

Perspectives

sanitaires & sociales

édito



Marie-Sophie Desaulle,
Présidente de la FEHAP

Ce nouveau numéro de la revue *Perspectives sanitaires et sociales* intitulé « Financements : le PNL face au défi des réformes » sort dans un contexte où les pouvoirs publics s'attaquent à des chantiers de taille comme le financement de l'autonomie et du grand âge ou encore le plan ma santé 2022 pour ne citer qu'eux.

Pour satisfaire le besoin d'information des adhérents de la FEHAP sur les réformes à l'œuvre ainsi que pour présenter les positions de notre Fédération et de ses établissements et services, nous avons articulé ce dossier avec des articles des institutions, pouvoirs publics et parlementaires et sénateurs, en miroir d'articles et interviews d'adhérents. Ainsi, vous pourrez retrouver un article de Jean-Marc Aubert, Directeur de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et Directeur de la *task force* sur le financement de la santé, un interview de Jacques Leglise, Directeur général de l'Hôpital Foch et Président de la conférence des Directeurs généraux d'établissements MCO de la FEHAP, ou encore un interview de Florent Gueguen, Directeur général de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS).

Notre Fédération est plus que jamais mobilisée pour accompagner ces réformes indispensables pour notre système de santé et des solidarités tout en restant vigilante sur leurs conséquences et impacts sur nos établissements et services et vis-à-vis des usagers au sein des territoires.

JUILLET / AOÛT 2019

N°265

FINANCEMENTS : LE PNL FACE AU DÉFI DES RÉFORMES



Directeur de publication : Antoine Perrin

Coordinatrice des publications : Elise Hussenot

Éditeur : FEHAP - 179, rue de Lourmel - 75 015 Paris

Rédacteurs de la FEHAP : Elise Hussenot, Sophie Nivière, Nina Plantin, Clarisse Broux, Anne Lecoq, les chargés de mission.

Coordination et suivi de projet éditorial :
Maryse de Wever, Elise Hussenot, Emmanuelle Simoneau.

Suivi du dossier : Elise Hussenot

Conception et réalisation graphique :
Atelier des grands pêcheurs - www.ateliergrandspecheurs.fr

Visuel de couverture : 123RF

Imprimeur : Imprimerie Pierre Trollé
Chemin de la Houssoye - 62 870 Buire-le-Sec - Tél. : 03 21 84 46 60

Régie publicitaire : Colloquium - contact : Christophe Painvin
2-8 rue Gaston Rebuffat - 75019 Paris - 06 88 38 05 15

Abonnements : 179, rue de Lourmel - 75 015 Paris
Emmanuelle Simoneau - Tél. : 01 53 98 95 21 - Fax : 01 53 98 95 02
Possibilité de souscrire en cours d'année

Abonnement France : 220 euros - TVA : 2,10 % (port inclus)
En cas de changement d'adresse, merci de nous adresser
par courrier ou télécopie le changement de coordonnées.

CPPAP : N°0722 G 84064 - **ISSN :** 0757-0481
Dépôt légal à publication



RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail Internet www.fehap.fr

LA FÉDÉRATION

- Offres d'emploi
- CVthèque

ACTIVITÉS & SERVICES

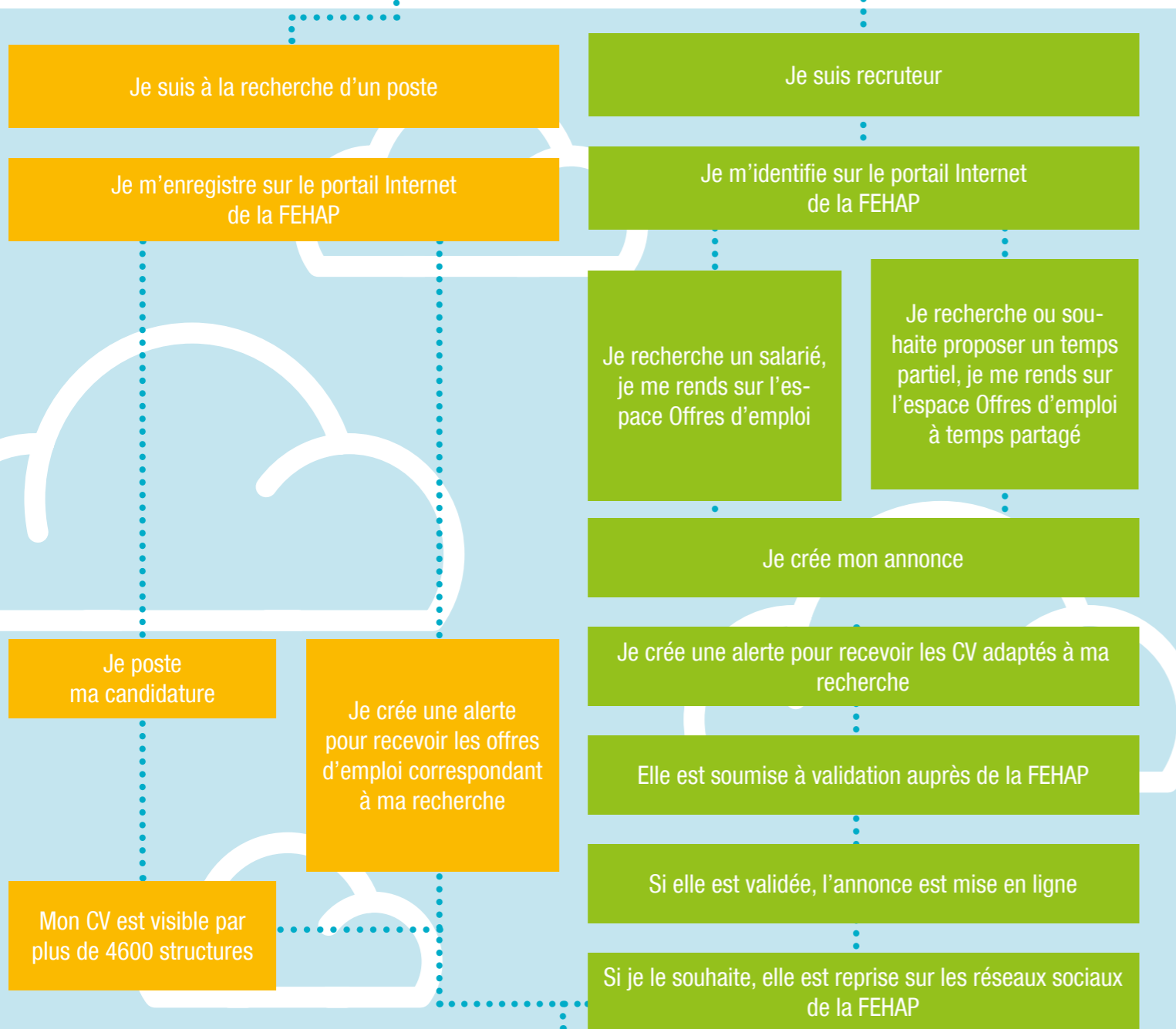
- Service Civique
- Espace candidat

ESPACE EMPLOI

- Espace recruteur
- Au cœur des métiers

ESPACE RÉGIONS

- Travailler au siège



Perspectives

sanitaires & sociales

4	<i>Actualités</i>	50	<i>Relations du travail</i>
8	<i>La vie des adhérents</i>	52	<i>Médico-social</i>
15	<i>Rendez-vous</i>	54	<i>International</i>
		56	<i>Publications</i>

16 Dossier

p. 18 ▶ Interview d'**Olivier Veran**, député

p. 20 ▶ Vers un paiement combiné, article de **Jean-Marc Aubert**, Directeur DREES, pilote de la *task force* financement Ma santé 2022

p. 22 ▶ Interview de **Jacques Leglise**, Directeur général, Hôpital Foch

p. 26 ▶ Pathologies chroniques : de nouvelles modalités de paiements pour favoriser le suivi au long cours des patients, article de **Sandrine Billet**, Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé

p. 30 ▶ Vers un financement à la qualité ? Article de **Didier Guidoni**, membre de la *task force* financement Ma santé 2022

p. 32 ▶ Vers un nouveau modèle de financement en psychiatrie : entre adhésion et inquiétude, article de **Xavier Chevassu**, Directeur général, Association hospitalière de Bretagne

FINANCEMENTS : LE PNL FACE AU DÉFI DES RÉFORMES



p. 34 ▶ Interview de **Dominique Libaut**, Président du Haut conseil au financement de la protection sociale

p. 37 ▶ Interview de **Bernard Bonne**, Sénateur

p. 39 ▶ Interview d'**Eric Batcave**, Directeur pôle médico-social, groupe AHNAC

p. 41 ▶ Interview de **Brigitte Bernex**, Directrice de projet SERAFIN-PH, DGCS

p. 42 ▶ Interview de **Paul Rigato**, Directeur, Accueil Savoie Handicap

p. 44 ▶ Interview de **Florent Gueguen**, Directeur général, Fédération des acteurs de la solidarité

p. 46 ▶ Interview de **Thierry Mila**, Directeur de l'Association Maison d'accueil Arles

RELATIONS DU TRAVAIL

Lors de la Commission paritaire de branche (CPB) du 24 juin les échanges se sont poursuivis sur :

1 LA MISE EN PLACE DE LA COMMISSION PARITAIRE PERMANENTE DE NÉGOCIATION ET D'INTERPRÉTATION (CPPNI)

Les autorisations d'absence, les temps de préparation et de trajet ont plus particulièrement donné lieu à débats. L'accent a été mis également par certaines organisations syndicales sur le caractère indissociable de l'accord relatif à la CPPNI et celui sur le fonds du dialogue social. Ce caractère devrait, selon elles, être mis en exergue. Les employeurs ont indiqué, qu'après cette réunion, un texte serait proposé à la signature des organisations syndicales.

2 LA MISE EN PLACE D'UN FONDS DU DIALOGUE SOCIAL

Certaines organisations syndicales ont réaffirmé leur souhait de voir ce fonds financer les frais du paritarisme au-delà des instances répertoriées par les employeurs. La CFDT ainsi que la CGT ont fait parvenir leurs propositions.

3 LE PROJET D'ACCORD SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (FORMATION PROFESSIONNELLE)

Un tour de table a eu lieu sur le projet de texte présenté par les employeurs aux organisations syndicales. Ont été évoqués plus particulièrement :

- **Le recrutement** : apprentissage, professionnalisation ;
- **La politique de qualification** : la promotion et la reconversion : conseil en évolution professionnelle, bilan de compétences, VAE, promotion et reconversion en alternance, compte personnel formation.

Force Ouvrière a insisté sur la nécessité d'adapter par voie d'avenant l'accord formation de 2015 afin de rendre opérationnel certains dispositifs dans l'attente de la finalisation de la négociation du nouvel accord formation. ✕

SANITAIRE

LA FEHAP LANCE UNE FEUILLE DE ROUTE POUR SA COMMUNAUTÉ MÉDICALE

Dans le cadre de sa mobilisation pour la transformation du système de santé, la FEHAP lance une feuille route pour sa communauté médicale avec notamment la création d'une instance dédiée aux travaux des Présidents de Conférence Médicale d'Etablissement (CME). La FEHAP s'appuiera ainsi sur cette Conférence qui vient compléter le groupe de travail des médecins DIM déjà existant au sein de la Fédération ainsi que des médecins référents par spécialité. Ensemble, ils seront sollicités pour leur expertise médicale sur l'organisation, la qualité, l'évaluation, et l'innovation dans la santé. ✕

DIFFÉRENTIEL DE CHARGES : LA FEHAP OBTIENT L'OUVERTURE D'UNE MISSION INDÉPENDANTE

À l'occasion d'une rencontre avec Marie-Sophie Desaulle, présidente de la FEHAP et Antoine Perrin, directeur général, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé le lancement d'une mission indépendante sur le différentiel de charges entre les établissements de santé publics et privés à but non lucratif demandée par la Fédération.

Cette mission, qui sera conduite conjointement par l'Inspection Générale des affaires sociales (IGAS) et par l'Inspection Générale des finances (IGF) visera à objectiver définitivement le différentiel de charges sociales et fiscales entre les deux secteurs. À ce jour, ce différentiel entre les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et les établissements publics de santé n'est toujours pas reconnu par les pouvoirs publics. ✕

URGENCES : LA MINISTRE ENTEND LA FEHAP

Lors du rendez-vous de Marie-Sophie Desaulle, Présidente de la FEHAP et Antoine Perrin, Directeur général de la FEHAP avec Agnès Buzyn, la Ministre a apporté les éclaircissements demandés par la Fédération concernant l'indemnité forfaitaire de risque au bénéfice des professionnels des services d'urgence. Agnès Buzyn a assuré à la Fédération que le secteur privé non lucratif bénéficierait d'un traitement équitable par rapport au secteur public. Bien que la FEHAP accueille très favorablement cette annonce, la Fédération a rappelé qu'elle ne suffira pas, seule, à mettre fin à la crise actuelle. Il est essentiel de soutenir le renforcement de la logique de parcours de santé, organisé à partir du domicile, premier maillon de la chaîne, ainsi que le développement d'une offre et d'un suivi de proximité. ✕

LA FEHAP AFFIRME SES ENGAGEMENTS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN DIALYSE À L'OCCASION DU CONGRÈS ANNUEL MRC

À Beaune, le 20 juin 2019, la FEHAP a contribué au rendez-vous incontournable du secteur associatif dédié aux maladies rénales chroniques (MRC) dont l'édition était placée sous le signe de l'innovation et de la co-construction de projets entre les établissements privés à but non lucratif, les professionnels et les patients.

La FEHAP comprend une cinquantaine d'adhérents disposant d'une autorisation de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Ils assurent 42% de l'offre de soins de dialyse en France, avec un développement majeur de la prévention, une forte implication dans l'accès à la greffe, et un renforcement de la dialyse hors-centre de proximité et à domicile (68,35% de l'offre pour le secteur privé non lucratif, pour une moyenne nationale de 44,8%, tous secteurs confondus).

À l'occasion de ce colloque, la Fédération a réitéré ses principes et ses positions :

➤ **Des valeurs humanistes** : la FEHAP considère que l'accompagnement social et le soin ne peuvent se construire sans tenir compte du vécu et du retour d'expérience des personnes qui en bénéficient.

➤ **Son attachement au service public**

➤ **Des bonnes pratiques** : la FEHAP a à cœur le respect de principes de gestion vertueuse tels qu'une conduite budgétaire rigoureuse, l'accès dès que possible à la liste des greffes, la qualité et la pertinence des prises en charges, le développement des alternatives à la dialyse en centre.

La Fédération, très attachée aux bonnes pratiques de gouvernance, de rémunération, de gestion et d'organisation, regrette que la juste dénonciation de pratiques pénalement condamnables et éthiquement inacceptables de certains acteurs de la santé, très minoritaires, conduise à des amalgames qui aboutissent directement ou indirectement à entacher l'image et la probité de ses adhérents et à inquiéter injustement les patients qui leur font confiance. ✕

MÉDICO-SOCIAL

CPOM MÉDICO-SOCIAUX : LA FEHAP ALERTE SUR LE RISQUE CROISSANT D'INDUSTRIALISATION DU PROCESSUS DE NÉGOCIATION

La FEHAP a récemment conduit une étude sur la méthode de contractualisation dans le champ social et médico-social. Elle a été réalisée auprès d'un millier de directeurs d'établissements et services du champ social et médico-social.

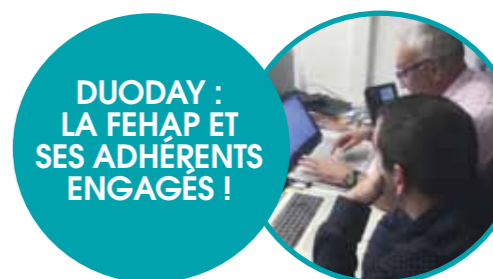
Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), rendu obligatoire depuis quelques années pour la majorité des structures du champ social et médico-social, est un outil de gouvernance et de pilotage stratégique destiné à faciliter la mise en œuvre opérationnelle des enjeux régionaux et départementaux (définition des missions de la structure et des financements, implantation géographique...).

Deux enseignements majeurs peuvent être tirés de cette étude :

1 Un retard dans la démarche d'abord. Seulement 23% des répondants à l'étude disposent d'un CPOM signé. La moitié n'ayant pas encore engagé de démarche de négociation CPOM.

2 Pour les établissements ayant déjà signé un CPOM, le processus de négociation est souvent perçu comme « industriel », avec la fixation d'objectifs standards, parfois peu en prise avec la richesse des activités développées par les acteurs de terrain.

La FEHAP appelle à la vigilance des pouvoirs publics pour que les CPOM gardent leur finalité stratégique. La démarche de négociation contractuelle est, en effet, bien censé renouveler le dialogue entre les autorités et les organismes gestionnaires. ✕



DUODAY : LA FEHAP ET SES ADHÉRENTS ENGAGÉS !

La FEHAP a participé le 16 mai à cette nouvelle édition de Duoday en constituant trois duos salarié/personne en situation de handicap au siège de la Fédération, aux côtés d'Antoine Perrin, Directeur Général de la Fédération, au sein de la Direction de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie, et au Service des systèmes d'informations. ✕

Perspectives

sanitaires & sociales

ABONNEZ-VOUS EN LIGNE !
www.perspectives.fehap.fr



ACTUALITÉS DES SECTEURS SANITAIRE,
SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

DÉCRYPTAGE DES ÉVOLUTIONS
LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

DOSSIERS THÉMATIQUES

ÉCHO DES RÉGIONS

RUBRIQUES :

Systemes d'information, Relations du travail, Formation, Achats, Droit et santé, etc.

ABONNEZ-VOUS !

6 n° par an
+ suppléments
+ 2 hors-série
Abonnement
au tarif de 220€

**TOUS LES DEUX MOIS, RETROUVEZ LA REVUE
D'INFORMATION DU SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF
DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, RÉDIGÉE
PAR DES EXPERTS DE VOS SECTEURS D'ACTIVITÉ**

BULLETIN D'ABONNEMENT Perspectives Sanitaires & Sociales

À COMPLÉTER ET À RENVOYER À :

Perspectives Sanitaires & Sociales / Service abonnements
179, rue de Lourmel - 75 015 PARIS - Tél. 01 53 98 95 21

OUI, je m'abonne pour 1 an
à Perspectives Sanitaires & Sociales

Je joins mon règlement par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre de la FEHAP
 Mandat administratif

Date :

Signature et cachet :

COORDONNÉES

NOM :

Prénom :

Code adhérent :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Tel. :

Conformément aux dispositions de la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les personnes physiques disposent d'un droit d'accès et de rectification des données nominatives communiquées. Ce droit s'exerce sur simple demande auprès du siège de la FEHAP. Ces informations sont destinées à la FEHAP uniquement.

Actualités

SOCIAL

MINEUR·E·S NON
ACCOMPAGNÉ·E·S :
UN FICHAGE
CONTRAIRE AUX
DROITS ET LIBERTÉS
RECONNUS PAR
LA CONSTITUTION

Le Conseil constitutionnel a examiné mardi 9 juillet la question prioritaire de constitutionnalité (QPC) posée par nos 22 organisations au sujet de l'article 51 de la loi « asile et immigration » portant création du fichier biométrique des mineur·e·s non accompagné·e·s.

Nous attendons qu'il reconnaisse l'atteinte injustifiée et disproportionnée que porte cet article à l'exigence constitutionnelle de protection de l'intérêt supérieur de l'enfant et au droit au respect de la vie privée. Nous dénonçons l'impact dramatique de ce fichier sur la protection de ces enfants vulnérables. Selon les informations recueillies par InfoMIE, ce fichier est déjà mis en place dans treize départements dans des conditions très aléatoires. Il produit des conséquences désastreuses : absence d'accueil provisoire d'urgence avant le passage en préfecture, guichet unique entre préfecture et département entretenant la confusion dans l'esprit des jeunes, absence d'interprètes, prise d'empreinte conditionnant la poursuite de l'évaluation... La FEHAP et ses partenaires rappellent que les mineur·e·s non accompagné·e·s sont avant tout des enfants et adolescent·e·s en danger et qu'il incombe aux autorités françaises de tout mettre en œuvre pour respecter l'intérêt supérieur de l'enfant. ✕

ÇA SE PASSE À LA FEHAP...

LA FEHAP ACHÈVE LA TRANSFORMATION DE SON ORGANISATION INTERNE

Depuis plusieurs mois, la FEHAP travaille sur l'évolution de son organisation afin de favoriser l'engagement de ses adhérents, améliorer son efficacité interne et sa capacité d'influence. Les services de la fédération, 86 salariés, sont aujourd'hui organisés en trois pôles pilotés par Antoine Perrin, directeur général et, à ses côtés, François Grimonprez nommé directeur général adjoint.

Un pôle MÉTIER qui regroupe 4 directions :

- la direction des relations du travail sous l'autorité de **Sylvie Amzaleg**,
- la direction de l'autonomie et la coordination des parcours de vie sous l'autorité de **Jean-Christian Sovrano**,
- la direction de l'offre de soins et la coordination des parcours de santé dont le directeur est en cours de recrutement et dont le nouveau directeur adjoint, **François Moro**, vient d'arriver,
- la direction de la formation, l'innovation et la vie associative sous l'autorité d'**Alice Casagrande**.

Un pôle SUPPORT qui regroupe :

- la direction de la communication pilotée par **Maryse de Wever** nouvellement recrutée,
- la direction de l'observation et des études sera pilotée par **Emin Agamaliyev**, docteur en économie, qui rejoindra la FEHAP et prendra ses fonctions en septembre prochain,
- les services institutionnels de la fédération sous l'autorité du DGA.

Enfin, un pôle RÉSEAU qui regroupe les 28 chargés de mission qui assure une présence de la fédération par 1 à 3 collaborateurs sur chacune des 15 régions, dont l'Océan Indien et la création d'un poste temps plein pour Antilles-Guyane.

