



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

**FORMATION « TRANSFORMATIONS LEGISLATIVES » DANS
LE SECTEUR SANITAIRE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**

2 juin 2016

Pôle Santé - Social FEHAP

1

David CAUSSE

Coordonnateur du
Pôle Santé-Social
Directeur du secteur sanitaire
david.causse@fehap.fr

Adeline LEBERCHE

Directrice du secteur
social et médico-social
adeline.leberche@fehap.fr

Agathe FAURE

Conseiller Santé-Social
Secteur Personnes Agées
agathe.faure@fehap.fr

DROITS USAGERS ET OBLIGATIONS

Déroulé

■ Les nouveautés qui s'appliquent à tous

- Droits des usagers
- Obligations des gestionnaires



1 ■ Les nouveautés spécifiques selon la catégorie des structures

- Focus sur les établissements de santé,
- Focus sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les mesures qui s'appliquent à tous

La place de l'utilisateur dans le système de santé

● Rôle affermi des usagers et associations agréées :

- Formation et indemnisation
- Droit d'alerte auprès de la HAS
- Action de groupe dans le domaine de la santé
- Implication au sein des agences sanitaires nationales et du Comité Economique des Produits de Santé

● Information de l'utilisateur et recueil du consentement

- Spécificités par secteur
- Cas particuliers du consentement du mineur

● **Accessibilité aux soins et coordination :**

- Tiers payant pour la partie assurance-maladie,
 - confer décision du Conseil Constitutionnel du 21 janvier
 - l'intégration des mutuelles ne sera pas obligatoire mais possible, à leur initiative
- Parcours de soins
- Dossier Médical Partagé

● **Statut des données concernant le patient**

- Échange et partage d'information entre professionnels de santé
- Entre équipes de soins en inter-établissements
- Le « droit à l'oubli »

Protection des majeurs vulnérables

- Publication d'ordonnances pour mieux articuler code civil et CSP
- **Transfert de compétence** de l'Assurance maladie vers l'Etat pour le **financement des services de gérance de tutelle**

- Médecins intervenant en ES et en ESMS doivent procéder à **une déclaration auprès du Procureur de la République :**

- **Sur quoi ?** Le besoin de protection d'un patient ou résident
- **Pour quoi ?** A pour effet de placer le résident **sous sauvegarde de justice**





- Extension du dispositif de la **personne de confiance** à l'ensemble des ESMS

- informer
- Recueillir
- Transmettre

- En cas de **protection juridique** :

- Si mesure ne porte pas sur la personne, **une personne de confiance peut-être désignée**,
- Si mesure porte sur la personne, **autorisation du conseil de famille ou du juge des tutelles nécessaire**,

Le conseil de famille (ou le juge) peut révoquer la personne de confiance désignée antérieurement à la mesure.

Les spécificités en établissements de santé



- **Renforcement de la participation des usagers dans la gouvernance des établissements de santé ESPIC**
 - Sièges au CA/CS de l'établissement de santé, ou des organes de contrôle qui en tiennent lieu
 - Participation à l'élaboration de la politique de l'établissement concernant l'accueil et la prise en charge des usagers
- **La CRUQPC devient la CDU (Commission des usagers) (Article 183 LMSS)**
 - Son rôle « consultatif » devient « participatif » dans l'élaboration de la politique concernant les usagers
 - Elle peut désormais être présidée par un représentant d'usagers
 - Composition et modalités de fonctionnement précisées par décret

- **Information préalable du patient sur les prix des prestations de soins (Article 217 LMSS)**
- **Le don d'organes (Article 192 LMSS) :**
 - Renforcement du consentement présumé
 - Mise en place d'un registre des refus
 - Information préalable par le médecin aux proches sur la nature et la finalité du don
- **Les novations de la loi sur les nouveaux droits des malades et des personnes en fin de vie :**
 - Notion forte de « demande patient »
 - Sédation prolongée
 - Procédure collégiale
 - Directives anticipées

Les spécificités en ESSMS



Mesures spécifiques Tous ESSMS



- Signalement aux ACT des **événements indésirables ou dysfonctionnements**
 - Transmission par le responsable de la structure, sans délai, par mail ou courrier
 - Précise :
 - la nature de l'événement,
 - les circonstances de sa survenue,
 - ses conséquences,
 - les mesures immédiates prises.
 - La déclaration ne comprend **aucune donnée nominative**
 - Le CVS est **avisé** de la nature de l'événement ainsi que les dispositions prises ou envisagées pour remédier à cette situation

Mesures spécifiques Tous ESSMS



- Recherche du **consentement** des personnes entrant en ESSMS



● Comment ?

- Un entretien avant la conclusion du contrat
- Informer l'usager de ses droits

● Qui est présent ?

- Le directeur (ou à défaut une personne mandatée)
- Le médecin co (si besoin)
- La personne accueillie
- La personne de confiance (si besoin)

- Possibilité pour une personne protégée juridiquement victime d'un vol de pouvoir **attaquer pénalement son représentant légal**

Mesures spécifiques Tous ESSMS

- Possibilité de **saisine du Juge aux Affaires Familiales (JAF) pour les structures privées** dans le cas de conflits intra familiaux
- Les usagers **ne peuvent**, pendant la durée de leur prise en charge, réaliser des dons et legs au profit :
 - Des personnes physiques ou morales de l'ESSMS
 - Des bénévoles
 - Des accueillants familiaux et leur entourage
 - Des salariés employés de gré à gré

Mesures spécifiques aux établissements PA

Rôle du Medco

- Juge de l'opportunité de l'annexe après examen du résident
- Identifie et mentionne dans un document les besoins et souhaits particuliers du résident
- Soumet les mesures à prendre au directeur

- **Annexe aux contrats de séjour** définissant les mesures à prendre pour assurer l'intégrité physique, la sécurité et soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir de la personne accueillie

