercice salarié des AS est logique et à conserver. Il est souhaitable de réfléchir aux formations continues pour les AS exerçant à domicile pour les spécificités de ce cadre de travail.

Un tour de table est réalisé pour savoir comment sont composées les équipes salariées des HAD et dans quelle mesure les professionnels libéraux sont sollicités. Les situations sont hétérogènes mais il est à noter qu'un recours aux IDEL est généralisé et le recrutement des AS est difficile. Un travail de sensibilisation et de revalorisation du métier d'AS est à mener au niveau national et au niveau régional.

La question des compétences respectives entre infirmières et AS et entre AS et AVS a été abordée et des zones de fragilité existent. Il est convenu d'étudier ce sujet avec la Direction des Relations du Travail, sur ce que peuvent précisément faire les AS et les AVS.

Prise en charge conjointe SSIAD-HAD

Lors du COPIL HAD du 13 juillet dernier, la DGOS et la DGCS ont proposé de permettre et d'organiser l'intervention conjointe et simultanée de l'HAD et du SSIAD sur le périmètre suivant :

- Patients initialement pris en charge par un SSIAD
- Prise en charge en HAD pour :
 - soins de nursing lourds (MPP14)
 - soins palliatifs (MPP04)
 - pansements complexes (MPP09)

L'organisation de la prise en charge serait la suivante :

- o Soins AS réalisés par les AS du SSIAD
- o Soins médicaux et infirmiers réalisés dans le cadre de l'HAD :
 - o quand IDE libéral ayant conventionné avec le SSIAD : poursuit la prise en charge pour le compte de l'HAD et bénéficie de l'accompagnement de l'HAD
- o Autres soins paramédicaux réalisés par l'HAD
- o Coordination des soins assurée conjointement HAD/SSIAD
- o Coordination médicale et continuité des soins assurées par l'HAD

L'action conjointe de l'HAD et du SSIAD sera encadrée par une convention entre les deux structures et il est proposé les modalités de financement suivantes :

- maintien de la dotation du SSIAD
- application d'une minoration tarifaire à l'HAD identique pour les 3 MPP concernés (niveau de la minoration défini en campagne 2018).

Suite à cette proposition du Ministère, la FEHAP a travaillé avec l'HAD39 et l'HAD Centre Alsace qui pratiquent déjà cette prise en charge conjointe autorisée à titre expérimental par l'ARS Grand Est et l'ARS Bourgogne-Franche-Comté. Cela a permis d'envoyer une première contribution au Ministère (Cf Note envoyée) et de souligner l'intérêt de proposer une prise en charge conjointe SSIAD HAD, de rappeler les éléments de conformité réglementaire, fiscale et sociale et de décrire le processus opérationnel d'une prise en charge conjointe SSIAD HAD. Dans cette note, la FEHAP s'oppose d'une part, au principe de minoration tarifaire applicable à l'HAD (schéma différent de celui de l'intervention de l'HAD en EHPAD) et d'autre part, à la restriction aux trois modes de prise en charge (pertinent pour d'autres modes de prise en charge : chimio, insuffisance respiratoire etc.).

Les échanges ont principalement porté sur la coordination conjointe des soins et les questions de responsabilité que cela implique. NB : Depuis, une V2 a été élaborée suite à la réunion DGCS – DGOS du 21 septembre (Cf Note envoyée).

Retour du Comité technique HAD ATIH par Françoise DURANDIERE

L'ATIH est chargée de mener des travaux dont l'objectif est de créer une nouvelle classification médico-économique sur laquelle sera fondée la réforme du financement de l'HAD, pilotée par la DGOS.

Lors du dernier Comité technique plénier HAD du 4 juillet dernier, l'ATIH a présenté un certain nombre d'orientations que Françoise DURANDIERE a relayées aux membres du Comité HAD.

Suite aux retours de Médecins DIM et aux échanges lors du Comité HAD, un avis FEHAP a été envoyé à l'ATIH (Cf Avis envoyé).

