

Actualité de la FHF

Etude d'impact de la loi d'adaptation de la société au Vieillissement pour les Ehpad

En lien avec la parution des derniers textes de la réforme tarifaire des Ehpad et en l'absence d'étude nationale menée par les pouvoirs publics, la FHF réalise une étude d'impact de la loi d'adaptation de la société au vieillissement afin de continuer à défendre l'intérêt des établissements publics. Complétez cette courte étude [en cliquant ici](#) et retrouvez les cadres budgétaires et dernières instructions [ici](#).

La FHF dévoile sa plateforme de propositions pour le prochain mandat présidentiel

La Fédération hospitalière de France (FHF) a lancé le 3 février dernier, sa plateforme de propositions pour le prochain quinquennat. L'objectif de ces orientations portées par l'ensemble de la communauté hospitalière ? Dessiner un système de santé et des accompagnements médico-sociaux plus justes, plus accessibles, innovants et de qualité. A partir d'une méthode d'élaboration fondée sur la concertation, la FHF dévoile une plateforme de propositions qui se décline autour de deux contributions :

- 12 orientations politiques à l'attention des candidats à l'élection présidentielle, afin de donner un nouvel élan rassembleur au système de santé ;
- 50 propositions détaillées à l'attention du prochain Ministre de la Santé afin de décliner les orientations générales en autant d'actions de déverrouillage de notre système de santé et de libération des énergies des professionnels de santé et médico-sociaux.

Faire vivre le contrat républicain du service public

Les orientations comme les propositions visent à préparer le système de santé aux défis du XXI^e siècle et à faire vivre le service public de santé et médico-social en lui gardant sa force et son sens. Le service public hospitalier est une exigence pour la République tout comme les valeurs de la République sont une exigence pour le service public hospitalier. La FHF appelle à faire vivre, ensemble, pour les Français ce contrat républicain.

Pour cela, la FHF part de quatre principes cardinaux :

- La santé n'est pas un marché comme les autres ;
- La diversité au sein du système de santé est une richesse et non un handicap mais tous les acteurs ne sont pas substituables ;
- La politique des économies au rabot doit être remplacée par une réorganisation globale ;
- La santé et le secteur médico-social sont des atouts et non des charges pour la France.

Afin que les établissements publics relèvent quatre défis majeurs :

- Le défi de l'adaptation permanente de l'offre de soins à la demande des populations ;
- Le défi de l'attractivité ;
- Le défi de la réorganisation des établissements ;
- Le défi de l'avenir du financement.

Pour en savoir plus, retrouvez :

- [la plateforme en ligne](#)
- [le site de la concertation numérique lancée par la FHF](#)
- [le blog du Tour de France FHF des établissements](#)

Pour en reparler, rendez-vous à HôpitalExpo – GérontHandicap Expo du 16 au 18 mai 2017 : <http://www.parishealthcareweek.com/fr/>

Retour sur l'épidémie de grippe

- **Epidémie de grippe à virus A(H3N2) sévère chez les personnes âgées**
- Persistance du recours aux soins en médecine ambulatoire : le pic national n'est pas atteint
 - Toutefois stabilisation dans de nombreuses régions et diminution en Auvergne-Rhône-Alpes
- Chez les 65 ans et plus
 - Diminution des passages aux urgences et des hospitalisations
 - Diminution du nombre d'admissions en réanimation pour grippe
 - Nombre de foyers d'infections respiratoires aiguës élevé en Ehpad
- **Excès de mortalité toutes causes confondues d'au moins 28 % en semaine 01 correspondant à un excès estimé de 8100 décès depuis le début de l'épidémie**
- Estimation provisoire de la couverture vaccinale de la population cible de 46 %

Suite à la mise en lumière médiatique de la situation d'un EHPAD Lyonnais du groupe Korian fortement touché par l'épidémie de grippe, le Ministère de la santé a réuni les fédérations du secteur médico-social afin de faire un point de situation. Plusieurs réunions se sont ainsi tenues en janvier autour du directeur de cabinet de la Ministre, du Directeur Général de la Santé et du Directeur Général de la Cohésion sociale.

Lors de ces différentes réunions, la FHF a notamment rappelé la complexité et les limites opérationnelles du système de « bons » pour les vaccins des résidents. Elle a également demandé une automaticité du déblocage d'un financement complémentaire en cas d'épidémie de grippe selon un seuil donné, cette requête est une demande de déblocage lors de l'épidémie et non a posteriori, cette proposition sera étudiée par la DGCS et pourrait être inscrite à terme dans les CPOM. Elle a enfin appelé à un soutien aux services d'urgence. Le faible taux de vaccination des personnels a également été rappelé ainsi que la très forte activité de nos services d'urgence, partout sur le territoire.

Il ressort des communications de la Direction Générale de la Santé qu'un nouveau pic épidémique est à craindre en février, d'une souche B de la grippe (le vaccin est également efficace contre cette souche). Pour mémoire, le seuil de signalement à l'ARS est de 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours et/ou 3 décès en moins de 8 jours. La FHF a tenu à saluer le travail et la mobilisation des personnels face à la recrudescence d'activités liée à une épidémie de grippe particulièrement virulente dans [un communiqué de presse](#) du 12 janvier dernier.

Courrier de Mme Pascale Boistard en réponse à M. Frédéric Valletoux

Pour votre information, vous trouverez sur [le site de la FHF](#), la réponse de **Madame Pascale BOISTARD**, Secrétaire d'État chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie à l'interpellation par le président de la FHF, **Frédéric VALLETOUX**, en son courrier du 21 décembre dernier, concernant les **aménagements nécessaires au site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr**.

Dans ce courrier, la FHF salue l'objet de l'annuaire : celui d'une transparence renforcée de l'offre et d'un meilleur accès à l'information afin de garantir à tous, des soins et un accompagnement accessible et de qualité.

Nous y avons rappelé que bien que le site permette aujourd'hui de comparer le prix des chambres, ce prix comprend, selon les établissements des prestations hétérogènes : pour certains établissements ces tarifs correspondent au strict respect des prestations minimales d'hébergement tandis que pour d'autres les prestations proposées pour le même tarif vont bien au-delà. C'est notamment le cas d'un nombre important d'établissements publics.

Il résulte aujourd'hui de la configuration du site que, malgré un effort de lisibilité sur l'affichage des prestations facturées ou non en plus, le comparateur et simulateur de reste-à-charge ne permet pas aux internautes de comparer de manière éclairée ce qu'il leur restera à payer à la fin du mois puisque les prestations incluses dans le tarif des établissements sont-elles mêmes variables et que la transparence n'est que partielle, sous valorisant les établissements qui incluent dans leur tarif des prestations au-delà des prestations minimales du décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015. C'est d'ailleurs ce qu'il ressortait de l'enquête menée par la FHF auprès des établissements médico-sociaux en 2016, et qui mettait en lumière l'intégration dans le tarif hébergement, pour 97% des établissements l'entretien du linge personnel des résidents, pour 29% les soins esthétiques, pour 17 % les prestations coiffure et pour 16% les prestations de pédicurie.