- Base législative pour réguler l'équilibre entre liberté et sécurité
- Si nécessaire uniquement
- Mesures définies après examen du résident de manière collégiale sur demande du Médecin Co
- Contenu de l'annexe défini par **décret** et révisable à tout moment

Mesures spécifiques aux établissements PA

EHPAD/PUV

Préavis résident:
1 mois

Préavis gestionnaire:
1 mois

Résidence Autonomie

Préavis résident :
8 jours

Préavis gestionnaire:
1 mois

Contrats de séjour :

- Nouveaux délais de préavis
- Délai de rétractation
- Encadrement des cas de résiliation du contrat de séjour

Perte d'autonomie : le chemin de croix des aidants

LE MONDE ÉCONOMIE | 20.01.2016 à 17h23 - Mis à jour le 21.01.2016 à 14h34 |

Par Frédéric Cazenave

Réagir Classer

f Partager t Tweeter



Des droits nouveaux en faveur des aidants

- Reconnaissance de **l'action du proche aidant** en lui donnant une **définition** et lui reconnaissant des droits :
 - Une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie

Qui est le proche aidant ?

- son conjoint,
- son partenaire de PACS ou son concubin,
- un parent,
- un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens

- Des moyens supplémentaires pour **le droit au répit** et au **relais** des aidants (78 millions d'euros):
 - **Un droit au répit**, intégré au plan d'aide de l'APA à domicile
 - Financé jusqu'à 500 € par an au-delà des plafonds de l'APA
 - En cas d'hospitalisation d'un proche aidant, **une aide ponctuelle pourra être accordée**
 - Son montant pourra atteindre jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA
 - **Actions de prévention via la conférence des financeurs**
- Extension des possibilités de cofinancement, dans le cadre de la section IV du budget de la CNSA, au-delà des **actions de formation**, aux actions **d'accompagnement des aidants (SAAD et SPASAD)**

- **Extension** de la mesure de « Congé de proche aidant »
 - Le congé de proche aidant est d'une durée de trois mois renouvelable et ne peut excéder 1 an
- Avec l'accord de l'employeur, il peut être transformé en **période d'activité à temps partiel**
- Avec l'accord de l'employeur, il peut être **fractionné** :
 - Avertissement de l'employeur au moins 48h à l'avance sauf en cas d'urgence,
 - Modalités de fractionnement, notamment la durée minimale de chaque période de congé, fixées par décret.



- Droit à l'information sur les formes d'accompagnement : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>



Apporte les informations utiles pour faire face à une situation de perte d'autonomie : **conseils, démarches, adresses, interlocuteurs à contacter.**

Il propose également des outils pratiques pour guider les personnes dans leurs choix : **un annuaire des établissements et services pour personnes âgées et un simulateur permettant d'estimer le montant du reste à charge mensuel pour un hébergement en EHPAD.**

Fluidifier les parcours de soins et
l'accompagnement des personnes

Maladies chroniques et personnes en situation de handicap

- Augmentation de la **prévalence des ALD**
- Augmentation de **l'espérance de vie des personnes en situation de handicap**
- Augmentation de la **durée de vie**
- Augmentation de la **prévalence des dépendances**

La prévention : enjeu majeur de la santé publique

- La prévention tout au long de la vie :
 - **Nouvelle mission de l'INPES (article 172 LMSS)** : s'assurer de l'accessibilité aux personnes handicapées des actions de prévention,, de promotion et d'éducation à la santé
 - **Tests d'orientation diagnostique rapide (article 39 LMSS)** : nouvelles précisions à venir par arrêté.

La prévention : enjeu majeur de la santé publique

- ⇒ La définition de la santé publique issue de la loi de modernisation de notre système de santé comprend des actions de prévention et la notion de parcours
- La prévention dès le plus jeune âge :
 - **Expérimentation autour de l'obésité de l'enfant (LFSS, article 68) :** repérage et prescription par le médecin traitant
 - **Médecin traitant de l'enfant (LMSS, article 76) :** désigné par les parents, il détient des missions particulières.
 - **Parcours éducatif en santé (LMSS, article 3) :** dans tous les établissements scolaires et d'éducation spéciale
 - **Vaccination prescrite et/ou réalisé par les sages-femmes pour l'entourage du nouveau-né (LMSS, article 127) :** protection du nouveau-né

Outillage des professionnels pour améliorer les parcours de soins

Des outils pour améliorer la coordination, la continuité des soins, la prévention et le suivi médical, médico-social et social d'une personne

- **Secret partagé (LMSS, article 96) :** la notion d'équipe de soins inter-établissements et services
- **Dossier médical partagé (LMSS, article 96) :** création, contenu et utilisation
- **Dossier pharmaceutique (LMSS, article 97) :** consultation du dossier d'un patient par le médecin qui le prend en charge au sein d'un établissement de santé
- **Valorisation des consultations pluridisciplinaires (LFSS, article 80):**
 - Remise d'un rapport par le Gouvernement avant le 1^{er} octobre 2016
 - Evaluer l'amélioration de la prise en charge de ces consultations au regard des économies induites par leur développement

Outillage des professionnels pour améliorer les parcours de soins

Améliorer le parcours de soins en préparant les métiers de demain

- **Exercice en pratique avancée (LMSS, article 119)** : quels auxiliaires médicaux concernés? Quelles évolutions pour ces professionnels ?
- **Autres exemples d'évolution métiers :**
 - Les masseurs-kinésithérapeutes (LMSS, article 123)
 - Les orthoptistes (LMSS, article 131)
 - Les opticiens-lunetiers (LMSS, article 132)
 - Prescription des substituts nicotiques (LMSS, article 134)
 - Prescription d'activité physique (LMSS, article 144)

