

|  |  |
|--|--|
| <b>Origine :</b><br>Tharshini BANCEL<br>Agathe FAURE |  |
|--|--|

### Rappel des points à l'ordre du jour de la réunion de la commission du 04 mars 2014 :

- I. Point actualités sociales et CCN 51 par Mme Sylvie AMZALEG, Directrice des relations du travail à la FEHAP
- II. Présentation et échanges sur l'enquête ESMS 2012 par Stéphane PIFFRE, chargé d'Etudes FEHAP
- III. Echanges autour de la télémédecine par Jean-François GOGLIN, conseiller système d'information FEHAP
- IV. Echanges autour du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement
- V. Echanges et réflexions sur les zones de rupture entre HAD-SSIAD par Dr Catherine REA, conseillère Médicale à la FEHAP
- VI. Présentation de la publication de l'ANAP sur les systèmes d'information dans le secteur médico-social par M. Christophe DOUESNEAU, ANAP
- VII. Actualités du secteur personnes âgées et examen de documents en séance
  - Retours actions de la FEHAP relatives à l'avenant 8 à la convention médicale
  - Validation des modifications de la fiche technique sur le contrat de séjour et sur le règlement de fonctionnement
  - Point sur les situations de rupture entre mes majeurs vulnérables et les EHPAD

### **I. Point actualités sociales et CCN 51 par Mme Sylvie AMZALEG, Directrice des relations du travail à la FEHAP**

Trois organisations syndicales ont signé l'avenant de reconstitution du socle conventionnel de la CCN 51 (CFDT, CFTC et CFE-CGC). L'avenant a depuis été agréé par la commission d'agrément en avril. Cet avenant reprend 99% de la recommandation patronale.

La FEHAP mettra à disposition de ses adhérents des outils pour les accompagner dans la mise en œuvre des changements induits (circulaire FEHAP et formations notamment sur les assiettes de calcul des salaires et les grilles d'ancienneté modifiées). Une version du texte de l'avenant mettant

en lumière les aspects modifiés par rapport à la recommandation patronale est d'emblée disponible sur le site de la FEHAP, accompagné d'un tableau explicatif avant/après.

Quelques dispositions novatrices de l'avenant ont été évoquées. Concernant le départ en retraite, l'avenant introduit la possibilité de transformer une partie de l'allocation en temps de repos de fin de carrière. La prime d'ancienneté sera de 1 % par année de service effectif jusqu'à 12 %, et de 2 % tous les deux ans jusqu'à un plafond de 34 %, seuil atteint à la 35e année de carrière. Par ailleurs, l'évolution du complément technicité est modifiée (le complément technicité est notamment plafonné à 17%) et les points de complément technicité des cadres seront désormais intégrés au salaire pour le calcul de la prime d'ancienneté. Des négociations sur les modalités de reclassement doivent être engagées et devenir effectives au plus tôt au 1<sup>er</sup> novembre 2014.

Dans le préambule de l'avenant, les partenaires sociaux s'engagent également à négocier sur un certain nombre de thématiques : complémentaires santé (obtention d'un panier minimum négocié par la FEHAP auprès de prestataires, que les adhérents resteront libres de choisir ou non), nouvelles règles de promotion, nouveaux métiers, LMD, augmentation de la valeur du point.

Sur ce dernier aspect, les membres de la commission soulignent 3 points en particulier. Tout d'abord, un point de vigilance. De nombreux établissements sont déjà dans le rouge, une revalorisation du point risque de les mettre davantage en difficultés. Un point de sensibilisation sur la paupérisation des personnels et la nécessité d'une priorisation des efforts sur les bas salaires (l'avenant prévoit à cet égard une mesure applicable de façon rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier 2014). De l'avis de certains membres, les deltas entre les bas salaires et les salaires intermédiaires se réduisant, un effort soutenu doit être engagé en faveur de la qualification de tous les professionnels.