C'est donc dans un souci de transparence quant au reste à charge pour les personnes et leurs familles et des prestations proposées par les établissements publics que la FHF appelait dans ce courrier à des aménagements techniques et à une version plus précise de l'annuaire afin de pouvoir garantir à tous, transparence et lisibilité.

Madame Pascale Boistard nous indique dans [sa réponse](#) qu'un travail d'analyse est en cours et que nous serons associés aux réflexions en vue d'améliorer l'affichage du site.

Appel à prix Fédération hospitalière de France - Fondation Médéric Alzheimer

Depuis quatre ans, la Fédération hospitalière de France et la Fondation Médéric Alzheimer s'associent dans une volonté partagée de poursuivre et renforcer leur collaboration, **pour accompagner les professionnels dans la prise en soins des personnes atteintes de troubles cognitifs**. Parmi les actions conjointes, **le prix « Hospitalisation en services non gériatriques et aux urgences des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs »** permet de distinguer des initiatives exemplaires répondant à l'enjeu d'un meilleur accueil et d'une nouvelle prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs dans les services d'hospitalisation non gériatriques et aux urgences. Il s'agit d'initiatives qui permettent de lutter contre le risque de perte d'autonomie et de dépendance iatrogène que peut entraîner l'hospitalisation d'une personne atteinte de troubles cognitifs ou empêcher son retour à domicile. **Ce prix a ainsi déjà permis de récompenser de nombreuses initiatives** : la cellule de coordination gériatrique constituée de médecins urgentistes du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (2013), l'expertise gériatrique pour la prise en charge globale de la personne âgée atteinte de troubles cognitifs hospitalisée en chirurgie promue par le Centre Hospitalier de Douai (2014), le fast-track des urgences du Centre Hospitalier de Boulogne Billancourt (2015) et le centre buccodentaire du Centre Hospitalier de Janzé, lauréat 2016. **Ce prix, d'une valeur de 10 000 euros, financé par la Fondation Médéric Alzheimer, sera remis lors des salons HopitalExpo, GerontHandicapExpo du 16 au 18 mai prochain. Dossier de candidature à télécharger [ici](#).**

Appel à prix AGIRC-ARRCO - FHF "soutenons les aidants"

L'Agirc-Arrco s'associe à la FHF pour promouvoir et soutenir les actions en faveur de l'aide aux aidants réalisées par les établissements publics de santé et médico-sociaux.

Premier acte de ce partenariat : l'organisation d'un prix visant à soutenir activement les aidants de personnes âgées. Et ce, au travers de la mise en place d'un dispositif innovant de répit et de soutien, ou porté par le secteur du handicap et qui pourrait être transposable dans le soutien aux aidants auprès des personnes âgées. Ces initiatives qui contribuent à la simplification de la vie des aidants et à augmenter leur satisfaction, réalisées par les établissements de santé et établissements médico-sociaux publics seront primées à l'occasion des salons Hôpital Expo - Géront'Handicap Expo qui se tiendront du 16 au 18 mai 2017 - Porte de Versailles à Paris.

Ce prix doté de 10 000 € pour l'ensemble des initiatives récompensées par l'Agirc Arrco. Dossier de candidature à télécharger [ici](#).

Recomposition de l'ADMS dans la perspective de son assemblée générale

L'ADMS, Association pour le Développement du service public Médico-Social, a été créée en 2012, afin d'accompagner au mieux les établissements publics dans le cadre de la réponse aux appels à projet.

L'association propose **une démarche reposant sur** :

- **Le principe de subsidiarité** : en cas de carence d'un promoteur public en réponse à un appel à projets, l'association intervient.
- **Un développement national qui s'appuie sur les régions (FHR)** : prospection/identification des projets en amont, force de proposition.
- **Un montage réactif**, compatible avec les délais de réponse aux appels à projet (d'autant plus si l'identification du projet est réalisée en amont du lancement de l'AAP).
- **Un montage qui fixe « la règle du jeu » notamment en termes financiers** (engagement sur le montant de l'opération et donc sur le loyer et le tarif de l'établissement).
- **L'inscription du projet dans une filière (adossement à un établissement existant)** et qui permet **le recentrage des établissements sur leur cœur de métier (accueil et prise en charge des résidents)**.

L'assemblée générale de cette association se compose des établissements adhérents, de deux représentants désignés par le Conseil d'administration de la FHF, ainsi que d'un représentant par FHR, désigné selon les modalités internes de la FHR. Au regard de la fusion de certaines régions mais aussi de mouvements au sein des Fédérations régionales, une actualisation des représentants des FHR s'avère nécessaire dans la perspective de son assemblée générale en juin 2017.

Actualités législative et institutionnelle

Parution d'une ordonnance mettant à jour la liste des établissements fondant les statuts de la FPH

Une [ordonnance](#) publiée en janvier dernier par le ministère des Affaires sociales et de la Santé a remis à jour la liste des établissements figurant à l'[article 2](#) de la loi du 9 janvier 1986 fondant les statuts de la fonction publique hospitalière. Cette mise à jour était rendue nécessaire par l'évolution des catégories juridiques d'établissements et devrait permettre de clarifier la situation de nombre d'entre eux au regard du statut applicable à leurs personnels. En effet, plusieurs types d'établissements mentionnés n'avaient plus d'existence juridique. C'est le cas par exemple des hospices civils, dont la disparition à échéance de dix ans était engagée par la [loi n° 75-535 du 30 juin 1975](#) relative aux institutions sociales et médico-sociales. L'ordonnance a ainsi acté leur suppression. Par ailleurs, la liste des établissements publics sociaux et médico-sociaux énumérés aux 3° à 6° de l'article 2 n'avait pas été modifiée depuis l'édiction de la loi du 9 janvier 1986. La présente ordonnance énumère les différentes catégories en faisant une référence systématique à l'[article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#), conférant ainsi à cette énumération un caractère pérenne. Enfin, le champ des établissements visés à l'[article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#) est plus large que celui des établissements dont le personnel relève de la fonction publique hospitalière. **L'ordonnance effectue donc une clarification des catégories d'établissements sans modification des périmètres respectifs de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale, et sans impact financier.**

Evaluation en cours de la politique de contrôle et d'amélioration de l'offre de l'Anesm