Fluidifier les parcours et favoriser l'autonomie des personnes

- **Plates-formes territoriales d'appui (LMSS, article 74):**
 - Définition du parcours de santé complexe
 - Soutien aux professionnels et prévention des hospitalisations inutiles et ruptures de parcours
- **Permanence des soins ambulatoires (LMSS, article 75):**
 - Régulation téléphonique par le numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente
- **Pacte territoire-santé, des mesures anti-désertification (LMSS, article 75):**
 - Installation des professionnels de santé et des centres de santé
 - Actions spécifiques pour des territoires isolés et quartiers prioritaires
- **Régulation des installations de chirurgiens-dentistes et sages-femmes**
- **Maison d'accueil hospitalière (MAH) (LMSS, article 100):**
 - Reconnaissance d'un statut (définition, public accueilli)
 - Cahier des charges MAH (conditions de création, d'organisation, de fonctionnement, de financement et modalités d'évaluation)

Fluidifier les parcours et favoriser l'autonomie des personnes

- **Projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif (LMSS, article 92)** : promouvoir l'autonomie de la personne, lui permettre de bénéficier de formations, d'informations, d'élaborer son parcours de santé. Cahier des charges en cours de concertation.
- **Dispositif « ITEP » (LMSS, article 91)** : inscription dans le code du mode de fonctionnement en dispositif pour les établissements médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap
- **Prescription de la facturation des prix de journée (LFSS, article 75)** : les prix de journée des ESMS pourront être payés par l'assurance maladie si la prestation à laquelle ils se rapportent ont eu lieu il y a moins d'un an.
- **Dispositif d'orientation permanent (LMSS, article 89)** : mise en mouvement du rapport Piveteau.

Gouvernance nationale, régionale et locale

● **Evolution majeure de la gouvernance locale dans le champ médico-social:**

■ **Création de nouvelles instances :**

- Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des PA
- Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
- Maisons départementales de l'autonomie

=> Des lieux à investir ou réinvestir

■ **Renforcement de la coordination ARS/département/Région:**

- Le PCD transmet au DG ARS ou au Préfet de région tout acte d'autorisation relevant de sa compétence exclusive => modalités définies par décret

● **Renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie:** plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins entre Etat et UNCAM, pour 2 ans.

● **Une révolution silencieuse:** l'adaptation régionale des conventions d'assurance-maladie (hors tarifs)

- Par de contrats types régionaux arrêtés par le DG ARS, sur la base des contrats types nationaux
- Afin de favoriser l'installation des professionnels de santé ou des centres de santé en fonction des zones d'exercice déterminées

Au niveau local, votre vigilance doit porter sur:

⇒ **Vos relations avec les Conseils Départementaux et/ou métropoles :** majeures et incontournables

- ⇒ positionnement central des départements comme pilotes de la politique publique locale en direction des PA
- ⇒ compétences affirmées des départements en matière d'action sociale et de PA dans le cadre de la réforme territoriale:
 - ⇒ Possibilité de déléguer ces compétences aux métropoles

⇒ **La mise en place des maisons départementales de l'autonomie- MDA :**

- ⇒ **Choix PCD soumis à avis conforme COMEX MDPH et avis CDCA:** au sein desquels vous pouvez siéger + CC national donnant lieu à labellisation par la CNSA
- ⇒ Mise en commun des missions des CD en faveur des PA et des PH (MDPH)
- ⇒ Enjeu de gouvernance locale majeur, notamment eu égard aux modifications apportées par la LMSS en matière d'orientation permanente des PH et de gestion des « situations critiques ».

⇒ **La création du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie – CDCA:**

- ⇒ assure la participation des PA (CODERPA) et des PH (CDCPH)

=> Institution dans chaque département d'une **conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** en charge de 6 missions tenant à :

- L'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles
- L'attribution du forfait autonomie aux résidences autonomie (ex foyers logements)
- La coordination des actions de prévention conduites par les SAAD pour PA
- La coordination des actions de prévention conduites par les SPASAD
- Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants
- Le développement d'actions collectives de prévention

=> **Composition** : Présidée par le PCD et vice présidée par le DG ARS, l'ANAH, les Caisses de retraites, l'AM et la Mutualité

=> Relations avec les caisses de retraites locales: se faire repérer comme interlocuteur majeur en matière de prévention de la perte d'autonomie

=> **Modèle d'organisation** : le PCD est chargé de transmettre le rapport d'activité annuel de la conférence à la CNSA et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

- ⇒ **Objectif** : établir un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention
- ⇒ Peut être compétente sur le territoire de la métropole lorsque que le département a délégué ses compétences à l'égard des PA.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) délègue annuellement les financements dédiés et assure l'animation nationale du réseau des conférences des financeurs.

Focus sur la conférence des financeurs

- **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : 6 missions.**



Changements de la planification sanitaire et médico- sociale et du droit des autorisations sanitaires et médico-sociales

Le schéma régional de santé, nouveau cadre de la planification sanitaire ... et médico- sociale !



Attention : le SRS fixe des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre médico-sociale **ET** les autorisations médico-sociales, y compris celles déjà existantes, devront être compatibles avec ces objectifs

Mobilisation FEHAP durant la campagne parlementaire pour aboutir à la création d'une **procédure formalisée de révision** des autorisations médico-sociales qui seraient incompatibles avec le schéma : délai d'un an, procédure contradictoire, droit à accompagnement par CPOM

- **Sont exonérés de la procédure d'AAP sous conditions :**
 - regroupements sans extension dépassant 30 % de la capacité que cette augmentation soit demandée et atteinte en une ou plusieurs fois,
 - transformations sans modification de la catégorie des bénéficiaires,
 - créations/extensions des lieux de vie et d'accueil,
 - les projets d'extensions de capacité n'excédant pas 10 places ou lits, inférieurs à un seuil fixé par décret
 - projets de créations/transformation/extension de centres d'accueil pour demandeurs d'asile
- **Exonération de la procédure d'AAP pour certaines opérations de transformations à condition de conclusion d'un CPOM :**
 - transformations d'ESSMS avec modification de la catégorie des bénéficiaires à l'exception des services à domicile non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'AS et non autorisés à délivrer des soins
 - transformations d'établissements de santé en ESSMS sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret

Ces projets de transformation ne doivent pas entraîner une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret
- **Garantie procédurale : La commission d'information et de sélection d'appel à projet SMS donne son avis sur ces projets de transformation**

Les SAAD agréés ayant une activité auprès des bénéficiaires de l'APA ou la PCH ont basculé dans le nouveau régime d'autorisation → possibilité de demander au PCD une extension d'activité hors AAP jusqu'en 2022

Création par les résidences services d'un SAAD autorisé pour leurs résidents → exonération de la procédure d'AAP sous réserve du respect du CDC national

Un nouveau découpage territorial

La fin des territoires de santé et des conférences de territoire, avec **l'instauration de 2 niveaux de découpage des régions :**

- Les territoires de démocratie en santé
 - Ressort des conseils territoriaux de santé au sein desquels sont représentés les établissements sanitaires et sociaux
 - Des territoires a priori plus resserrés que les actuels territoires de santé
- Les zones d'implantations d'activité de soins, d'équipements matériels lourds et de laboratoires de biologie médicale
 - l'ARS a la possibilité de fixer des zones par activités de soins ou de fixer des zones communes
 - Les objectifs quantifiés seront exprimés par zones

A retenir / à faire en matière de planification

- Lire et se repérer dans le schéma régional, à la fois dans les chapitres thématiques (ex: médecine, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée) et parfois aussi dans les chapitres transversaux (ex: filière gériatrique, parcours)
- identifier les objectifs du schéma régional de santé en matière d'offre médico-sociale et les comparer à l'existant
- Identifier les zones de répartition d'activités de soins, y repérer ses implantations, identifier les modifications éventuelles des objectifs quantifiés

Mutations dans les outils de coopération sanitaire, sociale et médico-sociale

Les outils de coopération vus dans la loi ASV et la LMSS

● GCSMS :

Nature juridique du groupement fixée par ses membres sous 2 réserves :

- obligatoirement personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou de ces dernières et de personnes morales/physiques exerçant des professions de santé
- personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement de personnes privées
- Le GCSMS poursuit un but non lucratif

Stratégie de coopération dans le cadre de l'expérimentation SPASAD :

Expérimentations d'un nouveau modèle intégré d'organisation et de financement des SPASAD pouvant être mises en œuvre par des SSIAD et des SAAD dans le cadre d'un GCSMS ou d'une convention de coopération

● GCS :

- Possibilité d'exploiter une autorisation d'activité de soins ou d'EML en commun au sein d'un GCS de moyens
 - Une des dispositions les plus importantes du PLMSS
 - Chaque opérateur reste titulaire et responsable de ses autorisations mais le GCS offre un cadre coopératif pragmatique pour développer de nouvelles activités, en pouvant mutualiser l'atteinte des conditions techniques de fonctionnement
- Le projet d'ordonnance prévoit :
 - un dispositif d'incompatibilité entre les fonctions de fabricant ou distributeur de produit de santé et celles de membres d'un GCS, ce dans un but de prévention des conflits d'intérêts
 - La possibilité pour des établissements de santé d'apporter l'ensemble de leurs autorisations à un GCS-établissements de santé, mais pour autant de pouvoir rester des membres dudit GCS (débat interne au Ministère)

- **GHT :**
 - Stratégie territoriale de coordination de l'offre publique sanitaire en première intention mais aussi médico-sociale, en particulier dans le champ des personnes âgées
 - L'objectif du groupement est de définir, autour d'un établissement support :
 - Un projet médical partagé concrétisant une stratégie de prise en charge commune à tous les établissements du GHT,
 - accompagnée le cas échéant de transferts d'activités,
 - et visant à mutualiser et/ou coordonner une large part des fonctions supports (SI, DIM de territoire, achats, formation initiale et continue des paramédicaux et médicaux, DPC, ..)
 - Le décret d'application du 27 avril :
 - A fait disparaître entre la V1 et la V2 du projet de décret l'association des établissements partenaires au Comité stratégique du GHT pour débattre des activités faisant l'objet de la coopération (la FEHAP avait fait une proposition analogue pour la CME du GHT). DGOS indique que rien ne l'empêche.
 - Un point de désaccord majeur pour la FEHAP : la possibilité d'une approbation de la convention constitutive de GHT par décision implicite du DG-ARS. Surveiller le recueil des actes administratifs !



Dans ce contexte rénové, pourquoi et comment coopérer ?

- Pour **développer des stratégies de services**, mutualiser des fonctions supports : exemple du GCSMS SPASAD, le groupement d'employeurs, le GCS PUI, le GIE d'imagerie...
 - PUI : un projet d'ordonnance facilite les coopérations en matière de pharmacie par simple convention, sans GCS, (conventions, domicile/officine, ESMS/PUI, ...)
- Pour **répondre aux stratégies des pouvoirs publics** :
 - Les établissements d'HAD sont systématiquement associés à l'élaboration du projet médical partagé
 - Les établissements privés sanitaires et médico-sociaux peuvent coopérer par convention avec le GHT, sur les thématiques et selon les modalités de leur choix
 - la FEHAP recommande à ses adhérents de travailler ensemble à des stratégies collégiales et qui fédèrent leurs différents métiers sanitaires et médico-sociaux, en établissement et à domicile.
 - Les ESPIC peuvent conclure un accord d'association avec le GHT
- Pour conforter leur positionnement, s'adapter, développer des **stratégies territoriales privées non lucratives au service de parcours de soins et d'accompagnement fluides** :
 - Une palette graduée selon les objectifs de la coopération : de la convention à la création d'une nouvelle personne morale (GCS, GIE, GCSMS)
 - Distinction entre les coopérations autonomes (la convention, l'association, le GIE, ...) et les coopérations subordonnées (GCS et GCSMS)
 - La coopération comme une étape... : le mandat de gestion/la délégation de gestion d'exploitation d'autorisation, l'union d'associations et l'apport partiel d'actifs...