## **II. Présentation et échanges sur l'enquête ESMS 2012 par Stéphane PIFFRE, chargé d'Etudes FEHAP**

Stéphane PIFFRE est intervenu auprès de la Commission personnes âgées pour présenter la dernière enquête 2012 sur les structures sociales et médico-sociales construite à l'aide des données des établissements et services FEHAP. Cette nouvelle étude de l'Observatoire de la FEHAP présente les principaux repères de gestion pour les structures du secteur social et médico-social selon le type d'activité afin de permettre aux adhérents de se situer par rapport aux indicateurs moyens observés en 2010 et 2011. Stéphane PIFFRE informe les membres de la commission que 22 % des EHPAD adhérents à la FEHAP ont participé à cette enquête contre 49,1 % pour les SSIAD.

Les principaux points de l'enquête évoqués portaient sur les thématiques réservées aux EHPAD et aux SSIAD/SAAD. Les remarques mises en avant par cette étude, concernant les SSIAD/SAAD, portaient sur l'évolution de leurs charges avec plus d'1/3 des SSIAD participants ayant vu leur déficit aggravé par rapport à la précédente enquête et un coût à la place qui continue d'augmenter. Au sujet des EHPAD, l'enquête met en avant une dégradation budgétaire suite à un chiffre d'affaire qui n'évolue pas en proportion de l'augmentation des charges d'exploitation. La croissance des charges de personnel est à l'origine de cette situation. A noter que 50% des établissements participants sont déficitaires. Cette situation peut s'expliquer par un prix moyen hébergement des EHPAD participants à seulement 53 € par jour.

Suite à cette présentation, les membres de la commission ont exprimé leur impossibilité à répondre favorablement à l'ensemble des sollicitations des multiples enquêteurs devant consacrer à chaque fois un temps conséquent à la retranscription de leurs données. En réaction à cette remarque, Stéphane PIFFRE indique qu'il n'existe malheureusement pas de compte administratif standardisé à destination des gestionnaires, ce qui pourtant permettrait aux enquêteurs d'avoir accès à leurs données plus facilement. Néanmoins, il garde espoir d'une avancée prochaine dans ce domaine.

## **III. Echanges autour de la télémédecine par Jean-François GOGLIN, conseiller système d'information FEHAP**

Cf. ppt de l'intervenant joint.

Le choix d'une intervention autour de la télémédecine à la commission personnes âgées fait suite à l'engouement suscité par cette innovation à plusieurs niveaux. La loi de finance de la sécurité sociale pour 2014 consacrait son article 36 à l'expérimentation de la télémédecine dans quatre régions en parallèle d'un Fond d'Intervention Régional qui dédie à la promotion de cette nouvelle technologie des crédits.

Jean-François GOGELIN est intervenu auprès de la commission pour présenter ses recherches en matière de pratiques médicales facilitées par les **télécommunications**. Cette présentation était l'occasion de rappeler que cette nouvelle technologie qui est la télémédecine a pour effet d'améliorer la qualité et l'accès aux soins des personnes dans l'incapacité de se déplacer. Elle permet notamment d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients à travers ses différentes déclinaisons : télémédecine, téléassistance, téléexpertise, télésurveillance ou encore téléconsultation.

Jean-François GOGELIN profite de cette opportunité pour faire un point avec les participants sur les avancées en matière de développement de la télémédecine en EHPAD dans les régions. Pour le moment, cette technologie reste limitée dans son extension par un manque de formation des utilisateurs à son fonctionnement. Les participants profitent de cette intervention pour exprimer leurs interrogations quant au sujet de la responsabilité en cas de dysfonctionnement et de l'absence de directives concernant la rémunération des praticiens.

Les membres de la commission expriment leurs certitudes quant à l'importance du développement des outils de communication auprès des personnels. Ce constat fait naître l'idée d'une mobilisation de la Fehap sur le sujet à travers l'organisation d'une journée nationale réservée au développement de ces outils de communication et des systèmes d'information.

#### IV. Echanges autour du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

Courant février, la FEHAP a été destinataire du projet de texte de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, à l'étude du Conseil Economique, Social et Environnemental et du Conseil d'Etat pendant le mois d'avril. Les membres de la commission ont pris connaissance des principales mesures prévues par ce texte au travers d'un tableau récapitulatif des dispositions du projet de loi, afin de formuler ensemble des propositions en réaction aux mesures qu'il comporte.

Le texte du projet de loi est structuré autour de 4 grands axes : anticipation, adaptation, accompagnement de la perte d'autonomie et gouvernance nationale et locale et d'une annexe. En matière d'accueil, plusieurs mesures viennent modifier le fonctionnement des Foyers-logements et des EHPAD.