Au niveau de la gouvernance et l'élection récente de **Marie-Sophie Desaulle**, Présidente, la FEHAP s'appuie sur le travail de 14 commissions et comités associant chacune 24 adhérents. Pour soutenir l'ensemble de cette démarche d'organisation, la FEHAP lance la refonte du socle de ses services numériques au travers de son projet « e-FEHAP 2020 » dont la plateforme collaborative soutenant les travaux des commissions, comités et groupes de travail sera opérationnelle au dernier trimestre 2019. ✕

Plus
d'informations sur
le portail FEHAP :
www.fehap.fr

ANTILLES-GUYANE ▶ Murielle Mepa

SUCCÈS DU PREMIER GROUPE DIRECTEURS 2019 DE LA FEHAP ANTILLES-GUYANE



LE 15 MAI DERNIER s'est tenu le premier « Groupe Directeurs » de l'année 2019 de la FEHAP Antilles-Guyane. Cette rencontre qui a réuni une quinzaine de Directeurs et d'Adjoints de Direction, a eu lieu au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Terrevillage, en Martinique. Certains adhérents de la Guadeloupe et de la Guyane ont également pu prendre part à cette rencontre par visio-conférence.

Lors de cette réunion, plusieurs thématiques ont pu être abordées. La séance débuta par une présentation des services de la société Alizé Environnement, société spécialisée dans le traitement des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI). Par la suite, Aurélie Gaonac'h, Chargée de projet Recherche, Innovation et Vie associative, a pu présenter le volet innovation de la FEHAP, notamment NOVAP et les Trophées de l'innovation.

Enfin, en clôture de cette rencontre, Jean-Christian Sovrano, Directeur de l'Autonomie et de la coordination des parcours de vie, aborda les grandes actualités du secteur médico-social, dont la circulaire budgétaire 2019, les propositions de la FEHAP dans le cadre du Grand Âge et les conclusions du Rapport Libault. ✕



LES PROCHAINES FORMATIONS DÉLOCALISÉES AUX ANTILLES-GUYANE INSCRIVEZ-VOUS NOMBREUX !

15 Octobre 2019 : L'analyse financière Dirigeants et Comptables (1 jour)

16 et 17 Octobre 2019 : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses / Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses dans le secteur médico-social (2 jours)

Inscrivez-vous en ligne sur le site de la FEHAP ou contactez la Chargée de mission Antilles-Guyane : antillesguyane@fehap.fr

BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

▶ Lauriane Prandato

11 DUOS FORMÉS À LA FONDATION ARC-EN-CIEL DANS LE CADRE DU DUO-DAY 2019

EN CE JEUDI 16 MAI 2019, les salariés de la Fondation Arc-en-Ciel se sont mobilisés afin de faire découvrir leur métier et leur environnement de travail à des personnes en situation de handicap. Dans le but de dépasser les préjugés et d'avancer vers l'inclusion, 11 duos sur 23 offres ont été formés à la Clinique Médicale Brugnon Agache à Beaujeu (Haute-Saône), au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Bretegnier à Héricourt (Haute-Saône), à la Maison d'Accueil Spécialisé La Mosaïque à Lure (Haute-Saône), à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Résidence Les Vergers à Rougemont-le-Château (Territoire de Belfort), ainsi qu'à la Direction Générale de la Fondation à Montbéliard (Doubs).



Cette année ce sont ainsi les expériences professionnelles d'Animateur, d'Agent d'accueil, d'Agent de service Hospitalier, d'Agent Technique, d'Ergothérapeute, de Directeur Général, de Comptable, et d'Assistant de service social, etc., qui ont été partagées.

Cette démarche Duoday s'inscrit naturellement au sein de la politique Handicap ambitieuse de la Fondation Arc-en-Ciel qui accueille près de 9% de travailleurs handicapés. ✕

L'ASSOCIATION HOSPITALIÈRE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ (AHBFC) OUVRE UN HÔPITAL DE JOUR DÉDIÉ AU SUJET ÂGÉ



DEPUIS DÉBUT AVRIL 2019, un second hôpital de jour dédié aux troubles psycho-comportementaux en lien avec des maladies neurodégénératives vient compléter le dispositif ambulatoire de psychiatrie du sujet âgé de la Haute-Saône.

Ce sont au total 4 à 6 patients qui peuvent être accueillis quotidiennement sur une journée complète par deux professionnels soignants (infirmier et aide médico-psychologique) qui proposent des temps de soins indivi-

dualisés ou en groupe, mutualisés ou non avec l'hospitalisation complète. L'Hôpital de Jour Esquirol permet ainsi une prise en charge en sortie d'hospitalisation complète, ou inaugurale, et offre ainsi des temps de répit aux aidants. En parallèle de cette ouverture, une consultation intersectorielle et sans limite d'âge (adulte et personne âgée) a été mise en place : il s'agit d'une consultation d'évaluation et d'orientation devant des troubles du comportement ne relevant pas exclusivement d'une pathologie psychiatrique (indications neuro-psychiatriques) proposée aux équipes de psychiatrie puis dans un second temps à la médecine libérale. ✕

BRETAGNE ▶ Laure Chevallot Thounel et François Beuzit

UN NOUVEAU SERVICE DE RÉADAPTATION AMBULATOIRE MODERNE ET INNOVANT AU SEIN DE LA FONDATION ILDYS : UNE OFFRE UNIQUE DE SOINS DANS LE FINISTÈRE

INAUGURÉ EN MAI, le nouveau service de réadaptation ambulatoire de la Fondation Ildys est organisé autour de 52 lits d'hospitalisation complète et de 14 places d'hospitalisation à temps partiel. Il comprend une salle de sport équipée de machines de réentraînement à l'effort avec programmes individualisés, une salle de gymnastique, plusieurs salles de réunion, et des bureaux médicaux et de soins.

Chaque programme de réadaptation physique se construit avec les exigences d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP). Les aides et compétences apportées par l'équipe pluri-disciplinaire de soins et de rééducation sont fondées sur les attentes et besoins du patient, dans le cadre d'un programme de soins personnalisé.

Pris en charge par les caisses d'assurance maladie, les programmes de soins s'adressent aux patients de plus de 65 ans ayant chuté, ainsi qu'aux patients atteints d'un cancer avant, pendant ou après les traitements. Dans le 1er cas, les effets recherchés sont une amélioration de la condition physique, de l'autonomie et de la qualité de vie. Dans le second, il s'agit de lutter contre la fatigue et d'améliorer la tolérance aux traitements. Le médecin du service et le patient s'entendent sur le rythme des séances, pendant 8 à 12 semaines. L'émulation est favorisée par des activités de groupe complétées par des séances individuelles. ✕



Inauguration officielle du service, le 14 mai 2019.

60^e ANNIVERSAIRE DU CDPA DE MOSELLE

AU COURS du dernier trimestre 2018, le Comité Départemental de Prévention en Alcoologie et Addictologie de Moselle (CDPA) a fêté le 60^e anniversaire de sa création.

Créé en 1958, le CDPA gère deux établissements, un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dont l'activité se déploie sur le mode ambulatoire sur l'ensemble du département de la Moselle, et un Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Alcoologie (SSRA) de 56 lits situé à 20 km de Metz.



Le Conseil d'Administration du CDPA a souhaité marquer cet anniversaire en organisant trois manifestations, de septembre à décembre 2018, sous le titre « 60 ans d'action ça se fête ».

▶ Au cours de la première rencontre, le doyen du Conseil d'Administration (CA) a retracé l'histoire et l'évolution de l'Association. Le président de la Coordination des Associations et Mouvements d'Entraide reconnus d'utilité publique (CAMERUP) a traité de la place des mouvements d'entraide dans le parcours de soins.

Un sociologue, membre du CA, a présenté l'évolution des stratégies de lutte contre l'alcoolisme en France au cours des 60 dernières années. Enfin un professeur de médecine, addictologue, a exposé l'évolution de l'alcoolologie vers l'addictologie sur le versant clinique.

▶ La deuxième journée a été consacrée, sous forme de conférence, assurée par un historien-chercheur, à une étude comparative des réflexes conceptuels et des pratiques cliniques aux États-Unis et en France de 1945 à nos jours.

▶ La troisième journée dédiée aux responsables ressources humaines des entreprises s'est déroulée en deux temps :

- une conférence sur la clinique des addictions et la complexité des dépendances
- la proposition de deux ateliers, l'un sur la manifestation des addictions en milieu professionnel, l'autre sur le comportement à adopter face à un salarié en difficulté sur son poste de travail.

Chacune de ces manifestations s'est clôturée par la présentation de pièces de théâtre ayant un rapport de près ou de loin avec les addictions. À cette occasion, un livre de témoignages, illustré par des portraits, comportant des textes de patients et de professionnels, a été édité. ✕

L'HÔPITAL LA MUSSE GÉRÉ PAR LA FONDATION LA RENAISSANCE SANITAIRE A DÉVELOPPÉ UN SERVICE DE RÉPIT POUR LES FAMILLES ET AIDANTS D'ENFANTS OU D'ADULTES AVEC UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

LES PARENTS ET LES PROCHES de personnes avec Troubles du Spectre Autistique (TSA) peuvent être confrontés à d'importantes difficultés dans leur rôle d'aidant. Cet accompagnement peut avoir des répercussions sur leur vie familiale, sociale et/ou professionnelle. L'aidant a alors besoin de temps de répit afin de souffler, se reposer, assurer ses démarches administratives, maintenir une activité professionnelle ou simplement s'accorder quelques loisirs.

Fort de ce constat, depuis le 1^{er} novembre 2017, les établissements La Musse proposent un service de répit à domicile pour les familles et les aidants d'enfants et adultes avec un TSA (avec ou sans notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)) sur le territoire de l'Eure, autorisé et financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Normandie. Service qui a vu le jour grâce au soutien et à la collaboration des associations « L'oiseau bleu » et « Asperger Accueil », et du Centre Ressources Autisme de Normandie (CRAN).

L'objectif est de proposer une offre de répit souple et coordonnée avec les autres acteurs, adaptée aux besoins à la fois des personnes avec un TSA et à ceux des aidants principaux, afin de favoriser la poursuite d'une vie sociale et relationnelle, et de prévenir les risques d'épuisement.

Après un an de mise en œuvre, le constat a été posé qu'il serait bénéfique d'offrir une alternative à ce service en proposant aux familles de garder leurs enfants dans un lieu adapté à cet effet, avec les mêmes professionnels qui interviennent à domicile. Grâce au soutien de la Fondation Orange, la « Halte répit la Musse » a ouvert ses portes depuis le 1^{er} mai 2019.

Les familles ont ainsi le choix, soit de faire garder leurs enfants à domicile, soit de venir les accompagner dans un espace d'accueil adapté. Quelles que soient les modalités de prise en charge, les activités sont choisies en fonction des intérêts de la personne et basées sur la libre adhésion. ✕

INAUGURATION DES 4 ÉTABLISSEMENTS DE L'OHT LE 16 MAI 2019

C'EST SOUS UN SOLEIL RADIEUX qu'a eu lieu l'inauguration des quatre établissements médico-sociaux gérés par l'Œuvre Hospitalité Travail (OHT), fondée en 1880. Après 10 années de travaux, l'ensemble architectural a été entièrement reconstruit après avoir été démoli car trop ancien.

En effet, l'OHT est présente sur ce site depuis sa création à la fin du XIX^e siècle.

Comme son nom l'indique, l'OHT est fondée sur deux piliers : l'hospitalité et le travail. Elle est spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et œuvre afin d'offrir aux personnes qu'elle accompagne une vie professionnelle intégrée, épanouissante et valorisante.

Les établissements de l'OHT se veulent le plus inclusifs possible et leur situation exceptionnelle en plein cœur de Paris est largement contributrice de cette inclusion. La reconstruction de cet ensemble a été faite de telle manière à renforcer ce sentiment d'ouverture sur la ville, dans une volonté de créer un « village » avec sa place et son parc dans lequel on peut circuler librement et échanger entre tous.

Cet ensemble refait à neuf accueille au total 280 personnes dans 14 maisonnettes de 10 appartements dans le but de leur permettre de construire un parcours de vie harmonieux. Valérie Péresse, Présidente de la région Île-de-France, qui est venue inaugurer cet ensemble exceptionnel a conclu son allocution en affirmant que ce « village permet de réconcilier la ville, la nature et l'homme ». ✕



MES RIDES ONT UNE HISTOIRE



L'ÉTABLISSEMENT d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Les Pâquerettes, situé en Normandie, a souhaité mettre en avant la beauté et le parcours de vie de la personne âgée. Pour poser un regard nouveau sur nos aînés, l'établissement a travaillé en collaboration avec un artiste photographe (Nicolas Wilmouth) et une école de formation aux métiers de la photographie (Lycée saint Vincent de Paul du Havre). De ce travail ont émergé 17 portraits,

présentés sous forme de posters très grand format. Ceux-ci voyageront en Normandie tout au long de l'année 2019, lors d'une exposition itinérante. Dans une société où la personne âgée est posée comme un problème de coût de santé publique, de maladie, de dépendance, ce projet s'est donné pour objectif de valoriser le passé de chacun, mettre en avant le fait que les rides sont les sillons d'une aventure individuelle. Pour ce faire, chaque support photo est accompagné de la description d'un ou plusieurs événements marquants de la vie du résident.

Ces témoignages ont été recueillis par les élèves du collège voisin, lesquels ont pu constater les décalages générationnels en entendant le récit de métiers oubliés (ramasseur de galet, femme de terre-neuvas, agriculteur traditionnel cauchois), traces d'un temps où travail et loisir n'avaient pas le même sens. Ce projet a donc été l'occasion de créer du lien entre jeunes et moins jeunes, à travers l'image comme à travers les mots. ✕

L'ASSOCIATION LEHUGEUR-LELIÈVRE RÉCOMPENSE L'INNOVATION NUMÉRIQUE DE SES PROFESSIONNELS !

NOS PROFESSIONNELS ont du talent ! C'est un slogan qui pourrait être partagé par de nombreuses associations de la FEHAP. À l'association Lehueur-Lelièvre, plus qu'un slogan, c'est une réalité. Implantée dans l'Orne et le Calvados, elle est gestionnaire de 35 établissements couvrant l'ensemble des âges de la vie. Afin de récompenser l'innovation de ses professionnels, l'association organisait un grand concours. Tous les métiers étaient concernés et ont été invités à participer. L'objectif ? Améliorer l'accompagnement de l'usager, l'organisation du travail ou la communication par le biais du numérique. Une initiative gagnant-gagnant, pour récompenser les salariés les plus inventifs tout en améliorant la dynamique interne de l'association.

Dès la première quinzaine de juin les équipes constituées autour de projets ont exposé, devant un jury, leur proposition d'innovation numérique. À la clé, pour les heureux lauréats, deux fois 5.000 € – une dotation pour chacun des sites – pour mettre en œuvre leur idée qui sera mise en œuvre au deuxième semestre 2019. ✕

NOUVELLE AQUITAINE

► Hélène Lhostis, Aurélie Sadran
et Sarah Amilhaud

DUODAY 2019: UNE ÉDITION D'ENVERGURE

UN NOUVEL OUTIL à la mesure du succès de l'opération qui a été mis en place cette année!

Unique porte d'entrée pour tous les acteurs du dispositif, il permet de s'informer, candidater et suivre son inscription en ligne. Le Secrétariat d'Etat assure le pilotage du dispositif en impulsant parallèlement le déploiement du Duoday, en fédérant et mobilisant l'ensemble des partenaires des territoires. L'Association Laïque de Gestion d'Établissements d'Éducation et d'Insertion (Algeei), Lot-et Garonnaise à l'origine de ce dispositif en France, coordonne et met en œuvre les aspects fonctionnels, grâce à une équipe de 18 personnes intégralement dédiée.



Au-delà de son propos initial d'inclusion, Duoday est un outil transversal au service de tous, complémentaire des dispositifs existants en créant de nouvelles passerelles entre les acteurs de l'emploi et du handicap. Courte et simple, cette démarche permet de casser les codes habituels de l'employabilité, de favoriser la collaboration, le travail en réseau et de développer la créativité en matière d'emploi. ✖

OCCITANIE ► Laurie Gambier et Marie Guibreteau

L'UNAPEI 30 S'ENGAGE DANS UN PROCESSUS DE RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE DES ORGANISATIONS



C'EST AVEC LA VOLONTÉ de « faire sa part » que l'association s'est lancée, début 2018, dans une démarche de développement durable. Trois axes prioritaires ont ainsi été planifiés sur une durée de 5 ans:

- **La transition énergétique**: audit des bâtiments, bilan des émissions de gaz à effet de serre...
- **Le développement durable**: gestion de l'eau, des transports, lutte contre le gaspillage alimentaire...
- **La gestion des déchets**: réduction, tri, valorisation...

Ainsi, depuis début 2019, des diagnostics sont réalisés sur l'ensemble des établissements par une équipe de 13 intervenants. Les habitudes de fonctionnement, les consommations d'énergie et d'eau... tout ce qui peut avoir des conséquences sur les personnes et sur la planète est répertorié

et analysé. À l'issue de ces diagnostics, des préconisations permettront de mettre en œuvre un plan d'actions pour réduire notre impact environnemental.

Une politique de développement durable a été rédigée et affichée dans l'ensemble des établissements; politique qui s'inscrit pleinement dans notre cœur de métier. Elle est basée sur quatre piliers: économique, environnemental, social et sociétal.

À l'heure des grands enjeux liés à la protection et au respect de l'environnement, l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei) 30 s'engage pleinement dans la nécessaire transformation de son mode de fonctionnement pour laisser aux générations futures une planète vivante et durable. ✖

LE CHAR DU BON SAUVEUR AU CARNAVAL D'ALBI



DIMANCHE 3 ET 10 MARS DERNIER, le char du Bon Sauveur était fidèle au rendez-vous des deux défilés du carnaval d'Albi et il a défilé devant des dizaines de badauds.

Chaque année depuis 7 ans, le service des thérapies médiatisées et les patients préparent activement le char du carnaval d'Albi qui s'avère de plus en plus original et coloré. Le thème cette année était « Les îles ». Un magnifique pirate habillé de rouge, feutre noir et moustache frétille dominante dominait fièrement le char. Le succès remporté par cette belle création prouve qu'une fois de plus, grâce la grande inventivité des patients, encadrés par les infirmiers du service des thérapies médiatisées. Pour cette 64^e édition, ce char du Bon Sauveur a fait voyager petits et grands vers les îles paradisiaques. ✖

UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPÉS « HANDICAP PSYCHIQUE » SUR LE TERRITOIRE AVEYRONNAIS

LES ÉTABLISSEMENTS SAINTE MARIE

et la fondation OPTEO ont décidé d'associer leurs compétences au sein d'un groupement de coopération social et médico-social pour répondre à l'important défi, sur le territoire de l'Aveyron, d'accompagner les publics ayant des troubles psychiques à travers des parcours de vie sécurisés et promoteurs de citoyenneté et d'inclusion sociale.

Approuvé par l'Agence régionale de Santé (ARS) et le Conseil départemental, ce projet de 15 places de services d'accompagnement médico-social pour adultes présentant un handicap psychique est opérationnel depuis le 1^{er} avril dernier.

Sa mission est de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap psychique par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, et/ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Un fonctionnement en binôme (éducatif/soins), renforcé par des rencontres formelles d'équipe, sont la base de l'intervention du service.

Compte tenu du vaste territoire à couvrir et d'une population inégalement répartie sur le département, le projet favorise une approche géographique des interventions en proposant 3 lieux repérés comme point d'ancrage de l'organisation auxquels sont rattachées 3 équipes (Rodez, Villefranche de Rouergue, Millau). Ce projet était attendu depuis longtemps sur le département et fortement appuyé par l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). ✖

PAYS-DE-LOIRE ► Alexandra Thomas et Marine Lebréquier

LE TOUR DE FRANCE À CHEVAL HANDIDREAM FAIT ÉTAPE AU CENTRE DES CAPUCINS



AMPUTÉE D'UNE JAMBE

à la suite d'un accident de la voie publique, Aurélie Brihmat mène depuis le 30 mars dernier un Tour de France à cheval dans le cadre de son association Handidream. Elle relie ainsi différents centres de rééducation afin d'aller à la rencontre

des patients et familles, changer le regard sur le handicap et diffuser un message d'espoir. Le parcours inclut également la visite d'écoles, centres équestres et mairies. Échanger, sensibiliser et accompagner: tels sont les maîtres-mots de ce projet.

Le 27 mai, la jeune cavalière faisait étape au Centre des Capucins (Angers), accompagnée de son père, son chien et une équipe d'intendance bénévole. À l'occasion de ce 58^e jour de périple, un temps d'échanges a été organisé avec les enfants et adolescents du service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pédiatriques. Les questions, posées par les jeunes patients eux-mêmes, ont été travaillées en amont avec l'appui de l'équipe éducative. Les patients adultes ont également pu bénéficier d'une rencontre et partager avec Aurélie leur vécu, leur vision et leurs questions.

Cette aventure est rendue possible grâce à la mobilisation d'aides humaines, matérielles et financières. ✖



Soutenir et suivre le projet Handidream: <https://www.handidream.com/>

LE JARDIN IMAGINAIRE DE L'IME LE VAL DE SÈVRE RÉCOMPENSÉ AUX FLORALIES!



LES FLORALIES

ont lieu tous les 5 ans à Nantes. Il s'agit d'une prestigieuse manifestation horticole qui permet aux visiteurs de découvrir des scènes ornementales élaborées par des professionnels et des amateurs passionnés.

L'Institut Médico-éducatif (IME) Le Val de Sèvre, géré par les Œuvres de Pen-Bron, a participé à la 12^e édition qui s'est tenue du 8 au 19 mai. Ce projet fédérateur a permis aux jeunes l'unité Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP)

de contribuer, chacun à leur manière, à la réalisation d'un élément de la scénographie intitulée « Florvid'Arbre ».

Cette initiative a été rendue possible grâce à l'instauration de partenariats (pépinière « Les Jardins de Juliette », établissement et service d'aide par le travail (ESAT) de la Vertonne, association l'Étape) et à l'implication de l'équipe enseignante et éducative de l'IME.