Intervention de David GRUSON (DG FHF) : « HAD, privé non lucratif et projet médical des GHT »

David Gruson a présenté les éléments de réflexion suivants :

Il a tout d'abord indiqué que la FHF a demandé un soutien du modèle économique de l'HAD auprès de la Ministre des Solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, qui a semblé réceptive à cette thématique.

Concernant l'organisation territoriale des GHT, il a rappelé qu'à l'occasion de la Paris Healthcare Week de mai dernier, la FHF, la FEHAP et UNICANCER ont signé une lettre commune à l'attention de leurs adhérents leur proposant une trame d'accord de

coopération spécifique aux relations entre les ESPIC, les GHT et les établissements publics de santé qui les composent.

David Gruson a également fait état d'un certain nombre d'évolutions que connaît actuellement le système de santé : la mutation du rapport entre l'établissement et le domicile, l'impact des NTIC (notamment celui de la télémédecine et de la téléconsultation), l'irruption du numérique, la nécessité d'articulation des acteurs (établissements et acteurs du domicile, HAD et SSIAD...) avec le développement d'outils de collaboration etc.

A l'occasion de la prochaine Paris Healthcare Week Hopital Expo, une session commune « Domicile, territoire et établissements » pourrait être envisagée entre la FHF et la FEHAP.

Concernant l'HAD et les Projets médicaux partagés (PMP), un peu moins de la moitié des PMP font mention de l'HAD. David Gruson estime utile de s'appuyer sur les bons exemples mais aussi d'identifier les mauvais exemples en la matière et ce, dans l'intérêt du parcours du patient. Pour rappel, l'article 107 de la LMSS dispose que : « *Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires* ».

Les membres du Comité HAD soulignent la difficulté qu'ils ont à s'inscrire dans le PMP, les établissements publics ayant déjà des difficultés à s'organiser entre eux. Ils insistent sur le fait qu'un établissement d'HAD est aussi une structure d'amont qui peut permettre d'éviter une hospitalisation conventionnelle.

Globalement, malgré des sollicitations formelles, les HAD ne sont pas parties prenantes des PMP et regrettent vivement de ne pas y être associées.

David Gruson rappelle que la construction des GHT est récente et que les bonnes pratiques en la matière vont se développer, dans l'intérêt commun.

Il est proposé de réaliser une fiche permettant de démontrer aux hôpitaux publics l'utilité de travailler avec les HAD. Ont notamment été cités les éléments suivants :

- La plus-value du guichet intégré ;
- Via la grille de repérage des fragilités CEGA, le patient arrive dans l'établissement avec son dossier et les fragilités identifiées ce qui permet à l'hôpital de réduire le temps d'occupation des lits, de faciliter les sorties et d'optimiser le temps administratif ;
- Travail mené sur un algorithme de décision entre les médecins d'une HAD et les urgentistes d'un hôpital...) etc.

Questions diverses

Un certain nombre de questions diverses ont été abordées :

- David CAUSSE a présenté la note de la FEHAP rédigée à l'attention de Yann Bubié, Directeur Adjoint du cabinet d'Agnès Buzyn, sur les initiatives d'adhérents sur l'accès aux soins des personnes handicapées et les quelques axes d'amélioration envisageables (Cf Note envoyée).
- Bernard BAYLE est venu parler du Congrès national de la FEHAP, les 22 et 23 novembre 2017 en indiquant qu'il allait être question d'activité physique et de santé mais que d'autres sujets seront également abordés, tels que les points de vigilance et les opportunités des PRSII. Il est important de proposer aux professionnels concernés et aux Présidents de CME de venir.

- Concernant le site internet de la FEHAP, les membres du Comité HAD indiquent lire la newsletter et trouver relativement facilement les documents recherchés sur le site.

Prochaines réunions du comité HAD :

Le mardi 5 décembre 2017

10h -16h au siège de la FEHAP

Le mardi 30 janvier 2018

(En Intercommission avec la Commission PA le matin de 9h30 à 12h30)

09h30 -16h au siège de la FEHAP

Le mercredi 4 avril 2018

10h -16h au siège de la FEHAP

Le mercredi 20 juin 2018

10h -16h au siège de la FEHAP