



Contribution au projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap, baptisé SERAFIN-PH

En l'absence de politique publique dans le secteur du handicap, les associations ont été les premières à l'origine de la création d'offres de service apportant des réponses aux personnes concernées et à leurs familles. En témoigne la première grande loi d'orientation en faveur des personnes handicapées qui date seulement de 1975.

Avec la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », les associations, à travers notamment leurs ESSMS, ont continué d'œuvrer pour l'accès aux droits fondamentaux, le plein exercice de la citoyenneté des personnes ou encore pour le droit à compensation des conséquences du handicap.

Depuis, les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué et la réponse sous forme de « places » dans un établissement ou un service ne suffit plus au regard de la diversité des aspirations des personnes.

Là encore, les associations se sont engagées dans le mouvement de la « transformation de l'offre sociale et médico-sociale » qui a pour objet de permettre « toute action visant à rendre la société plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles¹ ».

« Une réponse accompagnée pour tous » prise dans le cadre de l'article 89 de la Loi pour la modernisation de notre système de santé a permis ce changement profond et entraîné un mouvement global. L'enjeu étant d'interroger notre façon de faire, d'avoir des réponses au service d'un parcours et non une orientation souvent trop définitive par une MDPH.

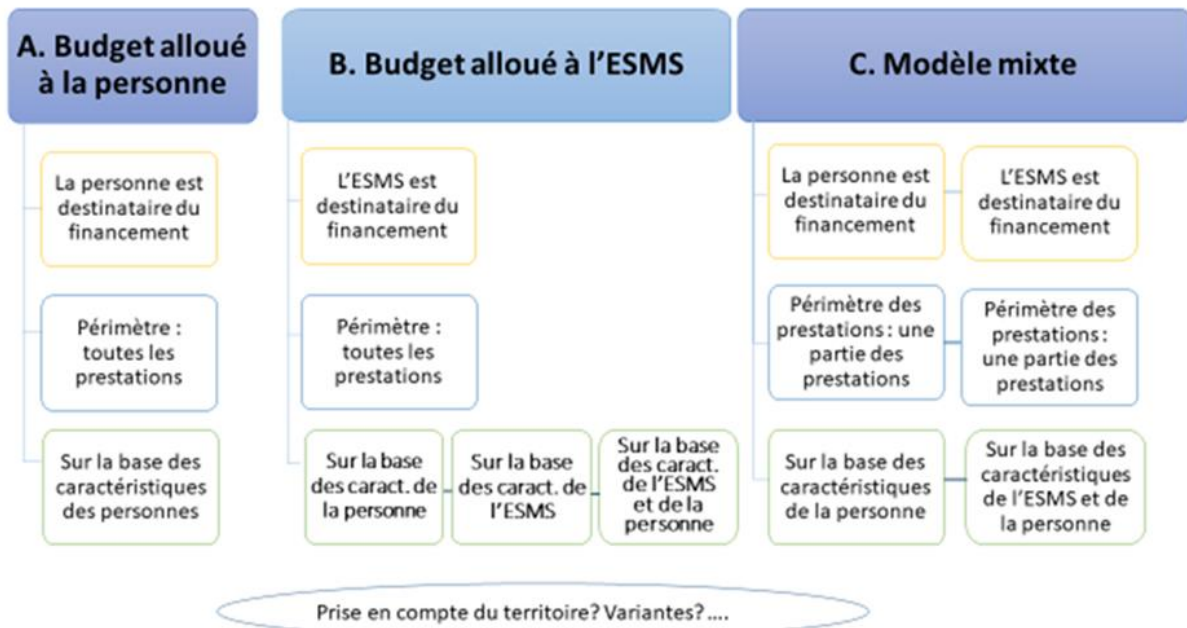
Pour arriver à cette nouvelle approche, il faut de nouvelles composantes pour que la logique de « parcours » soit bien intégrée. La capacité des territoires à travailler en logique de partenariat au bénéfice des personnes en est une. La tarification, en cohérence, avec cette démarche globale en est une autre.

¹ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes.