Grâce à ce projet, les jeunes du SIPFP ont continué à progresser dans les apprentissages fondamentaux (français et mathématiques notamment) et en technique (soudure, ponçage, traçage, découpe de bois et de métal, production florale, mosaïques, vannerie peinture...).

La scénographie des jeunes de l'IME a suscité l'admiration des visiteurs et un certain engouement de la part du jury, qui leur a décerné le 2^e prix dans la catégorie « Jeunes Créateurs »! ✖

BIENVENUE AUX NOUVEAUX ADHÉRENTS

AUVERGNE-RHÔNE ALPES

L'ADAPT Puy de Dome

15 Avenue Léonard de Vinci
63000 CLERMONT FERRAND
SAMSAH-20 places

GCSMS Un Chez Soi d'Abord

70 rue de Stalingrad
38100 GRENOBLE

CENTRE VAL DE LOIRE

Groupement de Coopération Santé Escale Loir et Cher

4 rue de Weimar
41000 BLOIS

GRAND EST

Fondation Saint Charles de Nancy

Maison de Retraite Villa Saint Pierre Fourier

11 rue Laxou
54800 VILLERS LES NANCY
EHPAD-53 lits

Association Résonance Home Saint Jean Pôle Enfance

10 rue Chemin des Confins
68124 LOGELBACH
MECS-61 places

Association Résonance Pavillons Saint Jean Mulhouse

10 rue Chemin des Confins
68124 LOGELBACH
MECS-60 places

NOUVELLE AQUITAINE

Association Dépistages des Cancers Centre Régional de Coordination Nouvelle Aquitaine

Dépistage Cancers Centre Régional
10 rue Fregeneuil
16000 ANGOULEME

Association Dépistages des Cancers Centre Régional de Coordination Nouvelle Aquitaine

Dépistage Cancers Centre Régional
1 boulevard de Vladimir
17100 SAINTES

Association Dépistages des Cancers Centre Régional de Coordination Nouvelle Aquitaine

Dépistage Cancers Centre Régional
29 quai Gabriel Péri
19000 TULLE

Association Dépistages des Cancers Centre Régional de Coordination Nouvelle Aquitaine

Dépistage Cancers Centre Régional
2 rue Marcel Brunet
23000 GUERET

Association Dépistages des Cancers Centre Régional de Coordination Nouvelle Aquitaine

Dépistage Cancers Centre Régional
187 avenue Saint Jean d'Angely
79000 NIORT

Association Dépistages des Cancers Centre Régional de Coordination Nouvelle Aquitaine

Dépistage Cancers Centre Régional
203 Route de Gençay
86280 SAINT BENOIT

OCCITANIE

Association Notre Dame de Liesse Résidence Dominique Ribes

23 rue Mail Dal Bosc
11590 OUVEILLAN
EHPAD-84 places

OCEAN INDIEN

Association Maladie Neuro Dégénérative et Collectif

Maladie Neuro Dégénérative
et Collectif
15 impasse Théophile Lallemand
97427 LETANG SALE

PAYS DE LA LOIRE

Association Handi Espoir Pôle Habitat Résidence

30 rue Francine Robert
85000 LA ROCHE SUR YON
Résidence-41 places

AGENDA FEHAP

► 27 ET 28 NOVEMBRE 2019

44^e Congrès de la FEHAP. Marseille

► 17 OCTOBRE 2019

Journée domicile. Paris

AGENDA ÉVÉNEMENTS PARTENAIRES

► 16 OCTOBRE 2019

14^e Forum National des Associations
et des Fondations. Palais des Congrès de Paris.

ZOOM SUR LES FORMATIONS FEHAP

DES RENDEZ-VOUS NATIONAUX

- **Loi Santé 2019: quels impacts pour nos structures ?**, le 19 septembre
- **Faire équipe: un enjeu stratégique de management et de financement, Journée nationale de formation des directeurs**, le mardi 26 novembre 2019 (veille du Congrès) au Palais des Congrès, Marseille

- **Dirigeants bénévoles et directeurs salariés: exercer une vigilance financière**, les 7 octobre et 15 novembre
- **Créer et gérer un centre de santé: pourquoi? comment?**, le 9 octobre
- **Éthique et pratiques professionnelles au quotidien**, les 17 et 18 octobre

DES FORMATIONS TRANSVERSALES

- **Dossier de l'usager et protection des données personnelles**, le 18 septembre **NOUVEAU**
- **Les responsabilités de l'administrateur - champs de compétences et délégations**, le 19 septembre
- **Les statuts associatifs en pratique**, le 20 septembre **NOUVEAU**
- **Nouvelles dynamiques de la négociation collective**, le 23 septembre **NOUVEAU**
- **Achats: mener une négociation**, les 25 et 26 septembre
- **Collecte de fonds privés: stratégie et communication**, le 26 septembre

ET AUSSI, À LA RENTRÉE

- **Réforme de la formation professionnelle et de l'apprentissage: préparez votre politique de formation et votre plan de développement des compétences 2020**, le 11/09 à Lyon, le 19/09 à Montpellier, le 26/09 à Nantes, le 27/09 à Metz, le 1/10 à Bordeaux, le 3/10 à Paris.
- **Cycle Droit du travail et CCN 51 (8 journées en 4 modules de 2 jours)**, démarrage le 18 septembre



POUR EN SAVOIR PLUS

Rendez-vous sur le portail Internet:
www.fehap.fr
fil twitter: @FEHAP_actu



INFORMATIONS

01 53 98 95 03
formation@fehap.fr
<http://formation.fehap.fr/>

sommaire

p. 18 ▶ Interview d'**Olivier Veran**, député

p. 18 ▶ Vers un paiement combiné, article de **Jean-Marc Aubert**, Directeur DREES, pilote de la *task force* financement Ma santé 2022

p. 22 ▶ Interview de **Jacques Leglise**, Directeur général, Hôpital Foch

p. 26 ▶ Pathologies chroniques : de nouvelles modalités de paiements pour favoriser le suivi au long cours des patients article de **Sandrine Billet**, Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé

p. 18 ▶ Vers un financement à la qualité ? Article de **Didier Guidoni**, membre de la *task force* financement Ma santé 2022 p30

p. 32 ▶ Vers un nouveau modèle de financement en psychiatrie : entre adhésion et inquiétude, article de **Xavier Chevassu**, Directeur général, Association hospitalière de Bretagne

p. 34 ▶ Interview de **Dominique Libaut**, Président du Haut conseil au financement de la protection sociale

p. 37 ▶ Interview de **Bernard Bonne**, Sénateur

p. 39 ▶ Interview d'**Eric Batcave**, Directeur pôle médico-social, groupe AHNAC

p. 41 ▶ Interview de **Brigitte Bernex**, Directrice de projet SERAFIN-PH, DGCS

p. 42 ▶ Interview de **Paul Rigato**, Directeur, Accueil Savoie Handicap

p. 44 ▶ Interview de **Florent Gueguen**, Directeur général, Fédération des acteurs de la solidarité

p. 46 ▶ Interview de **Thierry Mila**, Directeur de l'Association Maison d'accueil Arles

FINANCEMENTS :

LE PNL

FACE AU DÉFI DES RÉFORMES



◆
ANTOINE PERRIN
Directeur général,
FEHAP

Les réformes de financement sont nombreuses dans notre secteur de la santé et des solidarités. Les chantiers en cours touchent tous les champs d'activité de nos adhérents : le plan Ma santé 2022 avec sa *task force*, le projet de loi Autonomie et Grand âge, l'arrivée prochaine de SERAFIN PH et la réforme de la tarification des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). La FEHAP et ses adhérents participent à tous les travaux qui se rapportent à ces évolutions.

Les intentions de ces réformes sont louables. Elles visent à mettre en place des financements aux parcours de soins et de vie et à mieux prendre en compte la qualité et la pertinence. C'est une démarche à laquelle la FEHAP adhère.

Jean-Marc Aubert, Directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et responsable de la *task force*, a remis, le 29 janvier, son rapport à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé. Il propose d'introduire

deux à cinq modalités de paiement dans notre système de santé avec l'objectif d'accroître la qualité des soins et d'encourager leur pertinence.

La transformation des modes de financement cherche à favoriser la valeur ajoutée apportée par les soins et l'accompagnement au patient et à l'ensemble de la population, que ce soit dans le secteur sanitaire, médico-social ou social. Les personnes doivent être assurées d'une approche qualifiée et pertinente, qui prend en compte

leurs particularités, y compris leurs aspirations propres, dans des parcours aux approches préventives et inclusives.

La FEHAP s'est montrée particulièrement volontaire et participative dans les travaux engagés. Cependant, nous resterons vigilants quant à la mise en œuvre et aux conséquences de ces mesures. Comme le souligne Paul Rigato, Directeur, Accueil Savoie Handicap « si la tarification actuelle est un facteur de complexité, nous devons être vigilants à ne pas produire un modèle encore plus compliqué ».

Nous resterons également vigilants sur les budgets alloués, de plus en plus contraints, qui affectent nos établissements et services. À titre d'exemple, la réforme de la tarification des CHRS qui s'accompagne d'une baisse importante des moyens alloués suscite de vives inquiétudes. En ces moments de transformation de notre système de santé, notre secteur privé non lucratif doit être guidé par sa valeur forte ; la solidarité. ✘



“ PLUSIEURS RÉFORMES SONT MENÉES DE FRONT, PARCE QU'IL ÉTAIT URGENT D'AGIR ”

Olivier Véran

Rapporteur pour la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale

Olivier Véran, en tant que rapporteur pour la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, nous donne son regard sur l'actualité du secteur, et notamment, sur les réformes d'ampleur lancées par le Gouvernement.

Dans le cadre de ma santé 2022, un grand chantier a été initié pour faire évoluer les modes de financement des établissements de santé, en quoi est-ce un enjeu important ?

Faire évoluer les modes de financement est un enjeu important, parce que l'organisation nouvelle des soins entre ville et hôpital, celle que nous appelons de nos vœux, mieux coordonnée, moins hospitalo-centrée, plus collaborative entre professions et secteurs d'activité, est conditionnée à cette réforme. Le financement actuel bloque désormais toute velléité de bouleversement de cette organisation.

Que pensez-vous des solutions proposées par Jean-Marc Aubert (financement assuré à 50% par l'activité puis de combiner cinq modalités différentes) ?

Maintenir une part de T2A pour des actes techniques, des séjours courts, est une bonne chose, que j'ai proposée dans mon

précédent rapport sur les modes de financement. De la même façon, je me retrouve totalement dans les objectifs fixés en matière de financement au parcours pour

Maintenir une part de T2A pour des actes techniques, des séjours courts, est une bonne chose

les maladies chroniques, ou encore à l'épisode de soins. L'ascension du financement à la qualité se heurte encore aujourd'hui à la faiblesse de nos indicateurs en la matière. Je déplore le retard pris par la France dans le domaine. Ce rapport a le mérite de fixer un cap, de donner de la lisibilité aux acteurs du soin. Il manque cependant d'objectifs

concrets, de cas pratiques, d'éléments de programmation quant à la mise en œuvre.

Rapport Libault vs rapport Bonne et Meunier? Que choisissez-vous? Sur les solutions proposées en matière de financement notamment ?

Je tiens tout d'abord à féliciter la qualité de ces travaux, fruit de mois de concertation. Néanmoins, il ne m'appartient pas de choisir entre ces deux rapports. J'estime que face à un enjeu de cette ampleur pour les futures générations, toutes les propositions doivent être prises en considération. Je note

ou pour être plus prospectif, miser sur le numérique, qui commence déjà à révolutionner la vie des personnes dépendantes et représente un véritable levier à tous les niveaux. La prévention, aussi, n'est pas l'apanage des jeunes et des actifs. Elle doit

selon vous la cohérence entre toutes ces réformes ?

Plusieurs réformes sont menées de front, parce qu'il était urgent d'agir. Notre système de protection sociale va être confronté à des enjeux que l'on ne peut plus

L'ascension du financement à la qualité se heurte encore aujourd'hui à la faiblesse de nos indicateurs en la matière



mettre de côté, comme le vieillissement de la population et les questions démographiques et financières qu'il soulève. C'est pourquoi nous nous devons d'anticiper ces changements sociétaux de façon cohérente et articulée entre les différentes réformes que nous menons. D'un point de vue budgétaire, nous parlons de masses monétaires considérables, dont il est utile de revisiter la répartition, notamment entre le curatif et la prévention, parent pauvre de nos politiques publiques pendant des décennies.

Bien que ce soit la première fois en dix ans que les tarifs hospitaliers augmentent, le secteur privé non lucratif reste le seul à subir une baisse de ses derniers. Ce modèle de gestion est pourtant reconnu par les pouvoirs publics comme le modèle à suivre, pourquoi ne pas le soutenir, via les tarifs notamment ?

Je peux comprendre cette remarque et je ne doute pas que le modèle du secteur privé non lucratif fait l'objet d'une attention particulière de la Ministre des Solidarités et de la Santé de par ses spécificités, notamment en termes de gestion. Elles ne sont pas remises en question, mais l'urgence de la situation à l'hôpital public était telle, qu'elle nécessitait des mesures exceptionnelles pour le secteur. ❌

cependant que le rapport Libault fait d'ores et déjà date, et sa mise en application en l'état ne me poserait aucune difficulté conceptuelle, bien au contraire. Il porte en lui toute l'ambition nécessaire.

D'après vous quelle mesure est décisive pour passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie (cf Rapport Libault) ?

Il est nécessaire d'encourager le maintien à domicile par un ensemble de mesures qui peuvent être mises en synergie. Je pense notamment au soutien aux proches aidants,

toucher particulièrement les publics fragiles. Nous devons limiter la dépendance, cela passe par un changement conceptuel à 180 degrés.

En tant que rapporteur général pour la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vous êtes en permanence investi sur les grandes réformes de notre système de santé et de protection sociale. Plusieurs sont menées de front (loi santé, loi autonomie). Quelle est

VERS UN PAIEMENT COMBINÉ

JEAN-MARC AUBERT

Directeur, DREES, Pilote de la task force financement
Ma Santé 2022

Missionné par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, en mars 2018 pour piloter une task force sur la question essentielle du financement, Jean-Marc Aubert nous livre dans cet article sa vision de l'organisation du système de soins et nous donne les priorités retenues par la ministre.

Les soins sont financés en France principalement à l'activité. C'est le cas notamment très majoritairement pour les soins en ville et les soins de médecine, chirurgie et obstétrique à l'hôpital. Dans certains domaines comme les soins de rééducation et de psychiatrie, le mode de financement dépend du secteur d'activité, public, privé à but non lucratif ou privé à but lucratif. Ces divergences conduisent d'ailleurs parfois à d'importantes différences dans la manière de prendre en charge les patients.

Ce financement à l'activité a conduit à une forte réactivité du système de santé au besoin immédiat du patient. En revanche, il peut inciter à la réalisation d'actes peu pertinents et laisse de côté la coordination. L'accompagnement à long terme des patients atteints de pathologie chronique n'est pas non plus favorisé, conduisant à une qualité parfois moyenne du suivi.

L'INTRODUCTION DE FINANCEMENTS À LA QUALITÉ

Des financements à la qualité ont été introduits depuis une dizaine d'années : la rémunération sur objectif de santé public pour les médecins généralistes et quelques autres spécialités et l'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ) pour les établissements. Mais leur poids dans le financement global du système de santé reste très faible, inférieur à 1 pour 1000 par exemple pour les établissements. Cette situation française est assez particulière car si dans d'autres pays, le financement à l'activité peut avoir une

place importante, il est souvent accompagné d'autres modes de financement.

Fort de ces constats, le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé ont mis en place il y a un an une task force pour faire évoluer le financement des soins et m'ont demandé de la diriger.

LE TRAVAIL D'UNE TASK FORCE DÉDIÉE

Cette task force a rendu au mois de janvier dernier des propositions à Agnès Buzyn. Ce rapport a été établi à partir d'une analyse des expériences françaises et internationales et de nombreux articles scientifiques. Il est aussi le fruit de centaines de rencontres avec des professionnels

La combinaison des modes de financement apparaît comme la solution conduisant à favoriser une amélioration de la prise en charge des patients

de santé, des associations de patients, des organisations représentant les établissements de santé, des financeurs ainsi que des experts du système de santé.

Sa principale proposition est de mettre en œuvre dans l'ensemble du système de santé un mode de financement combiné. En effet, tout mode de financement présente à la fois des avantages et des inconvénients. Par exemple, un mode de financement favorisant l'atteinte d'indicateurs

de qualité permettra une vraie évolution sur ces dimensions de la qualité, si elles sont en nombre réduit, mais créera un effet de halo, de nombreuses dimensions étant ignorées. La combinaison des modes de financement apparaît comme la solution conduisant à favoriser une amélioration de la prise en charge des patients tout en réduisant certains impacts négatifs des modes de financement.

DIVERSIFIER LES MODES DE FINANCEMENT

Après une concertation en février et mars avec l'ensemble des parties prenantes, la ministre a annoncé sa feuille de route en avril. Elle souhaite d'ici 2022 diversifier les modes de financement de l'ensemble des structures et professionnels de santé :

- Le paiement à la qualité et la pertinence sera généralisé progressivement. Il devrait atteindre environ 1 milliard d'euros par an pour les établissements d'ici 2022, et un plus grand nombre de spécialités et de professions en ville (cf. article spécifique sur le sujet).

Le paiement au suivi des pathologies chroniques sera mis en place en débutant dès 2019 par les établissements

- Le paiement au suivi des pathologies chroniques sera mis en place en commençant dès 2019 pour les établissements et en l'étendant au cours des années suivantes aux professionnels libéraux (cf. article spécifique).
- Des paiements plus forfaitaires seront mis en place soit pour favoriser une réorganisation des soins, comme pour la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), soit pour assurer la prise en charge d'une population ou la réalisation d'une mission de service public comme les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) actuellement. Ces paiements devront néanmoins être évalués à partir de critères objectifs et être équitables.
- Le paiement à l'activité gardera une place importante. Un effort important de mise à jour des nomenclatures apparaît indispensable. En effet, le renouvellement actuel de ces dernières est insuffisant. L'exemple le plus marquant est la biologie, pour laquelle des centaines d'actes nouveaux sont en attente d'inscription dans la Nomenclature des actes de biologie médicale

(NABM). Or, une nomenclature datée peut être, elle-même, source de non pertinence des actes, du fait de la non inscription des techniques nouvelles, du maintien de techniques dépassées ou encore d'incohérences importantes entre les coûts et les tarifs conduisant à privilégier certains actes ou procédures.

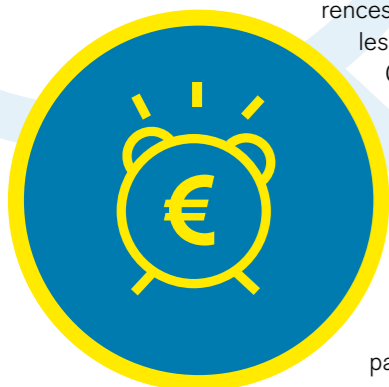
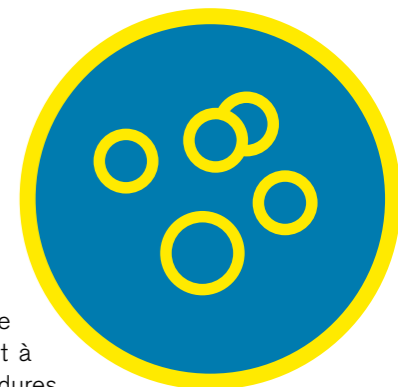
Dans certains secteurs, notamment les soins psychiatriques en établissement et les soins de suite et de réadaptation, les transformations s'accompagneront d'une évolution profonde des modes de financement du fait de modes actuels inéquitables.

Toutes ces transformations seront mises en place à l'issue d'un travail de co-construction avec les parties prenantes

Toutes ces transformations seront mises en place à l'issue d'un travail de co-construction avec les parties prenantes, comme les Fédérations, les professionnels de santé, certains établissements, les associations représentant les patients et les financeurs. Ce travail passera notamment par des rencontres de concertation, des ateliers spécifiques et la réalisation d'analyses médicales, statistiques et économiques.

L'évolution du financement ne peut seule favoriser la qualité des prises en charge et favoriser une meilleure pertinence des soins

L'évolution du financement ne peut seule favoriser la qualité des prises en charge et favoriser une meilleure pertinence des soins. C'est pourquoi elle s'inscrit dans une transformation plus globale du système de santé, qui touche à la fois la formation, l'organisation des soins, le développement d'outils numériques et un travail porté par la haute autorité de santé (HAS) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) sur les parcours de soins. ✖





“

LES ESPIC SONT LES OUBLIÉS DE LA LOI SANTÉ”

Jacques Leglise

Directeur général, Hôpital Foch et Président de la conférence des directeurs généraux MCO de la FEHAP

Si les adhérents de la FEHAP partagent les ambitions du plan « Ma santé 2022 », ils sont plus dubitatifs sur la mise en œuvre, tant dans ses modalités que dans son calendrier. Jacques Leglise évoque dans cet interview des enjeux majeurs qui touchent les ESPICs : financement à la qualité, au forfait, différentiel de charges...

La stratégie « Ma santé 2022 » a été annoncée par Emmanuel Macron en septembre dernier. Un des actes principaux est le projet de loi santé. En tant que Directeur général de l'Hôpital Foch et Président de la conférence des directeurs généraux MCO de la FEHAP, que pensez-vous des ambitions de cette réforme ?