Généralisation de la contractualisation : une réforme structurelle majeur pour le secteur médico-social, une adaptation pour le champ sanitaire

Le cadre législatif et réglementaire

Loi ASV

- **CPOM obligatoire pour les EHPAD:**
 - Se substitue aux conventions tripartites pluriannuelles
 - Se substitue aux conventions d'aide sociale
- **CPOM obligatoire pour les expérimentations SPASAD**
- **CPOM obligatoire pour les résidences autonomie (ex foyers-logements)**
- **CPOM optionnel pour les SAAD**

LFSS 2016

- **CPOM obligatoire champ handicap**
- **CPOM obligatoire SSIAD**

Décryptage CPOM EHPAD: article 58 loi ASV

- **CPOM obligatoire pour les EHPAD:**
 - Se substitue aux conventions tripartites pluriannuelles
 - Se substitue aux conventions d'aide sociale
- **Calendrier de mise en application :**
 - 1^{er} janvier 2017 , en 5 ans: programmation conjointe ARS/CD arrêtée au plus tard le 31/12/2016 => période 2017-2021
 - Au gré du renouvellement des conventions tripartites :
 - Pour les gestionnaires pluri EHPAD: l'arrivée à échéance de la première CTP emporte la contractualisation pour l'ensemble des EHPAD d'un même département ou d'une même région
 - **Prendre rang auprès des financeurs**
 - Possibilité de signer des avenants aux CTP dans l'attente de la signature du CPOM
- **Périmètre du CPOM:**
 - Mono établissement ou pluri établissements
 - Peut inclure d'autres catégories d'ESSMS: PH, social...du même ressort territorial
 - Départemental voire pluri départemental/régional



Décryptage obligation CPOM handicap

- **Calendrier de mise en application :**
 - 1^{er} janvier 2017:
 - signature des CPOM
- **Catégories d'établissements et services (ESSMS) concernés:**
 - 2° L312-1: enfance handicapée
 - 5° L312-1: CRP et ESAT
 - 7° L312-1: adultes handicapés dont SSIAD pour leurs places « PH »
 - 6° L312-1: SSIAD pour leurs places « personnes âgées »
- **Montée en charge progressive sur 6 ans de la contractualisation dans le champ du handicap:**
 - 2017-2023
 - Sur la base d'une programmation conjointe CD/ARS: par voie d'arrêté révisable annuellement

- **Nouveau cadre budgétaire : EPRD**
 - Mise en place des EPRD à la signature du CPOM pour le champ du handicap
 - Mise en place des EPRD dès 2017, sans attendre le CPOM, pour les EHPAD

 - Modèle fixé par arrêté: en concertation
 - Règles fixées par décret: en concertation

- **Contrat négocié sur la base d'un CPOM type national:**
 - Cahier des charges nationale fixé par arrêté: en concertation
 - Adaptable aux périmètre pluri activités: intégrant d'autres catégories d'ESSMS
 - Intégrera:
 - des indicateurs de suivi et de gestion,
 - des indicateurs d'activité,
 - le suivi des « partenariats » dont l'intervention de l'HAD,
 - la liste des financements complémentaires: PASA, frais de transports des AJ...

- **Point dur de la négociation dans la loi suite au travail d'influence de la Fehap:**
 - Liberté d'affectation et conservation des résultats déficitaires et excédentaires:
 - Affectation des excédents négociés et priorités fixées dans le CPOM
 - En lien avec les objectifs du contrat
 - Intégration des frais de siège sociaux via le socle de prestations d'hébergement obligatoire des EHPAD

Contractualisation: la LFSS 2016 pour les établissements de santé ?

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (art 81)

- Promotion de la pertinence et de maîtrise des dépenses: bon usage des médicaments, développement de l'ambulatoire et notamment la mise sous accord préalable, maîtrise des dépenses de transports, ...
 - Jusqu'à présent, une diversité de contrats conclus entre les établissements, l'ARS et l'assurance maladie: CBUM, CAQOS transports, CAQOS médicaments...
 - Chacun avec des engagements et des échéances différents: dont le suivi s'ajoute à celui des autres contrats (CPOM, Contrat de retour à l'équilibre...)

- **L'article 81 crée un contrat qui rassemble ces différentes thématiques et unifie le cadre juridique applicable aux engagements des établissements dans ce domaine.**

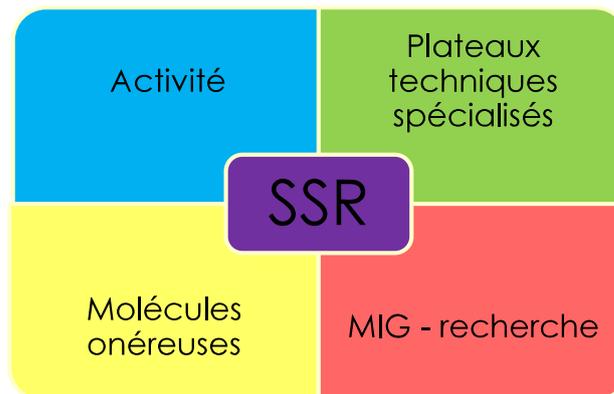
● Le Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins

- Vise tous les établissements de santé: a minima:
 - volet relatif au bon usage des médicaments, produits et prestations (jusqu'à présent, le CBUM ne concernait que les établissements émergeant sur la liste en sus)
- Peut comporter des volets additionnels: pertinence des actes et des soins, dès lors que l'établissement a été ciblé par le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins défini par l'ARS (en chirurgie ou en SSR, prescriptions de transports, ...), en alternative à une procédure de mise sous accord préalable
- Conclu avec l'ARS et l'assurance maladie, pour une durée indéterminée concernant le volet médicaments, et pour **une durée maximum de 5 ans s'agissant des volets additionnels**
- Evaluation annuelle de la réalisation des objectifs fait
- Intègre un dispositif de pénalité en cas de non respect des engagements : plafond de 1% des recettes assurance maladie par volet, dans la limite de 5%; pour les médicaments, il peut être appliqué une minoration de 30% du remboursement de la liste en sus, il peut également être prononcé une MSAP

Financement des activités de SSR : coup d'envoi du processus de réforme !

