

Novembre 2019

Premières propositions sur des
modèles de financement
possibles dans le cadre de la
réforme tarifaire SERAFIN-PH.
Rapport de synthèse

SERAFIN-PH : Services et Établissements :
Réforme pour une Adéquation des FINancements
au parcours des Personnes Handicapées



Sommaire

Introduction	5
1 Organisation des travaux et choix des scénarios étudiés	9
1. Méthode et calendrier	9
1.1 Comité technique « Modèles de financement »	9
1.2 Journées régionales SERAFIN-PH.....	13
2. Choix des modèles de financement à étudier	13
2.1 Présentation synthétique des combinaisons envisagées	14
2.2 Scénarios écartés par le groupe technique national.....	14
2.3 Trois combinaisons retenues.....	15
2 Approfondissement des scénarios.....	17
1. Du modèle existant vers un modèle réformé.....	17
1.1 Les modalités de tarification actuelles	17
1.2 Les attentes des autorités de tarification et de contrôle.....	20
2. Premier scénario : financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage individuel	22
2.1 Description du scénario	22
2.2 Liste de prérequis spécifiques au scénario.....	26
2.3 Réponse aux objectifs SERAFIN-PH.....	28
2.4 Enjeux	29
3. Deuxième scénario : financement des ESMS à partir des caractéristiques des personnes et des ESMS	34
3.1 Description du scénario	34
3.2 Liste de prérequis spécifiques au scénario.....	40
3.3 Réponse aux objectifs SERAFIN-PH.....	40
3.4 Enjeux	40

4. Troisième scénario : financement mixte	44
4.1 Description du scénario	44
4.2 Liste de prérequis spécifiques au scénario.....	47
4.3 Réponse aux objectifs SERAFIN-PH.....	48
4.4 Enjeux	49
3 Les prérequis au déploiement du modèle de financement	55
1. Articulation des financements Assurance maladie-départements	57
1.1 Cofinancement et contractualisation.....	57
1.2 Règlements départementaux de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et PCH	57
1.3 Règles de cumul de la PCH	58
1.4 Articulation du modèle de financement avec la réforme des SAAD.....	59
2. Clarification réglementaire de certains financements	59
2.1 Soins	59
2.2 Transports	62
3. Outillage de la décision et du pilotage	65
3.1 Évaluation des besoins.....	65
3.2 Mesure de l'activité.....	66
4. Systèmes d'information du secteur médico-social Personnes handicapées	67
5. Plan d'accompagnement	68
Conclusion	69
Table des abréviations	71
Annexes	73

Introduction

Le projet SERAFIN-PH, « services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées » vise à **redéfinir le modèle de tarification actuel des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnant des personnes en situation de handicap**¹. Les ESMS concernés sont tous ceux du champ du handicap, pour lesquels l'admission est subordonnée à une notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)², quelle que soit l'autorité de tarification et de contrôle – ATC – (agence régionale de santé – ARS – et/ou conseil départemental/métropolitain).

Ce projet³, copiloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a débuté fin 2014. Il a été construit en **trois phases**⁴ qui, pour rappel, constituent les étapes nécessaires à la mise en œuvre d'un nouveau modèle de financement :

1. la première étape est dédiée à la construction des outils permettant une allocation de ressources rénovée : ces outils fondent la réflexion et fournissent les données nécessaires à la définition d'un nouveau modèle de tarification. Ainsi, de 2015 à 2017, les nomenclatures SERAFIN-PH ont été élaborées et les premières enquêtes de coûts réalisées. Cette étape se poursuit actuellement avec la réalisation des études de coûts en 2018 et 2019 ;
2. la deuxième étape a été officiellement lancée lors du comité stratégique du 27 avril 2018 : elle consiste à définir le nouveau modèle de tarification et à en simuler les impacts. **C'est dans le cadre de cette deuxième étape que se situe ce rapport qui présente les premières propositions relatives aux modèles de financement possibles dans le cadre du projet SERAFIN-PH ;**
3. la troisième étape prévoit le déploiement du nouveau modèle tarifaire.

¹ Le projet SERAFIN-PH est fondé sur les constats et propositions décrits dans le rapport VACHEY-JEANNET, [Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement \(PDF, 18,4 Mo\)](#) d'octobre 2012, et dans le second rapport VACHEY-JEANNET d'octobre 2013. Ces constats sont rappelés brièvement dans la partie 2 du présent rapport. Pour une présentation plus générale du projet SERAFIN-PH, voir l'article [Réforme tarifaire des établissements et services pour personnes handicapées SERAFIN-PH sur le site de la CNSA](#) : <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-tarifaire-des-etablissements-et-services-pour-personnes-handicapees>

² Le périmètre du projet SERAFIN-PH comprend donc l'ensemble des ESMS pour personnes en situation de handicap, à l'exception des bureaux d'aide psychologique universitaires, des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psychopédagogiques, des services de soins infirmiers à domicile, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile et des services d'aide et d'accompagnement à domicile. L'annexe 1 présente ces ESMS, leur nombre de places, le nombre de personnes accompagnées et les montants financiers actuellement engagés. Cette définition du périmètre, via l'orientation de la CDAPH, renvoie aux objectifs du projet, à savoir faire le lien entre les montants alloués et les caractéristiques des personnes accompagnées.

³ Les travaux sont conduits par une équipe composée de six personnes : une directrice de projet à la DGCS et un pôle SERAFIN-PH à la CNSA (une responsable de pôle, trois chargés de mission, une salariée doctorante à mi-temps). Cette équipe est soutenue par une personne effectuant des vacations dans le cadre du chantier « Participation des personnes en situation de handicap ».

⁴ Le phasage a été défini lors du premier comité stratégique du projet SERAFIN-PH du 26 novembre 2014. Le comité stratégique, présidé par le ministre chargé du handicap, se réunit environ une fois par an pour valider les travaux conduits et le programme annuel de travail du projet SERAFIN-PH.

Le cadrage général du projet SERAFIN-PH a également conduit à retenir **trois objectifs** principaux pour le futur modèle tarifaire :

- > **l'équité** : le modèle de financement recherché doit garantir une équité de financement entre les ESMS. Il doit donc s'ajuster en fonction des caractéristiques (dont les besoins) des personnes accompagnées et des réponses qui leur sont délivrées (les prestations). Autrement dit, le financement doit être objectif et incitatif pour garantir des accompagnements adaptés et évolutifs pour les personnes en situation de handicap ;
- > **la simplicité** : le nouveau modèle de financement doit, tout en gardant son objectif d'équité (et donc d'adaptation selon les personnes accompagnées), être lisible pour tous les acteurs du champ du handicap et ne pas complexifier les procédures actuelles liées à la tarification ;
- > **le soutien à la transformation actuelle de l'offre médico-sociale** dans le champ du handicap : la réforme tarifaire doit encourager des parcours fluides, modulaires, personnalisés et qui s'inscrivent dans le cadre d'une société inclusive.

Ainsi, les trois scénarios proposés dans ce rapport visent à répondre à ces objectifs, sous réserve de prérequis également présentés. Cependant, tout modèle de financement comporte des limites et peut entraîner des effets non souhaitables qu'il convient d'anticiper et d'encadrer au mieux.

Le projet SERAFIN-PH vise donc à réformer l'allocation de ressources, sur la base d'un niveau de financement alloué à chaque ESMS qui soit objectif. Cette volonté d'objectivation du financement se distingue de l'homogénéisation qui correspond à une simple convergence des coûts, puisqu'elle s'appuie sur des données nécessairement validées (caractéristiques des personnes accompagnées notamment).

Bien que le projet n'ait pas vocation à réformer l'ensemble du cadre réglementaire définissant le secteur médico-social pour le champ du handicap, les travaux ont conduit à identifier les liens à faire avec d'autres chantiers nationaux en cours ou qu'il conviendrait de développer. Ainsi, le présent rapport évoque, pour chaque scénario, différents travaux connexes qu'il semble nécessaire d'engager afin de permettre une mise en œuvre effective du projet SERAFIN-PH. Le projet s'inscrit donc dans un contexte évolutif auquel il doit s'adapter. Par exemple, et de façon non exhaustive, les travaux en cours relatifs au « panier de soins » menés par la mission Denormandie, la mission de l'Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances relative aux établissements et services d'aide par le travail, ou encore la feuille de route « Accélérer le virage numérique » peuvent être cités.

Enfin, il convient de noter que le projet SERAFIN-PH se caractérise par une méthodologie fondée sur la **co-construction** avec l'ensemble des acteurs du champ du handicap. Cette méthode a été appliquée pour ces travaux, qui ont donc donné lieu à différents temps d'élaboration, principalement dans le cadre d'un comité technique dédié et dans les instances du projet (groupe technique national, comité scientifique), mais également dans les échanges tenus avec les représentants des services des ARS et des conseils départementaux et métropolitains, les organismes gestionnaires, les établissements et services médico-sociaux, les personnes en situation de handicap...

L'équipe projet souhaite ici remercier chaleureusement l'ensemble des contributeurs au présent rapport pour la qualité et la sincérité des échanges et des réflexions tenus dans le cadre de ces travaux.

Ainsi, ce rapport présente les propositions du comité technique « Modèles de financement », validées par le groupe technique national et enrichies par les nombreux échanges complémentaires réalisés avec l'ensemble des acteurs concernés. Il se veut un état des lieux de ce qui semble être techniquement possible en termes de modèles de financement pour les ESMS relevant du périmètre SERAFIN-PH. Ce rapport n'est ni une étude, c'est-à-dire une recherche scientifique sur l'ensemble des scénarios possibles dans le cadre de la réforme tarifaire, ni une proposition politique des instances du projet ou de l'équipe projet SERAFIN-PH chargée du pilotage des travaux et qui a rédigé ce rapport.

La première partie de ce rapport est consacrée à la méthodologie et à la description des travaux conduits, qui ont permis d'aboutir au choix de trois familles de modèles à développer. La deuxième partie approfondit chaque scénario. La troisième et dernière partie précise les prérequis identifiés comme nécessaires au déploiement d'un nouveau modèle de tarification.

1 Organisation des travaux et choix des scénarios étudiés

1. Méthode et calendrier

Le lancement de la phase 2 du projet SERAFIN-PH et des travaux relatifs aux « modèles de financement » s'est traduit par la mise en place d'un comité technique dédié, « Modèles de financement », et par l'organisation de journées régionales à la rencontre des autorités de tarification et de contrôle (ARS et conseils départementaux et métropolitains), d'ESMS et de personnes en situation de handicap. Parallèlement à ces travaux, des rencontres avec des personnes en situation de handicap ont été réalisées dans le cadre de la « participation des personnes » au projet SERAFIN-PH⁵. Elles ont permis d'alimenter la réflexion sur les modèles (voir l'annexe 6).

Ce rapport présente donc les travaux du comité technique « Modèles de financement », complétés et enrichis par les échanges conduits avec l'ensemble des acteurs du projet SERAFIN-PH, de septembre 2018 à juin 2019.

1.1 Comité technique « Modèles de financement »

Présentation du comité technique

Un comité technique « Modèles de financement » a été constitué, avec pour objectif d'étudier de nouvelles modalités de tarification possibles dans le cadre du projet SERAFIN-PH. Ces propositions doivent pleinement s'inscrire dans les objectifs assignés au projet que sont l'équité, la simplicité et la fluidification des parcours de vie des personnes. Elles doivent être cohérentes avec les politiques publiques actuelles du secteur du handicap, et notamment la transformation de l'offre médico-sociale.

À l'instar du projet SERAFIN-PH, le comité technique (COTECH) s'inscrit dans la démarche de co-construction en associant notamment des représentants d'usagers, d'organismes gestionnaires, de diverses administrations, de financeurs et de tarificateurs (voir la composition des groupes de travail en annexe 2).

Ces membres ont été sélectionnés à la suite d'un appel à candidatures lancé auprès du groupe technique national (GTN ; voir sa composition en annexe 2), du fait de leurs compétences et expertises. Le comité a engagé ces travaux techniques sans présager d'un quelconque positionnement de ses membres ou de leurs institutions respectives.

⁵ 37 personnes ont été interrogées dans le cadre de ces rencontres. L'échantillon ne peut donc être considéré comme représentatif.

Méthodologie de travail

Avis du comité scientifique

Parallèlement au déroulement de ces travaux relatifs aux modèles de financement, trois rencontres ont eu lieu entre l'équipe projet et le comité scientifique SERAFIN-PH⁶. La méthode de travail a reçu un avis positif accompagné de plusieurs recommandations, comme d'envisager les effets négatifs des différents modèles et de tirer parti de l'expérience des réformes tarifaires d'ores et déjà mises en œuvre. Il a également été recommandé de prendre en compte la réforme de la formation professionnelle et d'aborder la qualité des accompagnements du point de vue de la personne accompagnée. Ces différents points ont pu faire l'objet d'échanges lors des différents comités techniques.

Le comité scientifique souhaite mettre en lumière le caractère éminemment politique de tout choix de modèle tarifaire et le corpus de valeurs auquel il se rattache. De ce point de vue, la question du maintien dans le champ de la protection sociale du futur modèle de financement a été présentée comme centrale.

Validation des travaux : le rôle du groupe technique national

Le GTN a validé la méthode de travail proposée pour ce comité technique.

Par ailleurs, et conformément à la méthodologie du projet SERAFIN-PH, des restitutions ont été régulièrement effectuées tout au long des travaux : sept réunions du GTN ont eu lieu de septembre 2018 à septembre 2019. Le GTN a donc validé et, le cas échéant, amendé les travaux au fur et à mesure de l'avancée des réflexions.

Le projet de rapport a été transmis aux membres du GTN en septembre pour amendements et modifications, lesquels ont été pris en compte et inclus dans le présent rapport.