Les grandes orientations de ma santé 2022 ont fait l'objet d'un accueil consensuel de la plupart des professionnels de santé. On ne peut qu'être en harmonie avec les ambitions affichées de décloisonner les acteurs de santé en les amenant à travailler de manière coordonnée autour du parcours du patient, de mieux structurer l'offre de proximité notamment dans les déserts médicaux, de faire entrer le monde de la santé dans le 21^e siècle en développant la e-santé dans toutes ses dimensions, d'intégrer aux pratiques les enjeux de qualité et de pertinence, ou de moderniser les formations des professionnels de santé pour les adapter aux

besoins. Ces grandes orientations sont donc indubitablement bonnes. L'interrogation désormais porte sur les conditions pratiques et sur le calendrier de

Nous ne pouvons courir le risque de déstabiliser brutalement des établissements de santé déjà fragilisés par plusieurs années d'austérité

mise en œuvre de ces ambitions. À ce titre, l'expérience des mois passés depuis l'annonce du plan laisse un sentiment partagé. Beaucoup de chantiers ont été ouverts en même temps, ce qui témoigne de l'ampleur de l'ambition. Mais sur certains sujets

comme le financement au parcours, le financement de la qualité ou le régime des autorisations, peut-être a-t-on voulu précipiter les choses alors que l'importance des enjeux rendait indispensable des phases d'expérimentation et de simulation des impacts. Nous ne pouvons courir le risque de déstabiliser brutalement des établissements de santé déjà fragilisés par plusieurs années d'austérité. Au contraire, sur d'autres sujets, la mise en œuvre paraît trop lente, notamment pour ce qui est des expérimentations de l'article 40. Enfin, sur une troisième catégorie de sujets, comme les urgences, les solutions ne pourront attendre une restructuration de fond du système à moyen terme.

Pour ce qui est spécifiquement des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPICs), cette mise en œuvre, notamment dans le cadre de la Loi de Santé, s'avère une déception. Nous sommes clairement les oubliés de cette loi qui a réduit les ambitions de restaurer l'attractivité du service public aux seuls hôpitaux publics. Mais nous voulons rester optimistes en espérant que dans les mois à venir, ces motifs d'insatisfaction pourront être corrigés. Sur beaucoup de points, le dialogue continu avec les pouvoirs publics depuis le lancement de « ma santé 2022 » a permis d'obtenir des avancées. Nous espérons que cette écoute sera maintenue dans la nouvelle étape qui s'ouvre pour déboucher sur les réformes dont nous avons besoin.

Le 26 février 2019, le Ministère des Solidarités et de la Santé a rendu public l'évolution des dotations et tarifs des établissements de santé. Pour la première fois depuis 8 ans, le Ministère a décidé d'une évolution positive des tarifs. Toutefois, le secteur privé non lucratif subit à nouveau une baisse ciblée de ses tarifs. Quelles sont les conséquences de ces baisses tarifaires répétées pour un établissement de santé de l'envergure de l'Hôpital Foch ?

Il faut en effet souligner que les ESPICs sont, cette année, la seule catégorie d'éta-

blissements de santé qui voit ses recettes continuer à diminuer, pour la 8^e année consécutive, alors que les hôpitaux publics et les cliniques commerciales enregistrent une petite progression de leurs tarifs de 0,2%.

Pour Foch, les baisses cumulées de tarifs propres aux ESPICs (-0,5% en 2018 et -0,3 % en 2019) représentent une perte de près de 1,2 M€. Il faut y rajouter la baisse que nous venons de découvrir, de 30% des

Missions d'Intérêt Général (MIG) qui nous avaient été données l'an dernier dans le cadre de la réorganisation de la reprise du Pacte de responsabilité, baisse qui représente 400 K€ soit l'équivalent d'une baisse tarifaire supplémentaire de -0,2% en 2019. Au total sur deux ans, nous avons ainsi perdu 1% de nos revenus c'est-à-dire 1,6 M€, soit l'équivalent de presque 30 emplois. Pour l'ensemble des ESPICs, en reprenant les chiffres de la direction générale de l'offre

L'AVIS DE JACQUES LEGLISE SUR

LE FINANCEMENT À LA QUALITÉ

Il lui semble durablement constituer une ressource significative des établissements de santé que s'il obéit à trois objectifs :

- 1- Être incitatif à ce que les équipes de soins s'investissent dans l'amélioration de la qualité. Ceci suppose des objectifs clairs, légitimes du point de vue des soignants, et dont le lien entre l'investissement fourni et le résultat obtenu soit pédagogique. Un mécanisme qui s'apparenterait à « la roue de la fortune » comme l'a beaucoup été jusqu'à présent le mécanisme IFAQ serait purement et simplement démobilisateur.
- 2- Produire effectivement des avancées qualitatives ou en matière de pertinence des soins. Ceci suppose un travail sur les indicateurs qui se penche sur les réflexions les plus avancées en la matière comme International Consortium for health outcomes measurement (ICHOMs), Patient-reported outcomes measures (PROMs) et Patient-reported experience measures (PREMs). Les établissements de la FEHAP souhaitent s'investir dans l'expérimentation de ces démarches qui ouvrent incontestablement des perspectives.
- 3- Être gérable sur le plan budgétaire par les établissements : peut-on imaginer que ceux-ci devraient attendre la fin de l'année pour connaître une part significative de leurs recettes ? Les évolutions de recettes conditionnent les évolutions de dépenses, dont le premier poste dans les hôpitaux est l'emploi, que l'on ne fait pas varier d'un trait de plume. Les gestionnaires ont donc besoin d'avoir une visibilité sur ces évolutions et il faudra trouver des mécanismes adéquats, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Pour ce qui est spécifiquement des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPICs), cette mise en œuvre, notamment dans le cadre de la Loi de Santé, s'avère une déception

→ de soins (DGOS), c'est 38 M€ qui ont été ainsi ponctionnés sur 2 ans aux ESPICs, soit l'équivalent de 650 emplois ! Les conséquences de ces baisses tarifaires répétées sont naturellement délétères. Elles nous obligent à maintenir une politique à la fois de pression au développement de l'activité et de suppression d'emplois. Pour certains ESPICs, déjà en grande difficulté, il est à craindre que ce tour de vis supplémentaire ne soit le tour de vis de trop.

Pour Foch, les baisses cumulées de tarif propres aux ESPICs représentent une perte de près de 1,2 M€

Cette situation est d'autant plus incompréhensible qu'il faut se souvenir, qu'historiquement, le crédit d'impôt taxe sur les salaires (CITS) avait été créé pour compenser des charges sociales beaucoup plus élevées dans les ESPICs que dans les hôpitaux publics, alors que nos tarifs étaient les mêmes. Avec la politique menée depuis 2 ans, nous nous trouvons avec des charges sociales supérieures de 6% à salaire égal à ceux des hôpitaux publics, avec des tarifs inférieurs de 0,8%.

Les ESPIC font valoir un différentiel sur les charges sociales par rapport aux hôpitaux publics. Ce différentiel de charges qui perdure à hauteur de 6% n'est aujourd'hui plus compensé. Comment obtenir enfin une

égalité de traitement du privé non lucratif vis-à-vis du secteur public notamment ?

C'est une vraie question dont je n'ai hélas pas la réponse. Les rapports avec les pouvoirs publics, depuis deux ans, montrent la vraie difficulté que nous avons à faire entendre les questions spécifiques aux ESPICs et à obtenir des réponses qui prennent en compte ces spécificités dans le respect d'une égalité de traitement vis-à-vis des hôpitaux publics, alors que nous sommes membres à part entière du service public et que nous représentons une part significative de celui-ci, notamment sur certains territoires.

Le constat est, qu'en dépit d'une posture généralement plus constructive que les autres Fédérations, les pouvoirs publics sont indifférents à nos enjeux. Ils sont tournés vers la résolution des problèmes que posent d'une part un secteur public en pleine crise, qui ne prend plus en charge qu'un peu plus de 55% des séjours MCO, et d'autre part un secteur privé commercial en pleine expansion et qui se concentre dans les mains de grands groupes internationaux.

Entre ces deux acteurs, force est de constater que les ESPICs, avec moins de 10% de part de marché de médecine chirurgie obstétrique (MCO), n'apparaissent que comme une variable d'ajustement. Ils sont, en outre, perçus comme globalement en bonne santé, c'est-à-dire en réalité en moins mauvaise santé que les hôpitaux publics, donc capable d'encaisser des baisses de revenus supérieures aux autres, et comme des concurrents à contenir pour les hôpitaux publics.

Pour remonter cette pente, il faudra je pense entrer dans une action de longue

haleine auprès de tous les acteurs politiques pour « vendre » le modèle ESPIC et faire entendre que, loin d'être un concurrent pour les hôpitaux publics, il peut au contraire constituer une chance à la fois pour maintenir en France un service public dominant qui est la vraie condition de la poursuite de notre modèle de santé et pour refonder un modèle d'hôpital public à bout de souffle. La clé de cette action est probablement dans les territoires. Car, autant vu de Paris, les ESPICs ne sont pas dans le viseur, autant dans les territoires, les responsables politiques locaux savent parfaitement qui nous sommes et l'importance de notre contribution à la prise en charge des problèmes de santé des populations.

Les rapports avec les pouvoirs publics depuis deux ans montrent la vraie difficulté que nous avons à faire entendre les questions spécifiques aux ESPICs

À l'occasion d'une rencontre avec Marie-Sophie Desaulle, présidente de la FEHAP et Antoine Perrin, Directeur général, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a annoncé le lancement d'une mission indépendante sur le différentiel de charges entre les établissements de santé publics et privés à but non lucratif demandée par la Fédération. Nous espérons que cela pourra objectiver cette problématique.



Que pensez-vous des solutions proposées par Jean-Marc Aubert sur l'évolution des modes de financement dans le cadre de son rapport (financement assuré à 50% par l'activité puis de combiner 5 modalités différentes, mise en place de forfaits cf. article 38 de la LFSS pour 2019) ?

Les établissements de la FEHAP partagent le diagnostic des pouvoirs publics sur un certain nombre de points. La tarification à l'activité méritait d'être retravaillée, même s'ils ne se sont jamais inscrits dans la mode du « T2A bashing » qui a fait porter à la T2A elle-même les responsabilités qui incombaient au mécanisme de la régulation prix volume, notamment dans la fuite en avant de l'activité nécessaire pour compenser la baisse continue des tarifs. Ils adhèrent totalement au principe d'une part de financements à la qualité comme à celui de financements alternatifs pour certaines pathologies notamment chroniques (forfaits au parcours ou à l'épisode de soin).

Les ESPICs, avec moins de 10% de part de marché de la médecine chirurgie obstétrique (MCO) n'apparaissent que comme une variable d'ajustement

Là encore, tout se jouera non sur les principes mais sur les modalités de mise en œuvre de ces principes.

À ce stade, on ne peut que redire que :

➤ Pour ce qui est des financements au forfait, c'est un enjeu majeur pour les années à venir qui vont voir exploser les pathologies chroniques. Le modèle de financement sera déterminant pour conditionner le changement de paradigme vers une prise en charge mixte et coordonnée ville / hôpital de ces

pathologies. Nous devons absolument donc réussir pour le Pays cette évolution. Compte tenu de cet enjeu, il ne faut pas se précipiter et ne pas avoir peur d'expérimenter des formules différentes avant de trouver la bonne. Les expériences étrangères montrent que, nulle part, le bon équilibre a été trouvé. Ayons pour fil rouge que ces évolutions doivent entraîner une amélioration qualitative et une meilleure gestion des deniers pour la prise en charge de ces patients, pas une déstabilisation du système de soin dont ils seraient les premières victimes !

➤ Pour ce qui est du financement à la qualité, beaucoup de chemin reste à parcourir. Pour 2019, on est arrivé me semble-t-il à un compromis acceptable. Mais, si l'on veut faire croire cette part de financement dans les proportions annoncées (passage de 200 M€ à 1 Milliard € d'ici 2022), ce compromis devra être profondément revisité dans les années à venir. ❌

PATHOLOGIES CHRONIQUES : DE NOUVELLES MODALITÉS DE PAIEMENTS POUR FAVORISER LE SUIVI AU LONG COURS DES PATIENTS

SANDRINE BILLET Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, Ministère des Solidarités et de la Santé et membre de la Task force réforme du financement du système de santé

L'augmentation continue du nombre de patients atteints de pathologies chroniques nécessite de s'interroger sur les modalités de leur prise en charge et d'adapter les modes de financement des professionnels de santé en conséquence.



La prise en charge d'une personne atteinte d'une pathologie chronique nécessite le plus souvent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé ainsi qu'un suivi au long cours du patient. Or, le paiement à l'acte en ville ou au séjour dans les établissements ne permet actuellement pas d'accompagner cette prise en charge au long cours. Ce mode de paiement n'incite pas, non plus, directement les professionnels et les directeurs d'établissements à prendre en compte les résultats obtenus par les patients, d'un point de vue clinique ou évalués selon l'expérience du patient.

VERS DES MODALITÉS DE PAIEMENT AU SUIVI

L'objectif de la mise en place de modalités de paiement au suivi est ainsi de permettre aux professionnels de santé de s'inscrire dans la durée, en leur donnant plus de flexibilité pour adapter le type de suivi de chaque patient à son état. L'enjeu est d'inciter à une prise en charge pluri-professionnelle visant à améliorer les résultats pour le patient, centrée sur la prévention et les actions d'accompagnement thérapeutique du patient. Le professionnel ou l'établissement, au lieu d'être payé à chaque rencontre avec son patient atteint d'une pathologie chronique, recevra un paiement global pour sa prise en charge. Afin d'éviter les stratégies de sélection des patients, le montant sera ajusté en fonction des principales caractéristiques de celui-ci (état

clinique du patient et son histoire personnelle : pathologies associées, sévérité de la pathologie, conditions de vie ...). Le montant du paiement sera également modulé en fonction du niveau de résultat atteint, suivi à partir d'indicateurs cliniques, biologiques et rapportés par les patients. Cette modulation, en fonction du résultat, doit permettre aux professionnels de comparer leurs pratiques et de veiller à ce que le niveau de prise en charge ne soit pas diminué par la mise en place de ce type de paiement forfaitaire.

Au final, il s'agit de modifier l'incitation donnée aux acteurs du système de santé afin de passer d'une incitation à l'activité à une incitation au suivi au long cours

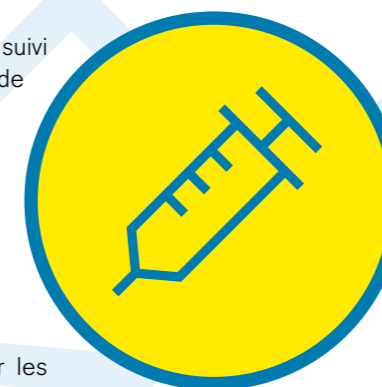
Au final, il s'agit de modifier l'incitation donnée aux acteurs du système de santé afin de passer d'une incitation à l'activité à une incitation au suivi au long cours et à l'amélioration de la prise en charge du patient.

UN DÉPLOIEMENT D'ICI 2022

En termes de mise en œuvre, l'enjeu est de déployer, d'ici 2022, le paiement au suivi à plusieurs pathologies chroniques afin que ce mode de rémunération représente 6%

à 10% du financement global du système de santé. Il s'agit donc de procéder par étapes et de :

- Mettre en place les premiers paiements au suivi en 2019 au sein des établissements de santé ;
- Étudier l'élargissement à d'autres situations chroniques d'ici la fin de l'année 2019 pour une mise en œuvre en 2021 ;
- Lancer les travaux préparatoires pour une mise en place dans la prochaine convention médicale et la convention infirmière.



La première étape en 2019 va concerner les patients diabétiques pris en charge au sein des établissements de santé ainsi que les patients au stade 4 et 5 de la maladie rénale chronique.

LA NÉCESSITÉ DE REVOIR LES ORGANISATIONS

Ces nouveaux modèles de paiement, en cours d'élaboration avec les acteurs concernés dans le cadre d'ateliers de co-construction, vont induire une évolution des organisations afin de structurer le parcours au long cours de ces patients.

En effet, aux prises en charge actuelles (consultations, hôpital de jour, hospitalisations de courte durée...) seront substituées des prises en charge au long cours coordonnées par une équipe pluri-professionnelle comprenant médecin, infirmière de coordination, diététicien, et autre paramédicaux autant que de besoin. L'équipe sera accompagnée par les innovations technologiques comme les objets connectés et le télé-suivi. La prise en charge médicale et para médicale devra associée autant que possible des patients-experts et être coordonnée avec la médecine de ville.

Aux prises en charge actuelles seront substituées des prises en charge au long cours coordonnées par une équipe pluri-professionnelle

Des modifications en termes de systèmes d'information sont également à anticiper dans la mesure où de nouvelles informations concernant le parcours du patient devront être recueillies. Ces évolutions seront mises en place de manière progressive afin de laisser un temps suffisant aux établissements pour adapter leurs organisations. Un comité national sera chargé de suivre et d'évaluer les impacts de ces premiers forfaits et de définir les voies de l'élargissement à d'autres pathologies.

Ils pourront, à plus long terme, éventuellement être étendus à plusieurs professionnels coordonnés entre eux et entre la médecine de ville et l'hôpital, en s'appuyant notamment sur les retours des expérimentations qui vont être lancées dans le cadre du dispositif d'expérimentation de l'article 51 (type paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) ou incitation à une prise en charge partagée (IPEP)).

LA RÉFORME DU FINANCEMENT AU PARCOURS DU POINT DE VUE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

ANNE-VALÉRIE BOULET
Directrice générale, Aider

Anne-Valérie Boulet, Directrice générale d'Aider, partage dans cet article son sentiment sur la mise en place d'un financement au parcours dans le cadre de la maladie rénale chronique.

Le parcours de soins en maladie rénale chronique vise avant tout à retarder la progression de la maladie et le besoin d'un traitement de suppléance. Il s'agit donc d'agir en préventif, selon l'état de santé du patient et son degré de fonction rénale, afin de ralentir la progression de cette maladie asymptomatique, de l'impliquer dans son parcours et d'assurer une coordination optimale des soins pour ces patients, très souvent poly-pathologiques. Les problématiques médicales de la Maladie Rénale Chronique, les conditions d'accès à la prévention et aux traitements, les enjeux de qualité de vie et de mobilité des personnes atteintes par cette pathologie, comme les conditions de prise en charge et de suivi des traitements, les évolutions technologiques, organisationnelles et médicales, nécessitent la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés pour accompagner, dans les meilleures conditions, le patient et son entourage, tout au long du parcours.



(300 patients au stade 4 et 5) pour garantir l'éligibilité de l'établissement au forfait parcours prévention et la construction d'une équipe pluri professionnelle sont inadaptés à l'accès à la prévention à l'échelle des territoires. Le modèle diabète justifiant ces seuils n'est pas applicable à la maladie rénale. Le risque est que l'offre de prévention soit trop éloignée du patient alors même que les structures sont capables de proposer des équipes mobiles, voire mutualisées. Dans certains territoires, le peu de ressources médicales et paramédicales a impulsé des coopérations très efficaces et adaptées à la prévention de plusieurs pathologies chroniques. Ce d'autant que les patients malades rénaux ont, pour beaucoup, plusieurs comorbidités qui justifient une coordination pluridisciplinaire. Rappelons que l'atteinte de l'objectif passe nécessairement par la coordination ville/hôpital et l'approche de l'accès à la prévention et aux soins à partir du lieu de vie donc en proximité.

UN ENJEU DE TERRITOIRE

Les établissements de santé privés non lucratifs ont sollicité la mise en place d'un forfait parcours prévention très tôt et participent activement aux ateliers de co-construction. Ils espèrent que les arbitrages de la task force tiendront compte des travaux issus des ateliers qui appellent de nombreux points de vigilance et de difficultés. Tout d'abord, l'enjeu de la prévention doit se concevoir à l'échelle des territoires en proximité du lieu de vie. Les notions de seuils de nombres de patients suivis proposés

Il est également essentiel que les travaux des instances nationales sur les deux pathologies prioritaires Diabète et maladie rénale soient coordonnés



UN ENJEU MÉTHODOLOGIQUE

Ce nouveau modèle doit nécessairement se construire en plusieurs phases eu égard au retard pris dans le recueil des données et les outils disponibles. Les professionnels de santé ne peuvent pas suivre un parcours rigoureux sans disposer d'un identifiant unique patient (le NIR), sans un système d'information adapté au recueil et au codage, que ce soit une évolution de leur système ou une application dédiée. Or à ce jour :

- aucune priorité n'est donnée au financement hôpital numérique pour les établissements concernés par la réforme et c'est pourtant incontournable,
- les priorités nationales et régionales en matière de système d'information et notamment d'outils parcours doivent être alignées pour les pathologies chroniques,
- les évolutions dans le principe même du codage non pas seulement d'actes mais d'indicateurs de processus, de résultats, d'expérience patient doivent être implémentés au-delà du seul programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) puis intégrés dans les modes de management des établissements impliquant tous les professionnels du parcours.

L'enjeu de la prévention doit se concevoir à l'échelle des territoires en proximité du lieu de vie

Il est également essentiel que les travaux des instances nationales sur les deux pathologies prioritaires diabète et maladie rénale soient coordonnés et l'articulation entre les travaux des instances maîtrisée : indicateurs de la haute autorité de santé (HAS), Recueil de données PMSI – Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) pour le numéro d'inscription au répertoire (NIR)... Cette articulation semble être à présent priorisée.



Nous espérons que la mise en place du forfait prévention Parcours aboutira dans sa première phase en 2019 avec un financement à la hauteur des enjeux sans pour autant sacrifier l'accès à des soins plus lourds pour de nombreux patients.

Les établissements privés non lucratifs de prise en charge des maladies rénales seront très vigilants sur la cohérence des réformes, celle du financement du parcours de suppléance annoncée pour 2020 et celle des autorisations lancée en avril 2019, l'une n'allant pas sans l'autre. ✘

LE POINT DE VUE DE LA FEHAP SUR LES FORFAITS

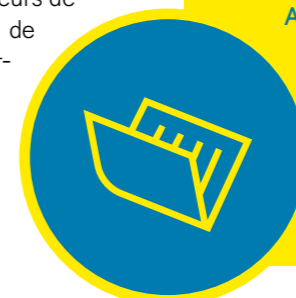
PAR PIERRE METRAL,
CONSEILLER AUX AFFAIRES MÉDICALES, RESAMUT

Le financement par forfait de la prise en charge des pathologies chroniques est pertinent pour favoriser le suivi au long cours. Ce financement devra être un outil au service de la transformation du système de santé. Les professionnels comme les établissements sont partants. Toutefois la mise en œuvre pose encore questions : quel périmètre et quel juste calibrage des forfaits ?