Aujourd’hui, cette transformation de l’offre s’amplifie dans le cadre de nombreux chantiers (le dispositif intégré des ITEP, les PCPE, le déploiement des systèmes d’informations, l’habitat inclusif ...) dont le projet SERAFIN-PH (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux Parcours des Personnes Handicapées) qui a pour objectif la mise en place d’une réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap.

Ce projet, co-piloté par Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA), a vu le jour en 2014 et s’inscrit dans un temps long autour de trois phases :

- **Phase 1** (2015 à 2018) : construction d’un référentiel tarifaire qui repose sur des outils et des règles permettant de déterminer le futur modèle de tarification. Cette phrase s’est concrétisée par l’élaboration des nomenclatures des besoins et des prestations ainsi que par la mise en œuvre d’enquêtes de coûts, d’une enquête repères et le lancement de deux études nationales de coûts.
- **Phase 2** (2019) : choix du modèle de tarification. Trois scénarii sont particulièrement analysés au sein du comité technique « modèles de financement » : la solvabilisation de la personne, le financement à l’établissement ou le service médico-social (ESMS) et enfin, le modèle mixte alliant un financement de la personne et un financement de l’ESMS.



- **Phase 3** (2021) : déploiement du modèle tarifaire. Si 2021, est l’année initialement prévue pour la mise en œuvre du nouveau modèle, le déploiement sera surtout lié au modèle qui sera retenu ainsi qu’aux modalités de transition entre l’ancien et le nouveau modèle.

Le projet SERAFIN-PH fait suite aux constats développés dans le rapport Vachey-Jeannet², précisant que le système actuel de tarification de ces établissements et services « *[n'était] plus adapté à l'évolution des modes d'accompagnement des personnes, et ne [permettait] pas, dans un contexte de finances publiques contraint, une bonne allocation de la ressource disponible* ».

Autrement dit, **la tarification ne reposerait pas sur un lien objectif entre les modalités d'accompagnement et d'accueil proposées par l'établissement ou le service, les besoins du public accueilli et le niveau des moyens alloués.**

Le réseau Uniopss-Uriopss partage les constats posés, souscrit pleinement à cette démarche et à la mise en place d'une tarification dont l'objectif est triple :

- S'ajuster aux besoins des personnes,
- Favoriser les parcours en permettant des réponses plus souples,
- S'adapter à l'évolution de l'offre.

Notre réseau se mobilise d'ailleurs fortement dans le projet SERAFIN-PH, en témoignent notre implication au sein des différentes instances nationales (COTECH, GTN, COSTRAT) et la mise en place d'un groupe de travail en interne qui permet un véritable relai d'informations et de sensibilisation de nos adhérents. L'organisation, cette année, de journées d'études dans toutes les régions pour nos adhérents (et non adhérents), avec le soutien de l'équipe projet CNSA-DGCS traduit également cet investissement.

Sous des atours techniques, le sujet de la réforme de la tarification dans le secteur du handicap est fondamentalement politique et mérite d'être traité comme tel. Il est nécessaire de prendre conscience des forts enjeux dont l'intensité diffère selon le modèle retenu :

- **pour les personnes accompagnées elles-mêmes** : quelle individualisation de leur accompagnement ? Quelle responsabilisation autour de leur parcours ? Quelle évaluation de leurs attentes et leurs besoins ?
- **pour les établissements et services médico-sociaux** : quel accompagnement au changement ? Quelle souplesse accordée pour une véritable articulation des modes d'accompagnement ? Comment gérer l'hétérogénéité des publics accompagnés ?
- **pour les professionnels de ces établissements et services** : quel temps passé en matière de quotation au regard du temps consacré à l'accompagnement ? Quelles modifications engager en matière de formation initiale et continue ?

Au-delà, le choix du modèle de financement des ESMS du secteur du handicap aura **un impact sur notre modèle de solidarité**. C'est effectivement un **choix sociétal** qui se profile : mise en œuvre de la solidarité nationale ? Quelle place des associations (gestionnaires ou non) ? Quelle enveloppe financière dédiée aux politiques du handicap ? Quelle prise en compte des aspirations des personnes ?