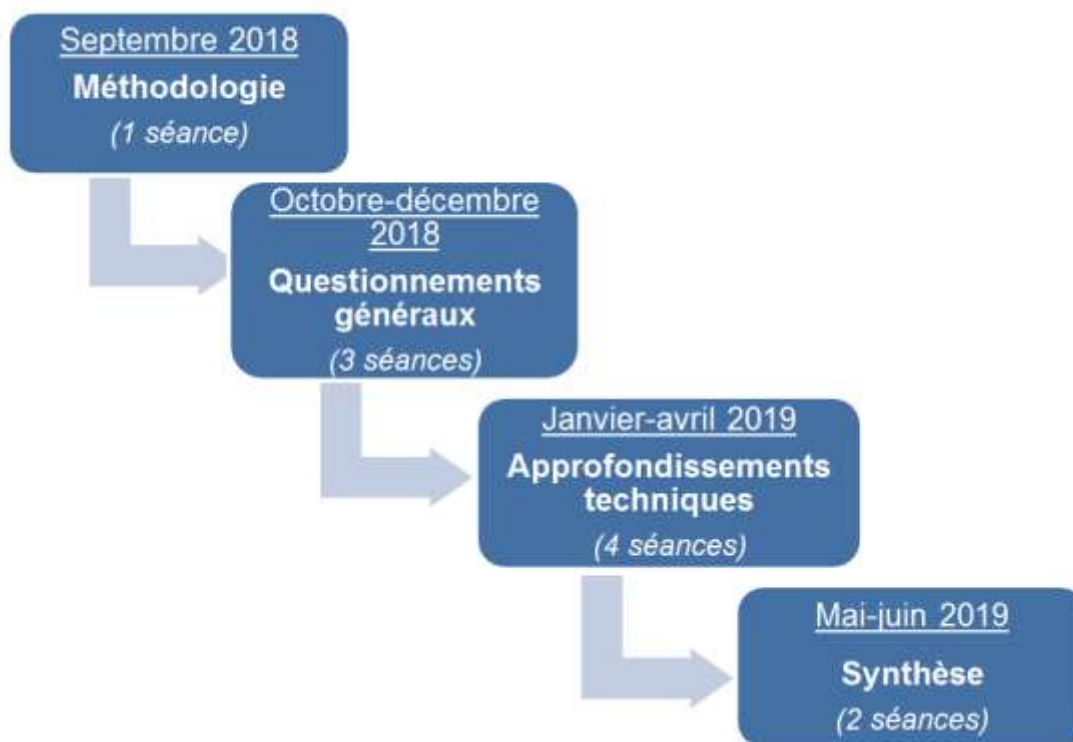
La validation du rapport porte sur la présentation technique des trois hypothèses de scénario et ne signifie pas de la part du GTN une validation politique de ces scénarios.

⁶ Le comité scientifique SERAFIN-PH est un comité composé de représentants de plusieurs disciplines (médecine, économie, sociologie, gestion...). Il se réunit au moins une fois par an pour donner un avis consultatif sur les travaux conduits dans le cadre du projet SERAFIN-PH.

Déroulé des travaux du comité technique

Au total, dix journées de travail ont été organisées de septembre 2018 à juin 2019, avec quatre grandes phases.

Les quatre phases des journées de travail



Rappel du projet et de la méthodologie (septembre 2018)

Les membres du COTECH ont dans un premier temps pris connaissance des objectifs assignés à cette instance et ont validé la méthodologie de travail. Bien que différents modèles étrangers aient été présentés en séance, il a été décidé de ne pas raisonner à partir de modèles existants en essayant de les transposer au champ médico-social du handicap. En effet, l'objectif a été de développer une réflexion plus libre en répondant à des questionnements généraux.

Questionnements généraux (octobre-décembre 2018)

Trois questionnements ont structuré les réflexions du COTECH.

Le périmètre du financement : « que finance-t-on ? »

Travailler sur le modèle de financement nécessite de déterminer le périmètre d'intervention des ESMS au regard des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap accompagnées.

Une démarche prospective a été menée afin de dégager au moyen de la nomenclature des prestations SERAFIN-PH les principes permettant d'envisager les contours d'un « panier de services » des ESMS.

Ces premières réflexions ont permis d'identifier deux sujets nécessitant un approfondissement quant au périmètre devant être pris en charge par le budget des ESMS accompagnant des personnes en situation de handicap : les soins et les transports. Ce sujet est repris dans la partie 3 du rapport⁷.

⁷ Voir la partie 3.2 Clarifications réglementaires de certains financements.

Le destinataire du financement : « qui finance-t-on ? »

Selon le cadrage initial du projet, cette interrogation n'avait pas lieu d'être pour une partie des membres du COTECH et du GTN puisque SERAFIN-PH devait permettre une rénovation de l'allocation de moyens aux ESMS.

Il a été proposé et accepté d'ouvrir la réflexion à d'autres destinataires du financement, en l'occurrence :

- > la personne elle-même ;
- > l'ESMS ;
- > ou les deux.

De plus, la possibilité de financer d'autres opérateurs comme des prestataires⁸ a également été introduite. Néanmoins, le périmètre d'intervention de ces derniers pourrait être encadré.

La base du financement⁹

Trois possibilités ont été identifiées :

- > les caractéristiques de la personne : aussi bien ses besoins que des caractéristiques individuelles ou liées à son environnement. Ces caractéristiques restent à déterminer dans la suite des travaux en s'appuyant notamment sur les résultats des études nationales de coûts ;
- > les caractéristiques de l'ESMS : par exemple, le plateau technique, l'autorisation, le nombre de journées d'ouverture... Ces caractéristiques devront être précisées dans la suite des travaux ;
- > ou les deux.

De plus, le COTECH a intégré la nécessité de prendre en compte les spécificités territoriales de façon transversale, soit dans chaque modèle de financement étudié.

Approfondissements techniques (janvier-avril 2019)

Les différents scénarios ont fait l'objet d'un approfondissement technique à l'aide d'une grille d'analyse critique (voir l'annexe 5). Pour chaque scénario, la méthode de travail était la suivante :

- > remplissage de la grille par plusieurs membres en amont du comité technique ;
- > synthèse des contributions réalisée par l'équipe projet SERAFIN-PH en amont du comité technique ;
- > présentation de la synthèse en séance ;
- > échanges et formulation des propositions en séance ;
- > propositions intégrées dans le compte-rendu de la séance.

Cette grille a permis d'envisager les modalités de chaque scénario, d'apprécier leur adéquation avec la transformation de l'offre, d'évaluer la réponse du modèle aux objectifs SERAFIN-PH et ses éventuels impacts/enjeux (par exemple, sur la qualité des accompagnements, les métiers, sur le plan budgétaire...).

⁸ Les termes d'« opérateur » et de « prestataire » sont définis page 13 du présent rapport.

⁹ Données/éléments sur lesquels les modèles pourraient s'appuyer pour tarifer.

1.2 Journées régionales SERAFIN-PH

Les travaux conduits par ce comité technique ont été complétés par des rencontres régionales entre l'équipe projet SERAFIN-PH et les autorités de tarification, ARS et conseils départementaux. Toutes les ARS ont été rencontrées ainsi que la très grande majorité des conseils départementaux (liste des quatorze rencontres en annexe 4).

Ces rencontres ont permis à l'équipe projet SERAFIN-PH de communiquer sur l'état d'avancement du projet, mais surtout de recueillir les attentes et les points de vigilance des ARS et des conseils départementaux quant au futur modèle tarifaire. Ces rencontres étant organisées de janvier à juillet 2019, l'état d'avancement des réflexions du comité technique a nécessairement eu un effet sur le niveau d'information transmis. Par conséquent, les échanges sont devenus de plus en plus précis et techniques au fil du temps.

Ces échanges, se voulant techniques, ont associé différents niveaux de représentation au sein des ARS et des conseils départementaux : tarificateurs, responsables et directeurs de l'autonomie (ou adjoints), ou encore directeurs généraux adjoints en charge des solidarités.

Au sein de la partie 2 « Approfondissement des scénarios » du présent rapport, une synthèse générale des échanges avec les ARS et les conseils départementaux est présentée, ainsi qu'un point spécifique à chacun des scénarios.

Dans le cadre de ces rencontres régionales, l'équipe projet a souhaité se rendre dans des ESMS afin d'échanger avec des professionnels et des personnes accompagnées. Certaines ARS ont privilégié des échanges avec plusieurs associations de la région.

En parallèle, des groupes de personnes en situation de handicap ont été rencontrés dans le cadre de la participation des personnes au projet SERAFIN-PH pour leur présenter les travaux et ainsi recueillir leur avis, besoins et attentes. Ces retours ont été intégrés dans le présent rapport, notamment sous forme de *verbatim* pour les personnes en situation de handicap.

2. Choix des modèles de financement à étudier

Les travaux du comité technique ont permis d'identifier différents modèles de financements envisageables. Après approfondissement de ceux-ci, certains ont été écartés, d'autres retenus.

Vocabulaire utilisé

ESMS : ici, ESMS s'entend au sens « large », soit tout type d'ESMS, quelle que soit sa forme, actuelle ou future. Le terme peut donc regrouper un ou plusieurs ESMS (dispositif, plateforme, structures avec ou sans hébergement...).

Prestataires : nouveaux acteurs qui, sans avoir le statut d'ESMS, pourraient accompagner les personnes en situation de handicap et être éligibles au financement public.

Opérateurs : ensemble des entités pouvant accompagner les personnes. Le terme « opérateurs » regroupe les ESMS et les prestataires.

2.1 Présentation synthétique des combinaisons envisagées

Les réflexions relatives aux questionnements généraux ont permis d'envisager les différents modèles de financement à étudier, en croisant destinataires du financement et bases du financement.

Le tableau à double entrée ci-dessous synthétise les différents modèles qui ont été mis en évidence.

Synthèse des modèles

Combinaisons		Base(s) du financement ?		
		Caractéristiques de la personne	Caractéristiques de l'ESMS ou du prestataire	Caractéristiques de la personne et de l'ESMS ou du prestataire
Destinataire(s) du financement ?	La personne	1		
	L'ESMS ou le prestataire			2
	La personne et l'ESMS ou le prestataire			3

	Scénario écarté en première intention.
	Scénario étudié et écarté.
	Scénario étudié et proposé.

Cette grille de lecture a constitué le point de départ des réflexions. Néanmoins, l'avancée des travaux et l'approfondissement technique de chaque scénario ont amené à préciser les modalités de financement, en particulier pour le scénario 1 (et par voie de conséquence, le scénario 3). Ainsi, le premier scénario proposé, après expertise, ne repose pas sur un budget versé directement à la personne, mais sur un « panier de prestations » qui sont financées aux opérateurs.

2.2 Scénarios écartés par le groupe technique national

Parmi les combinaisons possibles, le GTN a écarté naturellement celles qui n'étaient pas pertinentes (voir les cases grisées hachurées) et rejeté celles qui n'étaient pas conformes à l'esprit du projet SERAFIN-PH (voir la case jaune dans le tableau ci-dessus).

Parmi les combinaisons non pertinentes, on peut citer le financement à la personne, uniquement par rapport aux caractéristiques d'un ESMS. Son pendant, le financement d'un ESMS uniquement par rapport aux caractéristiques des personnes, a également été écarté. La combinaison rejetée est celle qui consistait à financer l'ESMS uniquement selon ses propres caractéristiques (par exemple, son plateau technique, son autorisation...) sans prendre en compte les besoins ou les caractéristiques des personnes. En effet, cette base de financement étant un des postulats du projet SERAFIN-PH, le scénario où cette base était absente n'a pas été retenu, le comité technique ayant signalé qu'il ne permettait pas de répondre aux objectifs du projet, soit un financement équitable et un soutien des accompagnements et des parcours de vie personnalisés.

2.3 Trois combinaisons retenues

Trois scénarios ont été étudiés et sont exposés dans le présent rapport (voir les cases vertes dans le tableau ci-dessus). Pour rappel, chaque scénario, à ce stade des travaux, a fait l'objet d'une ou deux séances de travail : sa présentation reste générale et vise à avoir une vision globale de chaque hypothèse. Des travaux plus techniques devront être conduits pour définir précisément les modalités du ou des scénario(s) retenu(s), fixer le cadre juridique, réaliser les études d'impacts budgétaire et financier...

Ces scénarios constituent donc des modalités de financement envisageables dans le cadre de la réforme de la tarification des ESMS pour personnes en situation de handicap, avec toutefois un certain nombre de prérequis nécessaires plus ou moins importants en fonction des scénarios.

Premier scénario : financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage individuel à partir des caractéristiques de la personne

Dans ce scénario, les caractéristiques des personnes sont recueillies dans le cadre de l'évaluation de la situation individuelle et permettent de déterminer un panier de prestations qui pourra être personnalisé ou « standardisé ». Les opérateurs seront financés en fonction des prestations servies.

Deuxième scénario : financement des ESMS à partir des caractéristiques de la personne et de l'ESMS

Dans ce scénario, la prise en compte des caractéristiques des personnes et des caractéristiques de l'ESMS permet d'asseoir et d'objectiver l'allocation de ressources à la structure.

Troisième scénario : financement mixte

C'est un scénario qui propose une combinaison des deux premiers, associant à la fois un financement des opérateurs par un droit de tirage individuel sur un périmètre restreint (voir le premier scénario) et un financement des ESMS sur l'ensemble du périmètre restant (voir le deuxième scénario).

Ce scénario nécessite de délimiter le périmètre des prestations directes qui rentreront dans le droit de tirage individuel.

2 Approfondissement des scénarios

Ce deuxième chapitre rappelle tout d'abord les modalités de tarification actuelles et propose ensuite une restitution pour les trois scénarios de financement étudiés.

Pour chaque scénario, la présentation est structurée de la façon suivante : une description générale, une liste des prérequis, la réponse aux objectifs de la réforme SERAFIN-PH et les enjeux du scénario. Il a été choisi de lister l'ensemble des prérequis et des enjeux identifiés par scénario, même si certains sont communs à plusieurs ou à tous les scénarios, afin de proposer une lecture exhaustive par scénario. Certains prérequis et enjeux peuvent donc être répétés selon les scénarios. De même, certains sujets ont été identifiés à la fois en tant que prérequis et en tant qu'enjeu : un même sujet peut donc se retrouver dans ces deux paragraphes.