Aujourd'hui, l'article 38 de la LFSS limite les forfaits à la seule prise en charge hospitalière alors qu'il faudrait intégrer à minima les acteurs de la ville et l'activité libérale exercée en établissement dans le suivi chronique de ces patients.

Les forfaits doivent prendre en compte une partie sociale qui permet de financer l'équipe pluridisciplinaire mise en œuvre.

Avant de généraliser, l'évaluation de l'impact sur les soins et les organisations, sur les pratiques professionnelles, ainsi que sur l'impact financier, doit être mise en place sur la base d'indicateurs co-construits. Les premières estimations de montant pour la pré-suppléance sont en deçà de ce qui est attendu.



VERS UN FINANCEMENT À LA QUALITÉ ?

DIDIER GUIDONI Membre de la task force réforme du financement du système de santé, Ministère des Solidarités et de la Santé

À partir de 2020, et à la demande des différentes fédérations, dont la FEHAP, une graduation des rémunérations par indicateurs sera introduite selon des modalités qui demeurent à définir de manière collective. Point sur les enjeux que cela implique.

Le financement à la qualité constitue un changement de paradigme important dans le financement des établissements de santé. Contrairement à d'autres secteurs économiques où le prix contient l'ensemble des signaux, dont la qualité, pour le consommateur dans le secteur de la santé (hospitalière ou libérale), le prix des actes est administré et ne permet pas de différencier les offreurs de soins entre eux.

Or la qualité est, à la fois, ce qui réunit les acteurs de santé autour du patient et l'information clé que recherche ce dernier. En effet, d'une part, les motivations intrinsèques des différents partenaires de la chaîne de soins les conduisent à rechercher la qualité des soins prodigués et d'autre part, bien plus que le prix des actes, la qualité est ce qui est recherché en premier lieu lorsqu'il doit bénéficier d'un acte médical.

TRANSFORMATION DU MODÈLE IFAQ

Ce sont ces raisons qui nous ont conduit à transformer le dispositif Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) en un compartiment de financement à part entière. Ce changement impose de multiples modifications dans la philosophie d'allocation des ressources et dans la gestion du compartiment en tant que tel. Concernant en premier lieu l'allocation des ressources, celle-ci doit respecter un certain nombre de principes nouveaux en passant du bonus financier au compartiment de financement. Ces principes sont d'autant plus essentiels

que le montant financier alloué au compartiment passera progressivement de 200 millions d'euros en 2019 à 1 milliard d'euros en 2022.

➤ **A-** L'allocation de ressources se fait indicateur par indicateur à la fois en fonction de la position atteinte et sur l'évolution de l'établissement. Ce premier principe garantit la lisibilité managériale car les communautés hospitalières connaissent sur quels indicateurs ils ont atteint de bons résultats et sur lesquels des efforts doivent encore être réalisés.

Le financement à la qualité constitue un changement de paradigme important dans le financement des établissements de santé

➤ **B-** La rémunération est strictement proportionnelle au poids économique de l'établissement ce qui permet de garantir l'équité de rémunération

➤ **C-** Chaque établissement est comparé avec des établissements comparables dans les différents champs d'activité.

➤ **D-** Le recueil des indicateurs est réalisé sur la base des finess géographiques et non plus des finess juridiques ce qui, là aussi, apporte une garantie supplémentaire de comparabilité des résultats.

UNE MAJORITÉ D'ÉTABLISSEMENTS RÉMUNÉRÉS PAR INDICATEURS D'ICI 2020

En 2019, le parti pris sera de rémunérer par indicateurs environ 70% des établissements ce qui au final se traduira par une rémunération sur au moins un indicateur pour plus

En 2019, le parti pris sera de rémunérer par indicateurs environ 70% des établissements

de 95% des établissements. À partir de 2020, et à la demande des différentes fédérations, dont la FEHAP, une graduation des rémunérations par indicateurs sera introduite selon des modalités qui demeurent à définir en commun (fédérations, ministère et HAS). Enfin, en 2020, un malus sera introduit dans les règles du financement à la qualité de manière à inciter fortement les établissements obtenant des résultats très dégradés sur certains indicateurs à améliorer leurs résultats au cours des trois années qui suivent.

La gestion du compartiment de financement à la qualité est le second enjeu. En effet, la gestion du compartiment suppose que nous soyons collectivement en capacité à renouveler régulièrement (3 à 5 ans) les indicateurs et que ces derniers soient de véritables marqueurs de la qualité. De ce point de vue, nous avons un retard à rattraper par rapport aux autres pays européens qui ont développé de

LE POINT DE VUE DE LA FEHAP SUR

LA QUALITÉ

PAR ANNE LECOQ, CONSEILLÈRE MÉDICALE, FEHAP

La qualité est une des priorités des établissements de la FEHAP.

Elle s'appuie sur deux dispositifs : la certification et l'incitation financière à la qualité (IFAQ).

Pour avoir du sens, IFAQ doit être un outil pédagogique et de management interne.

Or, à ce stade, la maturité en termes de méthodologie, d'outils et d'indicateurs est perfectible.

- Les indicateurs doivent être stables, pluriannuels, définis et connus par les professionnels à l'avance,
- la place des indicateurs cliniques et de résultats tels que rapportés par les patients eux-mêmes doit être plus importante,
- le système de financement doit s'orienter vers des objectifs à atteindre et non pas un concours.

Si la FEHAP s'inscrit dans la co-construction, elle sera attentive aux impacts financiers.

Enfin, en 2020, un malus sera introduit dans les règles du financement à la qualité

longue date des indicateurs plus « pointus » sur la qualité de leurs établissements. Le travail entamé avec les fédérations, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la haute autorité de santé (HAS) et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) notamment devra donc se poursuivre et s'approfondir de manière à ce que nous puissions garantir aux patients que les indicateurs qualité utilisés traduisent bien une qualité éprouvée. ✖

VERS UN NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT EN PSYCHIATRIE: ENTRE ADHÉSION ET INQUIÉTUDE

XAVIER CHEVASSU

Directeur général, Association hospitalière de Bretagne

Ma Santé 2022 réaffirmait une priorité donnée à la psychiatrie et à la santé mentale dans le cadre des politiques de santé. Tour d'horizon des évolutions du modèle de financement à venir et des inquiétudes qu'elle suscite.

La réforme de financement de la psychiatrie proposée dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé s'inscrit à la fois en cohérence avec la feuille de route santé mentale et psychiatrie et dans une réforme plus globale du financement du système de santé. La feuille de route indiquait un contexte marqué par des inégalités importantes dans l'offre de soins et de professionnels présents sur les territoires, par un gradient social dans la prévalence des troubles et par des réponses hétérogènes mises en œuvre par les territoires. A ce titre, une attention particulière est portée aux populations les plus vulnérables.



la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques ou à coordonner les parcours de soins pour les patients souffrant de pathologies mentales graves et déployer la réhabilitation psycho-sociale.

DES INÉGALITÉS CONSTATÉES

Les principaux objectifs de la réforme visent à corriger les constats posés sur les modalités de financement actuelles de la psychiatrie, qui pointent des inégalités entre les régions et territoires et une évolution différenciée entre les financements sous dotation annuelle de financement (DAF) et sous objectifs quantifiés nationaux (OQN) (à la faveur de ce dernier secteur). Il s'en suit un modèle de financement commun à tous les opérateurs de la psychiatrie (public et privé) et une dotation populationnelle très majoritaire, incluant une surpondération de la population mineure, de la précarité et de la densité de psychiatre libéraux (part supérieure à 95 % selon les premières annonces), afin d'assurer une équité entre les régions et de garantir une convergence des allocations.

Par ailleurs, le modèle de financement proposé envisage d'autres modalités comprenant, sur des parts très minoritaires :

- Un compartiment « part à l'activité », mais très minoritaire, visant à reconnaître la dynamique d'activité des établissements et pouvant inciter au développement de l'activité ambulatoire.
- Un financement à la qualité visant à valoriser les efforts réalisés pour améliorer les pratiques et les liaisons avec les partenaires,

Les principaux objectifs de la réforme visent à corriger les constats posés sur les modalités de financement actuelles de la psychiatrie

Le volet organisation des soins en psychiatrie de la feuille de route citait, en sus de l'objectif d'évolution du système de financement de la psychiatrie (actions N° 31 et 33), des actions visant, par exemple, à favoriser la mise en place des projets territoriaux de santé mentale et des coopérations entre établissements, à développer l'offre ambulatoire et mobiliser la télémédecine, à mieux prendre en compte

Le modèle de financement à mettre en place ne doit également pas être anti-économique, en prenant en compte la réalité de l'activité développée par les établissements, en lien avec les moyens qui leur sont alloués

- Un financement de nouvelles activités afin de donner les moyens aux ARS de soutenir l'émergence d'activités nouvelles en région,
- Un financement spécifique de la recherche afin de développer cette dernière en pédo-psychiatrie et en psychiatrie,
- Un financement à la qualité du codage afin de soutenir l'engagement des établissements dans l'exhaustivité et la qualité de celui-ci.

DES TRAVAUX DE CONCERTATION EN 2020

Après une période durant laquelle le dialogue avec la mission nationale en charge de cette réforme de grande ampleur (représentant près de 10 milliards d'euros) a été difficile, le Ministère annonce des travaux et ateliers de concertation sur l'été 2019, l'inscription des grands principes

À ce stade, la FEHAP ne peut qu'être en accord avec les objectifs généraux de la réforme

de la réforme dans le PLFSS 2020 et une année à venir consacrée à la préparation de la réforme (accompagnement des ARS, des établissements, textes réglementaires) pour une mise en œuvre du nouveau modèle à compter de 2021. À ce stade, la FEHAP ne peut qu'être en accord avec les objectifs généraux de la réforme ; un modèle de financement en rupture déclinant la stratégie de transformation de l'offre peut être envisageable mais il ne doit en aucun cas entraîner une rupture de la cohérence. Or, le principe d'une modulation financière principalement fondée sur la population des secteurs suscite de fortes inquiétudes auprès des adhérents en région.

DES INQUIÉTUDES SUR LES CRITÈRES CHOISIS

En effet, ce parti pris décrit mal la réalité des territoires en termes de réponse aux besoins de soins des populations. Certains territoires ruraux et isolés présentent, par exemple,

des niveaux de morbidité en santé mentale élevés et installés, ainsi que des niveaux de recours aux soins très supérieurs aux valeurs nationales. L'objectif d'un accès aux soins répondant aux besoins de ces populations n'est pas compatible avec une approche principalement populationnelle. Sur ces bases, il est nécessaire de mieux décrire la réalité des territoires, en prenant en compte des éléments tels que :

- la morbidité constatée en santé mentale ou sur les addictions, qui peut être attestée par des déterminants de santé et de nombreux indicateurs (taux de prévalence sur les troubles psychiatriques, suicide...)
- Le taux de recours aux soins du territoire : l'offre de soins et d'accompagnement au sens large (1^{er} recours, psychiatrie, autres filières de soins hospitalières, services médico-sociaux en milieu ordinaire), de même que l'organisation des parcours de soins en local, expliquent, en sus des éléments épidémiologiques, des niveaux de recours aux soins spécialisés de psychiatrie de niveaux très différents selon les territoires. Dans les faits ils sont installés dans les parcours de soins des patients.
- Les difficultés d'accès aux soins, en proposant un maillage territorial pertinent : par exemple, dans le contexte d'habitats ruraux et dispersés, l'offre ambulatoire de proximité nécessite, pour permettre un accès aux soins adapté, un maillage plus important qu'en environnement urbain, ainsi qu'une structuration des équipes au regard du besoin de mobilité (équipes mobiles dédiées précarité, personnes âgées, pédo-psychiatrie...). Il en résulte des implantations ambulatoires dont les coûts de fonctionnement apparaissent en moyenne plus élevés.

Le modèle de financement à mettre en place ne doit également pas être anti-économique, en prenant en compte la réalité de l'activité développée par les établissements, en lien avec les moyens qui leur sont alloués.

Enfin, en tout état de cause, la transition vers le modèle de financement proposé ne pourra se faire à moyens constants et la transformation de l'offre nécessitera un investissement de départ et un fort accompagnement des établissements. ❌



“ LE DÉCLOISONNEMENT EST AU CŒUR DE NOTRE STRATÉGIE ”

Dominique Libault

Président du Haut conseil au financement de la protection sociale, Directeur de l'EN3S, pilote de la concertation « Grand âge et autonomie »

Dominique Libault, Président du Haut conseil au financement de la protection sociale et pilote de la concertation « Grand âge et autonomie », a remis son rapport à Agnès Buzyn le 28 mars dernier. Après 6 mois de concertation et de mobilisation citoyenne, le rapport comporte 175 propositions pour améliorer la prise en charge de la dépendance et lutter contre la perte d'autonomie.

Pourquoi ce rapport grand âge et autonomie vous a-t-il été demandé par la Ministre ?

Le rapport grand âge et autonomie est né d'une prise de conscience par les pouvoirs publics de la nécessité de revisiter la stratégie vis-à-vis du grand-âge dans notre pays. Le besoin est venu de multiples sollicitations des élus mais aussi de rapports parlementaires. Il résulte de la crise qui s'est manifestée en 2018 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui a mis au grand jour les difficultés ressenties par les personnels face à des conditions de travail qu'ils jugeaient dégradées.

Ce rapport s'est inscrit dans le cadre d'une grande concertation qui a duré six mois. Quelle a été la plus-value de cette méthodologie de travail selon vous ?

Une grande partie de l'intérêt du rapport s'est joué dans la mise en place de cette

concertation. Une concertation citoyenne s'est tenue ainsi que des forums régionaux et des focus-groups. En parallèle, le travail de 10 ateliers a été mis en place au niveau

Ce que nous proposons dans ce rapport, c'est une nouvelle vision. En ce sens, je pense que toutes les propositions se renforcent mutuellement

national sur des sujets bien identifiés (les aidants, la prévention, le financement, l'hôpital...). Dans chaque atelier, plusieurs profils étaient représentés : des administratifs, des professionnels du terrain et des experts. Cette méthode a permis, en un laps de temps assez court, de dégager à la fois

des constats et des propositions relativement convergentes. Je souhaitais particulièrement que ce rapport puisse livrer à la fois une vision transversale, une stratégie et des propositions concrètes sans se cantonner à des généralités.

Si vous deviez prioriser une ou deux propositions de ce rapport particulièrement dense, quelles seraient-elles ?

Ce que nous proposons dans ce rapport, c'est une nouvelle vision. En ce sens, je pense que toutes les propositions se renforcent mutuellement. Nous parlons d'une nouvelle offre, de la prévention, des métiers. Nous proposons de décloisonner le domicile et les établissements, de créer du lien, de renforcer les parcours. Je pense réellement que l'ensemble fait système. Ce qui importe ce sont plus les finalités de notre rapport qui sont l'inclusion de la personne âgée demain dans la société et le maintien de l'autonomie.

L'ascension du financement à la qualité se heurte, encore aujourd'hui, à la faiblesse de nos indicateurs en la matière

Vous parlez beaucoup de vision. Pour nos lecteurs, en quelques mots, quelle est la rupture de paradigme que vous proposez ?

Aujourd'hui, la gestion de la dépendance s'organise essentiellement en silos, avec un raisonnement binaire de la personne âgée qui réside soit à domicile soit dans un établissement fermé sur lui-même. Cette vision induit des risques de rupture dans les parcours de vie de la personne avec peu d'anticipation de ce risque. Cette vision consiste en quelque sorte un déni du grand âge que nous avons du mal à voir et à traiter en tant que tel. Le grand âge n'est pas un risque social identifié comme un risque majeur et n'a pas été pris en compte dans sa globalité. Nous restons très prisonniers de la coupure du sanitaire d'un côté et du social de l'autre. Dans notre rapport, nous proposons une approche qui dépasse le secteur médico-social, pour considérer la personne âgée dans l'ensemble de ses sujets. Le décloisonnement est au cœur de notre stratégie avec des finalités qui sont moins le traitement de la pathologie ou d'un problème momentané que le maintien des fonctions en lien avec les directives de l'OMS sur le sujet, le maintien des fonctions et toute une stratégie beaucoup plus anticipatrice qui vise à maintenir l'autonomie et l'inclusion de la personne.

Vous chiffrez des dépenses importantes dans votre rapport. Ces dépenses ont-elles été priorisées ?

Notre rapport révèle davantage qu'il ne propose des montants financiers. L'évolution démographique et la demande sociale notamment nous demande d'anticiper des besoins supplémentaires. Ce n'est pas le rapport qui crée des besoins, il permet de les identifier.

Il faut également comparer les données financières au regard des chiffres de la protection sociale. Nous disons qu'à l'horizon 2030, il faudrait déployer environ 10 milliards d'euros sur des dépenses de sécurité sociale qui dépassent 750 milliards d'euros. Cela revient à passer de 3% des dépenses de sécurité sociale consacrées au grand âge à 4%. C'est quand même une part qui reste faible dans l'ensemble des dépenses de protection sociale.

Ensuite, il y a aussi de nombreuses mesures dans le rapport qui n'ont pas d'impact financier. Tout ne se juge pas à l'impact financier. Les mesures les plus immédiates qui me semblent urgentes sont d'améliorer la prise en charge à domicile et engager le travail sur les EHPAD pour améliorer les conditions de travail. Il faut engager une démarche qualité sans attendre, qui passe notamment par une rénovation des outils de financement, de tarification tant à domicile qu'en établissement.

Vous évaluez la réforme des SAAD à un coût global de 550 millions d'euros. Un récent décret est venu présenter une enveloppe de 50 millions d'euros (soit 9%) comme une préfiguration

du modèle de financement des SAAD. Quelle sera, selon vous, l'origine des 91% restant à trouver pour achever la réforme ?

Pour être franc, il nous reste un travail important à réaliser pour aller beaucoup plus loin dans le cadre des SSIAD et des SPASAD. Nous n'avons pas eu le temps de le faire dans le cadre du rapport. Sur ces éléments comme élaborer la nouvelle tarification des services à domicile (SAAD), mettre en place la fusion pour les EHPAD de la partie soins et de la partie dépendance, qui est aussi une proposition très importante, il y a des travaux complémentaires à faire pour élaborer des propositions très précises dans les mois à venir. ➔

LE RAPPORT DE LA CONCERTATION GRAND ÂGE ET AUTONOMIE, remis à la Ministre le 28 mars 2019, est disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr>



➔ **Vous parlez des EHPAD et vous proposez une hausse du taux d'encadrement de 25% d'ici 2024. Quels sont selon vous les profils de métier des professionnels qui pourraient être financés par cette nouvelle mesure ?**

Pour moi ce sont essentiellement les métiers au chevet de la personne qui sont concernés, les aides-soignants. D'autres renforcements peuvent être aussi nécessaires, en termes de psychologues, d'ergothérapeutes. Nous n'avons pas souhaité arriver non plus à une planification trop importante. Il peut aussi être intéressant pour des établissements de partager des professionnels de ce type. Nous encourageons aussi fortement les mutualisations sur un certain nombre de professionnels qui n'ont pas forcément vocation à être à plein temps dans un établissement donné.

Avez-vous estimé le coût d'une revalorisation salariale d'une certaine catégorie de professionnels ? Dans le cadre du grand débat, la FEHAP a organisé une concertation avec des administrateurs et beaucoup se sont positionnés sur la revalorisation des métiers qui passera par la revalorisation des salaires ou alors créer des paliers intermédiaires pour donner la possibilité d'évoluer en interne.

D'abord, je suis tout à fait d'accord avec l'idée qu'il faut absolument construire des parcours professionnels et offrir des possibilités de développement. Nous avons rédigé une proposition très précise qui est de systématiser la mise en place de cadres de proximité dans les établissements car nous pensons qu'il faut organiser les établissements en petites unités de vie avec un cadre

de proximité qui manage un certain nombre d'aides-soignants. Ce cadre de proximité assurerait la continuité et l'homogénéité de la qualité de la prise en charge. Si nous proposons ce dispositif, ce n'est pas uniquement pour le développement des métiers mais aussi pour assurer une meilleure qualité de l'accompagnement. Nous comptons sur la mise en place du plan métiers pour faire d'autres propositions.

À l'horizon 2030 il faudrait déployer environ 10 milliards d'euros sur des dépenses de sécurité sociale qui dépassent 750 milliards d'euros

Dans votre rapport vous évoquez également la question du reste à charge, pensez-vous que les propositions que vous faites peuvent répondre au besoin de solvabilité des usagers ?

Nous faisons de réelles propositions bien que je sois conscient qu'elles sont ciblées. Le rapport a été conçu avec les administrations d'Etat y compris les administrations financières et a dû réaliser des arbitrages. Sur le sujet du reste à charge, nous avons identifié une priorité que sont les ménages modestes pour lesquels nous proposons une solution qui permet de le diminuer d'environ 300 euros par mois. C'est significatif pour ces personnes-là et en même temps la proposition ne traite pas l'intégralité des restes à charges ressentis comme

élevés. Pour autant, il y a d'autres propositions qui concourent à travailler tout de même sur la modération du reste à charge. J'insiste notamment sur le plan de rénovation des EHPAD parce qu'il faut bien mesurer que nous ne disposons pas de ressources suffisantes pour financer une rénovation. Le risque fort est de répercuter ce prix dans les tarifs d'hébergement.

Les sénateurs Bonne et Meunier proposent d'autres solutions pour financer le grand âge dans une logique notamment plus assurantielle, qu'en pensez-vous ?

Le sujet a été largement évoqué dans la concertation. Après mûre réflexion, nous ne l'avons pas retenu parce que les produits assurantiels, tels qu'ils existent aujourd'hui, ne sont pas apparus suffisamment fiables et lisibles pour justifier une obligation d'assurantiel pour l'ensemble des français. En outre, l'assurance privée obligatoire consiste à faire payer des jeunes pendant des décennies pour des garanties qu'ils n'obtiendront pas nécessairement. Nous sommes tout à fait conscients des difficultés de nombreuses personnes âgées. Mais ce dispositif nous interroge, en regard de la répartition des revenus dans notre pays et de la répartition des patrimoines, majoritairement concentré en France sur les personnes âgées.