Alors que le comité stratégique, présidé par la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des Personnes handicapées, se réunit en septembre afin de déterminer le ou les modèles qui seront plus particulièrement analysés dans les deux années à venir, il s'agit pour notre réseau de soutenir les avancées pour les personnes en situation de handicap qui sortiraient de l'analyse de ces modèles, tout en pointant les limites ou travers potentiels d'un modèle tarifaire qui, demain, pourrait déstabiliser l'accès au droit des personnes concernées, de leurs familles et des principes d'une société inclusive.

Nous partageons, ainsi, nos réflexions sur les trois modèles actuellement étudiés.

² Vachey-Jeannet (IGF/IGAS), Rapport « *Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement* », octobre 2012

Modèle A : Budget alloué à la personne

Au-delà du fait que ce premier modèle se soit imposé récemment dans le débat, l'unique financement à la personne nous questionne.

En remarque liminaire, ce modèle ne peut être considéré comme un modèle de tarification en tant que tel puisque ce n'est plus l'établissement ou le service qui est l'objet de la tarification et destinataire du financement afférent mais bien la personne. Cette modalité, sans préjuger de sa pertinence, sort donc du cadre des missions initiales de SERAFIN-PH.

En outre, le modèle A présume d'une capacité effective de la personne à déterminer seule ses besoins et à réaliser des choix en autonomie permettant d'y répondre. Il convient néanmoins de rappeler que cette capacité peut être empêchée, **nécessitant une réponse accompagnée afin de veiller à ce que, toutes les personnes concernées, particulièrement les plus vulnérables, puissent accéder à leurs droits et à un accompagnement de qualité.**

Le libre choix présuppose également qu'il y ait une offre suffisante et adaptée sur l'ensemble du territoire permettant d'exercer cette liberté.

Une telle option nécessite ensuite **d'interroger les dispositifs d'évaluation des besoins et de coordination du parcours sanitaire, social et médico-social de la personne ainsi que du suivi de son projet.** À défaut, il y a un risque d'incohérence, de morcellement ou de superpositions des réponses, voire de rupture dans le parcours de vie de la personne.

Si ces modalités de mise en œuvre ne sont pas suffisamment réfléchies, la solvabilisation de la personne, en lieu et place d'être un levier à son autonomisation et de la promotion de ses choix, **risque d'être source de non-recours aux droits et aux prestations.**

Enfin, les modalités de **régulation de l'offre et de suivi des fonds publics** devront être clairement définies et encadrées. **La solvabilisation de la personne** pourrait engendrer une dérégulation de l'offre sur le territoire qui risque d'être préjudiciable : les autorités de contrôle et de tarification ayant justement pour mission de maintenir une programmation de l'offre, de garantir le suivi des enveloppes financières et de conserver un contrôle de la qualité des missions des ESMS PH.

À titre d'illustration, on observe de façon structurelle une sur-réalisation de l'ONDAM soins de ville et une sous-réalisation de l'ONDAM sanitaire et médico-social. En effet, l'ONDAM sanitaire et médico-social est directement maîtrisé par la puissance publique au travers des mécanismes de tarification des établissements et services, ce qui n'est pas le cas des soins de ville financés eux par une solvabilisation directe des patients.

Si la solvabilisation de la personne **se traduit par un désengagement de la puissance publique ou par un financement de prestations qui ne tient pas compte des besoins de financement des établissements et services**, le risque est d'aboutir à une offre incohérente, inégalement répartie sur le territoire, illisible et inflationniste avec à terme une **augmentation du reste à charge pour les personnes concernées et de graves difficultés financières pour le secteur médico-social.**

Le financement actuel des **services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** en est un bon exemple : la création de SAAD non tarifés par la loi du 26 juillet 2005, dite loi « Borloo », dont les interventions reposent uniquement sur une solvabilisation des personnes par le biais de l'APA et de la PCH a abouti à une augmentation des restes à charge, à une non transparence des prix et à un creusement des inégalités territoriales.

Plus largement, la solvabilisation de la personne, **antinomique à la tarification des établissements et services**, entraîne pour ces derniers, un manque de visibilité de l'évolution des financements qui ne manquera pas de les interroger sur leur pérennité et, par là même, d'empêcher leur capacité d'innovation et d'adaptation.