Le gouvernement a lancé une évaluation des politiques publiques (EPP) de contrôle et d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale. Cette EPP a été confiée au ministère des affaires sociales et de la santé, et en particulier à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), par une [lettre de mission du 27 juin 2016](#) de Manuel Valls, alors Premier ministre. Elle porte en particulier sur le dispositif d'évaluation interne et externe des ESMS. Ceux qui disposaient

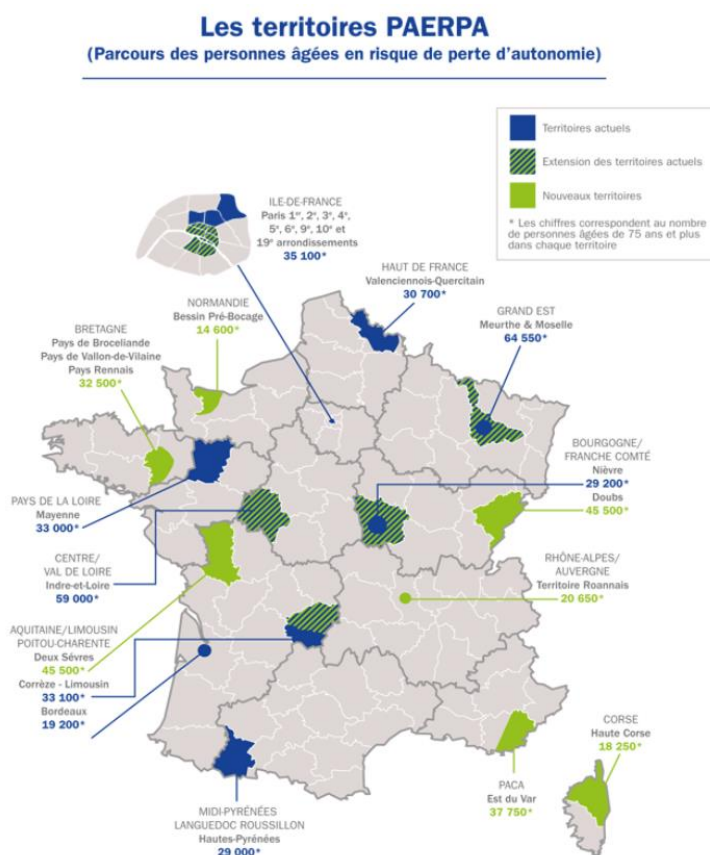
des autorisations les plus anciennes disposaient d'un délai dérogatoire de 13 ans pour réaliser leur évaluation externe (soit avant le 3 janvier 2015), en vue du renouvellement de leur autorisation pour le 3 janvier 2017. L'exercice d'évaluation touche donc à son terme, d'où la pertinence d'évaluer ce dispositif. **La FHF a déjà été auditionnée par la mission IGAS et a pu notamment valoriser le travail des établissements et mettre en avant les données remontées lors de l'enquête effectuée en novembre 2015, dont vous pouvez retrouver les résultats [ici](#). Des questionnaires de l'IGAS devraient vous être adressés prochainement.**

Formation des ARS et des départements à la réforme de la tarification

Après l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des Ehpad au 1^{er} janvier 2017, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a annoncé l'organisation de formations pour les professionnels des ARS et des conseils départementaux afin qu'ils puissent s'approprier la réforme et ses nouveaux outils, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) et l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Mises en place avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT, Institut national spécialisé d'études territoriales d'Angers) et l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), cette formation de deux jours s'adressera plus particulièrement aux techniciens et à leurs responsables. Cinq sessions seront programmées pour former environ deux cents agents d'ici au 8 février.

Pour mémoire la FHF avait demandé à ce que les établissements médico-sociaux puissent bénéficier de cet accompagnement au même titre que les établissements de santé en leur temps lors du passage à l'EPRD. Cette proposition n'a pas été retenue par les pouvoirs publics.

Point d'étape sur les coordinations territoriales d'appui Paerpa



La FHF a eu l'occasion d'assister à la journée consacrée aux parcours de santé, organisée le 21 janvier par l'École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP), un point d'étape y a été présenté.

Sur les neuf premiers territoires Paerpa, les coordinations territoriales d'appui sont installées et fonctionnent. Les premiers éléments de bilan font ressortir une variété de modèles et de services proposés. Les porteurs de l'expérimentation notent également une importante montée en charge de ces dispositifs en 2016.

Certains freins persistent toutefois, notamment concernant la mise en œuvre des systèmes d'information (SI) et dans les liens entre le projet Paerpa et l'hôpital. Ce constat est dressé, entre autres, pour les équipes mobiles de gériatrie. **Paerpa s'aggrave en effet alors que d'autres dispositifs sont en cours, c'est le cas du programme de retour à domicile (Prado).** Ce programme de l'Assurance maladie, dans son volet personnes âgées, est par ailleurs déployé dans deux territoires pilotes Paerpa. **L'objectif de ce projet mené autour du CH de Lariboisière (Paris) et du CH de Tarbes (Hautes-Pyrénées) se veut de proposer**

l'accompagnement de la personne âgée au sortir de l'hôpital pour son retour à domicile. L'Assurance maladie souhaite à présent tirer les enseignements de ces deux expérimentations, pour déployer le cas échéant ce volet Prado à d'autres territoires.

Le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique inquiet pour la pérennité de ses missions

Faute de moyens et d'un modèle économique pérenne et stable, le Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), ne pourra pas continuer d'assurer ses missions, a mis en garde lors d'une conférence de presse le 2 février dernier, son nouveau président, Dominique Perriot.

L'occasion de rappeler que les contributions du fonds ont baissé pour la cinquième année consécutive, soit une diminution de 41% depuis 2010, s'ajoutant à des ponctions qui ont accentué le problème. Parmi elles, une contribution obligatoire de 87 millions d'euros en trois ans que le Fiphfp doit verser à l'Agence de services et de paiements (ASP) chargée de rembourser les employeurs sur les contrats aidés.

Dernier coup dur en date, la baisse de contribution des universités au fonds décidée par le gouvernement afin de sécuriser les établissements d'enseignement supérieur face à la menace terroriste, et chiffrée à 30 millions d'euros.

En 2015, les dépenses du Fiphfp, auquel tous les employeurs publics qui embauchent moins de 6% de personnes handicapées doivent contribuer, se sont élevées à 160 millions d'euros contre 126 millions d'euros de contributions.

Ce modèle économique ne permet pas de continuer les missions, a mis en garde M. Perriot, réclamant aux futurs législateur et président de la République, un modèle économique stable et pérenne, pour une inclusion durable des personnes handicapées dans l'emploi.