Les prérequis communs et/ou nécessitant un approfondissement sont ensuite repris et développés dans la dernière partie de ce rapport, car ils impliquent souvent l'articulation avec d'autres chantiers nationaux.

1. Du modèle existant vers un modèle réformé

1.1 Les modalités de tarification actuelles

Deux logiques parallèles

La réglementation tarifaire des ESMS pour personnes en situation de handicap est codifiée aux articles R. 314-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Concernant les ESMS du périmètre SERAFIN-PH, les ressources peuvent être allouées selon diverses modalités : dotation globale de financement, prix de journée le cas échéant globalisé ou forfait journalier. Le financement est assuré soit par l'Assurance maladie (avec une tarification effectuée par les agences régionales de santé), soit par les départements. La tarification peut être exclusive, mais aussi conjointe pour un certain nombre d'établissements ou de services (foyer d'accueil médicalisé et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés notamment).

Deux modalités de tarification coexistent : une tarification dite « à la dépense » qui est la logique de financement historique du secteur et une tarification dite « à la recette » dont la montée en charge se fait au rythme de la généralisation¹⁰ des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dits de nouvelle génération¹¹. La coexistence de ces deux logiques pour un même organisme gestionnaire peut être source de complexité.

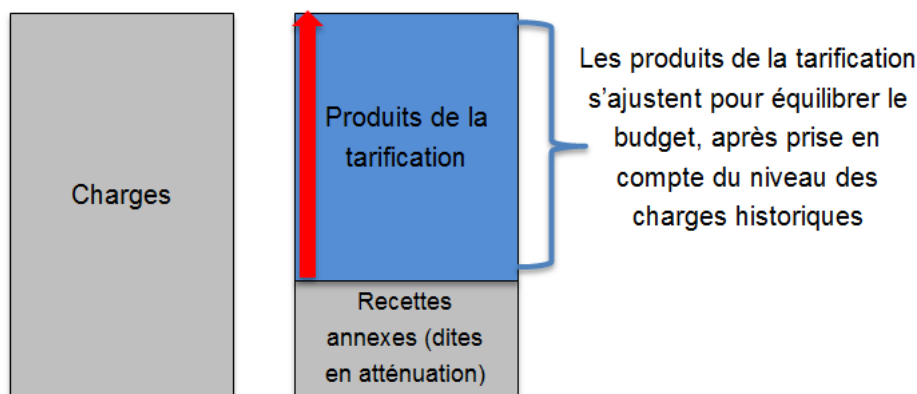
¹⁰ Généralisation introduite par l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, pour les ESMS sous compétence exclusive ou partielle de l'État et qui doit se terminer en 2021. À noter qu'en ce qui concerne les ESMS du périmètre de SERAFIN-PH à compétence exclusive des départements, le passage en CPOM est possible, mais n'est pas obligatoire. Cette possibilité de contractualisation a été renforcée par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019, qui rend possible la signature d'un CPOM par les gestionnaires gérant uniquement des ESMS sous compétence exclusive des départements.

¹¹ Au sens de l'article L. 313-12-2 du CASF.

Tarification à la dépense

La tarification à la dépense implique que le niveau des produits de la tarification soit la variable d'ajustement des charges afin de permettre un équilibre budgétaire strict. Néanmoins, les autorités de tarification acceptent ou rejettent certaines charges des ESMS en fonction notamment des ressources dont elles disposent pour financer l'ensemble des structures médico-sociales de leur territoire (soit leurs enveloppes limitatives).

Tarification à la dépense

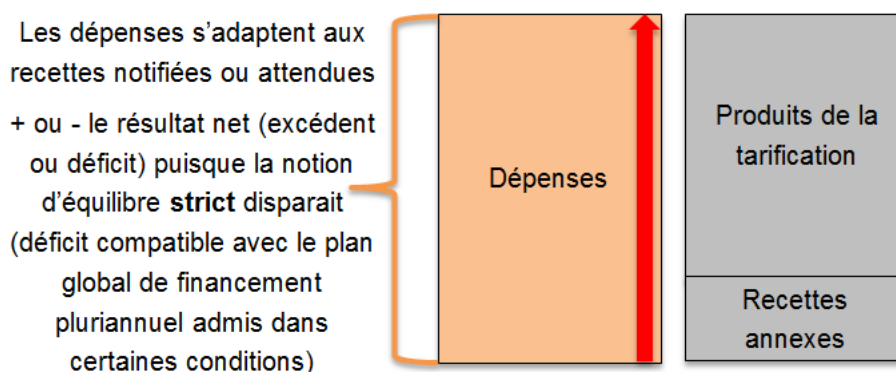


Cette logique d'allocation de ressources aux ESMS correspond aux modalités historiques de financement. Dans le cadre de la procédure budgétaire, l'organisme gestionnaire (OG) doit transmettre pour chaque ESMS un budget prévisionnel aux autorités de tarification et de contrôle compétentes. C'est sur cette base qu'une procédure contradictoire s'engage, afin de déterminer le niveau de tarification. Par ailleurs, lorsque l'exercice budgétaire est clos, l'OG transmet un compte administratif pour chaque ESMS aux autorités de tarification et de contrôle compétentes avec potentiellement une reprise de résultat (déficitaire ou excédentaire) de la part des autorités de tarification et de contrôle.

Tarification à la ressource

La tarification à la ressource repose sur une logique plus commune en gestion, basée sur le principe qu'une structure doit adapter ses dépenses en fonction de ses recettes. Les produits de la tarification ne sont plus la variable d'ajustement des budgets, mais la donnée première de la construction de leur budget. Le niveau des dépenses engagées par l'OG doit donc être compatible avec une trajectoire budgétaire et financière viable.

Tarification à la ressource



Cette logique est amenée à se développer au rythme de la généralisation des CPOM prévue pour la fin 2021, qui concerne les ESMS à compétence exclusive ou conjointe du directeur général de l'ARS. De plus, confortant la nouvelle logique tarifaire, ces CPOM impliquent le passage sous état prévisionnel des recettes et des dépenses¹² (EPRD) en lieu et place des différents budgets prévisionnels par ESMS. C'est au moyen de ce document que l'OG pilote ses dépenses en fonction de ses recettes, avec d'importants changements de paradigmes :

- > passage d'une logique budgétaire par établissement ou service à une logique globale au niveau de l'organisme gestionnaire (possibilité de dotation globalisée commune) ;
- > une prévision annuelle adossée à une projection pluriannuelle, intégrant le cas échéant les programmes d'investissement autorisés (plan global de financement pluriannuel – PGFP) ;
- > ajout d'une dimension financière à la seule dimension budgétaire jusqu'alors considérée.

La tarification à la recette accorde une plus grande souplesse de gestion, mais en corollaire une responsabilisation accrue de l'OG. Il doit assumer ses dépenses avec les produits de la tarification contractualisés et les éventuelles recettes annexes (qui ne sont plus en atténuation). À la suite de l'analyse de l'état réalisé des recettes et des dépenses¹³ (ERRD) par les autorités de tarification et de contrôle (en lieu et place des comptes administratifs), la reprise de résultat, déficitaire ou excédentaire, n'est plus permise.

Les limites des dispositions tarifaires actuelles

Le rapport VACHEY-JEANNET d'octobre 2012 met en exergue des différences importantes de coûts par type d'ESMS qui, selon les rapporteurs, révèle l'absence de liens entre les besoins des personnes accompagnées, les réponses apportées et les financements alloués. Il préconise donc de réformer le mécanisme d'allocation de ressources aux ESMS, tout en formulant diverses recommandations.

Ce constat, largement partagé dans le secteur du handicap, est aussi une limite aux études réalisées chaque année par la CNSA à partir des données issues des comptes administratifs (et dans un futur proche à partir des EPRD).

Besoin d'une meilleure connaissance des coûts

Bien qu'*a priori* ces différences de coûts puissent être en partie expliquées par certaines caractéristiques populationnelles, elles restent très difficilement objectivables du fait de l'absence d'outils d'analyse. Les travaux d'ores et déjà engagés comme les études médico-économiques permettent de poursuivre cette finalité de connaissance des coûts (voir l'annexe 3). Ils ont pour objectif d'identifier les facteurs explicatifs de la variabilité des coûts et de fournir des éléments d'analyse et de réflexion pour la constitution du nouveau modèle de financement.

Volonté de simplification

Des éléments de complexité comme le périmètre de compétence des autorités de tarification et de contrôle ont été mis en évidence dans le rapport susmentionné, notamment les cofinancements qui alourdissent et rigidifient la gestion des ESMS.

¹² Les établissements médico-sociaux relevant d'un établissement public de santé doivent présenter un état prévisionnel des charges et des produits, dit EPCP.

¹³ Les établissements médico-sociaux relevant d'un établissement public de santé doivent présenter un état réalisé des charges et des produits, dit ERCP.

Enjeu de fluidification des parcours

Les modalités de tarification actuelles ont fait l'objet de différentes critiques quant à leur impact sur les parcours de vie des personnes accompagnées. Elles peuvent influencer sur les pratiques et par exemple freiner les acteurs du secteur dans la mise en place de réponses plus modulaires.

📌 Attentes des personnes en situation de handicap rencontrées concernant le futur modèle tarifaire

« Dans les foyers, il n'y a pas suffisamment de vacances. On se retrouve donc à participer aux mêmes activités ou parfois, par manque d'éducateurs, on est livré à nous-mêmes. Je voudrais plus de temps pour moi lorsque je suis fatigué, plus de liberté. »

« [Mon fils] est dans un foyer d'accueil de vie occupationnel de jour. Parfois on a l'impression qu'il est obligé d'aller à l'établissement du fait du prix de journée, pour faire tourner l'établissement. »

1.2 Les attentes des autorités de tarification et de contrôle

Les journées régionales SERAFIN-PH avec les ARS et les conseils départementaux ont permis d'identifier leurs attentes et leurs points de vigilance quant à la réforme et plus précisément au modèle de financement. Ce paragraphe présente une synthèse de ces échanges. Les éléments relatifs aux scénarios ont été extraits et intégrés dans la présentation de chacun d'eux.

Qualité des accompagnements

Les représentants des ARS et des conseils départementaux ont fait part de leur souhait que le modèle tarifaire puisse favoriser des pratiques d'accompagnement favorisant l'ouverture sur le milieu ordinaire ou le recours au droit commun. De plus, l'intérêt de concevoir un financement qui favorise la prévention et renforce la professionnalisation des métiers (formation initiale et continue) a été souligné.

Évaluation des besoins

Le sujet de l'évaluation des besoins, qui fonde l'objectivation des financements dans le cadre de la réforme, a fait l'objet d'interrogations. En fonction des données nécessaires et de la fréquence du recueil, les ARS et les conseils départementaux pointent la charge de travail supplémentaire induite. Dans les échanges, certains proposent que les ESMS puissent effectuer ce recueil avec, par exemple, un contrôle des autorités de tarification et de contrôle par la mise en place d'un système de « coupe »¹⁴. Néanmoins, la majorité juge nécessaire de maintenir le rôle des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), tout en questionnant le niveau des moyens qui leur sont alloués. La question de l'évaluation des besoins fait l'objet du chapitre 3 partie 3.1 du présent rapport.

Visibilité et anticipation suffisantes

Les ARS et les conseils départementaux expriment le besoin d'être informées régulièrement de l'avancée du projet SERAFIN-PH, et de disposer de suffisamment de temps entre la finalisation des dispositions législatives/réglementaires et leur mise en œuvre. Deux points sont notamment mis en avant : la nécessité de former les agents des autorités de tarification et de contrôle et celle d'adapter les systèmes d'information internes.

¹⁴ À l'instar des modalités d'évaluation du niveau de dépendance et de besoins en soins utilisé pour la tarification des EHPAD. Il s'agit d'une photographie à un instant T des caractéristiques des personnes accompagnées.

De même, les ESMS doivent disposer d'un temps suffisant entre la définition des modalités de tarification et leur application, afin qu'ils puissent envisager les impacts et adapter leurs modes d'organisation.

Souplesse

La quasi-totalité des ARS et des conseils départementaux exclut des modalités de tarification « automatiques », c'est-à-dire une stricte application arithmétique d'une équation tarifaire, et souhaite disposer de marges de manœuvre tarifaires. La possibilité de définir un modèle tarifaire qui objective l'essentiel du financement des ESMS a été évoquée à de nombreuses reprises, modèle à partir duquel des marges de manœuvre encadrées pourraient être laissées aux autorités de tarification et de contrôle. Ces marges de manœuvre pourraient permettre aux ARS et aux conseils départementaux d'ajuster le financement alloué afin de valoriser les spécificités territoriales difficilement modélisables telles que les transports, l'immobilier, les exonérations de charges sociales en zones de revitalisation rurale, ou encore les différentes conventions collectives. De plus, la souplesse permet à leurs yeux de favoriser des projets et des modes d'accompagnement innovants, qui contribuent à la transformation de l'offre, puisqu'ils ne peuvent par définition entrer dans les cadres existants.

Maîtrise des dépenses

Les représentants des conseils départementaux ont mis en avant les enjeux de maîtrise de la dépense publique auxquels sont soumises ces collectivités territoriales (respect de la règle d'équilibre réel, plafonnement des dépenses de fonctionnement). Il s'agit donc de prévoir des mécanismes de régulation qui devront s'adapter au périmètre de compétences du financeur. Ils soulignent qu'une réforme inflationniste ne peut s'envisager sans modification des différents mécanismes de maîtrise des dépenses publiques des collectivités (par exemple, contrats dits de « Cahors¹⁵ ») et sans compensation dynamique des dépenses nouvelles induites.