Allocations de ressources en SSR, le nouveau modèle

- Les enveloppes DAF et OQN sont supprimées
- il est créé un **objectif national de dépenses de SSR** comportant l'identification de 2 sous-objectifs particuliers : molécules onéreuses et MIGAC
- **Deux échelles tarifaires** sont prévues
 - en revanche, la demande de la FEHAP d'organiser - au moins à titre transitoire de 2017 à 2022 - une échelle spécifique pour les OQN dits « tout compris » fonctionnant avec des médecins salariés, n'a pas abouti à ce jour.
- Le financement des établissements sera constitué d'une part directement liée à l'activité, le cas échéant complétée de financements au titre des molécules onéreuses, des charges de plateaux techniques et des missions d'intérêt général.



Allocations de ressources en SSR, le nouveau modèle

- **Financement à l'activité :**
 - Une **dotation modulée à l'activité** (DMA) : valorisation de l'activité des années antérieures par une fraction des tarifs de l'année n affectés d'un coefficient prudentiel et le cas échéant d'un coefficient géographique et par le taux moyen de prise en charge de l'assurance maladie
 - Une **part variable**, directement liée à l'activité de l'année n valorisée par la fraction restante des tarifs
 - Il est prévu une **répartition cible entre DMA et variable de l'ordre de 80/20**, pour apporter plus de visibilité et de stabilité pluriannuelles aux établissements de santé

philosophie proche de celle des « hôpitaux de proximité », pour les établissements de santé ne comportant que des services de médecine polyvalente, en lien avec les professionnels de premier recours (article 52 LFSS 2015, décret du 20 mai 2016 paru au JO du 24 mai).

Etat d'esprit de la mission ministérielle confiée à Olivier Véran : moins de « paiement à l'acte » et rééquilibrage de la T2A vers une approche en dotations.

- **Molécules onéreuses** : une liste de molécules facturable en sus est établie et révisée annuellement.
Principe d'un paiement sur facture, le prix de la molécule étant toutefois affecté d'un coefficient minorateur.
En cas de maîtrise de l'enveloppe nationale molécules onéreuses, le reliquat de financement lié au produit des coefficients minorateurs sera reversé aux établissements
- **Plateaux techniques** : compensation forfaitaire de charges liées au fonctionnement de certains plateaux et qui ne seraient pas « captées » par les tarifs
Une liste limitative des plateaux concernés sera arrêtée et le financement sera accordé à l'établissement sous condition de justifier de l'utilisation du plateau
- **Missions d'intérêt général** : financement forfaitaire des surcoûts liés à certaines activités ou à la prise en charge de populations spécifiques.
Un arrêté détermine la liste de missions et les critères d'attribution du financement. Déjà une première liste dans la circulaire budgétaire 2016.
Le financement est alloué par l'ARS et tracé dans le CPOM de l'établissement
- **Actes et Consultations externes** : l'activité de consultations externes des établissements sera dorénavant financée, sur le même modèle qu'en MCO. Disposition d'ouverture importante pour le virage ambulatoire et la valorisation d'activités aujourd'hui non financées (principe de globalité de la DAF).

Calendrier et modalités du changement

- **Le temps de la réforme** :
Un déploiement progressif sur la période mars 2017 – mars 2022
Dans cet intervalle, les tarifs seront affectés d'un coefficient de transition propre à chaque établissement, fixé au regard de l'écart positif ou négatif entre son niveau de ressources antérieur et celui calculé par le nouveau modèle.
Ce coefficient est établi chaque année par l'ARS
- Des **simulations financières** par établissements sont annoncées pour le 2^{ème} trimestre et permettront de mesurer les impacts économiques du nouveau modèle et donc la progressivité à mettre en œuvre sur les 5 ans à venir
- En 2016 :
 - Pour les établissements sous DAF et sous OQN
Des financements MIG pour la scolarisation des enfants et la réinsertion professionnelle
 - Pour les établissements sous DAF
Des financements de molécules onéreuses

- **Décrire son activité** de manière complète et exhaustive : ce qui fera demain la ressource
 - Les compétences de DIM/TIM dans l'établissement
 - Le circuit de l'information dans l'établissement et la gestion de ses éditeurs de logiciels
 - La formation du personnel au CSARR
 - Le remplissage exhaustif de FICHCOMP
- Connaître et **maîtriser ses coûts**
 - La comptabilité analytique, la participation à l'ENC, la gestion des achats
- Ne pas oublier le stratégique pendant les travaux tarifaires !
 - Surveiller **le SROS et des avenants, et le PRS** de demain,
 - Ne pas rester isolé dans son segment SSR du **parcours de soins et d'accompagnement** (soit sur le versant court séjour, soit sur le versant médico-social, soit sur le versant premier recours et domicile (HAD de rééducation) ou, mieux encore, dans une connexion avec les 3 facettes de coopération pour les parcours.
 - Penser à ses enjeux de **taille critique**, souvent trop faible, et anticiper sur les regroupements confortatifs souhaitables. Surtout dans un contexte d'éloignement des états-majors des ARS dans les régions XXL. Pour continuer à exister dans leur scope.