La fonction publique employait 5,17% de personnes handicapées en 2015 (222.000 personnes) contre 3,74% en 2006. Ce taux devrait s'élever à 5,25% en 2016.

Veille réglementaire et jurisprudentielle

Parution des textes réglementaires de la réforme tarifaire et budgétaire

Le 23 décembre dernier nous vous indiquions la parution des décrets [n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification](#), au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et [n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières](#) applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces décrets pris en application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et officialisant les modalités de mise en œuvre de la réforme de la contractualisation et de la tarification des Ehpad ont été suivis de la parution d'arrêtés d'application :

- [Arrêté du 22 décembre 2016 relatif au plan comptable M. 22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux](#)
- [Arrêté du 22 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 9 décembre 2005 pris en application de l'article R. 314-13 du code de l'action sociale et des familles, relatif à la transmission par courrier ou support électronique des propositions budgétaires et des comptes administratifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux](#)
- [Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles](#)
- [Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents transitoires mentionnés à l'article 9 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#)

- [Arrêté du 29 décembre 2016 fixant la composition des titres prévus à l'article R. 314-214 du code de l'action sociale et des familles et le niveau de vote des crédits d'investissement des établissements publics sociaux et médico-sociaux](#)

Ces arrêtés mettent en place les cadres budgétaires de l'EPRD ainsi que les cadres transitoires de l'année 2017 que vous trouverez sur notre [site](#).

Ces documents ne manqueront pas de susciter de nombreuses interrogations de votre part, nous vous indiquons à ce titre que le ministère a prévu de publier des instructions qui expliciteront la marche à suivre et les cadres en question et que nous ne manquerons pas de vous transmettre.

Vous pouvez déjà retrouver à ce titre une première instruction ayant trait aux établissements autonomes [ici](#).

Point sur le plan d'aide à l'investissement médico-social 2017

Un [arrêté](#) publié le 13 janvier le confirme que l'aide à l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux pour 2017 s'élève bien à 135M€. Le plan d'aide à l'investissement (PAI) est en augmentation de 25 M€ cette année. **De nouvelles dispositions figurent en effet dans la liste des situations ou des types d'établissement éligibles au PAI : en particulier les travaux de mises aux normes techniques, de sécurité et d'accessibilité mais également les établissements et des services d'aide par le travail (ESAT).** Comme les années précédentes, ces montants sont versés au budget des ARS en plusieurs échéances croissantes dans le temps, soit 5% en 2017, 15% en 2018, 30% en 2019 et le reste en 2020. Les agences ont jusqu'au 30 novembre de cette année pour notifier aux porteurs de projets retenus le montant de l'aide attribuée. **La CNSA a par ailleurs annoncé que 5 M€ du PAI dédié aux établissements et services médico-sociaux seraient consacrés aux établissements relevant précédemment de l'Office national des anciens combattants et des victimes de guerre (Onac). Une [instruction](#) du 28 décembre a déjà validé cette information.** Au titre du PAI, les anciens Ehpad de l'Onac pourront donc bénéficier d'une subvention de 2,3 M€, et les ex-écoles de reconversion professionnelles (ERP) de 3,1 M€. Lors du Conseil de la CNSA, la FHF avait fait remarquer que ces sommes étaient insuffisantes au regard de l'état de délitement des structures de l'Onac.

Evolution de la réglementation relative aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs

La réglementation relative aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs a été révisée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Deux [décrets](#) viennent de paraître et encadrent les possibilités de cumul des divers modes d'exercice de la fonction de mandataire judiciaire à la protection des majeurs, précisent la réforme des modalités d'agrément des mandataires judiciaires exerçant à titre individuel et aménagent la procédure de déclaration des préposés d'établissement en cas de cumul de modes d'exercice de la fonction de mandataire.

Ainsi, à compter du 1^{er} juillet prochain, une personne physique pourra exercer l'activité de mandataire en qualité de délégué d'un service mandataire et de mandataire judiciaire exerçant à titre individuel (dit « mandataire individuel ») **ou bien en qualité de préposé d'établissement et de mandataire judiciaire exerçant à titre individuel à la condition de respecter des règles d'encadrement de ce cumul d'emploi.**

Pour mémoire, les mandataires judiciaires à la protection des majeurs sont, en effet, soit des délégués de services relevant de la réglementation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, soit des personnes physiques disposant d'un agrément ou désignées par un établissement hospitalier, social ou médico-social en qualité de préposé. **Conformément à l'article [L. 472-6 du code de l'action sociale et des familles](#), un établissement hospitalier, social ou médico-social accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées peut désigner l'un de ses agents en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs aussi appelé « préposé d'établissement ». Cette désignation est soumise à une déclaration préalable auprès du représentant de l'Etat dans le département, qui en informe sans délai le procureur de la République. Un décret précise la procédure à suivre en cas de cumul de modes d'exercice de la fonction de mandataire, qui sera autorisé à compter du 1^{er} juillet 2017.**

Parution des textes sur l'obligation de déclarer les dysfonctionnements graves

Le 23 décembre dernier nous vous indiquions la parution du décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures médico-sociales.

Ce décret spécifique aux Evènements indésirables Graves (EIG) dans le secteur médico-social est entré en application ce 1^{er} janvier. Pour mémoire, le directeur ou responsable de la structure transmet **à l'autorité administrative compétente, sans délai et par tout moyen**, les informations concernant **les dysfonctionnements graves et événements** suivants :

- 1) Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels
- 2) Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques de la structure et les événements en santé environnement
- 3) Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines
- 4) Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance
- 5) Les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge, ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure
- 6) Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne
- 7) Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels
- 8) Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge
- 9) Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés
- 10) Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers
- 11) Les actes de malveillance au sein de la structure

Vous pouvez retrouver le formulaire type de déclaration ainsi que les éléments clés de la procédure sur [le site de la FHF](#).

Les Ehpad non habilités à l'aide sociale peuvent augmenter leurs prestations de 0,46% en 2017

Le taux directeur des prix du socle de prestations et des autres prestations des Ehpad non habilités à l'aide sociale est revu. De 0,61% pour 2016, il passe à 0,41% pour 2017.

Dans les établissements hébergeant des personnes âgées non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement ne peuvent augmenter, pour les contrats en cours, au-delà d'un pourcentage fixé au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté interministériel. Au *Journal officiel* ce 31 décembre 2016, un [arrêté](#) fixe ainsi l'augmentation maximale à 0,46% au cours de l'année 2017 par rapport à l'année précédente. L'an passé, le texte établissait une hausse de 0,61% pour 2016.