Enfin je dirais que cela s'apparente à du prélèvement obligatoire mais beaucoup moins solidaire. Si les pouvoirs publics devaient accepter un système d'obligation pour la dépendance, je pense honnêtement qu'il serait préférable d'avoir un système en fonction du revenu et donc dans le cadre de la solidarité nationale plutôt que dans le cadre de l'assurance privée. ✖

“ NOUS PRÉCONISONS UNE ACTION PUBLIQUE DAVANTAGE AXÉE SUR LA RATIONALISATION DES DÉPENSES QUE SUR LEUR ACCROISSEMENT ”

Bernard Bonne

Sénateur de la Loire, en charge d'un rapport sur le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées, confié par la mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales du Sénat

La mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales du Sénat a confié à M. Bernard Bonne et M^{me} Michelle Meunier le soin de conduire des travaux sur le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées, alors que s'engageait parallèlement une concertation plus large pilotée par M. Dominique Libault, à la demande du Gouvernement, sur le grand âge et l'autonomie. Le rapport traite de la problématique du reste à charge.



Pourquoi avez-vous souhaité dans votre rapport vous attaquer au financement de la dépendance et de l'autonomie ?

Notre principal constat est le suivant : le véritable coût de la dépendance et de la perte d'autonomie pour la collectivité est élevé. La dépense publique relative à la dépendance à environ 23 milliards d'euros en 2018. Le besoin de financement global lié à la dépendance s'élèverait quant à lui à environ 30 milliards d'euros, soit 1,4 % du PIB. On anticipe un doublement de ce besoin d'ici 2060, qui passerait alors à 2,78 % du PIB,

soit près de 50 milliards d'euros. Ces prévisions se fondent en partie sur l'anticipation des effectifs concernés qui devraient passer d'environ 1,2 million en 2017 à 1,9 million en 2060, voire 2,35 millions dans certains scénarios.

La différence actuelle des besoins exprimés et des dépenses publiques engagées indique un montant annuel d'environ 7 milliards d'euros restant à la charge des personnes âgées dépendantes. Rapporté à leur nombre approximatif (1,2 million), ce « reste à charge » moyen s'élève à 5 830 euros annuels, soit environ 490 euros mensuels. Il est important de noter que le reste à charge obtenu désigne le montant restant après le versement de l'ensemble des allocations publiques, comprenant les prestations de compensation et les aides sociales.

Quelles solutions propose votre rapport pour limiter ce reste à charge des usagers et financer les dépenses liées à la dépendance ?

Le rapport préconise des solutions pour financer la hausse programmée des dépenses (réallocation et meilleure gestion des ressources existantes, politique de prévention dédiée, nouvelles ressources et mesures techniques).

Nous préconisons une action publique davantage axée sur la rationalisation des dépenses que sur leur accroissement.

La dépense publique spécifique à la prévention de la perte d'autonomie, qu'on estime a minima à 520 millions d'euros, paraît à ce jour très nettement insuffisante au regard des enjeux à venir. Elle ne représente que 8,8 % des dépenses totales engagées au ➔

La dépense publique spécifique à la prévention de la perte d'autonomie, qu'on estime a minima à 520 millions d'euros, paraît à ce jour très nettement insuffisante au regard des enjeux à venir

→ titre de l'APA. Par ailleurs, bien que la conférence des financeurs soit de plus en plus identifiée comme l'acteur décisionnel en matière de financement de la prévention de la perte d'autonomie, elle ne s'est pas substituée aux trois principaux guichets vers lesquels les personnes demandeuses d'aides préventives continuent de se tourner : le conseil départemental, les caisses de sécurité sociale obligatoires et complémentaires et l'agence nationale de l'habitat (Anah).

Vous évoquez dans votre rapport la nécessité d'instaurer «un cinquième risque», pourquoi ?

Notre rapport préconise l'instauration d'un cinquième risque pour trois raisons :

- l'incapacité du secteur assurantiel facultatif à remplir simultanément l'objectif d'une couverture large et efficace (soit la couverture est mutualisée mais trop rigide, soit elle est individualisée mais trop onéreuse) ;
- le maintien des phénomènes de sélection adverse, qui écartent une grande partie des classes moyennes de la couverture dépendance ;
- le niveau structurellement insuffisant de la couverture actuellement assurée par la solidarité nationale via l'APA.

Que pensez-vous des postulats et orientations proposés par Dominique Libault dans son rapport ?

La trajectoire financière tracée par le rapport Libault ne paraît pas assez réaliste. Ce dernier affiche en effet la conviction que les financements publics dégagés par l'extinc-

tion de la dette sociale suffiront, dès 2024, à combler l'ensemble des besoins aujourd'hui exprimés par les personnes âgées dépendantes.

Notre désaccord avec cette hypothèse a deux raisons principales :

- s'il est tout à fait exact que le rendement annuel de la CRDS (environ 8 milliards d'euros), une fois libéré de sa destination actuelle, suffirait mathématiquement à couvrir le reste à charge global de 7 milliards que nous avons initialement identifié, il n'est absolument pas assuré que, d'une part, l'intégralité de la dette sociale sera effectivement apurée en 2024, et d'autre part que son produit, fortement convoité, ira totalement au financement de la dépendance. C'est faire un pari dangereusement optimiste que de gager le financement d'une dépense aussi stratégique et pérenne que la dépendance sur une source financière dont la fin programmée a connu depuis sa création plus d'un prolongement.

- Par ailleurs, fonder la couverture du reste à charge sur le chiffre de 7 milliards d'euros nous ferait passer à côté de toute la partie non consommée des plans d'aide APA et ne ferait que maintenir entier le problème du renoncement à certaines aides des personnes âgées dépendantes suivies à domicile.

Il nous faut donc imaginer un mode de financement alternatif et ressusciter les débats qui, il y a maintenant plus de dix ans, avaient véritablement identifié l'urgence d'une réforme systémique.

Comment comptez-vous donc financer les nouvelles dépenses liées à la dépendance et à la perte d'autonomie ?

Nous pensons que les complémentaires santé pourraient être amenées à jouer un rôle certain dans le financement de la dépendance et de la perte d'autonomie.

Nous avons davantage interrogé le rôle des assureurs privés de façon générale et non celui, en particulier, des complémentaires santé. J'estime plus pertinent de confier la gestion du cinquième risque au secteur privé, alors que Mme Meunier souhaite que soit étudiée la possibilité de l'intégrer au système de sécurité sociale (et d'en faire ainsi une cinquième branche).

Ce devra en tout cas être un système d'assurance obligatoire dépendance par répartition, bien plus cohérent lorsque l'aléa du risque couvert ne dépend pas directement du revenu. Un système par capitalisation renforcerait en effet la couverture des bénéficiaires les plus aisés (sans que leurs besoins s'en trouvent par ailleurs mieux couverts) mais n'aurait probablement qu'un effet marginal sur la couverture des bénéficiaires des classes moyennes (dont les besoins resteraient imparfaitement couverts).

Ce devra être un système favorisant l'entrée en cotisation le plus tôt possible dans la vie active. Les estimations les plus récentes de la Fédération française des assurances nous ont appris qu'une cotisation moyenne mensuelle de 28 euros dès l'âge de 40 ans permettrait le versement d'une rente viagère mensuelle d'environ 500 euros pour toute personne dépendante dès le GIR 4. Nous pourrions même aller jusqu'à 12 euros moyens mensuels si la cotisation intervient dès le début de la vie active. Nous rappelons que ce chiffre couvrirait *a minima* le reste à charge moyen de 490 euros actuellement observé. Précisons qu'il ne s'agit pas d'un montant forfaitaire par individu, mais bien d'un montant moyen. La cotisation serait bien entendu assise sur le revenu de la personne. ❌



“ IL EST CAPITAL DE RÉAGIR ET D'ENTREVOIR LE PRÉSENT ET L'AVENIR DES EHPAD ”

Eric Batcave

Directeur pôle médico-social, groupe AHNAC

A l'heure de la sortie du rapport Libault et du rapport Bonne-Meunier qui proposent différentes visions du financement de la perte d'autonomie, Eric Batcave, acteur de terrain, nous livre son ressenti sur la prise en charge et le financement du grand âge.

En tant que représentant d'un organisme gestionnaire d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans les Hauts-de-France, comment avez-vous accueilli les propositions contenues dans le rapport, tout du moins, celles qui vous concernent directement ?

Nos établissements sont confrontés depuis plusieurs années à une augmentation sensible de l'âge d'entrée des résidents en EHPAD, à une augmentation progressive et continue du niveau de charge en dépendance (GMP) et du niveau de charge en soin (PMP) des populations accueillies.

La diminution des durées de séjour des résidents entraîne une charge sociale et administrative complémentaire pour les personnels des structures et à des difficultés récurrentes de recrutement de professionnels formés et qualifiés.

Il est donc capital de réagir et d'entrevoir le présent et l'avenir des EHPAD en boulever-

sant considérablement les lois et financements qui gouvernent actuellement notre modèle. Les troubles sociaux que le secteur des EHPAD a connus il y a un an démontraient l'urgence de la situation qu'il fallait collectivement affronter.

Le rapport Libault et ses nombreuses propositions est intéressant et doit être transformé en actions.

Le rapport Libault et ses nombreuses propositions est intéressant et doit être transformé en actions

L'attente de la loi promise par le Président de la République et la Ministre de la Santé sur l'autonomie et le grand âge est extrêmement forte à ce stade.

C'est une occasion unique à ne pas rater

pour redonner de la confiance et une perspective d'avenir aux gestionnaires d'EHPAD.

Une des propositions consiste en une hausse de 25% du taux d'encadrement en EHPAD, envisagée d'ici 2024. Peut-on dire que cette augmentation est suffisante pour faire face aux besoins ?

Je crois que c'est la priorité N°1 du rapport et c'est logique.

Tous les rapports récents et avis émis par des spécialistes (Le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge), des élus (Le rapport Iborra-Fiat), des médiateurs nommés pour faire face à la crise (Rapport Ricordeau) convergent vers la même conclusion : il faut augmenter les taux d'encadrement pour faire face à la population actuelle et future accueillie dans les EHPAD, plus âgée et nécessitant plus d'attention, plus de soins, plus d'accompagnement.

Cette hausse du taux d'encadrement permettrait aussi de « soulager » la charge des ➔

→ équipes au chevet des résidents afin de leur offrir de meilleures conditions de travail et rendre nos métiers plus attractifs. Le taux d'évolution de 25% annoncé en 9 ans – pour tenir compte des difficultés de recrutement actuelles – me semble être un bon début.

La revalorisation salariale des soignants va de pair avec la nécessité de rendre ces métiers attractifs

Dans notre département, les Directeurs d'EHPAD adhérents à la FEHAP ont organisé une rencontre avec les députés pour obtenir un niveau d'encadrement de 0,6 ETP de soignant par résident accueilli. La majeure partie des rapports évoqués plus haut confirme cette hypothèse. Cela représente une hausse du taux d'encadrement de +/- 33%.

La revalorisation salariale des soignants va de pair avec la nécessité de rendre ces métiers attractifs.

Cela peut être une action efficace pour mieux professionnaliser les soignants, répondre aux besoins grandissants de notre secteur et lutter contre le chômage.

Trouvez-vous que les mesures proposées dans le rapport afin de limiter le reste à charge, notamment en établissement, sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins de solvabilité des personnes accompagnées dans ces structures ?

La question des EHPAD doit en premier lieu se traiter sous l'angle de l'offre. Cela concerne les mesures d'augmentation du taux d'encadrement, de revalorisation salariale, d'accompagnement de qualité des soins et prestations servies.

Il faut envisager d'ouvrir les EHPAD vers l'extérieur et les partenaires du territoire (l'idée de plateforme de services est très intéressante) pour que chaque structure puisse être intégrée dans une logique de parcours des personnes âgées et très âgées.

Le parcours doit ainsi s'articuler entre domicile, structures intermédiaires (Résidence autonomie, résidence intégrées, résidences services...), EHPAD et tisser des liens forts avec les établissements sanitaires.

Cela passe par des partenariats importants avec les hôpitaux de proximité et la médecine de ville. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) naissantes peuvent être les bonnes organisations pour se faire.

La question des EHPAD doit en premier lieu se traiter sous l'angle de l'offre. Cela concerne les mesures d'augmentation du taux d'encadrement, de revalorisation salariale, d'accompagnement de qualité des soins et prestations servies

Les mesures concernant l'habilitation à l'aide sociale sont-elles à la hauteur des enjeux ?

Sur le versant de la demande, je pense que la réforme de l'aide sociale devrait être plus ambitieuse. Le rapport Libault prévoit, en effet, de ne plus appeler les petits enfants comme obligés alimentaires. Je crois que si nous limitons le recours sur succession (création de paliers) ainsi que l'obligation alimentaire par exemple pour une durée limitée, nous offririons plus de lisibilité aux personnes âgées et surtout à leur famille. Je pense aussi, comme le propose le rapport, qu'il faut investir massivement dans la réhabilitation et la modernisation des EHPAD sur le plan immobilier par le biais des Plans d'Aide à l'Investissement.

Ces investissements permettront d'obtenir des équipements adaptés à la prise en charge de la dépendance sans augmentation de loyer et ainsi sans augmentation du prix de journée.

Pour finir, le rapport n'indique pas de recours aux assurances privées pour financer une partie de la dépendance. Il parle de flécher les fonds actuels consacrés au remboursement de la dette sociale vers la réforme à venir (Immobilier, augmentation du taux d'encadrement). Je crains que cela ne suffise pas. Il serait intéressant d'examiner de plus près une cotisation obligatoire payée par tous à partir de 40 ans avec une assiette très élargie (ex CSG) pour qu'elle touche tous les revenus pour aider au financement global de la dépendance. Cette assurance

pourrait être gérée par des sociétés mutualistes et serait complémentaire au bouclier que représenteraient les efforts de financements publics. Cela pourrait s'apparenter à un 5^e risque financé par tous. ✕

Sur le versant de la demande, je pense que la réforme de l'aide sociale devrait être plus ambitieuse



“ IL APPARTIENT AUX ACTEURS DE SE PRONONCER SUR LES SCÉNARIOS ET LEUR PERTINENCE ”

Brigitte Bernex

Directrice de projet SERAFIN-PH, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Brigitte Bernex est Directrice du projet SERAFIN-PH, une réforme qui vise à une adéquation des financements aux parcours des Personnes handicapées. Dans cet article, elle nous parle des travaux réalisés en 2019 et des étapes à venir.

Depuis votre article dans le numéro de Perspectives sanitaires et sociales de juillet/août 2018, comment le projet SERAFIN a-t-il évolué ?

2018 et 2019 constituent des années charnières pour le projet puisque nous avons engagé deux études nationales de coûts (ENC 2018 et 2019) qui nous permettront d'identifier des coûts d'accompagnement à la personne et le chantier sur l'évolution des modalités de financement.

La nomenclature de besoins et de prestations a été arrêtée. Comment accompagnez-vous la démarche d'appropriation de celle-ci par les organismes gestionnaires ? Percevez-vous des difficultés dans ce processus ?

L'appropriation des deux nomenclatures dans le cadre du projet SERAFIN se fait au travers des formations des candidats aux ENC. La vulgarisation s'est développée lors des nombreuses interventions dans les jour-

nées nationales organisées par les têtes de réseau. Des présentations plus approfondies ont eu lieu lors des journées régionales organisées par les Agences régionales de santé (ARS), les Unions Régionales Inter-

La vulgarisation s'est développée lors des nombreuses interventions dans les journées nationales organisées par les têtes de réseau

fédérales des Œuvres et Organismes Privés non lucratif Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) et la FEHAP. Les échanges ont mis en évidence l'intérêt d'usage pour les structures médico-sociales et les tarificateurs qui exposaient des mises en œuvre concrètes.

Concernant les orientations que pourraient prendre le modèle de tarification, où en est-on ? Sans dévoiler le contenu des propositions qui seront faites à la Ministre, y'a-t-il des modèles qui sont plus pertinents que d'autres ?

Pour les travaux relatifs aux modèles de financement : un comité technique, dont fait partie la FEHAP, a été constitué et des déplacements et échanges en région (ARS, conseils départementaux et associations) ont été organisés. Le comité technique (COTECH) s'est réuni une fois par mois de septembre 2018 à juin 2019. Il a regardé les modèles possibles sans a priori, en répondant à trois questions :

- « que finance-t-on ? »,
- « qui reçoit le financement ? »,
- « à partir de quelle(s) base(s) ce financement est-il établi ? ».

Trois scénarios ont été approfondis en recensant les prérequis, les conditions de faisabilité et les impacts de chaque scénario. Ils →

“ SI LA TARIFICATION ACTUELLE EST UN FACTEUR DE LOURDEUR ET DE COMPLEXITÉ, NOUS DEVONS ÊTRE VIGILANTS À NE PAS PRODUIRE UN MODÈLE ENCORE PLUS COMPLIQUÉ ”

Paul Rigato

Directeur, Accueil Savoie Handicap

ont été présentés au fur et à mesure au groupe de travail national (GTN) qui s'est tenu en juin. L'objectif est de proposer un rapport de synthèse présentant les scénarios étudiés. Le projet de rapport sera soumis au GTN de septembre. Il appartient aux acteurs de se prononcer sur les scénarios et leur pertinence.

Quel lien peut-on faire entre SERAFIN et le chantier Ambition Transformation porté par la Ministre ?

Un des objectifs fixés pour SERAFIN est de soutenir la « transformation de l'offre médico-sociale » du champ du handicap. Pour cela, les nomenclatures des besoins et des prestations permettent déjà (au-delà de la réflexion sur le futur modèle tarifaire)

Les échanges ont mis en évidence l'intérêt d'usage pour les structures médico-sociales et les tarificateurs qui exposaient des mises en œuvre concrètes

d'outiller les différents acteurs (y compris ceux des autres secteurs : sanitaire, Éducation Nationale, droit commun...) par une grille de lecture partagée, facilitant un accompagnement personnalisé et pouvant être modulaire. De plus, lors des travaux sur les modèles de financement, les leviers et les impacts des scénarios envisagés pour une société plus inclusive sont systématiquement étudiés.

Quelles sont les principales étapes du projet pour l'année à venir ?

La principale étape est le comité stratégique Serafin, prévu en septembre/octobre 2019. Il validera les travaux réalisés et le programme de travail pour l'année 2020 - 2021. ✖

Lancés en 2015, en quoi les travaux SERAFIN-PH ont eu un impact sur vos pratiques professionnelles de gestionnaire de structures médico-sociales d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap ?

Dans l'attente d'un choix de modèle tarifaire, les nomenclatures des besoins et des prestations sont le seul outil opérationnel à notre disposition.

À travers un vocabulaire commun et partagé des besoins des personnes accompagnées et des prestations mises en œuvre pour répondre à ces besoins, ces nomenclatures contribuent à favoriser la fluidité des parcours. La nomenclature SERAFIN-PH change l'approche dans les pratiques professionnelles : les accompagnements ne sont pas déterminés par la disponibilité de l'offre mais par les besoins des personnes en situation de handicap. Elle participe à la



définition des projets personnalisés.

Nous assistons aujourd'hui à une appropriation de ces nomenclatures par les pouvoirs publics et les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Quels sont pour vous les principes fondamentaux qui doivent guider la conception de nouvelles modalités de financement pour favoriser et accompagner la transformation de l'offre dans de bonnes conditions ?

Pour les bénéficiaires de l'accompagnement, le futur modèle de financement doit pouvoir favoriser des parcours aux approches inclusives, permettant le libre choix de la personne, au plus près du droit commun et en encourageant l'accompagnement à domicile lorsque c'est possible. Toutefois, pour les bénéficiaires et leurs aidants qui le souhaitent, il faut veiller à conserver des établissements qui répondent aux besoins et aux attentes, d'autant plus

La nomenclature SERAFIN-PH change l'approche dans les pratiques professionnelles : les accompagnements ne sont pas déterminés par la disponibilité de l'offre mais par les besoins des personnes en situation de handicap

lorsque la pluralité des handicaps, plus ou moins sévères, conjugués à des poly-pathologies, rendent le projet de vie et l'accompagnement complexes.

Si la tarification actuelle est un facteur de lourdeur et de complexité, nous devons être vigilants à ne pas produire un modèle encore plus compliqué.

Pour ma part, je crois en la stabilité et l'équité d'un dispositif de financement mixte, alliant d'une part la solvabilisation de l'usager et d'autre part le financement socle de nos établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), accompagné d'une part variable en fonction des particularités d'un dispositif ou de marqueurs de charge d'accompagnement spécifiques impliquant des surcoûts significatifs.

Une solvabilisation complète de l'usager dans le cadre de la compensation de ses handicaps pourrait déstabiliser le secteur des ESMS par la fragilisation de la pérennité de son financement et les conséquences pourraient alors être contre-productives pour l'usager. Nous assisterions par ce mécanisme à une très nette inflation des dépenses.

Quelles sont vos principales attentes en tant que gestionnaire concernant les travaux SERAFIN-PH en cours ?

Tout d'abord, objectiver le parcours de la personne et ne plus raisonner « à la place de » permet une modularité de nos accompagnements et la recherche constante de l'adaptation de l'offre, au plus près des attentes et des besoins des personnes accompagnées.

Cette réforme doit favoriser la diversification des prestations d'accompagnement des opérateurs (mise en place d'accompa-

gnements modulaires avec des séjours temporaires ou des accueils séquentiels en fonction des besoins de la personne...). C'est également la possibilité d'identifier des besoins qui, lorsqu'ils ne peuvent être couverts, demandent d'envisager des actions de mutualisation.

Le projet SERAFIN-PH vient renforcer, pour notre secteur, une dynamique de changement d'un pilotage historiquement institutionnel vers une organisation disposant d'indicateurs de pilotage stratégiques et opérationnels de l'activité.

À terme, ce projet doit pouvoir favoriser la mesure de l'efficacité de nos dispositifs d'accompagnements. Les remontées de données chiffrées objectivées devraient également éclairer les choix et les orientations des politiques publiques.