Compléments de financements

Les ARS et les conseils départementaux notent le changement de pratique qu'induit la réforme SERAFIN-PH et en conséquence le besoin d'accompagnement, à la fois pour leurs propres équipes et pour celles des ESMS. De plus, elles remontent la nécessité de disposer de crédits spécifiques pour engager cette réforme, tout comme pour soutenir la transformation de l'offre.

Dispositions de l'aide sociale départementale

Les dispositions réglementaires relatives à l'aide sociale départementale devront, selon les agents des conseils départementaux, être amendées en fonction du modèle de financement retenu. En effet, elles réglementent la participation financière des usagers, qui constitue une part importante du financement des établissements avec hébergement sous la compétence des départements. L'intérêt de simplifier ces dispositions, complexes et appliquées de façon disparate selon les départements, est mis en avant. Ce point fait partie des prérequis développés dans le dernier chapitre du rapport (partie 1.2).

¹⁵ Dispositif de contractualisation annoncé lors de la conférence nationale des territoires à Cahors en décembre 2017. Les collectivités territoriales concernées s'engagent à contenir la hausse de leurs dépenses de fonctionnement par la signature d'un contrat de maîtrise de dépense publique avec l'État.

2. Premier scénario : financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage individuel

Vocabulaire utilisé

Le droit de tirage représente l'ensemble des accompagnements dont la personne peut bénéficier suite à l'évaluation de sa situation personnelle. Ces accompagnements deviennent effectifs lorsque la personne utilise son droit de tirage en l'activant auprès d'un opérateur, qui lui délivre une réponse. En contrepartie, l'opérateur perçoit un financement (en l'occurrence un financement public).

2.1 Description du scénario

Présentation générale

Destinataire du financement : l'opérateur, suite à l'activation d'un droit de tirage.

Base du financement : caractéristiques des personnes.

Modalités du financement : ouverture d'un droit de tirage en nature pour chaque personne, activable auprès d'opérateurs rémunérés par l'activation de ces droits de tirage et la réalisation effective d'accompagnements. Ces opérateurs, seuls habilités à percevoir le financement, seraient rémunérés uniquement à l'activité réalisée.

L'unité d'œuvre de ce droit de tirage reste à déterminer : prestations, heures, actes, séances, journées, séquences plus globales d'accompagnement... Ces unités d'œuvre pourraient être activables à l'unité ou sur une durée plus longue (exemple d'un système de capitation¹⁶), par exemple sur trois mois, six mois ou un an. La définition de séquences d'accompagnement plus longues permet de garantir une relative stabilité de l'accompagnement pour la personne, mais aussi, d'assurer aux opérateurs une visibilité sur leur activité et sur leurs ressources.

Détail du scénario

La logique de financement se transformerait en une ouverture de droits individuels à la personne, sous la forme de droits de tirage en nature. Une évaluation des besoins de la personne permettrait d'identifier la nature et le volume des accompagnements requis, qui se traduiraient dans le droit de tirage. La personne devrait alors l'activer auprès d'opérateurs afin de bénéficier de l'accompagnement attendu.

En contrepartie de la réalisation effective de ces accompagnements, l'opérateur percevrait un financement. L'addition des accompagnements réalisés, multipliés par leur tarif unitaire, permettrait d'obtenir le budget d'un opérateur.

¹⁶ Au sens du présent rapport, la capitation correspond au financement forfaitaire d'un opérateur par personne accompagnée sur une période définie (il est possible de définir plusieurs niveaux de forfaits). L'opérateur doit alors répondre aux besoins des personnes sur la période définie, sans percevoir de financement supplémentaire à l'acte pour chaque accompagnement réalisé.

L'évaluation pourrait, soit déterminer précisément les accompagnements nécessaires à la situation de la personne, soit classer celle-ci dans un groupe de personnes ou de besoins auquel correspondrait un groupe homogène de réponses :

- > dans le premier cas, il conviendra de pouvoir identifier des coûts « par accompagnement » et de s'interroger sur le degré de précision souhaitable de la définition de ces accompagnements (prestation, acte...). Cela peut impliquer de décliner l'actuelle nomenclature des prestations SERAFIN-PH (pour les prestations du panier individuel) à des niveaux plus fins pour lesquels les études nationales de coûts en cours n'auront pas de données ;
- > dans le deuxième cas, et afin de s'adapter aux situations individuelles, plusieurs groupes homogènes devront être définis. Il sera donc nécessaire de déterminer le niveau de personnalisation souhaité dans l'élaboration des réponses, puis les critères permettant de constituer les groupes.

Sans transiter par la personne, le financement induit par l'activation du droit de tirage en nature serait directement alloué aux opérateurs *via*, soit une déclaration par exemple mensuelle de prestations réalisées (financement *ex post*, sur service fait), soit un système de type « carte » qui permettrait aux opérateurs un paiement au fil de l'eau. Cela nécessite de définir un tarif pour chaque unité d'œuvre, soit un tarif unique au niveau national, soit des tarifs locaux afin de prendre en compte des spécificités territoriales entraînant un surcoût pour un même accompagnement.

Les ESMS dûment autorisés, mais aussi des prestataires¹⁷, seraient éligibles à ce droit de tirage. Les personnes pourraient alors faire intervenir un ou plusieurs opérateurs pour réaliser une partie de l'accompagnement. Elles auraient ainsi la possibilité de choisir leur(s) opérateur(s). Afin d'éviter une certaine complexité d'organisation des réponses par les personnes, le comité technique a souligné la nécessité de soutenir les personnes dans le choix des opérateurs, la mise en œuvre des réponses et la coordination. Ce soutien pourrait alors être apporté par des professionnels dédiés¹⁸.

👉 Les personnes rencontrées ont particulièrement insisté sur la nécessité d'être accompagnées dans le choix des opérateurs et plus largement des réponses.

« On va être perdu. »

« Les personnes devront être accompagnées et orientées vers des services ou des établissements qui peuvent répondre à leurs besoins. »

« Ma crainte c'est qu'à être trop libéral, comment on va aider les personnes à identifier leurs besoins, les opérateurs et à faire leurs demandes ? Dans le multi-handicap c'est particulièrement compliqué. »

« Sachant qu'aller chercher l'information pour nous qui ne voyons pas c'est très difficile, il faudrait que l'information vienne à nous. La liberté de choix nous importe, mais on a besoin de guide pour avoir l'information. »

¹⁷ Pour rappel, les prestataires sont de nouveaux acteurs qui, au sens du présent scénario, peuvent délivrer des accompagnements et percevoir un financement public.

¹⁸ Le comité technique a appelé ces professionnels des « coordinateurs de parcours ». Ci-après, ils sont nommés « coordonnateurs-assistants » de parcours.

Les prestataires pourraient faire l'objet d'une régulation et d'un contrôle dédiés afin de garantir un niveau de compétence et de qualité d'accompagnement. Éventuellement, leur périmètre pourrait être défini et limité à certains accompagnements.

Concrètement, le droit de tirage ne pourrait inclure que des unités d'œuvre correspondant à des accompagnements à réaliser au profit d'une personne (prestations directes au sens de SERAFIN-PH). Le financement devrait donc comprendre ce coût direct de l'accompagnement réalisé, mais recouvrir également les coûts indirects induits par les fonctions supports (prestations indirectes au sens de SERAFIN-PH).

Focus : Éviter le reste à charge

Un parallèle peut être fait entre ce premier scénario et les modalités de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) à travers la prestation de compensation du handicap (PCH), en amont de la réforme engagée pour ce secteur de l'aide à domicile. En effet, bien que dans le premier scénario présenté pour SERAFIN-PH, le financement passe par un droit de tirage en nature, deux options sont possibles pour déterminer le tarif des unités d'œuvre.

Soit ces unités d'œuvre sont tarifées au niveau des opérateurs

Exemple : la personne dispose d'une unité d'œuvre dans son droit de tirage, qu'elle active auprès d'un opérateur. Le coût de l'accompagnement délivré est transparent pour la personne, puisque le tarif est défini au niveau de l'opérateur (soit à partir de tarifs définis forfaitairement au niveau national, soit à partir de tarifs arrêtés ou négociés au niveau local par et avec les autorités de tarification). Le financement public (E) correspondant strictement au tarif fixé à l'opérateur (P) lui est alors directement versé par le financeur. Dans ce cas, les opérateurs ne peuvent facturer un surplus à la personne ; il n'y a pas de reste à charge ($P=E$). Cette option consiste à fixer des tarifs aux opérateurs qui doivent donc appliquer strictement ces prix réglementés.

N. B. Le niveau de financement des unités d'œuvre influe sur la qualité et doit donc être suffisant.

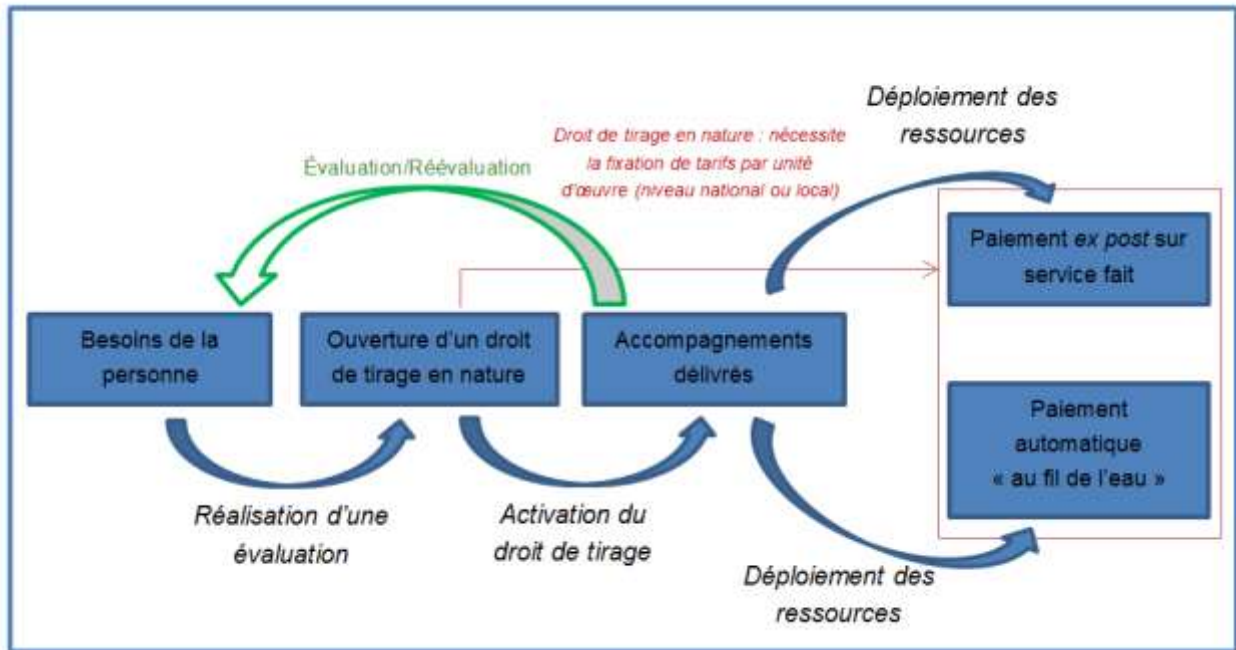
Soit ces unités d'œuvre sont tarifées au niveau du droit de tirage

Exemple : la personne dispose d'une unité d'œuvre dans son droit de tirage. Cette unité d'œuvre reste identifiée en nature, mais est convertie en une somme en euros (E). Cette conversion est forfaitaire. La personne active son droit de tirage auprès d'un opérateur qui peut fixer librement son prix P. Cela peut donc induire un reste à charge R pour la personne (si $P > E$) qu'elle paie directement à l'opérateur ($R=P-E$). Le financement public est directement alloué à l'opérateur par le financeur. Cette option consiste à ne pas fixer de tarifs aux opérateurs qui peuvent donc fixer librement leur prix.

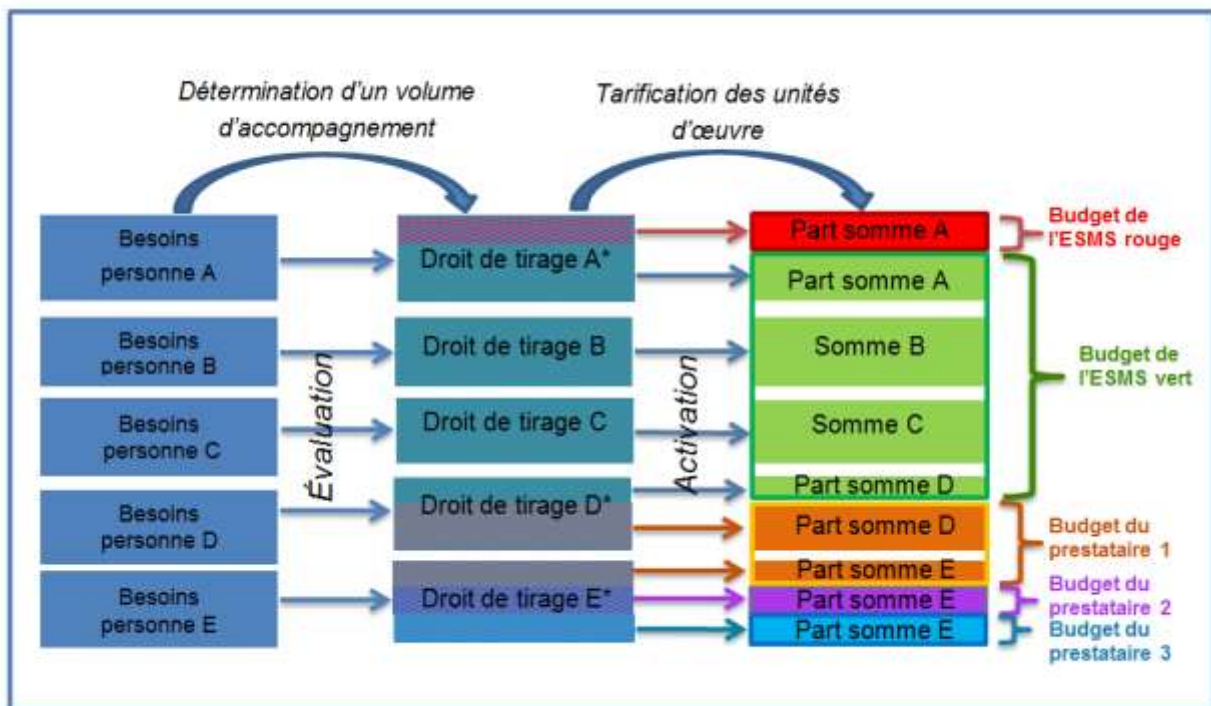
N. B. Dans ce cas, le risque de reste à charge est accru, et on se rapproche d'un droit de tirage en euros (voir les variantes possibles ci-après).