Transfert des ESMS de l'Office national des anciens combattants

Une [instruction](#) publiée le 11 janvier 2017 précise les opérations budgétaires et comptables à réaliser dans le cadre du transfert des établissements médico-sociaux de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (Onac-VG). L'environnement législatif et réglementaire du transfert des 18 établissements et services médico-sociaux (ESMS) de l'office a été fixé dans le cadre du comité interministériel pour la modernisation de l'action publique. Quatre étapes restent à conduire afin de mener le processus à son terme : la signature des conventions de transfert ; l'intégration au 1^{er} janvier 2017 dans la fonction publique hospitalière des agents titulaires ayant opté pour cette

intégration ou les signatures des contrats avec les repreneurs pour les non-titulaires ; le transfert des autorisations d'activité des structures ; et les opérations budgétaires et comptables liées à cette opération de transfert.

Levée des restrictions d'intervention HAD en EHPAD

Un arrêté supprime à compter du 1er mars les restrictions d'indications de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

[L'arrêté publié ce 26 janvier au Journal officiel](#) abroge celui du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.

Ce texte posait des conditions spécifiques à l'intervention en établissement pour personnes âgées (dépendantes ou non) dans les domaines suivants :

- l'assistance respiratoire,
- la nutrition parentérale,
- les traitements intraveineux,
- les soins palliatifs,
- la chimiothérapie anticancéreuse,
- la nutrition entérale,
- la prise en charge de la douleur,
- la rééducation orthopédique,
- la rééducation neurologique,
- les soins de nursing lourds,
- d'autres traitements correspondant à une prise en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents.

La FHF avait participé l'année dernière à un groupe de travail de la direction générale de l'offre de soins et avait souligné que ces restrictions constituaient l'un des freins au développement de l'HAD en Ehpad. En 2015, les interventions dans ces établissements n'ont représenté qu'environ 5% de l'activité totale.

Parution du décret sur les maisons départementales de l'autonomie

Les maisons départementales de l'autonomie (MDA) doivent permettre un rapprochement des champs du handicap et des personnes âgées. [Un décret](#) organise leur future labellisation, sur la base d'un cahier des charges national. En effet depuis plusieurs années, certains conseils départementaux avaient créé spontanément une MDA par le rapprochement de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de services du département en charge des personnes âgées. Pour créer une MDA, le département peut organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cependant, cela ne donne pas lieu à la création d'une nouvelle personne morale. La MDA doit garantir le maintien de la MDPH et ne pas avoir d'incidence sur le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), notamment.

S'il souhaite faire labelliser une MDA, un département transmet une demande à la CNSA selon des modalités détaillées dans le décret.

Dans un communiqué du 28 décembre, le ministère des affaires sociales et de la santé explique que la labellisation vise à limiter les disparités entre les différents modèles de MDA déjà existants. Tout en reconnaissant ces initiatives locales, le décret instaure un cadre national qui permet d'en analyser et d'en partager les effets. Le ministère attend notamment des MDA une amélioration de la qualité de service rendu aux personnes à travers plus de proximité et une approche plus intégrée des politiques de l'autonomie.

Publications

Guide ANAP pour accompagner le médico-social dans la transition vers les CPOM

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) vient de publier « Négocier et mettre en œuvre les Cpom dans le secteur médico-social », un [guide](#) méthodologique d'appui à la contractualisation. Coconstruit avec les ARS, les conseils départementaux, les organismes gestionnaires et les services médico-sociaux, le document est assorti de deux annexes (état des lieux de la contractualisation et retours d'expériences de gestionnaires sous Cpom) et d'un [kit](#) de dix outils pratiques également construits par l'Anap (check-list, rétroplanning, cartographie des acteurs, matrice RACI, suivi des plans d'actions, cartographie des outils utiles...). Il détaille notamment les différentes étapes de la contractualisation depuis la préparation de la phase de négociation jusqu'au suivi et au renouvellement du contrat.

FMA : la solitude des personnes âgées comme déterminant clé du déclin cognitif

La Fondation Médéric Alzheimer, partenaire important de la FHF, consacre [un dossier thématique](#) à l'impact de la solitude sur le déclin cognitif des personnes âgées. Le rapport sur les solitudes de la Fondation de France laisse apparaître qu'un senior sur quatre est dans cette situation.

L'analyse réalisée par Jacques Frémontier, éditorialiste et journaliste bénévole, souligne que la solitude est désormais considérée par de nombreux chercheurs comme l'un des déterminants du déclin cognitif et qu'elle pourrait affecter des parties du cerveau dédiées à la connaissance et à la mémoire. La maladie d'Alzheimer ne fait qu'aggraver cette solitude, puisqu'elle aboutit à un délitement progressif du tissu relationnel, modifiant en profondeur la relation au monde et à la personne malade. Dès lors quand survient la maladie, le maintien ou la restauration du lien social doit être au cœur de toute stratégie d'accompagnement et de soutien.

Handicap, dépendance et pauvreté : les Français solidaires des plus vulnérables

Les modalités de la prise en charge publique de la dépendance

	En %
	2015
Qui doit principalement prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes ?	
L'État et les pouvoirs publics	61
Les enfants ou les familles des personnes âgées dépendantes	27
Les personnes âgées dépendantes elles-mêmes, en épargnant ou souscrivant une assurance privée	12
Si on devait créer une cotisation spécifique pour être couvert au cas où l'on devienne dépendant, devrait-elle être...	
Obligatoire pour tous	34
Obligatoire, à partir d'un certain âge	17
Uniquement pour ceux qui le veulent	48
Une aide financière pour compenser les surcoûts liés à la dépendance des personnes âgées doit-elle être accordée...	
... à toutes les personnes se trouvant dans cette situation, quel que soit leur niveau de revenu	29
... uniquement aux personnes disposant de faibles revenus	71

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie dans un [numéro](#) d'Études et Résultats, les résultats de son baromètre annuel d'opinion. **En 2015, les Français se disent, dans l'ensemble, satisfaits du système de protection sociale. Une majorité d'entre eux soutiennent l'État dans sa mission de solidarité. Toutefois, le coût du système de protection sociale est jugé excessif. Les Français sont partagés entre le maintien du niveau des dépenses de protection sociale et la réduction des déficits publics.**

Comme en 2014, 8 Français sur 10 estiment ainsi que le niveau de protection fourni est suffisant et pourrait servir de modèle à d'autres pays.

Lecture • En 2015, 61 % des personnes interrogées pensent que « l'État et les pouvoirs publics » doivent en priorité prendre en charge financièrement les personnes âgées dépendantes.