Avez-vous des craintes particulières à ce stade des travaux ?

Les projets régionaux de santé (PRS) ont intégré des cibles prioritaires, s'appuyant sur les travaux SERAFIN-PH et faisant l'objet de négociations avec les organismes gestionnaires dans le cadre de leur contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Si les nomenclatures peuvent contribuer à documenter les contenus CPOM, elles sont, à mon sens, incomplètes. Si elles décrivent des besoins et des prestations, elles n'évaluent pas pour autant leur intensité et leur fréquence. De même, la part de plus en plus présente d'accompagnement des soins par le secteur n'est pas mise en évidence.

Le projet SERAFIN-PH contribue au développement de la culture du pilotage de l'activité dans les ESMS et génère nécessairement du recueil de données. Il va de pair avec le développement d'outils de

mesure des besoins et de l'activité dans une visée tarifaire.

Il est à noter que les ESMS du secteur du handicap sont encore au début du développement de leur système d'information. Pour être en cohérence avec les objectifs de SERAFIN-PH, un plan de soutien aux investissements numériques doit faire l'objet d'un financement spécifique, comme en a bénéficié le secteur sanitaire à plusieurs reprises.

Pour être en cohérence avec les objectifs de SERAFIN-PH, un plan de soutien aux investissements numériques doit faire l'objet d'un financement spécifique

En conclusion, le projet SERAFIN-PH n'est pas qu'une réforme de la tarification mais bien une réforme politique et sociétale. Elle devrait permettre progressivement une désinstitutionnalisation, orienter les pratiques professionnelles vers le principe d'autodétermination et, pour ce faire, nécessite un temps d'acculturation. ✖

“ LA FAS DÉFEND DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES LA MISE EN PLACE D’UN STATUT UNIQUE DES ACTIVITÉS D’HÉBERGEMENT, D’ACCOMPAGNEMENT ET DE VEILLE SOCIALE ”

Florent Guéguen

Directeur Général de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)

La réforme de la tarification des centres d’hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) a été introduite l’année passée. Pour Florent Gueguen, le constat est sans appel : les contraintes budgétaires ont majoritairement pesé sur les structures les plus fragiles avec des conséquences extrêmement néfastes pour les publics accueillis.



Que penser de la réforme de la tarification des centres d’hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) introduite dans le droit positif l’année dernière et des orientations de campagne budgétaire de l’Etat pour l’année 2019 ?

L’année 2018 aura été très brutale pour les CHRS avec une diminution des dotations de 19,7 millions d’euros qui a touché 94 % des établissements, dont la plupart étaient en dessous des tarifs moyens cibles. Contrairement aux objectifs annoncés par le gouvernement, l’effort budgétaire a donc porté sur les gestionnaires les plus fragiles, sans critère objectif ni prise en compte des publics accueillis et de leurs besoins. Une mesure « aveugle » qui selon les remontées de l’enquête menée par la FAS, la FEHAP, la Croix Rouge, l’UNIOPSS et NEXEM auprès de 190 établissements a eu pour conséquence une réduction de

la qualité de l’accompagnement, des prestations alimentaires, et a pesé sur les activités connexes aux CHRS tels que les accueils de jour, les maraudes, les ateliers

Contrairement aux objectifs annoncés par le gouvernement, l’effort budgétaire a donc porté sur les gestionnaires les plus fragiles

« emploi » dans les structures. Ce plan d’économie rend beaucoup plus difficile la mise en œuvre du principe d’accueil inconditionnel et accroît les risques d’une sélection des publics à l’entrée en fonction de leur capacité contributive et de leur autonomie.

Grace à la mobilisation des fédérations, les associations ont obtenu une enveloppe de rattrapage de 10 Millions d’euros en 2019 issus des crédits de la stratégie pauvreté. Mais la convergence tarifaire continue à travers la publication de 2 arrêtés le 13 mai dernier fixant à 12 Millions d’euros le montant des économies en 2019. Au final, la stratégie budgétaire de l’Etat à l’égard des CHRS est illisible et anxiogène.

En parallèle, l’article 125 de la loi Elan impose le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) obligatoire dans le champ de l’accueil-hébergement-insertion. Quelles sont les perspectives pour les organismes gestionnaires de CHRS ?

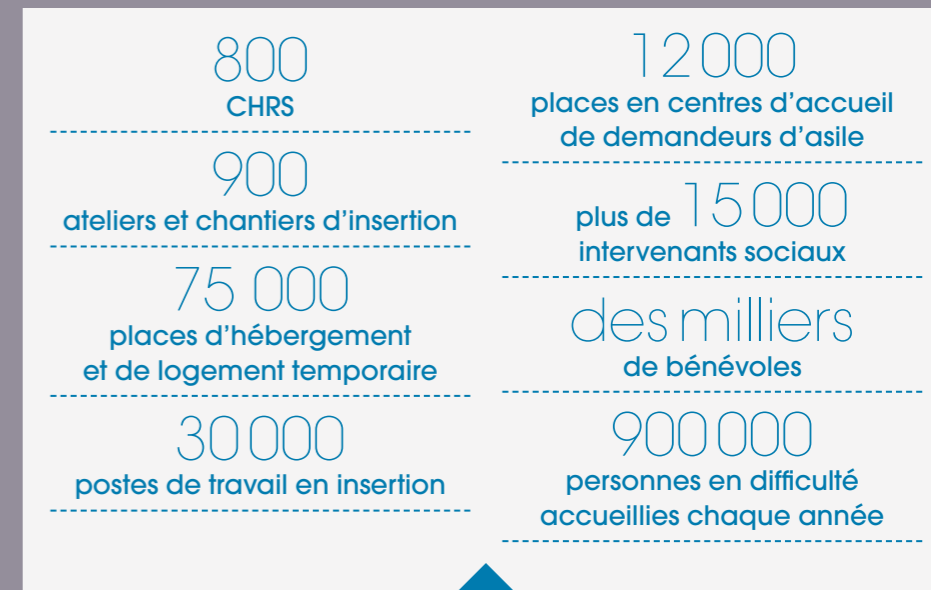
La généralisation des CPOM est intéressante si elle permet de sécuriser dans le temps les activités d’accueil et d’accompagnement social et de mieux tenir compte des besoins sociaux de chaque territoire. La fongibilité budgétaire des activités d’hébergement et de veille sociale placées sous le régime de l’autorisation est également utile pour les gestionnaires. La FAS défend depuis plusieurs années la mise en place d’un statut unique des activités d’hébergement, d’accompagnement et de veille sociale pour dépasser l’empilement des différents statuts et dispositif dans l’hébergement. Dans ce sens, nous souhaitons même que le périmètre des CPOM soit le plus large possible et puisse intégrer les dispositifs de logement accompagné.

Enfin, compte tenu de l’ensemble de ces éléments, comment voyez-vous l’évolution de l’offre en CHRS à l’horizon 2022 ?

Avec la FEHAP et d’autres organisations, nous demandons clairement un moratoire sur le plan d’économie décidé sur les CHRS en fin d’année 2017 car il obère toute possibilité d’amélioration de l’offre et de transformation du secteur. Pour l’avenir, nous pensons que les activités en CHRS sont une composante essentielle de la politique

À PROPOS DE LA FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ

La Fédération des acteurs de la solidarité regroupe 870 associations de solidarité et organismes qui vont vers et accueillent les plus démunis, et gèrent près de 2 800 structures dont :



La Fédération des acteurs de la solidarité :

- lutte contre les exclusions, en favorisant notamment l’accès à l’emploi et au logement des personnes qui en sont les plus éloignées ;
- dénonce les décisions et les actions qui tendent à accroître l’exclusion et les inégalités sociales ;
- sensibilise l’opinion publique et les décideurs aux situations d’exclusion ;
- fait progresser l’accompagnement des personnes en difficulté ;
- facilite les échanges, la réflexion et la co-construction de propositions politiques avec les associations adhérentes et les personnes accompagnées ;
- observe et analyse grâce à des études, des enquêtes et des sondages sur les personnes accompagnées, sur l’évolution des métiers de l’insertion sociale et sur la vie associative. La fédération analyse et évalue les actions et les dispositifs mis en place.

Ce plan d’économie rend beaucoup plus difficile la mise en œuvre du principe d’accueil inconditionnel et accroît les risques d’une sélection des publics à l’entrée

du logement d’abord, qui concilie accueil inconditionnel, accompagnement social global et une ambition d’insertion durable. Ce modèle doit poursuivre sa mutation vers le logement en diffus, le CHRS hors les murs, les plateformes territoriales d’accompagnement social, le développement de la participation et du travail pair. Les associations y sont prêtes. C’est à l’État de nous garantir une trajectoire budgétaire qui permette ces transformations. ✖



“**AUJOURD'HUI, LES CONTRAINTES BUDGÉTAIRES OMETTENT QUE LA PERSONNE EST AU MILIEU DU DISPOSITIF**”

Thierry Mila

Directeur de l'Association
Maison d'accueil à Arles

Thierry Mila gère un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, un Service d'Accueil et d'Hébergement pour Femmes Victimes de Violences (SAHFEEVI), un service d'Accompagnement Socio-éducatif Lié au Logement (ASELL) et est Trésorier de l'association de l'épicerie du Pays d'Arles gérant une épicerie sous la forme d'un chantier d'insertion. Il décrit son inquiétude pour l'avenir de ses structures à la suite de la mise en place de tarifs plafonds par le gouvernement.

Les pouvoirs publics ont engagé depuis 2018 un plan d'économies généralisées sur les budgets des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) fondé sur une convergence tarifaire par le biais de tarifs plafonds. En tant que gestionnaire, quel a été l'impact sur vous ?

L'annonce faite en 2017 par le gouvernement de la mise en place des tarifs plafonds pour les CHRS a provoqué des inquiétudes au sein de l'ensemble des associations gestionnaires, de leurs directions et de leurs équipes. Le remplissage de l'étude nationale de coûts (ENC), jusqu'ici facultatif, est devenu obligatoire pour les CHRS depuis 2017 pour l'exercice 2016.

Du fait de la mise en place des tarifs plafonds, c'est une baisse de la dotation de plus de 114.000€ qui a touché notre association Maison d'accueil. Lissée sur 4 ans, ceci

représentera une baisse de 28 183€ par an. De son côté, la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) Provence

La structure se voit dégradée d'une baisse supplémentaire au motif qu'elle accueille les familles nombreuses que la DDCS lui oriente

Alpes-Côte d'Azur (PACA), à qui le gouvernement a laissé la main pour organiser une deuxième «réfaction», a décidé de retenir parmi d'autres critères celui des établissements recevant des familles. «Afin de mieux

prendre en compte la charge de travail des structures, une modulation de l'effort supplémentaire sera réalisée en prenant en compte la composition familiale des publics accueillis. Cet effort sera modulé en se fondant sur la part des enfants dans le public accueilli en distinguant 3 groupes d'établissements : établissements accueillant moins de 10 % d'enfants (taux d'effort minimum), établissements accueillant de 10 à 50 % d'enfants, établissements accueillant plus de 50 % d'enfants (taux d'effort maximum). Ce taux d'effort supplémentaire pourra se situer entre -0,5 % et -3 % pour les établissements accueillant le plus de familles».

De ce fait, le CHRS de l'Association Maison d'Accueil se voit touché de 25.185€ de baisse supplémentaire sur son exercice 2018 parce qu'il accueille des familles avec enfants de façon inconditionnelle, orientées

par le service intégré de la DDCS, le SI-SIAO. Par exemple, nous accueillons actuellement une famille de 2 adultes et 9 enfants, pour lesquels le travail d'accompagnement auprès des enfants est tout autant essentiel et intense que pour les parents.

Les baisses successives de près de 28.500€ chaque année jusqu'en 2021 soit 114.000€ sur 4 ans se feront au détriment de la qualité de la prise en charge

Le paradoxe se situe dans le fait que ce soit la DDCS qui oriente les familles via son service intégré vers le CHRS Maison d'Accueil. La structure ensuite se voit dégradée d'une baisse supplémentaire au motif qu'elle accueille les familles nombreuses que la DDCS lui oriente.

Selon vous, l'ampleur des économies budgétaires sur plusieurs années et la fragilisation des établissements met-elle en danger la pérennité des missions et actions innovantes des CHRS pour un accompagnement global des publics les plus en difficulté ?

Nous avons reçu l'arrêté fixant le montant de la dotation globale de financement du CHRS Maison d'accueil d'Arles au titre de l'année 2018 fixée à 846 435€. Ce mon-

L'ASSOCIATION MAISON D'ACCUEIL : RENDRE LA FAMILLE ACTEUR DE SON PROJET

Aujourd'hui, l'Association Maison d'Accueil est orientée suivant quatre axes principaux : l'hébergement, qui est un des maillons essentiels de la prise en charge globale, l'accès au logement des personnes hébergées au CHRS à travers le bail glissant et les logements vers les parcs immobiliers publics ou privés, la prévention (à travers le dispositif ASELL et la participation aux CCAPEX), l'Accueil et l'Hébergement de Femmes Victimes de Violences dans le cadre du SAHFEEVI validé en novembre 2015.

La loi du 2 janvier 2002 a placé l'usager au centre du dispositif de prise en charge. Elle impose la mise en œuvre d'un projet individualisé spécifique à chaque bénéficiaire.

Le projet individualisé a pour but de formaliser la prise en charge mais aussi de rendre la famille acteur de son projet. Au CHRS de Maison d'Accueil, nous permettons aux familles dans le premier mois de prise en charge de se poser. Les familles ont besoin de se retrouver pour ensuite pouvoir échanger sur les objectifs à atteindre. La famille fait le point sur sa situation dans les grands domaines que sont la santé, la situation administrative, les ressources, l'emploi, la formation, le logement...

Tout au long de la prise en charge, le facteur temps doit constituer un paramètre clé. À certains moments, les familles ont besoin de «pauses», à d'autres moments, les événements s'enchaînent et le projet avance. Il faut donc donner le rythme et proposer à la famille des allers retours pour la préparer à une autonomie choisie.

Le référent va être, avec la collaboration de l'équipe, le lien de confiance, le fil conducteur tout au long de la prise en charge. Dans les deux premières semaines, c'est lui qui est en charge de rencontrer la famille et de réaliser un premier bilan qu'il présentera à l'ensemble de l'équipe lors de la réunion hebdomadaire et qui servira de base à l'élaboration du Projet Individualisé.

La synthèse de ces propositions a pour vocation d'établir des liens entre les besoins observés par les professionnels, d'une part, et les propositions de l'équipe, d'autre part. Elle a aussi pour vocation d'établir une véritable cohérence de la démarche d'accompagnement.

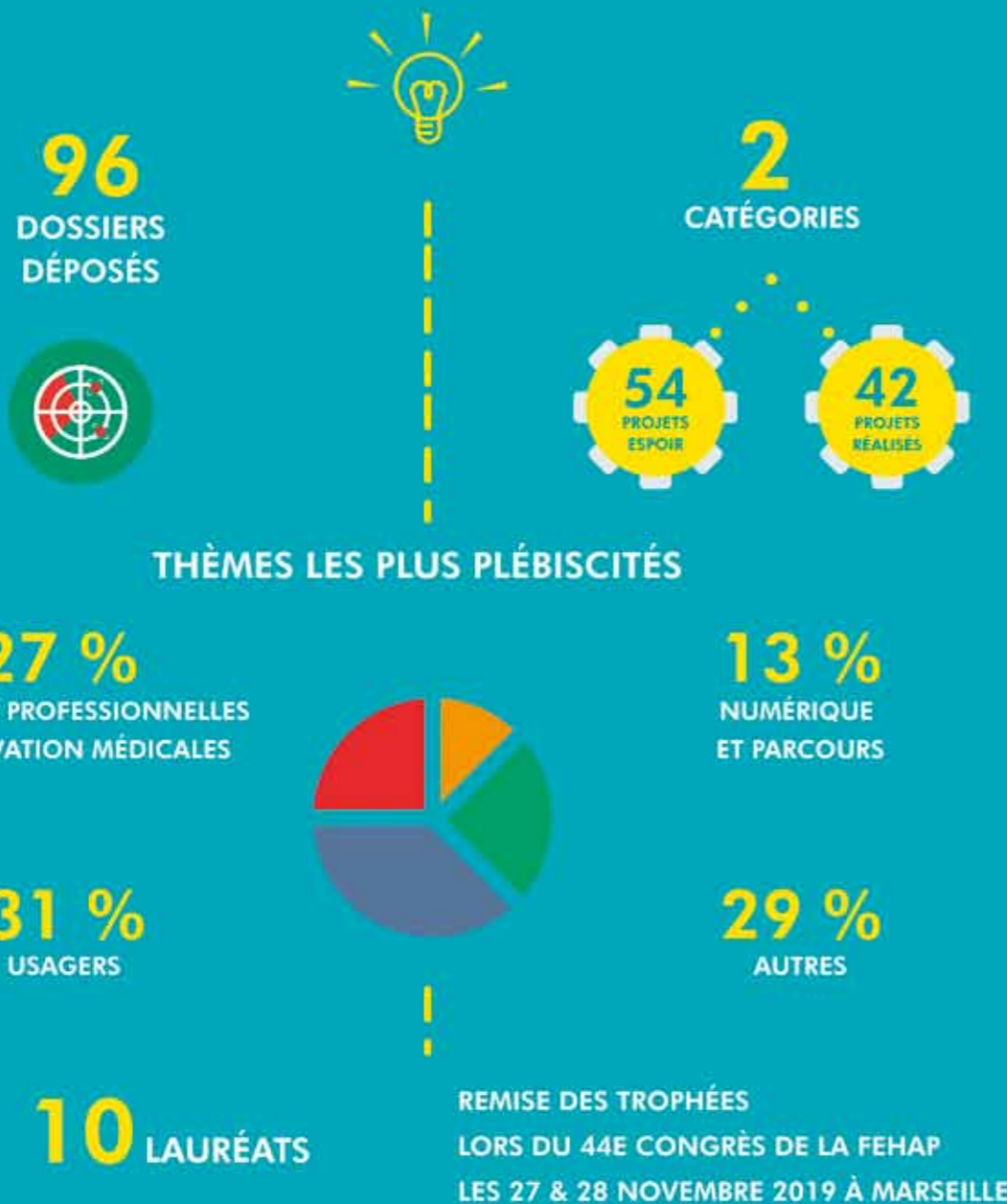
tant s'est traduit par une réduction du groupe 1 de 28 183€ et un taux effort supplémentaire de 25.185€ conformément aux orientations budgétaires PACA en fonction de la composition familiale des ménages que nous accueillons dans nos logements. Cette baisse de l'ordre de 53.368€ ne nous permet pas d'avoir un fonctionnement normal. La subvention de 924.888€ nous avait permis pour la première fois en quatre ans d'atteindre l'équilibre. Pour nous permettre de continuer à fonctionner, nous avons décidé de supprimer le poste de psychologue et de nous séparer de la chef de

service remplacée à hauteur de 0.70 ETP et d'un logisticien que nous remplacerons si nous en avons les moyens. Pour les années futures, le départ à la retraite d'un travailleur social ne sera certainement pas remplacé. Les dépenses inhérentes au groupe 1 et 3 ne peuvent pas être réduites si nous voulons respecter le nombre de nuitées. Nous allons aussi modifier la typologie de notre parc d'appartements pour mieux répondre et anticiper les éventuelles orientations budgétaires nationales et/ou de la DDCS PACA, en matière d'accueil des populations que nous recevons. ➔

TROPHÉES DE L'INNOVATION 2019

9^e ÉDITION

RÉCOMPENSE LES MEILLEURES INITIATIVES INNOVANTES
DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ADHÉRENTS À LA FEHAP



➔ En tant que gestionnaire, quelles sont vos principales attentes concernant la généralisation de la contractualisation prévue par la loi ELAN ?

Si la loi ELAN permet réellement d'atteindre les trois objectifs généraux qui sont la libéralisation de la construction, l'amélioration du cadre de vie et la protection des plus fragiles par un accès simplifié, en tant que gestionnaires, nous y souscrivons pleinement. Pour autant, pour les personnes fragiles, nous ne sommes pas certains que des baux flexibles avec des durées maximales de 10 ans soient une garantie de sérénité d'une part. D'autre part, il convient de savoir que ce bail mobilité n'est possible que pour les logements meublés. Le détricotage de l'encadrement des loyers et la vente de 400 000 HLM par an en France, entrainera mécaniquement pour les personnes sans ressource que nous accompagnons, une diminution de l'offre, la déconstruction de la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU), la dérégulation des loyers HLM et l'accélération de l'expulsion des locataires les plus modestes.

Et vos craintes dans ce contexte budgétaire très dégradé ?

Les baisses successives de près de 28.500€ chaque années jusqu'en 2021 soit 114.000€ sur 4 ans se feront au détriment de la qualité de la prise en charge. Les missions suivantes vont certainement être dégradées :

- L'accès aux droits administratifs, au logement, aux ressources,
- L'accès aux droits sociaux, médicaux et à la santé,
- L'inscription des enfants dans les activités de loisirs de la Cité et de l'éducation,
- L'accès aux droits civiques,
- L'accès à l'emploi, l'insertion professionnelle et la formation,

- L'accès à la justice, au conseil juridique et à la défense du citoyen,
- L'accès à la culture et aux loisirs en partenariat avec les centres sociaux, centres Culturels, mairie, écoles, collèges, centres de loisirs avec ou sans hébergement...

L'évolution des modalités d'intervention nécessite d'attribuer du temps et des moyens budgétaires pour permettre aux travailleurs sociaux de remplir leurs missions auprès des usagers afin de proposer des activités socio-éducatives, périscolaires, en cohérence avec le projet individualisé de chacune des familles accueillies.

