



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

## COMMISSION ENFANCE ET JEUNESSE

Mercredi 6 juin 2018

# I - TOUR DE TABLE DES RÉGIONS

## II - ACTUALITÉS DU SECTEUR

# 1- Synthèse des projets de PRS Il soumis à concertation

- Notion de taille critique ou de seuil : souvent évoquée mais pas définie
- Mutualisation des équipes sur le territoire : évoquée de façon hétérogène sur des activités différentes (SSR, HAD, PDSES, imagerie, chirurgie, chimiothérapie) prioritairement sur les GHT
- Place des GHT : place prépondérante des GHT sur une majorité de régions
- Objectifs spécifiques sur l'ambulatoire : pour la majorité des régions, volonté de poursuivre le virage ambulatoire en chirurgie + développement des alternatives à l'hospitalisation en médecine, SSR et psy + augmenter le recours à l'HAD

## Enjeux HAD/domicile/Prestataires

- 5 régions concernées par une baisse du nombre d'implantations HAD (ARA, Normandie, Centre Val de Loire, Occitanie, Grand Est) à l'exception de la Bretagne (création d'une HAD médecine à orientation néonatalogie)
- Problématiques des prestataires remontées par 3 régions (Nouvelle Aquitaine, PACA, Hauts de France)
- Coopération HAD et ESMS soulignées dans 8 régions
- Nécessaire implication de l'HAD dans les GHT : rappelée dans 3 régions
- Identification du domicile comme acteur majeur du parcours des personnes pour toutes les régions sauf Occitanie et Hauts de France

# 1. Organisation des activités et modalités de prise en charge

- Gradation des soins : pas clairement définie dans toutes les régions, seules 2 identifient 3 niveaux (proximité, recours et référence) : à préciser régions et disciplines
- Pertinence des soins : citée dans tous les PRS mais suivie d'objectifs dans 3 régions (IDF, GE et PDL)
- Transformation de l'offre médico-sociale Handicap : vigilance sur les critères retenus (en lien avec l'instruction du Ministère des Personnes Handicapées)
- Peu de références aux USLD : les « oubliées » des PRS ou seulement orientation sanitaire quand elles sont citées
- Rôle de soutien des aidants peu évoqué alors même qu'ils sont au cœur de l'accompagnement à domicile

- Une approche souvent très limitée sur l'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap
- Les enjeux et modalités permettant de favoriser l'accès aux soins des personnes fragiles ou en situation de grande précarité sont insuffisamment cités et étayés.
- Les services d'aide et de soins à domicile, bien qu'au cœur des politiques publiques (le domicile = centre de gravité) sont rarement présentés comme des acteurs structurants sur les enjeux territoriaux de santé et la prévention.
- Priorité d'investissements ?



- Traitement de l'article 51 : peu évoqué dans les PRS mais des expérimentations sont déjà financées par des ARS
- Objectifs en termes de soins de premiers recours : pour la majorité des régions, volonté de renforcer l'offre de premier recours (développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné, accompagnement des professionnels dans leur projet d'installation, renforcement de l'accès aux soins primaires dans les zones fragilisées, coopérations territoriales (CPTS, PTA...))
- Objectifs pour encourager le rapprochement des EHPAD des GHT : pas d'objectifs directement définis dans les PRS sauf en Normandie où une filière gériatrique est prévue au sein des GHT.

### Organisation territoriale en psychiatrie et santé mentale

- Mouvement général favorable à la psychiatrie :
    - la psychiatrie est parfois identifiée comme priorité régionale (Normandie) ;
    - augmentation du nombre d'implantations en psychiatrie dans plusieurs régions, pour les structures ambulatoires surtout, mais également pour l'hospitalisation complète ou à temps partiel
  