Ainsi, si d'un point de vue politique, l'option de la solvabilisation de la personne dans un souci d'autodétermination et de libre choix peut être considérée comme une résultante des évolutions inclusives des politiques publiques en matière de handicap, la mise en œuvre opérationnelle d'un tel modèle semble délicate.

En effet, les points de vigilance repérés sont conséquents, avec en toile de fond le **risque d'une marchandisation du secteur du handicap** que le réseau Uniopss dénonce.

Au-delà de ces inquiétudes, la véritable question que pose ce scénario est celle de l'intention : la solvabilisation de la personne permet-elle vraiment de répondre aux objectifs de SERAFIN-PH au service d'une logique « de parcours » de la personne ou allons-nous vers une diminution de la solidarité nationale au détriment d'une réelle compensation du handicap ?

Modèle B : financement de l'ESMS

Ce modèle a pour porte d'entrée un financement de l'ESMS qui pourra reposer sur l'un des 3 scénarii suivants :

- 1. Caractéristiques de la personne (uniquement)
- 2. Caractéristiques de l'ESMS/l'OG (uniquement)
- 3. Caractéristiques de la personne et de l'ESMS/OG

Les scénarii 1 et 2 ont été écartés : le premier (B1) reposant uniquement sur les caractéristiques des personnes serait en effet plutôt assimilé au financement direct de la personne, le modèle B2, quant à lui, fait référence à notre système de tarification actuel dont la remise en question est à l'origine du projet SERAFIN-PH.

Le modèle de financement B3, basé au moins pour partie sur une logique de « scoring » de la personne, appelle plusieurs points de vigilance :

- Les outils de « scoring » tels que nous les connaissons dans d'autres secteurs, celui des EHPAD notamment, sont plus que perfectibles (la grille AGGIR est parcellaire, l'outil Pathos est parfois contreproductif...)
- Se pose la question de la fréquence d'évaluation des besoins : un système de « scoring » au fil de l'eau, tel que connu dans le secteur sanitaire conduirait à un modèle technocratique et dépourvu de sens au regard du « temps long » qu'implique l'accompagnement des personnes en situation de handicap. À l'inverse, un système de scoring dont la fréquence serait insuffisante, à l'image de ce qui est pratiqué dans les EHPAD, est susceptible de créer de véritables distorsions, dans le temps, entre l'évolution des besoins des personnes et les moyens d'accompagnements dédiés.
- Se pose en outre la nécessité de clarifier l'articulation entre la prise en compte des caractéristiques de la personne et celle de l'ESMS

Modèle C : Modèle mixte (solvabilisation de la personne / financement de l'ESMS)

Ce modèle retient :

- Pour une part, un financement de l'ESMS tel que projeté dans le modèle B, appelant les mêmes remarques quant à la nécessité de penser des outils et modalités d'évaluation des besoins pertinents
- Pour une autre part, une solvabilisation directe de la personne, telle que projetée dans le modèle A, appelant les mêmes points de vigilance (cf. capacité d'autodétermination des personnes, régulation de l'offre à maintenir, accès aux droits)

En toute hypothèse, le rapport financement de la personne / financement de l'ESMS devra faire l'objet d'équilibres garantissant que le service rendu par l'ESMS repose sur des plateaux techniques pluridisciplinaires stables, seuls à même d'assurer des coordinations qualitatives pour le parcours des personnes.

D'une manière générale, les trois modèles reposant toute ou partie sur les besoins de la personne, nécessiteront au préalable la définition d'**un outil d'évaluation des besoins, adapté, simple et co-construit qui évalue non seulement les besoins des personnes mais aussi leurs intensités**. Comme précisé pour le modèle précédent, les modalités de réalisation de l'évaluation devront être précisées, pertinentes et régulièrement interrogées. Faute de quoi, l'objectif de rupture avec la logique des « coûts historiques » déconnectés des besoins réels, posé comme attendu de la réforme, se verrait contrarié. Le choix de l'évaluateur et des modalités de contrôle de l'évaluation auront également toute leur importance dans le parcours et l'orientation des personnes.