Le risque de reste à charge a clairement été identifié par le comité technique et le groupe technique national ; c'est pourquoi le droit de tirage en nature est privilégié, avec une fixation du tarif des unités d'œuvre par les opérateurs et la mise en place de prix réglementés.

Présentation schématique du modèle



Détermination du budget d'un opérateur



*Dans ces exemples, le droit de tirage des personnes A, D et E est activé auprès d'un ou plusieurs ESMS et/ou prestataires.

N. B. Dans ce schéma, il apparaît que le budget d'un opérateur correspond à l'addition des montants issus des droits de tirage individuels.

Variantes possibles : des variantes au scénario présenté ci-dessus ont été identifiées, mais écartées. Ainsi, les trois autres options écartées sont :

- > le financement en droit de tirage en euros : l'évaluation n'est pas strictement prescriptive des accompagnements nécessaires, mais aboutit à un droit de tirage en euros que la personne peut activer auprès des opérateurs. Cela apporte plus de souplesse pour la personne en lui permettant notamment d'ajuster marginalement les prestations nécessaires à son accompagnement sans forcément devoir effectuer une réévaluation quand ses besoins évoluent un peu. Néanmoins, cette hypothèse peut accroître le risque de reste à charge et rendre difficile une fixation de prix selon des caractéristiques territoriales ;
- > le financement à la personne en euros avec contrôle : dans cette option, le financement est versé directement à la personne qui le reverse aux opérateurs lui délivrant un accompagnement. Les bénéfices attendus pour la personne sont identiques à ceux d'un droit de tirage, avec de surcroît une complexité accrue du contrôle d'effectivité ;
- > le financement à la personne en euros sans contrôle : il s'agit de substituer la logique de compensation à une logique d'indemnisation, hors champ de la protection sociale. Son niveau d'acceptabilité a été jugé insuffisant.

📌 **L'ensemble des personnes rencontrées conforte les réflexions du comité technique sur le choix du droit de tirage en nature :**

« Si on donne l'argent à la personne, il faudra qu'elle le donne au service : autant le donner directement au service. Pour quelles raisons donner à l'établissement ? Les personnes peuvent oublier de donner à l'établissement ou se le foutre dans la poche. Il peut y avoir des personnes qui vont voir l'argent sur leur compte et le dépenser et ne pourront plus payer le service. »
« Ce n'est pas une bonne idée, si une personne ne paye pas son SAVS¹⁹, elle se retrouve toute seule. Le SAVS ne peut pas l'accompagner. »

2.2 Liste de prérequis spécifiques au scénario

Sur les professionnels, les personnes et leur entourage :

- > mettre en place de « coordonnateurs-assistants » de parcours avec pour missions de faciliter la gestion du droit de tirage de la personne, d'assurer l'effectivité d'accès aux prestations et de favoriser un accompagnement global et non morcelé : en effet, les accompagnements modulaires et multipartenariaux devraient être facilités et se multiplier selon ce scénario ;
- > être vigilant sur les effets de la réforme sur les personnes, les aidants et les professionnels des services de tutelle qui peuvent être plus sollicités, notamment pour ce qui concerne la connaissance de l'offre et l'accès à l'offre ainsi que l'articulation et la coordination des différents intervenants.

¹⁹ Service d'accompagnement à la vie sociale.

Sur les aspects techniques :

- > déployer un système d'information permettant l'utilisation du droit de tirage et l'allocation de ressources automatique aux opérateurs délivrant l'accompagnement ;
- > harmoniser le suivi de l'activité à partir des travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration du guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services médico-sociaux déjà produit²⁰. Il s'agit de faciliter le décompte des accompagnements réalisés par les opérateurs ;
- > engager un chantier sur le processus d'évaluation, qui permettra de décrire à partir de l'évaluation les accompagnements (ou groupes d'accompagnements) à activer dans le droit de tirage ;
- > engager un chantier statistique pour calculer les éléments de coûts (lier l'évaluation de la personne, le panier d'accompagnement qui en découle et les éléments de coûts) à partir des outils suivants : recherche de groupes homogènes de personnes en fonction de leurs caractéristiques et de leurs besoins, recherche de groupes homogènes de réponses (panier de prestations) et/ou identification de marqueurs de charge en accompagnement.

Sur l'articulation et la complémentarité des financements issus de différentes enveloppes et compétences :

- > clarifier les lignes de partage entre le sous-objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social « Personnes handicapées » et les sous-ONDAM « Soins de ville » et « Établissements de santé ». Pour les prestations de soins, il s'agit de définir ce qui relève du secteur médico-social et ce qui pourrait relever d'un accompagnement en milieu ordinaire. Des transferts d'enveloppe entre les différents sous-ONDAM pourraient neutraliser les effets budgétaires ;
- > délimiter les compétences tarifaires entre le sous-ONDAM médico-social « Personnes handicapées » et les budgets des collectivités territoriales ;
- > interroger la compatibilité du scénario avec la PCH (notamment aide humaine, transports...) et d'autres financements de droit commun : envisager d'éventuelles fusions ou transferts d'enveloppe.

²⁰ [Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\) – PDF, 701 Ko.](#)

Sur les compétences des acteurs du champ du handicap :

- > prévoir une régulation des prestataires pouvant intervenir dans le cadre du droit de tirage personnel (visa + contrôle des autorités de tarification et de contrôle) et éventuellement délimiter le périmètre des accompagnements qu'ils pourraient réaliser ;
- > revoir les missions des autorités de tarification et de contrôle. De fait, les missions des tarificateurs des ARS et des départements sont supprimées puisqu'elles relèvent d'un modèle national ;
- > adapter les missions et les moyens des MDPH. En effet, l'évaluation des situations individuelles doit, dans ce scénario, être approfondie de façon conséquente. Elle permet à la fois d'identifier les accompagnements nécessaires, mais aussi de définir le tarif. Ainsi, l'adaptation des missions des MDPH doit faire l'objet d'une adéquation missions-moyens.

Sur le cadre réglementaire actuel :

- > réinterroger les modalités d'orientation de la CDAPH telles qu'elles existent actuellement. De fait, les orientations se transformeront et définiront plus précisément la nature et le volume des accompagnements nécessaires ;
- > réinterroger le régime des autorisations tel qu'il existe actuellement. En effet, dans ce scénario, les ESMS doivent réaliser les accompagnements « prescrits » et inclus dans le droit de tirage. Les autorisations doivent donc assurer la planification et permettre le contrôle de qualité dans un mode de fonctionnement rénové.

2.3 Réponse aux objectifs SERAFIN-PH

Le modèle permet une allocation de ressources totalement rénovée, fondée sur les caractéristiques et sur les besoins des personnes.

Ce modèle semble à même de fluidifier le parcours de la personne en lui permettant d'organiser des réponses modulaires. Néanmoins, cette souplesse ne garantira aux personnes un accès effectif aux prestations qu'à certaines conditions :

- > d'une part, l'absence de reste à charge ;
- > d'autre part, l'existence d'une offre de proximité de qualité ;
- > enfin, la capacité de la personne ou de son entourage à connaître l'offre, à la mobiliser et à gérer la complexité d'un accompagnement potentiellement réalisé par différents intervenants.

En revanche, on s'éloigne de l'objectif central de réforme de l'allocation de ressources aux ESMS tel que fixé dans le cadre du projet SERAFIN-PH et de l'objectif de simplicité des procédures de financement.

2.4 Enjeux

Acceptabilité

Une faible adhésion des acteurs du médico-social est envisagée au regard des impacts éventuels sur la structuration et les équilibres, notamment économiques, du secteur. Il est à noter que ce premier scénario, est proche, dans son principe, des modalités actuelles de financement des SAAD, pour lesquelles un projet de réforme tarifaire est en cours.

Ce modèle, du fait de recettes dépendant uniquement du niveau d'activité des opérateurs, n'offre pas la prévisibilité nécessaire pour engager les investissements utiles à l'amélioration de l'accompagnement des personnes, assurer le recrutement de personnel qualifié et développer ses compétences en fonction de l'évolution attendue de ses interventions.

La mise en œuvre de ce scénario, avant de trouver un équilibre de marché, peut être fortement déstabilisante pour un certain nombre de structures qui assurent actuellement l'accompagnement des personnes handicapées. Il semble également qu'un tel scénario impliquerait un dialogue social tendu dans les structures, face à l'impact attendu sur les professionnels et aux positions déjà exprimées par certaines organisations syndicales.

Le niveau d'adhésion des personnes est difficilement évaluable à ce stade et pourrait intuitivement dépendre de leur degré d'autonomie. D'une façon générale, l'acceptabilité des personnes reposera certainement sur le niveau de disponibilité et de qualité de l'offre, sur celui du reste à charge ainsi que sur leur capacité à gérer la complexité du système.

L'impact sur les dépenses des départements, de fait moins prévisibles, nécessitera des échanges préalables nombreux avec les conseils départementaux.

Enfin ce scénario implique des évolutions juridiques importantes qui devront être portées, pour celles qui relèvent de la loi, devant le Parlement.

Qualité des accompagnements

La mise en place des « coordonnateurs-assistants » de parcours pour certaines personnes ou leur famille apparaît nécessaire afin d'éviter le morcellement des accompagnements et de faciliter l'autodétermination des personnes. En effet, plus le nombre de prestations et de catégories de prestations à mobiliser sera élevé, plus l'organisation de l'accompagnement global pourra se révéler complexe. De plus, le « coordonnateur-assistant » de parcours permettra de garantir l'effectivité de l'accompagnement et de préserver les aidants d'un surcroît de mobilisation.

Ce scénario permet théoriquement une adéquation entre le niveau de besoins des personnes et les réponses apportées, puisque le financement dépend exclusivement du niveau de besoins, sous réserve de la réalité de l'accompagnement. Par conséquent, il permet de pallier le risque de sélection des usagers du système tarifaire actuel dans lequel le financement reste stable, quel que soit le niveau des besoins des personnes accompagnées. Néanmoins, un enjeu fort d'adéquation entre le coût réel d'un accompagnement et son tarif fixé persiste. En effet, si le tarif fixé pour certains accompagnements est inférieur aux moyens à déployer pour leur réalisation, les opérateurs ne seront pas incités à proposer ces réponses. À l'inverse, si le tarif fixé pour certains accompagnements est supérieur aux moyens à déployer pour leur réalisation, les opérateurs seront incités à se spécialiser pour y répondre (effet d'aubaine).

Le choix des modalités de régulation du modèle aura un impact sur le niveau de qualité et de reste à charge des personnes. Par exemple, la régulation par les prix (tarifs d'accompagnement fixés sans surfacturation possible) peut à moyen terme affecter la qualité du service rendu ou ne pas inciter à proposer une offre sur des territoires à « faible demande ». Il peut donc y avoir une difficulté d'accès aux droits pour la personne. Sans régulation des prix, un reste à charge pourrait être induit, donc potentiellement un non-recours pour des raisons économiques.

Par ailleurs, ce modèle présuppose une réévaluation des besoins des personnes rapide et réactive, afin de pouvoir adapter l'accompagnement à l'évolution de ces besoins. Sans cette réactivité du processus d'évaluation, une personne dont les besoins et les accompagnements requis augmentent pourra être confrontée à un accompagnement partiel et non satisfaisant : elle n'aura pas accès aux prestations supplémentaires nécessaires ou devra financer elle-même ces nouvelles prestations.

Métiers actuels du secteur médico-social

Les professionnels des ESMS, des ARS, des conseils départementaux et des MDPH devront être formés afin de soutenir l'appropriation de la réforme et de ses outils.

Comme évoqué précédemment, ce scénario fait émerger un nouveau métier, celui de « coordonnateur-assistant » de parcours dont les missions seront de soutenir la personne ou sa famille dans le choix et la mise en œuvre des réponses. Il conviendra d'articuler ses missions avec celles dévolues aux mandataires judiciaires.

Certains professionnels des ESMS pourraient voir leurs métiers évoluer vers un exercice libéral, ce qui serait susceptible d'aggraver le recrutement dans des métiers déjà en tension, sauf à prendre des mesures en matière de formation et d'attractivité de l'exercice professionnel en ESMS.

L'imprévisibilité des ressources de certaines structures médico-sociales pourrait avoir des effets, en particulier dans les premiers temps de la mise en œuvre du scénario, sur la qualité des recrutements (contrats à durée déterminée de courte durée, niveau de qualification requis...) et sur le *turn-over*, conduisant ainsi à une dégradation de la qualité de l'accompagnement.

Dans les cas d'intervention de différents acteurs, les modalités de l'approche pluridisciplinaire devront être repensées, de même que la pratique collective.

Ce scénario pourrait amener certains ESMS à se spécialiser dans certaines prestations, ce qui accentuerait le risque de morcellement de l'accompagnement.