  - Hétérogénéité des régions pour la prise en compte de la territorialisation et de la coordination des parcours :
    - Déploiement des PTSM favorisé dans la plupart des régions (5 régions sur 11, par exemple : ARA, Bretagne, Normandie) ;
    - Elaboration d'une cartographie dans d'autres régions (Centre) ;
    - Refonte de la sectorisation prévue dans une région (Occitanie) ;
    - Déploiement des CLSM dans la plupart des régions ;
    - Réorganisations, regroupements (autorisations de SSR transférées à la psychiatrie, regroupements de CMP avec MSP).
- Cette hétérogénéité montre notamment la variabilité des territoires et le souci de s'y adapter.
- En revanche, on voit peu d'accompagnement et d'incitation au développement de la médecine de ville, pourtant très déficitaire dans certains territoires en psychiatrie et psychiatrie infanto-juvénile
- Accentuation du rôle des secteurs ?

## 2- Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

- Dispositif réglementaire :
  - Financement d'expérimentations dans le but de promouvoir l'innovation dans les secteurs sanitaire, médico-social et social
  - Décret du 21 février 2018 relatif au cadre de l'expérimentation
- Fonctionnement et organisation du dispositif :
  - Éligibilité au dispositif : si la mise en œuvre de l'expérimentation **déroge aux règles de financement et d'organisation**
  - Des portes d'entrée régionale et /ou nationale
  - Un parcours pour être éligible
  - Portée du projet : nationale, interrégionale, régionale ou locale
- Financement : 20 M€ pour le FISS + 10 M€ pour le FIR

- L'efficacité de ce dispositif dépendra de la capacité de la fédération à :
  - répondre aux **initiatives nationales** :
    - choix des sujets ;
    - modalités de coordination et de consolidation des projets et portage national ;
    - positionnement de la fédération en terme de calendrier : enjeu de crédibilité très fort et en terme d'image.
  - identifier des innovations organisationnelles sur les territoires et prioriser des thématiques,
  - **fédérer dans les régions** les acteurs du réseau en lien avec les autres acteurs sur les projets,
  - appuyer ses adhérents pour l'élaboration des cahiers des charges,
  - et en assurer la visibilité et le choix au niveau national (lobbying régional et local).

## Pilotage

- Pilote : Christine SCHIBLER
- En lien avec : Julien MOREAU

## Bureau article 51

- **Composition:**
  - Des membres identifiés de l'équipe siège FEHAP
  - 2 chargés de mission en région (en cours)
  - 1 membre désigné par chaque commission et comité sanitaire et médico-social FEHAP
- **Fonctionnement :** 1 réunion par mois au démarrage

## COPIL article 51

- **Composition :** bureau + 1 membre désigné par chaque délégation régionale
- **Fonctionnement :** 1 à 2 réunions par an

### 3 - Travaux nationaux relatifs à l'évolution de l'offre médico sociale

- Rappel : [Courrier Interfédéré adressé à la Secrétaire d'Etat + Réponse](#)
- Atelier « **Recomposition de l'offre médico-sociale pour personnes handicapées** ».
  - Atelier national à visée opérationnelle : capitaliser les bonnes pratiques, co-construire les réponses législatives et réglementaires
  - Mobilisation de l'ensemble des parties prenantes (ADF, ANDASS, Fédérations et les ministères concernés \_ SG MAS) + le « domicile »
- Des réunions sur différents thèmes :
  - Ecole inclusive (*juillet 2018*)
  - Habitat inclusif (*septembre 2018*)
  - Réforme des autorisations (*novembre 2018*)

 **Remontées de terrain ?**



## 4 - Fonctionnement des établissements et services secteur enfant en dispositif

- Une mission IGAS menée sur **l'évaluation du fonctionnement des Itep en dispositif**
- Souhait **d'élargir la réflexion aux ESMS du secteur de l'enfance handicapée** en lien avec la logique de scolarisation / école inclusive
  - Dans vos structures ou sur votre territoire (adhérents Fehap) **avez-vous connaissance de structures** fonctionnant en « dispositif intégré » ( expérimentation ou non )
  - Si **non, que pensez vous de cette possibilité ?**
    - Freins et leviers ?
    - Vers un élargissement au secteur adulte ?