Les foyers-logements rebaptisés « résidences autonomie » verront leur seuil maximum d'acceptation de personnes âgées dépendantes réévalué et la mise en place, pour les établissements ayant conclu un CPOM et ne bénéficiant pas du « forfait soins courant », d'une nouvelle aide modulable dite « le forfait autonomie » versée par le département. Une rénovation de leur parc est également prévue au titre du Plan d'aide à l'investissement sur les trois prochaines années. Egalement, plusieurs mesures en faveur d'un encadrement plus strict des prestations individualisables et non-individualisables au sein des résidences-services sont citées dans le texte.

En matière d'EHPAD, des groupes de travail devront prochainement se réunir afin de se concerter sur une réforme de la tarification de ce type de structures. Néanmoins, le premier volet de ce projet de loi propose déjà plusieurs mesures relatives à l'encadrement des prestations et tarifs de la section hébergement de ces établissements. L'ensemble des participants se sont prononcés en faveur d'un non-encadrement du tarif hébergement des EHPAD qui risqueraient d'entraver leurs marges de manœuvre budgétaires déjà restreintes. Par ailleurs, les participants se sont estimés satisfaits de la mesure relative à l'autorisation, pour les EHPAD privés, de pouvoirs saisir le juge des tutelles en cas d'impayés.

Les mesures phares du projet de loi portent sur le domicile et plus particulièrement sur le secteur l'aide à domicile. Ainsi, il est prévu que l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile voit ses plafonds d'aide mensuels revalorisés et révisés annuellement par Décret. Le reste à charge du bénéficiaire des services a vocation à être diminué par une révision des modalités de sa participation financière, qui sera, notamment, fonction non seulement de ses ressources, mais également du montant du plan d'aide qui sera amené à évoluer annuellement. Ces mesures du projet de loi doivent concrétiser l'idée d'un acte II de l'APA. Le champ de l'aide à domicile est largement visé au travers de mesures concernant la refondation du secteur, avec entre autre la prolongation des expérimentations tarifaires en cours en application de l'article 150 de la LFSS pour 2012.

Les membres de la commission ont échangé sur les dispositions relatives aux droits et libertés, dont l'article 24 du projet de loi qui prévoit l'obligation pour les directeurs d'ESSMS (ou leur délégué) de « s'assurer », lors d'un entretien « hors de la présence de toute autre personne », du consentement de la personne accueillie sous réserve de l'application de l'alinéa 3 de l'article 459-2 du code civil (majeurs protégés et situations d'urgence). Certains membres de la commission ont regretté l'absence disposition ou de prise de position dans le projet de loi concernant la gestion des situations où la personne est dans l'incapacité manifeste d'exprimer son consentement à l'admission, mais n'est pas sous mesure de protection judiciaire, celle-ci étant en cours d'examen ou non sollicitée encore, voire la mesure ne couvre pas ce type de décisions. Ces cas ayant été discutés dans le cadre du CNBD, il a été rappelé que la préconisation des membres du comité, en conclusion de longues délibérations, s'était orientée vers l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques professionnels, qui est apparu être plus pertinent qu'une intervention de la loi.

Plusieurs mesures sont prévues dans le projet de loi afin de renouveler la gouvernance des politiques de l'autonomie, tant au niveau national, avec notamment le renforcement des missions de la CNSA, la création d'un « Haut conseil de l'âge » qui apportera aux pouvoirs publics une expertise sur les sujets liés au vieillissement, qu'au niveau local, avec la création d'un « Conseil départemental de la citoyenneté », dont le rôle sera d'assurer aux usagers leur participation à l'élaboration de la politique de l'autonomie. Le rôle du Département comme « chef de file » de l'action sociale est réaffirmé au travers de plusieurs mesures tout au long de l'avant-projet de loi. Ces projets de dispositions n'ont pas suscité de commentaires de la part des membres de la commission.

#### **V. Echanges et réflexions sur les zones de rupture entre HAD-SSIAD par Dr Catherine REA, conseillère Médicale à la FEHAP**

Cf. ppt de l'intervenant joint.