Techniques

La mise en œuvre de ce scénario impliquera d'importants chantiers techniques qui devront faire l'objet d'une planification afin de proposer un calendrier de déploiement réaliste :

- > l'ensemble du dispositif d'évaluation devra être repensé, tant dans ses fondements que dans ses modalités pratiques. Les évaluations devront être outillées en conséquence. Elles devront être organisées à intervalles réguliers, mais aussi à la demande lorsque l'évolution des besoins le nécessite. Cette réactivité du processus d'évaluation est indispensable, afin que toute évolution significative des besoins de la personne se traduise par une adaptation du droit de tirage ;
- > le rôle de la CDAPH qui aujourd'hui prononce une orientation vers tel ou tel type de structures devra être largement revu pour être mis en concordance avec la logique du modèle. Ces évolutions amènent à repenser les rôles et les moyens des MDPH ;

- > un nouveau système d'information devra être conçu dans la mesure où l'approche qui sous-tend ce scénario s'écarte en profondeur de l'organisation actuelle. Certains outils existants n'auront peut-être plus d'intérêt, d'autres, comme le système d'information des MDPH, devront connaître des évolutions significatives. Ainsi, il conviendra :
 - d'outiller le processus d'évaluation qui devra permettre l'identification des accompagnements nécessaires,
 - d'équiper les opérateurs d'un logiciel adapté pour qu'ils puissent être rémunérés,
 - de fournir aux autorités de tarification les applications leur permettant un suivi des prestations requises et des prestations réalisées, ainsi que des financements prévus et versés aux opérateurs ;
- > un nouveau circuit de financement devra être conçu et outillé. Il pourrait avoir un impact sur le rôle et les missions des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) comme des ARS.

Budgétaires

Le modèle consiste à passer d'une tarification de budgets relativement stables et reconductibles à une ouverture de droits individuels induisant des dépenses dites de « guichet ». Dans ce contexte, la maîtrise des dépenses publiques sera complexe (voir les dépenses d'allocation aux adultes handicapés), et le respect des enveloppes limitatives sera confronté à la tendance inflationniste inhérente au scénario (voir ci-dessous la partie « Régulation »).

Au-delà de l'accroissement des dépenses du fait de l'augmentation attendue du nombre de personnes disposant d'un droit à accompagnement, des surcoûts importants sont à prévoir, qui seraient de deux ordres :

- > non pérennes :
 - coût de conception et d'initialisation des systèmes d'information, notamment du dispositif de financement des opérateurs,
 - coût de formation et d'accompagnement au changement des professionnels ;
- > pérennes :
 - surcoûts dus au nouveau processus d'évaluation qui nécessitera de redéfinir les moyens alloués aux MDPH,
 - surcoûts liés aux usagers actuellement sur liste d'attente qui bénéficieront de l'ouverture d'un droit de tirage et donc d'un accès facilité aux accompagnements,
 - surcoûts liés à la mise en place de « coordonnateurs-assistants » de parcours, coordination qui était jusqu'alors majoritairement internalisée au sein de l'ESMS. Cela nécessitera l'apport de moyens nouveaux puisque la coordination entre différents acteurs est plus complexe et coûteuse qu'une coordination au sein d'une même structure,
 - surcoûts administratifs et de gestion pour les financeurs afin d'assurer le suivi de l'allocation de ressources induite par les droits de tirage individuels,
 - surcoûts de gestion pour les opérateurs afin d'assurer le suivi du droit de tirage et le pilotage à la recette de leur activité. Ils seront alors confrontés à des charges fixes et à des ressources variables, ce qui peut fragiliser leur équilibre économique et social.

Politiques publiques : organisation et régulation de l'offre

La régulation pourra s'effectuer *via* trois leviers interdépendants :

- > régulation par l'offre, même si elle semble difficile et peu concordante avec la logique du scénario : délivrance des autorisations ou des visas éventuellement couplée à la fixation de plafonds d'accompagnement par opérateur ;
- > régulation par la demande : ajustement du volume d'accompagnement global (en fonction des critères d'éligibilité aux droits et/ou du volume d'accompagnement accordé à chacun) ;
- > régulation par le prix à travers le tarif alloué par accompagnement (mais risque de reste à charge ou de baisse de la qualité à terme).

Même si les autorisations sont maintenues pour les ESMS (éventuellement sous d'autres formes) et si une régulation est prévue pour les prestataires, la planification et l'organisation territoriale de l'offre seront moins facilement définies par des politiques publiques nationales et dépendront du niveau de la demande dans les territoires. Il sera nécessaire de mettre en place des stratégies territoriales pour garantir un accès des personnes aux accompagnements, quel que soit le territoire (et éventuellement une incitation tarifaire à l'implantation dans des territoires sous-denses ou spécifiques).

Légaux et juridiques

Ce scénario impose de revoir en profondeur le cadre législatif et réglementaire (création d'un droit individuel, refonte des processus d'évaluation et d'orientation, cadre juridique des opérateurs, opposabilité des tarifs...) en prenant en compte les liens qui existent aujourd'hui dans le Code de l'action sociale et des familles entre le secteur du handicap et le secteur social et celui des personnes âgées.

Le rôle, les missions des MDPH, des ARS et conseils départementaux, des CPAM et des ESMS devront être redéfinis.

Enfin, il conviendra de prévoir la possibilité de recours amiables et d'encadrer juridiquement les contentieux possibles dans le cadre de la création de ces droits individuels.

📌 Synthèse des échanges avec les ARS et conseils départementaux (journées régionales SERAFIN-PH)

Le financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage n'est pas jugé inintéressant par certaines ARS et certains conseils départementaux, mais soulève des interrogations. En effet, bien qu'il corresponde *a priori* au développement de la logique de parcours et au renforcement de l'autodétermination, celles-ci identifient de nombreux effets pervers. Tout d'abord, il est noté que l'offre peut être inégale selon les territoires et donc être un frein à l'accès effectif aux droits : en agissant essentiellement sur la demande, un risque de renforcement des inégalités entre les milieux urbains et les milieux ruraux est mis en avant.

Les autorités de tarification et de contrôle pointent la complexité de ce scénario, qui, pour certaines, le disqualifie d'office. La gestion et le suivi de prestations individuelles sont chronophages pour les administrations et induisent des coûts de gestion importants, tant au niveau des systèmes d'information à déployer que des contrôles à mettre en œuvre. De plus, il est noté que le développement de nouveaux métiers comme la coordination de parcours induit des surcoûts importants.

En conclusion, les ARS et les conseils départementaux ne jugent pas ce scénario, radicalement différent des pratiques actuelles et peu cohérent avec la logique des CPOM, pertinent.

Paroles de personnes en situation de handicap rencontrées

Positionnement vis-à-vis du scénario :

« Pas les bons²¹, car il y a des personnes qui ne comprendraient pas. »

De multiples inquiétudes :

« Avec les bons, il y aurait des personnes qui s'en sortiraient et d'autres pas. »

« Si ce modèle était choisi, qu'arrivera-t-il aux établissements existants ? »

« Donc la personne pourrait choisir ce qu'elle veut faire dans l'ESMS. Mais ce libre choix peut être un peu dangereux, car par exemple, faire des séances de locomotion c'est agréable, mais les séances d'orthoptiste ce n'est pas agréable, c'est fatigant, mais on en a pourtant besoin et j'aurais peur que des personnes y renoncent. »

« Ce modèle nous fait peur, car il est révolutionnaire, mais le risque de dérives est grand. »

²¹ Dans le cadre des rencontres avec les personnes déficientes intellectuelles, le terme de « bon » est employé en lieu et place de l'expression « droit de tirage ».

3. Deuxième scénario : financement des ESMS à partir des caractéristiques des personnes et des ESMS

Vocabulaire utilisé

Budget socle : part fixe de la dotation allouée aux ESMS sur la durée du CPOM. La part fixe est définie selon les modalités propres au modèle de financement. Cela revient à constituer un budget socle par ESMS, objectivé par les caractéristiques retenues pour son calcul. Le socle peut donc varier d'un ESMS à l'autre.

Budget variable : part de la dotation allouée aux ESMS qui est définie en fonction des caractéristiques et des besoins des personnes. Cette allocation pourrait être ajustée à un rythme plus fréquent que la durée du CPOM afin de l'adapter à l'évolution des caractéristiques et des besoins des personnes.

Forfait : les forfaits correspondent à des standards de financement prédéfinis, qui permettent l'automatisation du calcul de tout ou partie du socle ou de la part variable. Plusieurs niveaux de forfait pourraient être fixés pour ce qui constituera les briques de base du financement.

3.1 Description du scénario

Présentation générale

Destinataire du financement : l'ESMS directement (entendu ici comme toute forme d'ESMS, y compris sur le modèle plateforme ou dispositif).

Base du financement : caractéristiques des personnes et caractéristiques de l'ESMS.

Modalités du financement : dotation globale à l'ESMS (avec une part socle fixe sur la durée du CPOM et une part variable pouvant varier à un rythme plus fréquent que celui du CPOM).

Détail du scénario

Une évaluation des personnes en situation de handicap permettrait d'identifier l'accompagnement nécessaire en fonction de leur situation et de déterminer ainsi le niveau de financement des prestations d'accompagnement alloué à l'ESMS

Les modalités de financement des ESMS seraient modifiées en profondeur, avec un financement articulé autour d'une part variable, d'une part socle et d'une marge de manœuvre laissée aux autorités de tarification et de contrôle. Ce scénario consiste à objectiver le financement alloué à un ESMS sur la base de données relatives à la personne, d'une part, et de données relatives à l'ESMS, d'autre part. Ce scénario consiste à objectiver le financement alloué à un ESMS sur la base de données relatives à la personne, d'une part, et de données relatives à l'ESMS, d'autre part.

Les ESMS seraient tarifés et financés par les autorités de tarification et de contrôle.

La part socle

Le budget serait construit avec une part socle, fixe sur la durée du CPOM et déterminée pour chaque ESMS selon ses propres caractéristiques (à partir d'un recueil de données, par exemple la file active, le plateau technique spécialisé, les prestations d'hébergement, la fourniture de repas ou le nombre de journées d'ouverture...). S'il était mis en évidence, grâce aux études médico-économiques, que les caractéristiques des personnes influent sur le niveau des prestations indirectes, elles pourraient alors être prises en compte pour ajuster cette part socle.

Concernant les prestations de santé, il est proposé que, pour tout type d'ESMS médicalisé ou non, le financement de la prévention et de la coordination paramédicale soit également intégré dans le socle en fonction de la file active. Cette intégration permettrait aux ESMS de favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble des personnes accompagnées.

Un point d'attention doit être relevé quant au financement de la coordination renforcée²² (prestation directe) et de la fonction appui-ressource (prestation indirecte). Ces deux prestations seraient financées *via* des forfaits (éventuellement avec plusieurs niveaux pour apporter plus de souplesse) activables lors des négociations du CPOM. La mise en œuvre de ces deux prestations ne serait donc pas automatique, mais relèverait d'une planification effectuée par les autorités de tarification et de contrôle afin d'organiser une réponse territorialisée. En effet, cette organisation territoriale de la fonction appui-ressource constitue un élément important de soutien à la société inclusive, dans laquelle les professionnels du secteur médico-social peuvent intervenir en appui au milieu ordinaire.

La part variable

À ce socle s'ajouterait une part variable calculée à partir de référentiels tarifaires réglementés fondés sur les caractéristiques et sur les besoins des personnes accompagnées et qui pourrait varier à un rythme plus rapide que la durée du CPOM (exemple : tous les ans ou à mi-CPOM). Cette part variable serait allouée de façon automatique par les financeurs, sans négociation ou interprétation possible des autorités de tarification et de contrôle sur le volume de financement.

Concrètement, la part variable pourrait être déterminée, soit par une remontée d'informations en année n+1 (au moment de l'ERRD) par rapport au « réalisé » en année n (détermination *ex post*), soit par une « coupe » réalisée en n-1 et extrapolée sur une période d'un an à deux ans et demi – mi-CPOM – (détermination *ex ante*).

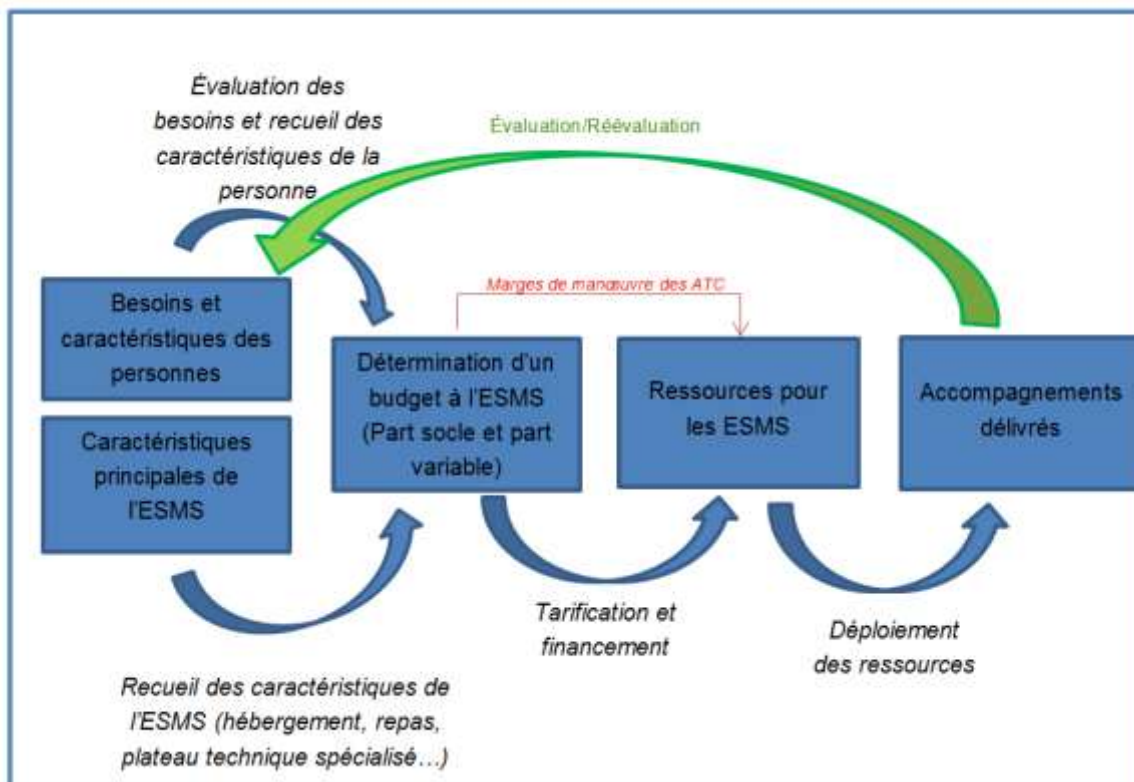
Dans ce modèle, les unités d'œuvre constitutives des parts socle et variable doivent être définies (exemple : calcul sur la base de la file active).