La **Fehap sera auditionnée le 18 juin** = retours avant le 13 juin

## 5 - Mesure de l'activité dans les ESMS – Travaux CNSA

- Travaux CNSA \_ **Elaboration d'un guide méthodologique relatif à la mesure de l'activité dans les ESMS**
  - Généralisation de la contractualisation dans secteur MS
  - Les deux dernières LFSS ont prévu le principe d'une « modulation tarifaire au regard d'objectifs d'activité des ESMS »

Objectifs : outillage des acteurs locaux et d'harmonisation des pratiques = définir des « conventions de mesure » de l'activité qui puissent être partagées sur l'ensemble du territoire

Document non opposable + il ne s'agit pas de réformer la tarification

Réunion plénière + 3 groupes de travail pilotés par la CNSA/ DGCS :

- Accueil de jour et /ou accueil de nuit
- Accompagnement à domicile et/ou sur les lieux de vie
- Consultations ( CAMSP et CMPP)

- Sous groupe Consultations

- **Indicateurs**

- Des **items du RA des CAMSP et des CMPP retenus** par consensus pour examiner l'activité et le cas échéant décider de moduler les dotations
- **Éléments permettant d'objectiver l'analyse des indicateurs** : clés d'interprétations

- Sous groupe Accueil de jour et ou de nuit

- **Echanges autour de la notion de :**

- demi-journée (pas de consensus) ,
- accompagnement (consensus),
- comptabilisation des absences (consensus sur l'importance de la contextualisation des absences, mais pas sur les modalités de décompte ou de déduction des absences)
- des difficultés sur la mesure de l'activité des dispositifs = prévoir un GT ad hoc

## ● Sous groupe Accompagnement à domicile et/ou sur les lieux de vie

Ce qui fait consensus et que l'on peut retenir pour le guide	Ce qu'il faut discuter
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplicité de la mesure de l'activité</li> <li>• Notions d'actes « directs » au sens des prestations directes de SERAFIN-PH</li> <li>• Porte d'entrée « activité au sens du service rendu aux personnes » pas au sens « activité des professionnels »</li> </ul>	<p><b>Normes de comptage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comptabilisation du <i>nombre</i> d'actes : question de la prise en compte de la durée de ces actes (durée minimale pour être comptabilisé? Sinon risque « d'émiettement des interventions »?)</li> <li>• Prise en compte du nombre de professionnels lorsque plusieurs professionnels interviennent auprès d'une personne ?</li> <li>• Nécessaire de prendre en compte les actes hors face-à-face</li> <li>• Lien entre modalités de mesure de l'activité et maturité inégale des SI des ESMS : choix de la simplicité semble s'imposer (souci de faisabilité)</li> </ul> <p><b>Activité cible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A système de tarification actuel, une corrélation entre la dotation dont dispose un ESMS et l'activité que l'on peut exiger de lui est légitime. Il ne relève pas du guide de déterminer une « formule » d'équivalence « moyens / personnes accompagnées », mais il conviendra de mentionner cette corrélation dans la partie 3.</li> <li>• Définition de l'activité cible : nombre d'actes au minimum ? Nombre moyen de séances hebdomadaires ? Gradation des situations par type de déficience (faisabilité?) ou par type d'intervention (« intensité »)?</li> <li>• Référence à la capacité autorisée ?</li> <li>• Prise en compte du nombre de jours d'ouverture ?</li> </ul>

6 - Point divers

- **Point « Parcours emploi et compétences »**
  - *Où en sommes nous ?*
- [Serafin PH Appel à candidature ENC](#)
- [Circulaire budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées 2018](#)
- [Note Fehap Plan d'aide à l'investissement \(PAI\)](#)
- [Circulaire relative à la campagne budgétaire 2018 des établissements et services concourant à la mission de protection judiciaire de la jeunesse](#)
- [Mineurs non accompagnés – Clé de répartition pour 2018](#)
- Lancement enquête « [Scolarisation des enfants polyhandicapés](#) »
- **Rapport Taquet – Serres** \_ [Simplification administrative](#)