Focus métier : établissements pour personnes âgées

L'hébergement pour personnes âgées

« Un rôle non négligeable dans les nouveaux textes de loi »



Résidences Autonomie

Avant la loi ASV

« Foyer-logement »
GMP 300 et accueil – 10% GIR 1-2

Après publication la loi ASV

« Résidence
Autonomie »

Nouvelle écriture
juridique

Mission
de
Prévention

Forfait autonomie
et
Prestations
minimales

Accueil de PA
plus dépendantes

seuils à définir
par décrets

EHPAD

Réforme de la tarification

- Substitution CPOM aux CTP
- Forfaitisation budget soins et dépendance
- Décrets d'application en cours de rédaction

Nouvelles
prérogatives
des agents de la
DGCCRF

Transparence des tarifs

- Socle minimal de prestations d'hébergement au 1/07/16
- Transmission des tarifs pour publication sur site internet
- Nouvelle formule de calcul réévaluation annuelle TH

Extrait site internet

EHPAD du Puy-de-Dôme	Résidence douce vita	EHPAD brivadois																																																																		
<p>CCAS - Ville de Clermont-Ferrand Public</p> <p>7, rue du sapein blanc 63000 CLERMONT FERRAND</p> <p>01 23 45 67 89</p> <p>ehpad@pdd.com</p> <p>Site internet</p> <p>Habillé à l'aide sociale à l'hébergement</p>	<p>Association Aide 62 Privé non-lucratif</p> <p>8 boulevard Georges-Sapin 63000 CLERMONT FERRAND</p> <p>01 23 45 67 89</p> <p>ehpad@pdd.com</p> <p>Site internet</p> <p>Conventionné APL</p>	<p>Groupe Orpès Haute-Loire Privé commercial</p> <p>Rue d'Incaire 43100 BRIOUDE</p> <p>01 23 45 67 89</p> <p>ehpad@pdd.com</p> <p>Site internet</p> <p>Habillé à l'aide sociale à l'hébergement</p>																																																																		
<p>Tarifs de l'établissement</p> <p>Prix de l'hébergement permanent (socle de prestations)</p> <table border="1"> <tr><td>Chambre seule</td><td>50€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre seule ASH</td><td>45€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double</td><td>80€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double ASH</td><td>70€/jour</td></tr> </table> <p>Prix de l'hébergement temporaire (socle de prestations)</p> <table border="1"> <tr><td>Chambre seule</td><td>60€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre seule ASH</td><td>52€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double</td><td>85€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double ASH</td><td>80€/jour</td></tr> </table> <p>Tarifs dépendance</p> <table border="1"> <tr><td>Tarif GIR 1 et 2</td><td>20€/jour</td></tr> <tr><td>Tarif GIR 3 et 4</td><td>12€/jour</td></tr> <tr><td>Tarif GIR 5 et 6</td><td>6€/jour</td></tr> </table> <p>Capacité totale de 50 à 100 places/logements</p> <p>Type d'hébergement</p> <p>Hébergement permanent</p> <p>Hébergement temporaire</p>	Chambre seule	50€/jour	Chambre seule ASH	45€/jour	Chambre double	80€/jour	Chambre double ASH	70€/jour	Chambre seule	60€/jour	Chambre seule ASH	52€/jour	Chambre double	85€/jour	Chambre double ASH	80€/jour	Tarif GIR 1 et 2	20€/jour	Tarif GIR 3 et 4	12€/jour	Tarif GIR 5 et 6	6€/jour	<p>Tarifs de l'établissement</p> <p>Prix de l'hébergement permanent (socle de prestations)</p> <table border="1"> <tr><td>Chambre seule</td><td>57€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre seule ASH</td><td>49€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double</td><td>87€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double ASH</td><td>72€/jour</td></tr> </table> <p>Prix de l'hébergement temporaire (socle de prestations)</p> <table border="1"> <tr><td>Chambre seule</td><td>58€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre seule ASH</td><td>52€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double</td><td>88€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double ASH</td><td>84€/jour</td></tr> </table> <p>Tarifs dépendance</p> <table border="1"> <tr><td>Tarif GIR 1 et 2</td><td>23€/jour</td></tr> <tr><td>Tarif GIR 3 et 4</td><td>14€/jour</td></tr> <tr><td>Tarif GIR 5 et 6</td><td>7€/jour</td></tr> </table> <p>Capacité totale de 50 à 100 places/logements</p> <p>Type d'hébergement</p> <p>Hébergement permanent</p> <p>Hébergement temporaire</p>	Chambre seule	57€/jour	Chambre seule ASH	49€/jour	Chambre double	87€/jour	Chambre double ASH	72€/jour	Chambre seule	58€/jour	Chambre seule ASH	52€/jour	Chambre double	88€/jour	Chambre double ASH	84€/jour	Tarif GIR 1 et 2	23€/jour	Tarif GIR 3 et 4	14€/jour	Tarif GIR 5 et 6	7€/jour	<p>Tarifs de l'établissement</p> <p>Prix de l'hébergement permanent (socle de prestations)</p> <table border="1"> <tr><td>Chambre seule</td><td>57€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre seule ASH</td><td>47€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double</td><td>86€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double ASH</td><td>74€/jour</td></tr> </table> <p>Prix de l'hébergement temporaire (socle de prestations)</p> <table border="1"> <tr><td>Chambre seule</td><td>63€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre seule ASH</td><td>53€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double</td><td>81€/jour</td></tr> <tr><td>Chambre double ASH</td><td>84€/jour</td></tr> </table> <p>Tarifs dépendance</p> <table border="1"> <tr><td>Tarif GIR 1 et 2</td><td>25€/jour</td></tr> <tr><td>Tarif GIR 3 et 4</td><td>15€/jour</td></tr> <tr><td>Tarif GIR 5 et 6</td><td>8€/jour</td></tr> </table> <p>Capacité totale de 50 à 100 places/logements</p> <p>Type d'hébergement</p> <p>Hébergement permanent</p> <p>Hébergement temporaire</p>	Chambre seule	57€/jour	Chambre seule ASH	47€/jour	Chambre double	86€/jour	Chambre double ASH	74€/jour	Chambre seule	63€/jour	Chambre seule ASH	53€/jour	Chambre double	81€/jour	Chambre double ASH	84€/jour	Tarif GIR 1 et 2	25€/jour	Tarif GIR 3 et 4	15€/jour	Tarif GIR 5 et 6	8€/jour
Chambre seule	50€/jour																																																																			
Chambre seule ASH	45€/jour																																																																			
Chambre double	80€/jour																																																																			
Chambre double ASH	70€/jour																																																																			
Chambre seule	60€/jour																																																																			
Chambre seule ASH	52€/jour																																																																			
Chambre double	85€/jour																																																																			
Chambre double ASH	80€/jour																																																																			
Tarif GIR 1 et 2	20€/jour																																																																			
Tarif GIR 3 et 4	12€/jour																																																																			
Tarif GIR 5 et 6	6€/jour																																																																			
Chambre seule	57€/jour																																																																			
Chambre seule ASH	49€/jour																																																																			
Chambre double	87€/jour																																																																			
Chambre double ASH	72€/jour																																																																			
Chambre seule	58€/jour																																																																			
Chambre seule ASH	52€/jour																																																																			
Chambre double	88€/jour																																																																			
Chambre double ASH	84€/jour																																																																			
Tarif GIR 1 et 2	23€/jour																																																																			
Tarif GIR 3 et 4	14€/jour																																																																			
Tarif GIR 5 et 6	7€/jour																																																																			
Chambre seule	57€/jour																																																																			
Chambre seule ASH	47€/jour																																																																			
Chambre double	86€/jour																																																																			
Chambre double ASH	74€/jour																																																																			
Chambre seule	63€/jour																																																																			
Chambre seule ASH	53€/jour																																																																			
Chambre double	81€/jour																																																																			
Chambre double ASH	84€/jour																																																																			
Tarif GIR 1 et 2	25€/jour																																																																			
Tarif GIR 3 et 4	15€/jour																																																																			
Tarif GIR 5 et 6	8€/jour																																																																			

Nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Fiche de synthèse

Loi créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

1. Thématique : USAGERS
2. Titre : Droits des personnes en fin de vie

DE QUOI S'AGIT-IL ?

3. **Mots clés :** Usagers. Droits. Directives anticipées. Personne de confiance. Sédation profonde et continue.

4. Notice/résumé :

Onze ans après la loi Leonetti, une nouvelle « loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » a été promulguée le 2 février 2016.

Ce texte renforce la notion de « demande usager » et amène davantage la personne malade en position de décideur chaque fois que possible. De ce fait, la loi accentue la prise en compte de la volonté de la personne en matière de refus de traitement, la portée des directives anticipées, et le rôle de la personne de confiance. De plus, elle introduit la possibilité de la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

5. Contexte de l'adoption du texte // contexte institutionnel (donner des clés d'interprétation pour le DG) // Articulation textuelle :

La promulgation de la loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie est intervenue à la suite de l'engagement n°21 de la campagne présidentielle de 2012.

Ainsi est mise en place en juillet 2012 la Commission de réflexion sur la fin de vie en France, qui publie le rapport Sicard en décembre 2012, puis le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) fait paraître un rapport sur le débat public concernant la fin de vie en octobre 2014.

Enfin, les débats parlementaires débutent en janvier 2015 par la proposition de loi faite par Jean Leonetti et Alain Claeys, respectivement députés républicain et socialiste, conférant une légitimité politique transversale, inscrivant ce texte dans la durée. L'absence de saisine du Conseil constitutionnel par les parlementaires, sur ce texte, montre, au-delà de débats parfois vifs, le caractère consensuel du texte et l'effort qui a été consenti pour y parvenir, au-delà des convictions et sensibilités politiques et

Fiche technique FEHAP

ENTRÉE EN VIGUEUR ?

La loi en faveur des malades et des personnes en fin de vie a été promulguée le 2 février 2016. Elle introduit la possibilité de la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en respectant la volonté de la personne de confiance et de la personne de confiance.

Le rôle de la personne de confiance et de la personne de confiance

Le rôle de la personne de confiance est de représenter la personne malade en fin de vie et de lui rendre compte de son état de santé et de son évolution. Elle doit être désignée par la personne malade en fin de vie, en présence de son médecin traitant, et de son médecin généraliste ou de son médecin spécialiste. Elle doit être désignée par la personne malade en fin de vie, en présence de son médecin traitant, et de son médecin généraliste ou de son médecin spécialiste.

a) L'accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale

La loi introduit, à la demande de la personne en fin de vie, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale, en présence de la personne de confiance et de la personne de confiance. Cette procédure est applicable à une personne en phase terminale, à condition que la personne de confiance et la personne de confiance soient d'accord.

b) L'accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale

La loi introduit, à la demande de la personne en fin de vie, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale, en présence de la personne de confiance et de la personne de confiance. Cette procédure est applicable à une personne en phase terminale, à condition que la personne de confiance et la personne de confiance soient d'accord.

c) L'accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale

La loi introduit, à la demande de la personne en fin de vie, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale, en présence de la personne de confiance et de la personne de confiance. Cette procédure est applicable à une personne en phase terminale, à condition que la personne de confiance et la personne de confiance soient d'accord.

d) L'accès à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale

La loi introduit, à la demande de la personne en fin de vie, la sédation profonde et continue jusqu'au décès, en phase terminale, en présence de la personne de confiance et de la personne de confiance. Cette procédure est applicable à une personne en phase terminale, à condition que la personne de confiance et la personne de confiance soient d'accord.

Fiche technique FEHAP

- Décrets importants en attente :
 - Directives anticipées
 - Procédure collégiale
 - Travaux HAS