La marge de manœuvre des autorités de tarification et de contrôle

Le modèle tarifaire devra déterminer une marge de manœuvre encadrée des autorités de tarification et de contrôle pour permettre la prise en compte des spécificités territoriales qu'un modèle national ne saurait modéliser (seules quelques spécificités majeures pourraient être intégrées directement dans le modèle, par exemple la majoration pour vie chère dans les départements d'outre-mer). De plus, cette souplesse doit constituer un levier pour la mise en œuvre des politiques publiques, dont la transformation de l'offre.

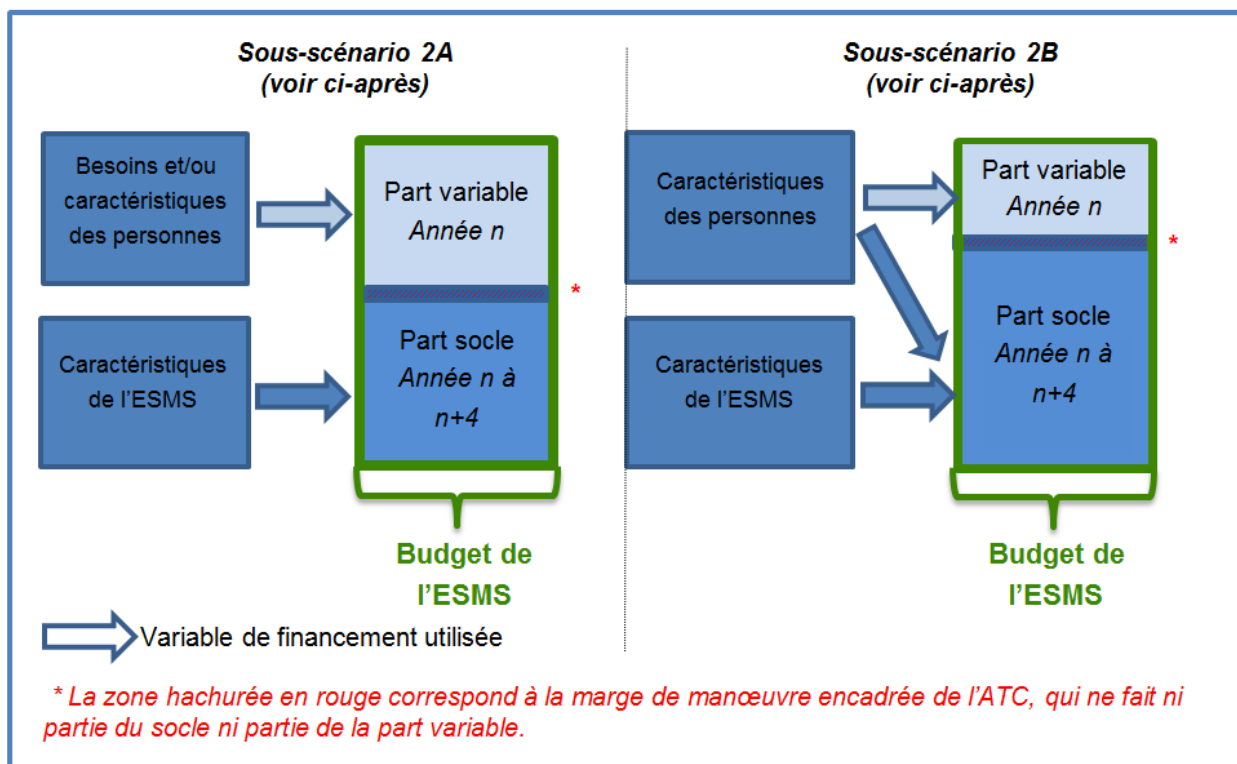
²² À noter ici la distinction entre coordination dite usuelle ou ordinaire, qui est inhérente à tout accompagnement, et la coordination renforcée, ajoutée à la nomenclature des prestations lors du comité stratégique SERAFIN-PH d'avril 2018. Cette coordination renforcée répond à deux conditions cumulatives : des situations complexes (par exemple, situation de rupture, période de transitions...) et des accompagnements complexes (par exemple, intervention d'acteurs multiples et de différents secteurs).

Présentation schématique du modèle



Deux sous-scénarios ont été identifiés en fonction de l'importance de la part variable.

Détermination du budget d'un ESMS



Focus : Présentation de la construction d'un budget

Les deux variantes du deuxième scénario sont présentées ci-après en décomposant le budget des ESMS. Présentés à partir des nomenclatures des prestations SERAFIN-PH, conformément aux réflexions du comité technique « Modèle de financement », les budgets des ESMS n'ont pas vocation à délimiter des sections étanches entre prestations ni entre le socle, la part variable et la marge de manœuvre des autorités de tarification et de contrôle. L'objectif est bien *in fine* de permettre le calcul d'une dotation globale par ESMS, les nomenclatures ayant pour seul objectif, dans ce cas précis, de concourir à la construction théorique des budgets.

Sous-scénario 2A : part variable importante

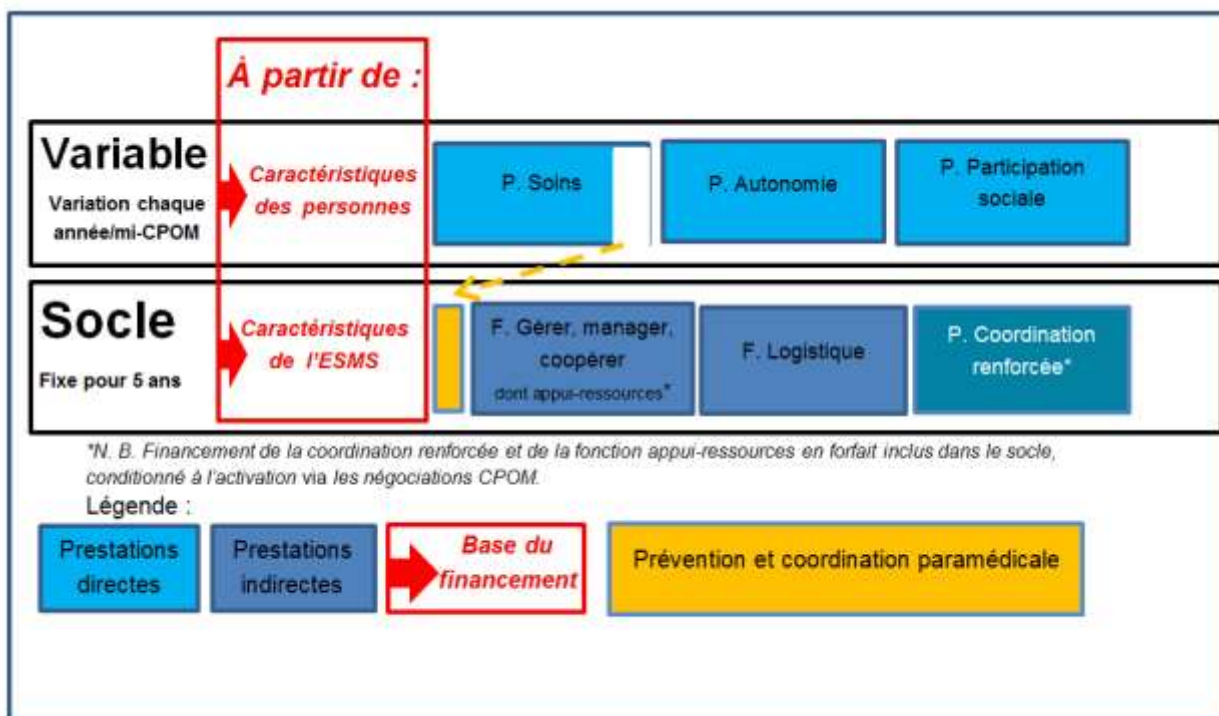
Ce scénario consiste à financer les ESMS au moyen de :

- > une part socle, regroupant :
 - l'ensemble des prestations indirectes financées principalement à partir des caractéristiques de l'ESMS et de la volumétrie et des caractéristiques principales de la file active,
 - deux prestations directes : la coordination renforcée et la prestation de prévention et de coordination paramédicale.

Comme vu ci-dessus dans la présentation générale du scénario, le financement de la coordination renforcée et de la fonction appui-ressource serait calculé sur la base de forfaits, activables lors des négociations des CPOM ;

- > une part variable regroupant l'ensemble des prestations directes de soins, d'autonomie et de participation sociale financées à partir des caractéristiques des personnes accompagnées (hors prévention et coordination paramédicale, intégrées dans le socle). Il conviendra de déterminer, comme pour le premier scénario, si le volume des accompagnements nécessaires et le niveau de financement sont établis à partir de la somme des situations individuelles ou à partir de groupes de personnes et/ou de besoins auxquels correspondraient des groupes de réponses. Cela nécessite donc d'adapter le processus d'évaluation aux finalités tarifaires afin d'identifier plus précisément les besoins de chaque personne et d'allouer un financement en conséquence.

Détail du budget 2A



Sous-scénario 2B : part variable moindre

Ce scénario se distingue du scénario 2A par l'intégration d'une partie du financement des prestations de soins, d'autonomie et de participation sociale dans le socle correspondant au niveau d'accompagnement défini comme « standard »/« habituel » de l'ESMS.

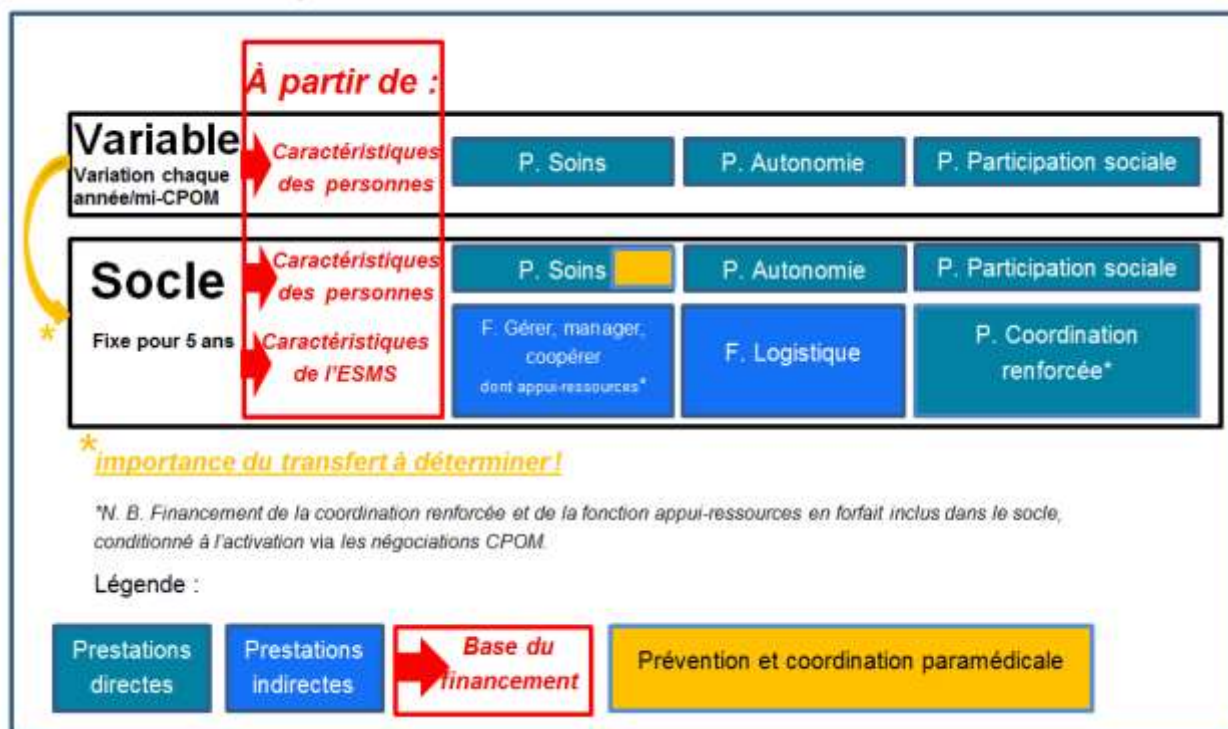
La part variable doit permettre de valoriser les accompagnements nécessitant le déploiement de ressources qui s'écartent de ce standard. Elle pourrait être calculée à partir de marqueurs de charge d'accompagnement (pré-identifiés lors de l'enquête « Repères » et dont les études nationales de coûts doivent confirmer ou infirmer la pertinence), qui justifieraient une adaptation à la hausse ou à la baisse du budget de la structure. Cette pondération doit suffisamment inciter à accompagner des personnes dont la mise en place des prestations nécessite des ressources importantes.

Ce scénario 2B permet une relative stabilité et une visibilité pour les organismes gestionnaires tout en rendant possible une adaptation des financements en fonction de l'évolution des besoins des personnes accompagnées.

Ce scénario repose sur un processus d'évaluation rénové qui devra permettre d'identifier les besoins des personnes *via* :

- > les caractéristiques générales des personnes afin de permettre la tarification des prestations directes de soins, d'autonomie et de participation sociale intégrées dans le socle (données agrégées) ;
- > les marqueurs de charge ou variables discriminantes, explicatives de variations de coûts pour l'accompagnement des personnes, afin de tarifer la part variable (données individuelles).