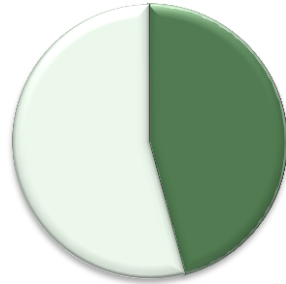
- Ecole Inclusive : Etat des lieux , réflexions et recommandations du CNCPH (1)
  - une meilleure articulation avec le secteur médico-social ;
  - l'application du droit à l'éducation dans l'ensemble des territoires ;
  - une meilleure formation de tous les professionnels.
- + **Mise en œuvre de deux chantiers complémentaires prioritaires :**
  - la mise en place d'un environnement propice à une école inclusive ;
  - une réflexion sur l'accompagnement qui ne se réduise pas au volet compensation individuelle pour les élèves

- **Ecole Inclusive : Etat des lieux , réflexions et recommandations du CNCPH (2)**
  - *Recommandations pour le secteur Médico social*
    - n° 4 : Les **règlements intérieurs de tous les établissements** scolaires, médico-sociaux et d'enseignement supérieur doivent rappeler l'enjeu de l'école inclusive ;
    - n° 21 : Favoriser la mise en œuvre de **formations conjointes** sur le principe de la coopération entre le secteur éducatif et le médico-social ;
    - n° 32 : Instituer des **temps d'échange entre l'enseignant et les professionnels médico-sociaux** des UEMA permettant une réelle reconnaissance de la place de pilote de l'enseignant ;
    - n° 24 : **Etudier la création d'un ministère unique** ayant, parmi ses missions, la responsabilité de tous les enfants (petite enfance, école, accompagnements... ) dont ceux en situation de handicap.

## III – ENQUETE PROTECTION DE L'ENFANCE

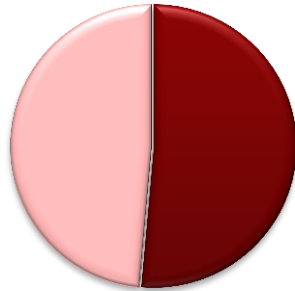
- **Typologie des répondants (150 structures adhérentes / 35 répondants) :**
  - Mecs (71,4%, soit 25 répondants / 21% des adhérents)
  - Pouponnières (8,6% soit 4 répondants/ 58 % des adhérents)
  - Village enfant, CPFSE, centre d'accueil parents enfants, centre maternel, service externalisé, service de médiation familiale (20% soit 6 répondants)
- **Nombre de places autorisées et nombre d'enfants accompagnés :**
  - Variation du nombre de places de 7 places internat avec une place en accueil d'urgence (MECS) et 360 personnes accompagnées (médiation familiale en file active)
  - **Observation** : différences parfois notoires entre le nombre de places autorisées et le nombre d'enfants accompagnés
- **Publics accompagnés** : Bébé, mineurs et jeunes jusqu'à 21 ans, mineurs isolés (48,6%), enfant en situation de handicap (51,4%), etc.
  - 71,4% : ASE ;
  - 25,7% : ASE + PJJ

## Avez-vous conclu un CPOM ?



- OUI : 22,9% (soit 8 répondants sur 35)
- NON : 77,1% (soit 27 répondants sur 35)

## Quelle est la forme de votre financement ?



- Dotation globale : 51,4% (soit 18 répondants sur 35)
- Prix de journée : 48,6% (soit 17 répondants sur 35)

**Financements complémentaires** : subventions publiques CAF, appels à projets CAF, fonds privés / fonds associatifs, etc.