A partir de remontées de situations rencontrées par des SSIAD et HAD du réseau, le Dr Catherine Réa a présenté une synthèse de cas cliniques concrets mettant en évidence les zones de rupture entre HAD/SSIAD. La discussion engagée avec les membres de la commission avait également pour objectif d'approfondir la question des situations de relais en fin de vie, afin d'identifier les éventuelles opportunités de co-interventions SSIAD-HAD. Ainsi, le questionnement soumis aux adhérents portaient sur :

- Profils des patients pour lesquels des transferts de l'HAD vers le SSIAD sont demandés ? Profils des patients pour lesquels ces transferts sont refusés ?
- Profils des patients pour lesquels des transferts des SSIAD vers l'HAD sont demandés ? Profils des patients pour lesquels ces transferts sont refusés ?
  
- Cas cliniques de patients « type » en fin de vie en SSIAD ?
- Cas cliniques de patients « type » en SSIAD dont les soins en fin de vie nécessitent un transfert en HAD ?
- Cas cliniques de patients « type » en SSIAD dont les soins en fin de vie nécessitent une intervention de l'HAD mais pour lesquels il est souhaitable que l'équipe du SSIAD puisse continuer à intervenir (cas de figure type des situations de mise à disposition de personnel de SSIAD dans le cadre d'une intervention HAD) ?

- Cas cliniques de patients « type » en soins palliatifs en HAD ?
- Cas cliniques de patients « type » en soins palliatifs en HAD qui nécessite un transfert en SSIAD ?
- Cas cliniques de patients « type » en soins palliatifs en HAD nécessitant un transfert en SSIAD mais pour lesquels il est souhaitable que l'équipe de l'HAD puisse continuer à intervenir ?
- Cas cliniques de patient en SSIAD ou en HAD posant difficulté ou estimé « border line » et pour lesquels vous ne savez pas s'ils doivent relever de l'un ou de l'autre ?

Deux réflexions ont émergées plus particulièrement des échanges entre les membres de la commission. D'une part, face à la problématique récurrente des patients schématiquement dits « lourds », nécessitant une fréquence d'intervention et un temps présentiel dépassant les capacités du SSIAD, mais ne correspondant plus aux indications d'intervention de l'HAD, les membres se sont interrogés de savoir si le curseur à bouger était à situer du côté SSIAD avec un gonflement de leurs dotations (voire à titre dérogatoire sur des situations dûment identifiées) ou s'il devait être dirigé vers un abaissement des critères de l'HAD. D'autre part, la situation du retour à domicile post hospitalisation a été soulignée comme moment focalisant les problématiques non résolues les plus prégnantes. Un membre de la commission a évoqué l'opportunité de réfléchir à un programme spécifique dédié aux sorties prématurées ou anticipées de l'hôpital des PA, à l'instar du programme existant en la matière pour les grossesses physiologiques impliquant l'HAD.

## VI. Présentation de la publication de l'ANAP sur les systèmes d'information dans le secteur médico-social par M. Christophe DOUESNEAU, ANAP

Cf. ppt de l'intervenant joint.

Les membres de la Commission PA ont pu échanger avec Christophe Douesneau sur la publication de l'ANAP relative aux systèmes d'information dans le secteur médico-social. Les travaux dans le cadre de cette publication devaient initialement répondre à la question de la contribution des SI aux logiques de parcours, dans un contexte d'expérimentations autour de cette thématique, notamment avec les projets PAERPA. Au finale, la publication a permis de dresser un état de lieux des SI dans le secteur MS, révélant un panorama hétérogène, mais révélant surtout que la question de l'urbanisation des systèmes n'étaient pas nécessairement à l'ordre du jour pour toutes les structures du secteur, nombreuses étant encore dépourvues des outils informatiques que l'on cherche à faire communiquer dans le cadre d'un schéma urbanisé. Dès lors la publication propose les grandes étapes de la construction d'un cahier des charges, afin de les accompagner dans la formalisation de leurs besoins. Outre la problématique de l'urbanisation des systèmes internes aux structures, l'ANAP se penche également sur la question d'un méta modèle s'agissant de l'ensemble des outils descendants de collecte de données, actuellement en cours de démultiplication (CNSA, DGCIS, DGCS etc.).