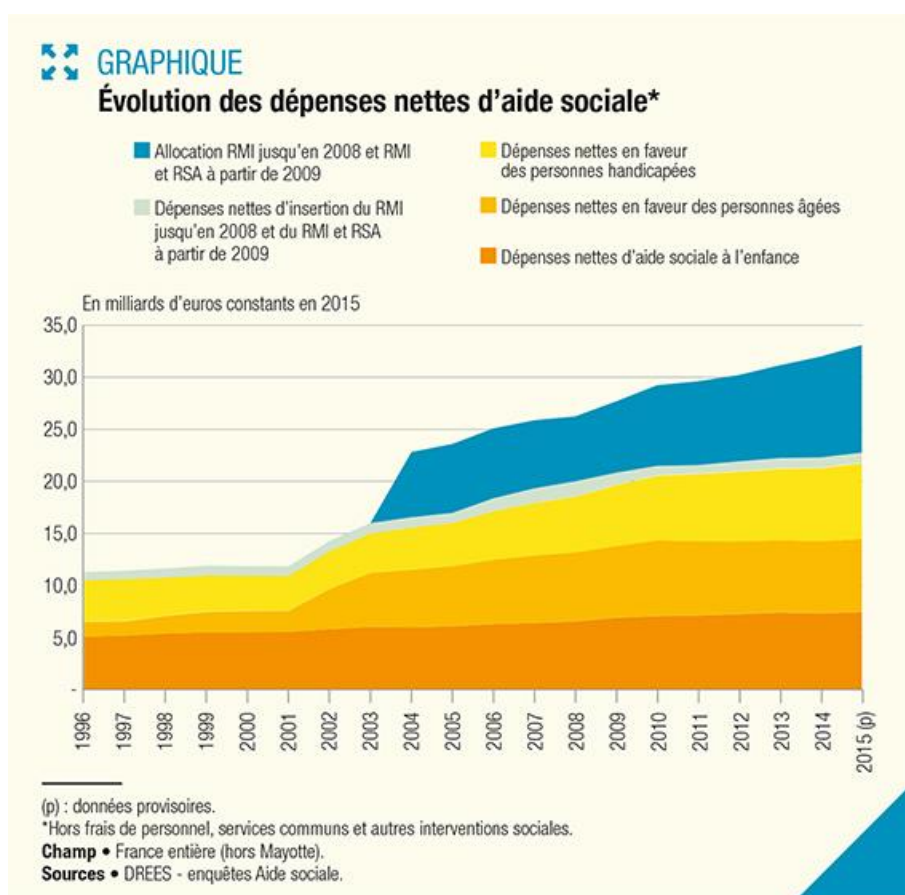
Champ • Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. Les personnes qui ne se prononcent pas sont exclues du tableau.

Source • Baromètre d'opinion DREES 2015.

85% des Français se disent favorables à une « solidarité renforcée » envers les personnes handicapées, leur permettant de disposer d'un revenu minimum supérieur.

Concernant la dépendance les Français s'avèrent plutôt favorables à une prise en charge de son financement par les pouvoirs publics, quatre sur dix estiment tout de même que le poids financier de la dépendance doit reposer sur les proches (27%) ou les personnes âgées elles-mêmes (12%) en mobilisant leur épargne ou en souscrivant à une assurance privée.

Stagnation et recul des dépenses d'aide sociale en faveur des personnes dépendantes



La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a confirmé les tendances présentées fin 2016 au regard du coût d'aide sociale départementale de 2015. À savoir, une hausse globale des dépenses nettes d'aides individuelles à la solidarité (AIS), mais un ralentissement, voire un repli, des financements dédiés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

De l'ordre de 33 Md€ les dépenses nettes d'aide sociale allouées à 4,2 millions de Français pointent en hausse à +3% en euros constants, portées par le revenu de solidarité active (RSA) et dans une moindre mesure les allocations de compensation du handicap. 22% sont alloués au financement du handicap et

21% à la dépendance pour un total de 1,9 million de bénéficiaires.

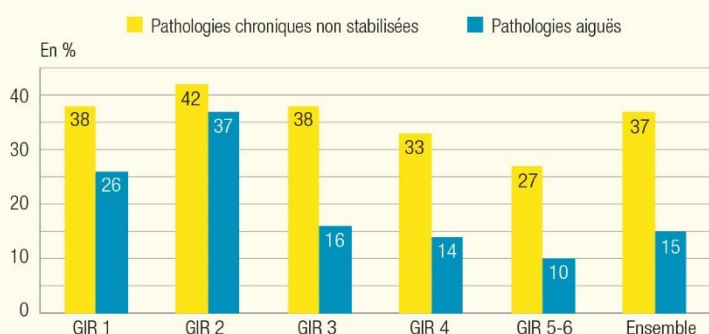
Bien qu'ayant "sensiblement" augmenté depuis la fin des années 90, ces deux postes de dépenses présentent aujourd'hui des disparités. Avec 7,3 Md€ de dépenses nettes — dont 69% sont dédiées à l'accueil familial ou en établissement —, le coût des prestations handicap enregistre une augmentation de +3% entre 2014 et 2015 (+12% depuis 2011). À l'inverse, avec 7 Md€ de concours, le champ de la protection sociale côté personnes âgées stagne quasiment. D'après l'analyse des données brutes, l'évolution des dépenses a augmenté de seulement 1% depuis 2011. L'évolution du nombre de bénéficiaires continue pour sa part d'augmenter : +1% en un an et +3% sur cinq ans. **Cet effet de ciseau est d'autant plus flagrant selon le champ de l'allocation personnalisée autonomie (Apa). Alors que le nombre de bénéficiaires en établissement a augmenté de 7% depuis 2011 pour des versements en hausse de 12% (5,6 Md€), du côté du domicile, la courbe s'inverse : les bénéficiaires de l'Apa à domicile (764 500) sont ainsi 3% plus nombreux qu'en 2011 mais doivent se partager une enveloppe de 3,3 Md€ en recul de 5%. Soit un montant moyen par bénéficiaire passant de 4 469 € en 2011 à 4 258 € en 2015.**

Etudes de la Drees sur les pathologies et l'état de santé des résidents

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a fait paraître deux publications : [une première relative aux pathologies des résidents](#), et une seconde comparant [l'état de santé et la dépendance des personnes âgées en institution et à domicile](#).

GRAPHIQUE

Prévalence d'au moins une pathologie chronique non stabilisée ou aiguë parmi les résidents en EHPAD



EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; GIR : groupe iso-ressources.
Lecture • En 2011, 38 % des résidents en EHPAD avec un GIR 1 (c'est-à-dire la catégorie de groupe iso-ressources [GIR] des personnes les plus dépendantes) sont atteints d'au moins une pathologie chronique non stabilisée et 26 % d'au moins une pathologie aiguë.
Champ • France, résidents en EHPAD.
Source • Enquête EHPA 2011, DREES.

Selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2011, les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) cumulent en moyenne **7,9 pathologies**. Neuf sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques. Le nombre de pathologies et leur gravité sont très liés au niveau de dépendance. Les résidents en EHPAD les plus dépendants, c'est-à-dire avec un groupe iso-ressources (GIR) 1 ou 2, ont en moyenne 8,6 pathologies, contre 5,7 pour ceux qui ne sont pas ou peu dépendants (GIR-5 ou 6). Environ 40 % des résidents les plus dépendants ont au moins une pathologie chronique non stabilisée, contre 27 % des résidents qui ne sont pas dépendants. Ce sont 26 % des résidents en GIR-1 et 37 % de ceux en GIR 2 qui

ont au moins une pathologie aiguë, contre 10 % des résidents en GIR-5-6. Par ailleurs, au moins un résident en EHPAD sur cinq s'est rendu aux urgences en 2011. Les résidents hospitalisés sans programmation préalable sont deux fois plus nombreux que ceux pour lesquels l'hospitalisation a été prévue.

Cette étude apporte un éclairage complémentaire à celui de l'[Études et Résultats n° 988](#) sur les limitations fonctionnelles dont souffrent les personnes âgées de 75 -ans ou plus, selon qu'elles vivent en institution ou à domicile.

En 2009, 430.000 personnes de plus de 75 ans résidaient en établissement pour personnes âgées (dont 77% de femmes), soit une personne sur 12 de cet âge.

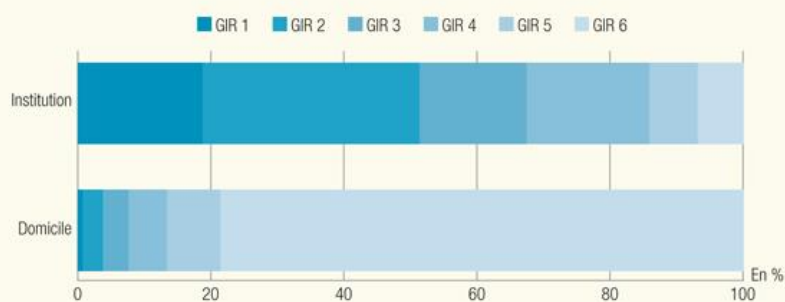
La Drees indique qu'en institution, 86% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont dépendantes contre 13% des personnes du même âge vivant à domicile. Toutefois, la majorité des 75 ans ou plus qui sont dépendants (GIR de 1 à 4) vivent à domicile. Seulement 3% des personnes âgées qui vivent encore à domicile sont en situation de forte dépendance (GIR 1 et 2).

Les personnes en institution déclarent plus souvent des limitations fonctionnelles : 45%

évoquent une limitation sensorielle, même après correction (vue ou audition), contre 26% parmi les personnes du même âge vivant à domicile. Elles ont également plus souvent des limitations physiques (91% contre 53%) et beaucoup plus fréquemment des limitations cognitives (68% contre 16%). En outre, les personnes âgées vivant en institution cumulent plus souvent ces limitations : un tiers d'entre elles en ont trois types, et près de 40%, deux types.

GRAPHIQUE

Niveau de dépendance estimé selon la résidence



GIR : groupe iso-ressources.
Lecture • Le niveau de dépendance estimé de 33 % des personnes de 75 ans ou plus vivant en institution est le GIR 2, contre 3 % pour celles résidant à domicile.
Champ • France, personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées, en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée.
Source • Enquête Handicap-Santé, volet Ménages (2008) et volet Institutions (2009), INSEE.

Parmi les limitations physiques, les plus fréquentes en institution sont celles touchant à la motricité. En effet, 80% des personnes âgées en institution ont « beaucoup de difficultés » ou « ne peuvent pas du tout » descendre ou monter un étage d'escalier (contre 30% à domicile).

Parmi les limitations cognitives, 39% des personnes âgées en établissement déclarent qu'il leur arrive souvent de ne plus savoir à quel moment de la journée on est (contre 5% des personnes âgées vivant à domicile). Il leur arrive aussi plus souvent d'avoir des difficultés à se concentrer plus de 10 minutes (44% des personnes en institution, contre 5% des personnes vivant à domicile) et à résoudre les problèmes de la vie quotidienne (59% contre 8%). D'autres maladies graves, qui impliquent moins d'aide à la personne mais qui peuvent nécessiter un suivi ou des soins médicaux importants, se retrouvent autant parmi les personnes âgées à domicile que parmi celles vivant en institution. Il s'agit notamment du diabète (12% des personnes âgées à domicile se déclarent diabétiques contre 13% des personnes âgées en institution), du cancer (10% à domicile et en institution) et de la bronchite chronique (respectivement 10% et 12%). En revanche, d'autres maladies sont plus fréquemment déclarées par les personnes âgées vivant à domicile. Il s'agit souvent de maladies n'entraînant pas de risque vital, comme la cataracte, l'arthrose, les lombalgies, les cervicalgies et l'arthrite. La santé bucco-dentaire est quant à elle encore plus dégradée pour les personnes résidant en institution : 56% déclarent avoir perdu toutes leurs dents, contre 42% de celles vivant à domicile. Le risque de dénutrition est plus important en institution : 35% des résidents ont un indice de masse corporelle impliquant une situation de dénutrition, contre 15% des personnes âgées vivant à domicile. Enfin, 10% des résidents sont en situation d'obésité, soit cinq points de moins qu'à domicile.

ANESM : un guide pour mieux accompagner les résidents déficients sensoriels

L'Anesm a publié des recommandations de bonnes pratiques pour mieux repérer et prendre en soins les résidents atteints de déficiences sensorielles. Ce guide se décline pour les Ehpad et les résidences autonomie, et plus généralement s'adresse à toute personne amenée à s'occuper d'une personne âgée concernée.

L'enjeu du repérage précoce d'une déficience sensorielle, qu'elle soit visuelle, auditive, olfactive ou gustative ou qu'elle concerne le toucher, et de l'accompagnement des personnes atteintes dans les établissements pour personnes âgées est d'améliorer leur qualité de vie, leur bien-être psychique, et de prévenir les effets du vieillissement.

Ces recommandations visent à apporter des réponses aux besoins de cette population touchée par une ou des déficiences sensorielles tant en termes de prévention, de repérage que d'accompagnement.

Elles fournissent aux professionnels des outils adaptés susceptibles d'améliorer le repérage des déficiences éventuelles et visant aussi à adapter les prises en charge pour un mieux-être des personnes accueillies.

Il s'agit notamment de limiter, par une prise en charge globale et précoce des déficiences sensorielles, les risques d'isolement, de dépression, de dénutrition, des personnes âgées accueillies.