- **Concurrence :**
  - 82,9% des structures interrogées (29 structures sur 35) interviennent dans une zone où sont présents d'autres structures de la protection de l'enfance.
- **Partenariats :** 48,6% des répondants ont conclu des partenariats :
  - **Secteur de la santé** (médecins bénévoles, cliniques psychiatriques, pédopsychiatrie)
  - **Secteur SMS** (ESAT, ITEP, services d'insertion par le logement et par de la prévention spécialisée, MECS)
  - **Secteur éducatif** (éducation nationale, centres de formation)
  - **Institutions** (gendarmerie, municipalité, PJJ)
  - **Secteur du loisir** (centres de loisir, associations sportives et culturelles)

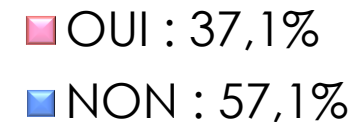
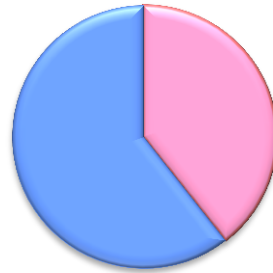
## 89 % des répondants rencontrent des difficultés

- coopération avec le secteur sanitaire et médico-social (62,1%)
- difficultés de recrutement (44,8%)
- problèmes d'ordre financiers (24,1%),
- formation des équipes (20,7%)
- d'absentéisme des équipes (13,8%).

## Pistes de résolution

- **Coopération / partenariat** : Mutualiser les formations inter MECS, renforcer la collaboration avec les CAMSP, signer des conventions avec l'ARS, créer un service avec financement double (CD/ARS)
- **Activité** : Organiser des rencontres locales entre professionnels, favoriser la politique et les plans d'action QVT
- **Gestion / Financement** : Augmenter les budgets alloués et reprendre les déficits (hors CPOM) / Obtenir des subventions, faire appel au mécénat, réhabiliter les locaux (pour l'ensemble des structures)
- **Recrutement** : Engager des moyens pédopsychiatriques plus importants
- **Formation** : Développer le plan de formation du personnel, etc.

## Participez-vous à des expérimentations

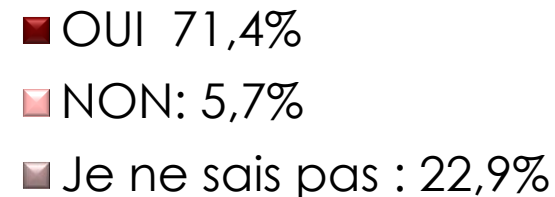
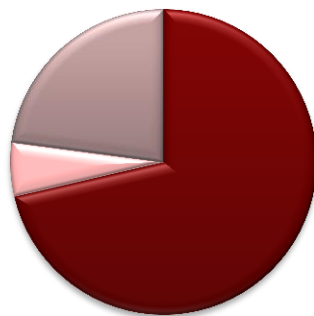


## Propositions de dispositifs envers des publics

- **Mère/bébé** : Consultations conjointes mère-bébé, etc.
- **Enfant** : Modalités de prise en charge adaptées à l'enfant, mise en place de projets culturels (un projet d'orchestre à cordes d'enfants de type DEMOS), etc.
- **Jeune** : réflexion sur l'autonomie des jeunes de plus de 16 ans, des jeunes en grande difficulté (échanges de pratiques), des décrocheurs scolaires, etc.
- **Enfants en situation de handicap** : mise en place de l'handiparentalité, etc.