Christophe Douesneau a également évoqué d'autres projets de l'ANAP. Dont les expérimentations relatives aux tableaux de bord ESMS, dont le prolongement et l'extension à un plus large panel d'expérimentateurs, ont récemment été annoncées. La non opposabilité de ces tableaux de bord à l'heure actuelle a été confirmée. Les membres de la commission ont souligné qu'en cas d'opposabilité à terme de ces tableaux de bord, il conviendrait de spécifier tout d'abord leurs finalités précises, que, par ailleurs, les tableaux viennent remplacer d'autres indicateurs de mesure de l'activité (cf. indicateurs médico-économiques), et enfin de prévoir les modalités de leur opposabilité aux Départements pour ne pas démultiplier les indicateurs en fonction du tarifificateur. Christophe Douesneau a annoncé deux projets à venir de l'ANAP liés au secteur médico-social. L'un portera sur la reconversion des établissements sanitaires en établissements médico-sociaux, notamment dans le secteur de la psychiatrie. L'autre concernera le recrutement des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques.

## VII. Actualités du secteur personnes âgées et examen de documents en séance

### 1) Retours actions de la FEHAP relatives à l'avenant 8 à la convention médicale

Par un courrier en date du **16 juillet 2013**, la FEHAP avait officiellement saisi la CNAMTS au sujet de la Majoration Personnes Agées de 5€ concernant les visites des médecins généralistes pour les

personnes de plus de 85 ans. La réponse de la caisse, datée du **19 septembre 2013**, répondait partiellement aux interrogations des établissements adhérents de la FEHAP. La CNAMTS renvoyait alors aux ministères compétents. En conséquence, la FEHAP avait saisi la Ministre de la santé Marisol Touraine de cette question. Dans un courrier du **20 février 2014**, la réponse de Mme DELAUNAY indiquait finalement que cette convention n'était pas opposable aux établissements. Le déroulement de cette commission était l'occasion d'annoncer que des précisions allaient être apportées par la circulaire budgétaire 2014 concernant le principe d'un paiement de la MPA par les EHPAD. Dans ce cadre, la FEHAP leur a conseillé, après diffusion de cette circulaire, de demander auprès de leur ARS :

- le versement des 6 mois d'application de l'avenant pour l'année 2013 (1er juillet au 31 décembre)
- la budgétisation prévisionnelle pour l'année 2014 de la MPA, dans le cadre de la campagne tarifaire de l'année. Pour mémoire, à compter du 1er juillet 2014, la MPA s'applique également aux résidents de plus de 80 ans (et plus uniquement aux plus de 85 ans).

La FEHAP recommande également aux participants de s'assurer auprès de la Caisse d'Assurance Maladie que le médecin libéral intervenant en EHPAD et l'assurance maladie ont bien signé ensemble un contrat de soins qui est la condition sine qua none pour que le praticien puisse bénéficier de cette Majoration de 5€.

## **2) Validation des modifications de la fiche technique sur le contrat de séjour et sur le règlement de fonctionnement**

Suite à un ordre du jour chargé, la consultation des fiches techniques ne s'est pas effectuée. Les membres de la commission ont été sollicités pour faire des retours, quant à des éventuelles modifications, par mail aux conseillers de la FEHAP.

## **3) Point sur les situations de rupture entre mes majeurs vulnérables et les EHPAD**

Les membres de la commission ont été sollicités sur les dysfonctionnements et problématiques qu'ils peuvent rencontrer dans leur quotidien avec les résidents sous protection juridique. Les membres présents à cette commission ont exprimé leurs difficultés quant à travailler avec les organismes gestionnaires de tutelles (ex : UDAF). Ils estiment qu'une partie de ces mandataires manquent de compétences pour une gestion optimale des dossiers. Un membre de la commission fait remarquer également qu'il ne faut pas oublier que la mission de ces services mandataires prend fin le jour du décès du majeur ce qui est un point de rupture lourd de conséquences pour les directeurs. Pour finir, un Quid sur le consentement d'une personne sous protection juridique qui n'est pas en mesure de s'exprimer sur un acte médical ? Sachant qu'il ne peut déléguer ce pouvoir à son mandataire, qu'elle est la solution en cas d'urgence lorsque la saisie du juge sur la question est trop longue ?

L'ensemble de ces échanges permettront à la FEHAP d'alimenter son positionnement et ses réflexions concernant la situation des majeurs vulnérables.

**Prochaine réunion : le mardi 06 mai 2014**