Qu'ils se destinent [aux professionnels en Ehpad](#) ou [en résidence autonomie](#), les deux documents sont construits sur le même modèle. Les directeurs et les équipes trouveront ensuite des fiches-repères, axées chacune sur une déficience sensorielle, et destinées à faciliter l'appropriation des recommandations.

Enquête sur les maladies neurodégénératives de la DGS

L'institut Ipsos mène pour le compte de la Direction générale de la santé (DGS) une [enquête](#) sur les maladies neurodégénératives. Elle s'adresse aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées, la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques, et diagnostiquées depuis moins de cinq ans. Les usagers sont appelés à donner leur avis sur le diagnostic et la prise en charge de leur maladie, afin d'identifier les besoins en matière d'information et de soutien après l'annonce de la pathologie.

Bilan démographique 2016 de l'Insee

D'après le [bilan démographique](#) pour 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la population française continue de vieillir. **Au 1^{er} janvier 2017, les personnes de 65 ans ou plus représentent**

19,2% de la population, soit trois points de plus que dix ans auparavant et quatre points de plus que vingt ans plus tôt. Les plus de 75 ans sont eux passés de 6,5 à 9,1% de la population. Si l'espérance de vie reste stable chez les plus de 60 ans (+0,3% pour les hommes, +0,2% pour les femmes), la mortalité, elle, poursuit sur les deux dernières années la tendance à la hausse amorcée au début des années 2010. En cause pour l'Insee : "l'arrivée des générations nombreuses du baby-boom à des âges de forte mortalité". L'épidémie de grippe importante et les épisodes de canicule qui ont accru les taux de mortalité à chaque âge en 2015 ont, quant à eux, eu peu d'impact sur la mortalité au niveau national en 2016.

Guide de l'encadrant dans la fonction publique

La Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a diffusé en janvier un [guide de l'encadrant](#) dans la fonction publique. Cet ouvrage propose ainsi de s'interroger sur leur rôle et offre un espace de réflexion sur leurs pratiques. Le guide aborde également de manière très opérationnelle la relation avec chaque collaborateur et l'équipe en général. Cet outil se veut pragmatique et contient un certain nombre de fiches d'une particulière actualité, concernant notamment la laïcité, le management à distance, etc...

Guide sur la responsabilité des directeurs en cas d'incendie

La Fédération française des métiers de l'incendie (FFMI) publie la deuxième édition de son guide sur la responsabilité incendie des chefs d'établissement recevant du public et des exploitants assujettis à l'installation d'un système de sécurité incendie (SSI).

L'objectif de [ce guide](#) se veut de rappeler les grands principes à respecter pour limiter les risques de voir engagée leur responsabilité, dans l'exercice de leur activité professionnelle.

Le document récapitule les causes des incendies, les risques, le cadre réglementaire, les responsabilités civiles et pénales des chefs d'établissements ou de l'exploitant, et revient sur les systèmes de sécurité incendie de catégorie A, B24 et B28. Enfin, il indique comment concevoir le système SSI avec des experts, comment le mettre en place, l'entretenir et le faire évoluer.

Modèle de convention d'association GHT

Un groupe de travail entre le Ministère et l'ensemble des fédérations du secteur (FEHAP, FHP, Unicancer et FHF) s'est réuni à plusieurs reprises courant novembre et décembre pour élaborer une trame de convention d'association dont pourront se saisir les acteurs s'ils le souhaitent. Cette proposition de convention a été finalisée et vient d'être mise en ligne sur [le site du ministère](#).

Appels à communication – Prix – Trophées

Appel à retour d'expérience sur les hébergements de transition

L'ANAP souhaite identifier et recueillir des expériences relatives aux modes d'organisation institutionnelle et professionnelle de ces hébergements de transition.

L'objectif de ce projet est de produire des retours d'expériences visant à identifier les structures de prise en charge proposées (missions, prestations, public cible, fonctionnement) et leurs améliorations dans une dynamique de parcours. Pour pouvoir disposer d'un panel le plus large possible, l'ANAP vous sollicite pour relayer cet appel à contribution auprès de vos structures. Toutes les expériences sont éligibles quel que soit le statut juridique. Cependant, les structures candidates devront avoir au minimum 1 an de fonctionnement.

La remise du rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau a permis de dégager des axes permettant de construire des solutions d'accompagnement et d'accueil en établissement de toutes personnes en situation de handicap. Des modèles d'organisation novateurs permettent de répondre aux besoins tels que les hébergements de transition (pour

les enfants et les adultes handicapés) qui permette, par exemple, d'accueillir une personne en situation de crise, d'urgence ou dans un épisode complexe ou à une étape de son parcours où son orientation est réinterrogée.

Calendrier de mise en œuvre :



Pour faire acte de candidature (au plus tard le **vendredi 3 mars 2017**), les établissements doivent se reporter à l'adresse suivante : <http://www.anap.fr/actualites/appels-a-candidatures/retour-dexperiences-sur-les-organisations-en-hebergement-de-transition/>

Université d'été ANAP

Pour sa 7^{ème} édition, l'Université d'été de la performance en santé pose ses valises au Triangle de Rennes, **le vendredi 8 et le samedi 9 septembre 2017**.

Si vous êtes professionnel(le) de santé (intervenant dans le secteur sanitaire ou le médico-social, salarié ou libéral, médecin ou soignant), acteurs de la promotion, de l'éducation à la santé, de la santé communautaire, aidant de personnes malades, représentant(e) d'usager ou usager, institutionnel(le), étudiant(e), une collectivité locale...

Si vous avez mis en œuvre une initiative qui repose sur une transformation de votre (vos) organisation(s) dans le but d'anticiper ou de prendre en compte une problématique de santé à fort enjeu ;

Si vous estimez avoir construit une ou des réponses innovantes au bénéfice des usagers du système de santé, des personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques, en situation de perte d'autonomie, vivant avec une maladie psychique ... ;

Nous vous invitons à répondre à cet appel et à proposer votre retour d'expérience avant le 15 février 2017.

Les communications devront s'attacher à fournir des éléments de réponse précis aux questions suivantes :

- Quels sont les bénéfices concrets de l'organisation mise en place pour les usagers ? Quels éléments d'évaluation permettent d'en attester ?
- En quoi peut-on considérer qu'il s'agit d'une innovation par rapport à l'organisation ou à la situation antérieure ?
- Quelles ont été les parties prenantes concernées par la mise en place de cette organisation ? Et comment ont-elles été mobilisées ?

[Pour mettre toutes les chances de votre côté, consultez l'appel à communications et répondez en ligne.](#)