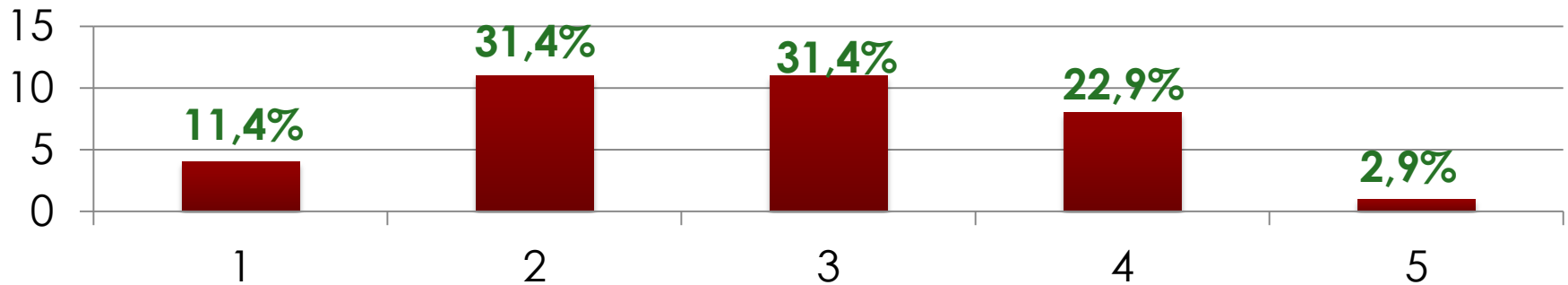
## Les structures de la protection de l'enfance sont-elles des structures d'avenir selon vous ?



## Propositions

- Développer et diversifier les prestations afin d'adapter la prise en charge aux besoins des enfants et de leur famille
- Diversifier les plateaux techniques afin d'intégrer une véritable logique de parcours et non plus de diagnostic
- Promouvoir des actions de soutien à la parentalité et prioriser la formation du personnel ainsi que des familles
- Optimiser les ressources et proposer un double financement (CD/ARS)

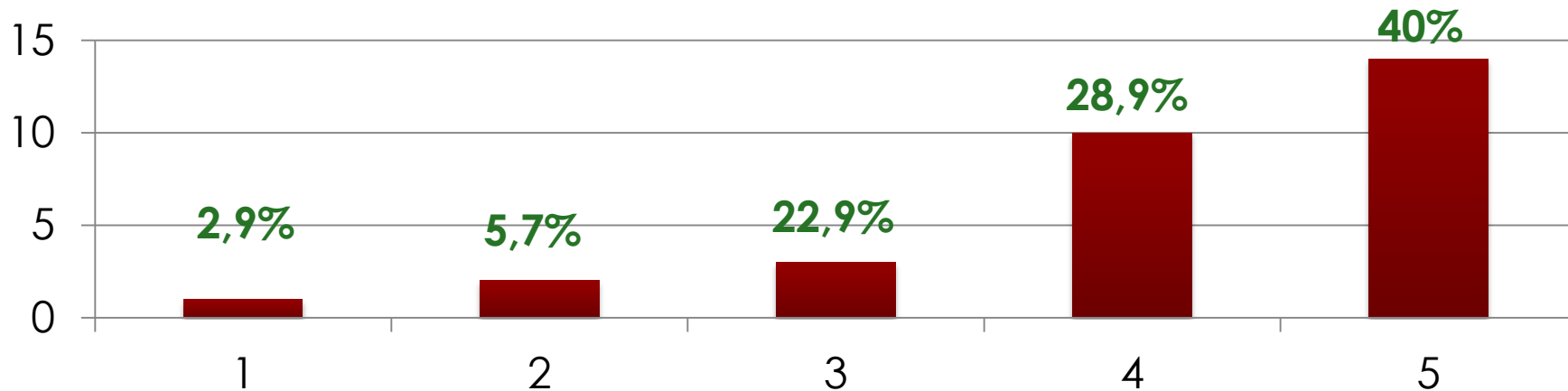
**Considérez-vous la FEHAP comme un interlocuteur bien identifié sur le secteur de la protection de l'enfance ?**



**Le degré d'identification s'apprécie sur une échelle croissante de 1 [faible] à 5 [très important] :**

31,4% des structures reconnaissent la FEHAP comme un interlocuteur relativement bien identifié sur le secteur de la protection de l'enfance.

## Comment qualifieriez-vous l'application de la Convention Collective Nationale de 1951 ?



**Le degré d'application de la CCN 51 s'apprécie sur une échelle croissante de 1 [pas du tout satisfaisante] à 5 [très satisfaisante] :**

La CCN 51 est considérée par une partie des répondants comme un avantage pour les salariés du secteur [90% des adhérents intéressés sont de satisfaits à très satisfaits].