L'Uniopss se félicite qu'un groupe de travail *ad hoc* au sein du projet SERAFIN PH soit constitué sur la question de l'évaluation des besoins, il y a une forte attente autour de ce sujet puisque tout l'objet de la réforme est de permettre la connexion entre besoins des personnes et financement des prestations. L'écueil, latent, qu'il faudra également éviter dans un mode de financement centré sur l'évaluation des besoins est la possible **sélection des personnes** en fonction soit de l'intensité de leurs besoins, soit de leur solvabilité.

Ces modèles nécessitent, dans tous les cas, un **accompagnement au changement** des associations et de leurs professionnels, ainsi qu'un **système d'information adéquat** en matière de reporting d'activité et de suivi des dossiers de facturation.

Quel que soit le modèle retenu, une **phase d'expérimentation suivi d'une évaluation** est un préalable indispensable à une mise en œuvre généralisée.

Ce que le réseau Uniopss-Uriopss souhaite de SERAFIN-PH

L'Uniopss souhaite que les **objectifs initiaux du projet SERAFIN-PH soient respectés** : le nouveau dispositif d'allocation des ressources devra être **équitable, simplifié, et permettre des parcours de vie sans rupture**.

Le réseau recommande en particulier que les réflexions autour du futur modèle tarifaire s'inscrivent :

- Dans la démarche actuelle de transformation de l'offre médico-sociale et en cohérence avec les autres chantiers : « une réponse accompagnée pour tous », les dispositifs, les PCPE...La réforme de la tarification ne peut se faire sans une articulation avec ces chantiers.
- Dans un objectif d'organisation cohérente et de qualité de l'offre d'accompagnement territorial.
- Dans le cadre d'une planification de l'offre fondée sur un diagnostic partagé avec les associations (gestionnaires ou non).
- Dans la garantie de l'individualisation de l'aide et de l'accompagnement en fonction des attentes et des besoins du bénéficiaire.
- Dans la garantie d'une maîtrise du reste à charge pour la personne accompagnée.
- Dans la garantie d'une équité de traitement sur tout le territoire.
- Dans un processus de convergence tarifaire lissé dans le temps permettant aux gestionnaires de poursuivre l'adaptation de leur offre dans des conditions qualitatives.
- Dans un phasage des réformes.

Il s'agira également de **lever certains freins existants au financement actuel des ESMS** :

- Permettre davantage de souplesse de gestion, une fongibilité des enveloppes pour une meilleure articulation des besoins et des attentes des personnes accompagnées.
- Établir des relations de plus grande confiance avec les établissements et services afin :
- de favoriser leur capacité d'innovation, d'adaptation,
- de les aider à poursuivre leurs transformations pour une société plus inclusive et leur ouverture vers l'extérieur.

Il est par ailleurs indispensable d'engager un **plan d'accompagnement national** de l'ensemble **des acteurs et des personnes concernées**. À ce jour, des disparités territoriales existent en effet dans l'appropriation du projet SERAFIN-PH et de ses outils. Les nomenclatures des besoins et des prestations en sont un bel exemple : si certaines autorités de tarification et de contrôle les utilisent dans leurs trames de CPOM d'autres semblent éloignées de cette démarche, en particulier les Conseils départementaux. Les organismes gestionnaires présentent également un degré d'appropriation différent selon qu'ils ont été impliqués ou non dans les enquêtes de coûts.

Le réseau plaide ainsi pour un **modèle de tarification ambitieux qui soit à la hauteur des enjeux et des défis actuels**. Réformer le modèle de tarification des ESMS PH ne doit pas servir d'alibi à une restriction des ressources mobilisables pour un accompagnement de qualité des personnes en situation de handicap et ne doit pas conduire à une remise en cause de la solidarité nationale et de l'obligation de la puissance publique en matière d'aide et d'action sociale.

Le réseau restera donc attentif et se prononcera au gré des travaux menés sur le choix du modèle de financement des ESMS pour personnes en situation de handicap et en lien avec les autres chantiers liés à la transformation de l'offre sur la pertinence et la soutenabilité de ce nouveau modèle.