La pression exercée par les pouvoirs publics pour augmenter le taux de sortie ne répond plus aux besoins des personnes accompagnées mais à une logique comptable

Aujourd'hui, les contraintes budgétaires omettent que la personne est au milieu du dispositif. La pression exercée par les pouvoirs publics pour augmenter le taux de sortie ne répond plus aux besoins des personnes accompagnées mais à une logique comptable ou à un pourcentage destiné à augmenter le taux de sortie des établissements sous couvert de l'argument de la fluidité. Cela va forcément altérer la qualité de l'accompagnement pourtant nécessaire et fondamental pour amener ces familles à une véritable insertion socio-professionnelle et une véritable autonomie. ✘

L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DU CONGÉ PATERNITÉ

SPÉCIFICITÉ EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ENFANT

CLARISSE BROUX

Conseillère Relations du travail

Dans le but de progresser en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 du 22 décembre 2018 prévoit un allongement du congé paternité en cas d'hospitalisation du nouveau-né immédiatement après sa naissance dans une unité de soins spécialisée.

A lors que la prématurité concerne 8% des naissances en 2016¹, seul le congé maternité peut être actuellement prolongé. En effet, dans le cas d'un accouchement de grand prématuré intervenant plus de six semaines avant la date prévue et nécessitant une hospitalisation de l'enfant, il est augmenté du nombre de jours entre la date réelle de l'accouchement et les six semaines avant la date initialement prévue².

Alors que la prématurité concerne 8% des naissances en 2016, seul le congé maternité peut être actuellement prolongé

Dans cette éventualité, aucune disposition légale n'était jusqu'à présent prévue pour allonger le congé paternité. La seule disposition existante concerne le congé paternité qui – s'il doit initialement être pris dans les quatre mois suivant la naissance – peut être reporté dans les quatre mois suivant la fin du congé postnatal en cas de décès de la mère ou la fin de l'hospitalisation du nouveau-né³.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 du 22 décembre 2018, le Code du travail dispose désormais que « lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale déterminée par décret⁴. Le décret d'application a été publié le 25 juin 2019⁵ au Journal officiel et prévoit une durée maximale de trente jours consécutifs, qui doivent être pris dans les quatre mois suivant la naissance de l'enfant. L'arrêté également publié le 25 juin 2019⁶ précise que les unités de soins spécialisées concernées sont les

1- Rapport de l'IGAS de juin 2018 sur le congé de paternité.

2- Article L. 1225-23 du Code du travail.

3- Article D. 1225-8 du Code du travail.

4- Article L. 1225-35 du Code du travail.

5- Décret n° 2019-630 du 24 juin 2019 relatif à la création d'un congé paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant.

6- Arrêté du 24 juin 2019 fixant les unités de soins spécialisées.

La Norvège en tête – premier pays à avoir instauré le congé paternité – assure un minimum de dix semaines de congé paternité, pris en charge à 100%

unités de néonatalogie, de réanimation néonatale, de pédiatrie de nouveaux nés et de nourrissons, ainsi que les unités indifférenciées de réanimation pédiatrique et néonatale. Il est, en outre, précisé que le salarié bénéficiant de ce congé doit prévenir son employeur sans délai en transmettant un document justifiant de l'hospitalisation de l'enfant.

Ces nouvelles dispositions ne s'appliqueront qu'aux naissances intervenues à partir du 1^{er} juillet 2019.

ÉTAT DES LIEUX ACTUEL

Instauré depuis 2002, le congé paternité est d'une durée de onze jours calendaires consécutifs, dix-huit jours en cas de naissances multiples. Il s'agit d'un droit optionnel pris par environ sept pères sur dix⁷, qui est cumulable avec les trois jours de congé pour événements familiaux prévus au titre de la naissance d'un enfant survenue au sein du foyer⁸. Afin de prendre en compte la pluralité des modèles familiaux, les bénéficiaires de ce congé sont le père salarié du nouveau-né, le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle maritalement ou par le biais d'un pacte civil de solidarité⁹. Aucune condition d'ancienneté dans l'entreprise n'est nécessaire, le salarié devant seulement veiller à prévenir son employeur au moins un mois à l'avance de sa volonté de prendre son congé paternité et de sa date de retour. Ce congé étant de droit, l'employeur ne peut s'y opposer ou en exiger le report¹⁰.

Concernant l'indemnisation du congé paternité, la sécurité sociale la prend en charge

dans les mêmes conditions qu'un congé maternité. De son côté, l'employeur n'est toutefois pas tenu par la loi ou la convention collective nationale du 31 octobre 1951 de maintenir le salaire.

PANORAMA EUROPÉEN

Si la législation française garantit un congé paternité plus élevé que celui de dix jours prévu dans le socle européen des droits sociaux en attente d'adoption, la France reste sensiblement moins généreuse que d'autres pays au niveau européen à ce sujet. En effet, les pays scandinaves ont mis en place des dispositions plus avantageuses : la Norvège en tête – premier pays à avoir instauré le congé paternité – assure un minimum de dix semaines de congé paternité, pris en charge à 100%. La Suède prévoit quatre-vingt-dix jours minimums de congé pour le père. Le Danemark fixe un délai de deux semaines rémunérées intégralement. L'Espagne, quant à elle, a instauré depuis le 1^{er} avril 2019 un congé paternité de huit semaines (contre cinq semaines auparavant) pris en charge à 100%, qui sera étendu à seize semaines en 2021.

Ces mesures se cumulent généralement avec la possibilité de prendre un congé parental. ✕

7- Rapport de l'IGAS de juin 2018 sur le congé de paternité.

8- Article L. 3142-4 du Code du travail.

9- Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012.

10- Cass.soc. 31 mai 2012 n°11-10282.

CRÉER UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN TERRITOIRES DANS LE CHAMP DES TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT POUR CHANGER LA DONNE

MURIEL POHER

Cheffe du projet Service territorial d'accès aux ressources transdisciplinaires (START) dans le champ des troubles du neuro-développement (TND)

Le projet START est né dans le prolongement de la publication de l'expertise collective de l'Inserm « Déficiences Intellectuelles » et de l'analyse des politiques publiques menées dans le champ du handicap, plus spécifiquement dans le champ des handicaps cognitifs. Il vise à apporter une réponse aux limites d'une approche catégorielle trop exclusive des troubles du neuro-développement. Un projet remarquable dont la FEHAP est partenaire !

START, pour Service Territorial d'Accès à des Ressources Transdisciplinaires, doit permettre d'améliorer et de décloisonner les pratiques professionnelles de l'accompagnement et du soin dans le champ des Troubles du Neuro-Développement: Troubles du spectre de l'autisme (TSA), Trouble du Développement Intellectuel (TDI), DYS, Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA), Troubles De l'Attention et Hyperactivité (TDAH)... en agissant sur :

- La formation : par le déploiement en territoires de formations croisées réunissant les professionnels de deuxième ligne, du soin et de l'accompagnement
- Le soutien aux acteurs de terrain sur des situations individuelles complexes par la constitution d'un vivier d'« experts » formés et mobilisables

Il s'agit bien d'impulser en territoires, de nouveaux modes de collaboration plus transversaux que ceux qui sont à l'œuvre aujourd'hui

pour créer, en territoires, une communauté de pratiques professionnelles dans le champ des troubles du neuro-développement.

UN PROJET EN PHASE AVEC LES RÉFORMES

START est porté par la filière nationale de santé DéfiScience (regroupant 27 centres de référence maladies rares et 79 centres de compétences), des Associations de familles et de malades, les Fédérations employeurs, (Alliance Maladies Rares (AMR), Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce (Anecamsp), Collectif déficience intellectuelle, FEHAP, Nexem, Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei)). Il est financé, à titre d'expérimentation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et deux Agences régionales de santé (ARS) en Auvergne-Rhône-Alpes et en Île-de-France.

Ce projet est en phase avec les différentes réformes engagées ces dernières années, visant à reconfigurer l'offre sanitaire et médico-sociale autour d'une logique de « parcours » de la personne, au plus près de ses besoins.

L'ambition est de parvenir à concevoir, puis à diffuser un socle commun de connaissances propre aux TND,

- à destination prioritairement des acteurs du soin et de l'accompagnement de 2^e ligne,
 - en transdisciplinarité,
 - sur un format court, deux fois deux jours de présentiel permettant une diffusion d'apports théoriques à distance,
 - validé par un comité pédagogique de 40 experts, issus du soin, de l'accompagnement, du secteur associatif.
- Font partie de ce comité, des « experts » professionnels du soin, de l'accompagnement, des institutionnels, des aidants issus du secteur associatif, aux savoirs profanes indispensables.

RAPPORT PROSPECTIF DU CNSA

« Afin d'accompagner le changement des pratiques des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui doivent notamment se réorganiser en plateformes d'appui sur les territoires, des actions partenariales ayant vocation à permettre la mise en place de formations décloisonnées s'adressant à plusieurs catégories de professionnels issus des structures différentes ainsi qu'aux aidants et personnes concernées, dans le cadre des plans de formation, sont en cours de mise en place. Les conventions pluriannuelles conclues par la CNSA avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) du secteur prévoient notamment la mise en place d'actions de formation croisées financées en lien avec les stratégies et priorités territoriales. Ces formations doivent faciliter les coopérations entre les différentes parties prenantes d'un même territoire dans un objectif de continuité du parcours de la personne ».

LE CROISEMENT DES SAVOIRS

Les contenus de START se nourrissent des regards et compétences multiples issus de professionnels du soin, de l'accompagnement mais aussi des savoirs expérientiels des familles, aidants et acteurs associatifs. Cette approche est fondamentale pour relever le défi du décloisonnement des pratiques. La question du croisement des savoirs porte la question du devenir des nouveaux objets qui en découlent. Constituer et partager un lexique commun nous semble être une étape fondatrice de cette communauté de pratiques, dès la conception des modules, qui s'enrichira de l'apport de l'expérimentation des formations.

Le projet est porté et piloté par une équipe projet (cheffe de projet, conseiller scientifique, chargée de mission) en lien avec un comité de pilotage national et des comités de pilotage régionaux.

Le portage institutionnel en régions et le déploiement des formations est assuré par deux animatrices régionales.

Deux régions pilotes se sont lancées dans l'expérimentation du dispositif : l'Auvergne-Rhône-Alpes et l'Île-De-France. La diffusion de la formation sera assurée par des binômes de formateurs-pairs. Ces formateurs seront de véritables partenaires de l'expérimentation, de la mise en œuvre de la communauté de pratiques et de la possible pérennité du dispositif.

Il s'agira de personnes « qualifiées » répondant au profil décrit ci-après et mandatés spécifiquement pour la réalisation de cette formation, moyennant un recrutement sur cahier des charges, un contrat de prestation de service et une formation de formateurs.

La formation s'adresse à tout « professionnels de seconde ligne », c'est-à-dire à ceux qui exercent en tant qu'intervenant au quotidien dans le parcours des personnes, enfant ou adulte, présentant un ou plusieurs TND. L'identification précise du public de l'expérimentation est en cours, en lien avec chacune des deux ARS. Il s'agira de professionnels du soin, (hospitaliers, libéraux, réseaux de soins, paramédicaux...), professionnels de l'accompagnement (en structures médico-sociales), référents de parcours, institutionnels (MDPH, CD, CG...), ayant déjà des liens partenariaux en territoires ou des liens à créer et consolider. ✖

DÉFINITION DES TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

Les troubles du neuro-développement (TND) correspondent à un défaut de développement d'une ou plusieurs compétences cognitives attendues lors du développement psychomoteur et affectif de l'enfant. Ils incluent : les Troubles du Développement Intellectuel (Déficience Intellectuelle), les Troubles du Spectre de l'Autisme (dont 30 à 40 % avec DI), les troubles du langage ou des coordinations, les troubles des fonctions exécutives et attentionnelles, les troubles spécifiques des apprentissages (lecture, calcul...) et les troubles cognitifs complexes. Le concept de TND constitue une approche pertinente sur le plan scientifique, clinique et très opérationnelle en termes de « Réponse Accompagnée pour Tous ». Ils fournissent, comme une colonne vertébrale, un cadre où les évaluations et les diagnostics plus précis peuvent être articulés entre eux, sans nier les spécificités fonctionnelles et étiologiques. Ce cadre doit permettre de rétablir une plus grande équité de soins et d'accompagnement, d'accroître la précocité et la pertinence des interventions, tout en garantissant une spécificité de prise en charge propre à chaque trouble, prenant toujours mieux en compte les forces, les fragilités et les souhaits de la personne et les besoins de soutien correspondants. Une personne ne peut être réduite à son Trouble du Neuro-Développement.

RETOUR D'EXPÉRIENCE : LES ENSEIGNEMENTS DU SYSTÈME SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL SUÉDOIS

EMILIE LEBÉE-THOMAS

Directrice des programmes de Dialog Health

Dans le cadre de son partenariat avec l'organisme de formation et agence de voyage Dialog Health, la FEHAP a organisé deux missions en parallèle en Suède. Une première délégation regroupant quinze participants, incluant Laurent Ferrazo, adjoint de direction à la Direction de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie est parti à la découverte de ce pays nordique souvent cité en exemple pour sa politique d'inclusion exemplaire des personnes en situation de handicap. Un second groupe comptant dix délégués, y compris Marion Deguille, Conseillère Santé Social à la Direction de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé, a étudié le système de santé suédois.



une structure très décentralisée où les mairies et les comtés jouent le premier rôle.

Ces caractéristiques irriguent le système sanitaire et médico-social, avec un effort sur la transversalité des politiques publiques sur les territoires, l'organisation de la gradation des soins grâce aux nouvelles technologies et le rôle central des patients et de leurs besoins.

SANTÉ

Le système de santé suédois a connu des changements structurels liés à une réforme opérée dans les années 1990, qui a diminué fortement le nombre d'hôpitaux dans les régions, en contrepartie d'une augmentation du nombre de centres de soins de proximité (y compris du fait du développement d'une offre privée). Un transfert de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation ambulatoire et les soins à domicile a eu lieu avec, en parallèle, un regroupement et une concentration des spécialisations au niveau des CHU.

Le CHU Karolinska joue un rôle de recours spécialisé pour l'ensemble du territoire de la Suède. Son Centre de l'Innovation travaille activement à développer des solutions pour faciliter les interactions avec les patients même très éloignés, que ce soit via la téléexpertise ou la téléconsultation. Le développement d'applications et de nouvelles technologies

Comme les autres pays nordiques, le système médico-social suédois présente des caractéristiques marquées :

- une couverture et un accès aux soins universels pour sa population,
- un financement essentiellement assuré par l'impôt,
- une forte prédominance du secteur public, aussi bien en ce qui concerne le financement que l'offre des soins,

en partenariat entre les professionnels, les patients et des entreprises innovantes est particulièrement adapté pour les pathologies chroniques, comme en témoigne l'action de la clinique ambulatoire ASC.

Depuis 2008, la région de Stockholm est à la pointe de l'expérimentation de nouveaux modes de financement de la santé pour encourager des restructurations. Un échange entre le Docteur Stalberg, à l'origine du financement au parcours de soins des prothèses de hanche et le Docteur Wiren, de l'hôpital St Göran (Capio) a été riche d'enseignements sur les enjeux concrets de telles réorganisations pour les équipes soignantes et les patients.

SANTÉ MENTALE

La santé mentale est au cœur des évolutions du système de santé suédois, avec une volonté d'améliorer les parcours de soins et l'autonomie de ces patients chroniques particuliers. Les équipes du Centre Hospitalier Spécialisé Norra Stockholms Psykiatri développent des solutions innovantes pour répondre à ces challenges, comme le premier SMUR psychiatrique de Suède. Ce véhicule et son équipage, composé de deux infirmiers spécialisés en psychiatrie et d'un conducteur ambulancier, prennent en charge des urgences psychiatriques de 14h à 2h du matin tous les jours. Leur mission est de désamorcer des crises et d'éviter des suicides, permettant de réduire les hospitalisations de crise et d'améliorer la qualité de soins pour les patients psychiatriques.



- La prévention et le combat contre les discriminations à l'égard des personnes handicapées
- La mise à disposition des enfants, jeunes et adultes des outils permettant leur indépendance et leur autodétermination.

La loi LSS de 1994 liste précisément les services auxquels ont droit les suédois en situation de handicap. Ces droits recouvrent un ensemble large, avec un focus particulier sur

le soutien à domicile. La mise à disposition d'un assistant personnel est ainsi garanti pour favoriser l'autonomie quotidienne.

Des services d'accompagnement et de contact individualisé permettent la participation à la vie sociale. Des permanences téléphoniques garantissent un soutien

H24 notamment en cas de situation imprévue ou d'urgence.

L'offre d'hébergement temporaire est

très développée pour assurer des périodes de

répit, tout comme les accueils périscolaires ou de week-end pour les enfants de plus de 12 ans. Ainsi les établissements scolaires adaptés, comme le Häggviks Gymnasium Skolan, ont une offre de service qui va bien au-delà de l'éducation. En termes d'hébergement, la Suède s'est engagée dans un vaste mouvement de désinstitutionnalisation et d'intégration sociale à partir des années soixante-dix. Ce mouvement va au-delà des personnes handicapées et concerne également les personnes âgées. Trois formes d'hébergement à financement public sont prévues : des appartements thérapeutiques dans des zones résidentielles ordinaires, des résidences-service comportant de cinq à dix appartements séparés avec éventuellement des équipements communs, et enfin un logement individuel adapté. Le soutien assuré dans les appartements thérapeutiques varie selon les besoins des résidents. Dans les résidences du groupe Nytida, les délégués français ont été particulièrement frappés par l'importance des moyens humains mis à disposition pour assurer la vie en appartement autonome des personnes en situation de handicap lourd.

L'emploi des personnes en situation de handicap est une priorité nationale, même avec des salaires faibles en complément des allocations versées par le gouvernement. Des accueils de jour, comme Meda 5, accueillent les personnes en âge de travailler qui n'ont pas d'activité professionnelle et ne suivent pas de formation. L'investissement dans l'accessibilité des transports en commun ou la mise à disposition de transports adaptés est porté par les communes dans le cadre de leur stratégie médico-sociale. De nombreux établissements relevant du soin, comme Kunskapscenters vuxenteam ou Motorik & Trainingscenter accompagnent les personnes handicapées dans le maintien et le développement de leur autonomie tout au long de la vie. ✪

	Suède	France
Population totale (2016)	9,838,000	64,000,000
Superficie	450,295 km ²	672,051 km ²
Espérance de vie à la naissance h/f (années, 2016)	81/84	80/86
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2014)	11,9%	11,5%
Population totale (2016)	totale	totale

Source : Observatoire de la santé mondiale

L'expérience patient est au cœur des considérations des établissements de santé mentale suédois, avec le développement de la pair-aidance, des systèmes d'auto-admission pour les patients chroniques ou des Forums patients permettant d'adapter les organisations hospitalières aux besoins des patients.

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Depuis 1992, la responsabilité de la vérification des ressources, du financement et de l'organisation des services de soins de longue durée pour les personnes âgées et de l'assistance aux personnes handicapées incombe aux municipalités. Leurs missions incluent en particulier :

- L'identification et l'élimination des obstacles empêchant les personnes en situation de handicap de participer pleinement à la société,



COMPRENDRE LA POLITIQUE DE SANTÉ AU ÉTATS-UNIS

Elisa Chelle
Préface de Marc Smyrl

2019, 154 pages, Collection Débats santé social, 13 euros

Éditeur : Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)

Le système de santé aux États-Unis est considéré comme le plus coûteux au monde mais son efficacité reste inférieure à celle des pays d'un développement économique comparable. La France s'en est néanmoins inspirée dans le cadre des réformes de santé sans en faire un bilan préalable. La question actuellement est de savoir s'il faut continuer à en faire un exemple.

Cet ouvrage décrypte la politique de santé des États-Unis. Il fait le point sur la portée et les limites de cette politique publique et permet de comprendre que la bataille menée contre la réforme Obama rend compte de choix et de clivages qui traversent tous les systèmes nationaux d'organisation des soins.

Cet ouvrage permet à un citoyen de se faire un avis pour débattre d'une politique de santé et des thèmes tels que le remboursement de nouveaux traitements, les revendications des professionnels, la qualité des soins.

C'est une synthèse accessible à tous pour comparer les systèmes politiques et de santé dans le monde.



LA RÉVOLUTION DU PILOTAGE DES DONNÉES DE SANTÉ

ENJEUX JURIDIQUES, ÉTHIQUES ET MANAGÉRIAUX

Élodie Chapel, David Gruson, Delphine Jaafar, Pierre Loulergue, Judith Mehl, Florent Parmentier, Anais Person
Préface de Jacques Lucas

2019, 148 pages, Collection Décideur en santé, 40 euros

Éditeur : Les Etudes Hospitalières Editions

L'évolution du pilotage par les données de santé ou le data management constitue un changement important de notre système de santé.

Cette transformation se déploie dans un cadre juridique nouveau, après la transposition du règlement général sur la protection des données (RGPD) et l'identification de nouveaux principes juridiques. La régulation des enjeux éthiques est associée à ces évolutions dans le contexte de la préparation de la révision de la loi bioéthique. C'est un nouveau management en santé qui génère la modification des modalités de réponse aux besoins des patients et du cadre d'intervention des professionnels. Cet ouvrage explore les nombreuses dimensions de ce nouveau pilotage : sécurité sanitaire et régulation du système, gestion prévisionnelle des ressources humaines et des compétences, adaptations des modes de financement vers une reconnaissance des parcours des patients, modalités de valorisation du pilotage par les données...



LA RÉVOLUTION DU DON

Alain Caillé, Jean-Edouard Grésy

2017, 256 pages, Collection économie, 8,30 euros

Éditeur : Éditions Points

L'ethnologie, en particulier avec l'essai de Marcel Mauss de 1925 permet de comprendre l'art du don et comment le rendre efficace dans le management des organisations.

Les diverses organisations, dont les associations, trouvent dans la technique du don une véritable source de la coopération. Celles manquant sans intégrer la pratique du don restent dans les limites du chacun pour soi et du découragement.

Ce guide, grâce à son analyse du management à la lumière du don, concourt à repenser l'ensemble de nos relations humaines.

Retrouvez
notre sélection
d'ouvrages
sur le portail Internet
www.fehap.fr,
la fédération,
« veille », « derniers
ouvrages ».