**A la question, « Qu'attendez-vous de la FEHAP concernant le secteur de la protection de l'enfance ? », les répondants ont indiqué souhaiter:**

- Une meilleure implication de la FEHAP : une adhérente se dit « seule » ; le modèle restant essentiellement hospitalier et où peu de MECS sont adhérents, etc.
- Une meilleure représentation de la FEHAP dans les institutions et réunions nationales, être un interlocuteur au niveau des conseils départementaux etc.
- Un appui de la FEHAP pour organiser davantage de temps d'échange entre responsables de structures au travers de colloques, des formations adaptées etc.
- Un meilleur soutien technique et des réflexions pour trouver des réponses innovantes, un appui politique et un soutien en matière de gestion sur le champ de la protection de l'enfance etc.

# IV – STRATEGIE NATIONALE FEHAP : CNH

## Présentation

- Un Préambule
  - « **La Société Inclusive : l'engagement de tous** »
    - *Issu des travaux en inter-commission du 14/04/18*
- 13 fiches stratégiques **co-construites**
- 1 fiche opérationnelle à destination du réseau Fehap
  - « **Vers un accompagnement de la transformation de l'offre** »

- 1/ Permettre l'**autodétermination** des personnes en situation de handicap : Vers une évolution des pratiques professionnelles
- 2/ Permettre un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap : Un **diagnostic et une intervention précoce renforcés**
- 3/ Petite enfance : Répondre aux besoins d'accompagnement des enfants en situation de handicap en **établissement d'accueil du jeune enfant** (*GT Crèches*)
- 4/ Accompagner le **parcours de scolarisation** des enfants en situation de handicap (*membres CEJ*)
- 5/ Favoriser l'accès aux **temps d'activités périscolaires** et aux **loisirs** (*membres CEJ*)
- 6/ Accompagner les enfants en situation de handicap confiés à **l'Aide sociale à l'enfance** (*membres CEJ*)
- 7/ Accompagner les jeunes en situation de handicap lors du **passage à l'âge adulte** : Pour un parcours sans rupture (*membres CEJ*)

8/ Favoriser **l'insertion professionnelle** des personnes en situation de handicap : L'accueil en établissements et services d'aide par le travail

9/ Améliorer la vie au quotidien des personnes en situation de handicap : Un **chez-soi en inclusion** dans la cité (*fiche SNS*)

10 / Donner **une place au domicile** dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap (*GT Domicile*)

11 / Favoriser les parcours de vie des **personnes en situation de handicap avançant en âge**

12 / Améliorer **l'accès à la santé et aux soins** des personnes en situation de handicap (*fiche SNS*)

13 / Renforcer la **structuration qualitative** du secteur du handicap (*fiche SNS*)



➔ Produire des **fiches pratiques** pour permettre aux adhérents de la Fehap de comprendre/anticiper les enjeux des réformes, les réflexions en cours

➔ Rédiger un **guide prospectif** : « *Quelles réponses à l'accompagnement des personnes en situation de handicap demain ?* ».

- Objectif : **Projeter le secteur du handicap** dans les 15 prochaines années
- Méthodologie : Constitution d'un **comité de travail national** et **appui de 3 régions**

# V – JOURNEE NATIONALE HANDICAP 2019

## Thématique retenue : L'état de la recherche dans le secteur du handicap

- **Des idées de thématiques pour les tables rondes ?**
  - Recherche médicale ? NON
  - Recherche appliquée ? = Plutôt **Recherche Action/ Innovation**
- **Des idées d'intervenants ?**
  - CNSA ?
  - Firah ?
  - CESAP ?
  - Agence nationale de la recherche (ANR) ?
  - Institut de recherche en santé publique (IReSP) ? ....



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

**Merci de votre attention !**

[berengere.chatellier@fehap.fr](mailto:berengere.chatellier@fehap.fr)