Détail du budget 2B



Différence entre les deux sous-scénarios

Le choix entre les deux sous-scénarios renvoie à un arbitrage entre adaptabilité des ressources allouées par rapport aux besoins des personnes et visibilité budgétaire pour les ESMS et les financeurs. Ce choix renvoie *in fine* à l'équilibre à trouver entre deux des objectifs poursuivis par le projet SERAFIN-PH : équité et simplicité.

3.2 Liste de prérequis spécifiques au scénario

- > examiner et traiter l'inversion du modèle tarifaire pour les ESMS sous compétence exclusive des départements. En effet, ce modèle s'attache à définir le niveau des produits de la tarification pour chaque ESMS à partir desquels l'OG peut engager des dépenses²³ ;
- > déployer un système d'information permettant la transmission et le partage d'informations, notamment à finalité tarifaire, entre les différentes institutions MDPH, ESMS, ARS, conseils départementaux et CPAM (données anonymes selon les destinataires) ;
- > harmoniser le suivi de l'activité à partir des travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration du guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services médico-sociaux déjà produit. Il s'agit de faciliter le décompte des accompagnements réalisés par les ESMS ;
- > engager un chantier statistique pour calculer les éléments de coûts (lier l'évaluation de la personne, le panier d'accompagnement qui en découle et les éléments de coûts) à partir des outils suivants : recherche de groupes homogènes de personnes en fonction de leurs caractéristiques et de leurs besoins, recherche de groupes homogènes de réponses (panier de prestations) et/ou identification de marqueurs de charge en accompagnement.

3.3 Réponse aux objectifs SERAFIN-PH

Le scénario permet une allocation de ressources renouvelée pour les ESMS, basée en partie sur les besoins et/ou sur les caractéristiques des personnes. De ce fait, le financement est objectivé et équitable. Il rompt avec les allocations historiques. Une fois les outils construits, ce scénario permet de répondre à l'objectif de simplicité et de lisibilité.

Ce scénario répond également à l'objectif de fluidité des parcours. La construction du modèle permet cette fluidité en introduisant notamment les caractéristiques des personnes comme des variables évolutives du modèle : les accompagnements s'adapteront donc aux besoins et aux caractéristiques des personnes.

De plus, le choix des variables à retenir pour le calcul du socle et de la part variable (à définir : par exemple, places, journées réalisées, file active, nombre de journées d'ouverture...) et leurs modalités de décompte est à instruire finement pour faciliter le développement des accompagnements modulaires. De même, des réflexions sur les montants alloués selon tel type de caractéristiques ou d'accompagnements (exemple : en milieu ordinaire) permettraient de soutenir la transformation de l'offre médico-sociale.

3.4 Enjeux

Acceptabilité

L'adhésion des acteurs du médico-social à ce scénario est *a priori* attendue, car ce scénario, tout en objectivant l'allocation de ressources aux ESMS, permet d'assurer les investissements (matériels et humains) nécessaires à un accompagnement de qualité en inscrivant les financements dans la durée. Toutefois, la notion de part variable devra être explicitée, car elle pourrait constituer une limite à cette adhésion.

²³ Voir la partie 1.1 du présent chapitre.

Ce scénario implique également des modifications importantes, notamment du processus d'évaluation dont les conséquences sur les acteurs, en premier lieu les MDPH, doivent être anticipées et accompagnées.

Le niveau d'adhésion des personnes est difficilement évaluable *a priori*, d'autant plus que les nouvelles modalités de tarification seront relativement transparentes pour elles.

Qualité des accompagnements

Ce scénario, qui permettrait d'ajuster les ressources allouées aux ESMS en fonction des besoins des personnes accompagnées, rendrait possible une meilleure corrélation entre les besoins et les accompagnements. De plus, l'autodétermination pourrait être renforcée par une meilleure prise en compte des attentes lors de l'évaluation de la personne.

Dans une société de plus en plus inclusive, les ESMS auront à accompagner les personnes dont les situations seront les plus complexes (forte intensité des besoins, isolement...). Ce scénario, dans sa structuration même, implique une adéquation entre le niveau de besoins des personnes accompagnées et le financement alloué, permettant ainsi de personnaliser et d'adapter les réponses apportées aux personnes. Il pallie donc le risque de sélection des usagers du système actuel où le financement reste stable, quel que soit le niveau de besoins des personnes. Néanmoins, un enjeu fort d'adéquation entre le coût d'un accompagnement et son tarif persiste. En effet, si le tarif fixé pour certains accompagnements est inférieur aux moyens à déployer pour leur réalisation, les ESMS ne seront pas incités à proposer ces réponses. À l'inverse, si le tarif fixé pour certains accompagnements est supérieur aux moyens à déployer pour leur réalisation, les ESMS seront incités à se spécialiser pour y répondre (effet d'aubaine).

Le scénario rend possible le développement d'accompagnements personnalisés et modulaires. En effet, l'adaptation du financement aux besoins des personnes accompagnées doit permettre le déploiement de réponses adaptées à la situation ces personnes. Les modalités de mesure de l'activité (et notamment la file active), qui nécessitent d'être approfondies, devront également traduire et valoriser ces accompagnements modulaires.

Métiers actuels du secteur médico-social

Les professionnels des ESMS, ARS, conseils départementaux et MDPH devront être formés afin de soutenir l'appropriation de la réforme et de ses outils.

L'impact sur les métiers viendra sans doute du repositionnement des ESMS dans le cadre de la transformation de l'offre. Les deux sous-scénarios permettent de soutenir le développement des nouvelles organisations territoriales (comme des plateformes ou des dispositifs intégrés), ainsi que les professionnels du milieu dit ordinaire (fonction d'appui-ressource des ESMS : formation, accompagnement...).

Techniques

La mise en œuvre de ce scénario implique différents chantiers techniques qui devront faire l'objet d'une planification afin de proposer un calendrier de déploiement réaliste :

- > les fondements du dispositif d'évaluation doivent être repensés, comme dans les autres scénarios, mais également les modalités de cette évaluation, conformément à ce qui est attendu dans les modèles de financement 2A ou 2B. Dans les deux cas, l'évaluation aura une finalité nouvelle puisqu'elle aura un impact tarifaire qui conditionnera une part substantielle du budget des ESMS ;
- > le scénario requiert un renforcement des systèmes d'information. Ceux-ci devront permettre de faire le lien entre le processus d'évaluation et la tarification des ESMS. Dans ce cadre, il conviendra d'interroger l'opportunité et la faisabilité d'utiliser l'ossature des systèmes d'information existants. Ce scénario rendra impératifs l'équipement informatique des structures et la définition de standards (référentiels techniques et de données) pour les échanges et l'agrégation à des fins de suivi et de pilotage. Ce chantier doit logiquement intégrer les travaux du volet médico-social du plan numérique en santé. Le recueil des données utiles au calcul de la part variable doit être informatisé et consolidé à intervalles réguliers.

Budgétaires

Le modèle consiste à objectiver l'allocation de ressources aux ESMS et confirme la place et le rôle des ESMS dans le secteur du handicap. Bien que la maîtrise des dépenses publiques soit plus complexe avec ce scénario que selon les modalités actuelles (où les dotations sont fréquemment reconduites), notamment du fait de l'introduction d'une part variable, les enveloppes limitatives seront néanmoins plus facilement maîtrisables par rapport aux autres scénarios. Une nouvelle forme de régulation devra donc être trouvée pour la part variable.

Des surcoûts sont à attendre, de deux ordres :

- > non pérennes :
 - coûts de conception et d'initialisation du système d'information permettant de faire le lien entre évaluation et tarification,
 - coûts de formation des professionnels ;
- > pérennes : surcoûts dus au nouveau processus d'évaluation dont l'importance dépendra du niveau de granularité souhaité (probablement un surcoût plus important en 2A qu'en 2B). Il conviendra de réexaminer en conséquence les moyens alloués aux MDPH.

L'introduction d'une part variable et d'un socle modulé peut induire une visibilité budgétaire des ESMS moindre qu'avec les dispositions tarifaires actuelles. Elle semble néanmoins préservée grâce à une variabilité des ressources encadrée et surtout objectivée.

Politiques publiques : organisation et régulation de l'offre

Les autorités de tarification et de contrôle conserveront le pilotage et l'organisation de l'offre. Elles disposeront ainsi de réels leviers pour mettre en œuvre les politiques publiques, dont une approche territorialisée de la transformation de l'offre médico-sociale. Les marges de manœuvre tarifaires qui seraient conservées par les autorités de tarification et de contrôle pourraient constituer un levier en soi.

Le sujet de la répartition des compétences entre les ARS et les conseils départementaux n'est pas intrinsèque au scénario qui est applicable avec les répartitions actuelles. Néanmoins, ce sujet pourrait utilement être posé, notamment pour simplifier les cofinancements.

Légaux et juridiques

Les textes actuels devront être modifiés afin de codifier les nouvelles modalités tarifaires et le nouveau processus d'évaluation. Néanmoins, le corpus relatif au secteur médico-social ne semble pas être remis en cause dans son ensemble.

📌 Synthèse des échanges avec les ARS et conseils départementaux (journées régionales SERAFIN-PH)

Ce scénario, plus proche des modalités de tarification actuelles, est jugé intéressant par les agents des ARS et conseils départementaux. Il combine sécurisation financière pour les organismes gestionnaires et modulation du tarif en fonction des besoins. Il permet notamment de pallier le risque de sélection pour des motifs budgétaires des usagers ayant des besoins importants.

Conformes à la logique actuelle de contractualisation actuellement déployée, ces modalités de financements pourront permettre d'objectiver le niveau des dotations allouées. La marge de manœuvre laissée aux autorités de tarification et de contrôle est souhaitée presque unanimement par celles-ci. Cette souplesse est attendue afin de prendre en compte les spécificités territoriales qu'un modèle national ne pourrait modéliser et que seule une connaissance fine des territoires permet d'identifier.

Paroles de personnes en situation de handicap rencontrées

Positionnement vis-à-vis du scénario :

« Ça sécurise la personne. Elle ne peut pas être en échec. Ils [les établissements ou les services] sont sûrs d'avoir l'argent pour les besoins de la personne. »

« Le deux [deuxième scénario] c'est le mieux quand il donne l'argent aux établissements, car les personnes n'ont pas à se soucier. C'est bien fait. Les établissements reçoivent l'argent, ça sécurise l'accompagnement des personnes. »

« L'établissement est sûr d'avoir l'argent. Ça sécurise aussi la personne, car pas à faire les bons choix. »

4. Troisième scénario : financement mixte

4.1 Description du scénario

Présentation générale

Destinataire du financement : les ESMS, par une tarification socle/variable/marge de manœuvre à l'instar du deuxième scénario, et les opérateurs, par l'activation des droits de tirage à l'instar du premier scénario.

Base du financement : caractéristiques des personnes et caractéristiques de l'opérateur.

Modalités du financement : ouverture d'un droit de tirage en nature pour certaines prestations identifiées (dont les unités d'œuvre restent à déterminer) et dotation à l'ESMS (entendu ici comme toute forme d'ESMS, y compris sur le modèle plateforme ou dispositif) pour les autres prestations (avec une part socle, une part variable et une marge de manœuvre encadrée laissée aux autorités de tarification et de contrôle).

Il s'agit donc d'un financement mixte qui associe les deux premiers scénarios sur des périmètres distincts qu'il conviendra de délimiter.

Détail du scénario

Les ESMS resteraient tarifés et financés par les autorités de tarification et de contrôle selon les mêmes modalités que le deuxième scénario (soit deux options : 3A avec une part variable importante et 3B avec une part variable moindre) avec une objectivation du financement alloué à un ESMS sur la base de données relatives à la personne, d'une part, et de données relatives à l'ESMS, d'autre part.

Néanmoins, quelques prestations directes²⁴ seraient exclues de ce périmètre et seraient financées par l'intermédiaire d'un droit de tirage en nature. Ce droit de tirage serait défini selon les mêmes modalités que dans le premier scénario, à la suite d'une évaluation de la personne.

L'évaluation des personnes en situation de handicap permettrait donc :

- > d'identifier l'accompagnement nécessaire en fonction de leur situation, de calculer le niveau de la part variable allouée à l'ESMS et d'adapter ainsi les réponses apportées aux caractéristiques des personnes accompagnées ;
- > de définir les accompagnements inclus dans le droit de tirage, activables par la personne auprès des opérateurs.

Il s'agit donc de déterminer les prestations incluses dans le droit de tirage pour lesquelles la personne aurait le choix de son opérateur qui pourrait être un ESMS ou un prestataire (sous réserve d'une régulation et d'un contrôle dédiés). Les ESMS ou les éventuels prestataires recevraient alors des tarifs dédiés à celles-ci suite à l'activation du droit de tirage (tarif à définir nationalement ou localement pour prendre en compte la spécificité des territoires).

²⁴ Dans le cadre des réflexions, les éléments potentiellement inclus dans le droit de tirage ont été étudiés sous l'angle des prestations. Néanmoins, à l'instar du premier scénario, les unités d'œuvre restent à déterminer : prestations, heures, journées, séances...

Ces prestations qui seraient financées à la personne restent à identifier précisément, même si deux grandes orientations semblent pertinentes :

- > des prestations favorisant l'autodétermination de la personne ;
- > des actes hors nomenclature de l'Assurance maladie (exemple : actes non remboursés dans le droit commun, qui sont pour certains usagers une motivation importante de recours à un accompagnement en service médico-social).

Il convient de noter que les deux orientations proposées ci-dessus relèvent de prestations de nature différente. En effet, les actes hors nomenclature de l'Assurance maladie sont relativement normés et concernent des professions déjà existantes et structurées. Les autres prestations de participation sociale, comme la promotion de l'autodétermination, nécessiteraient quant à elles un encadrement afin de s'assurer par exemple du niveau de qualification des professionnels qui les délivreraient.

D'autres pistes restent néanmoins à explorer afin de délimiter de façon pertinente et lisible les prestations éligibles au droit de tirage.

Tableau de synthèse du troisième scénario

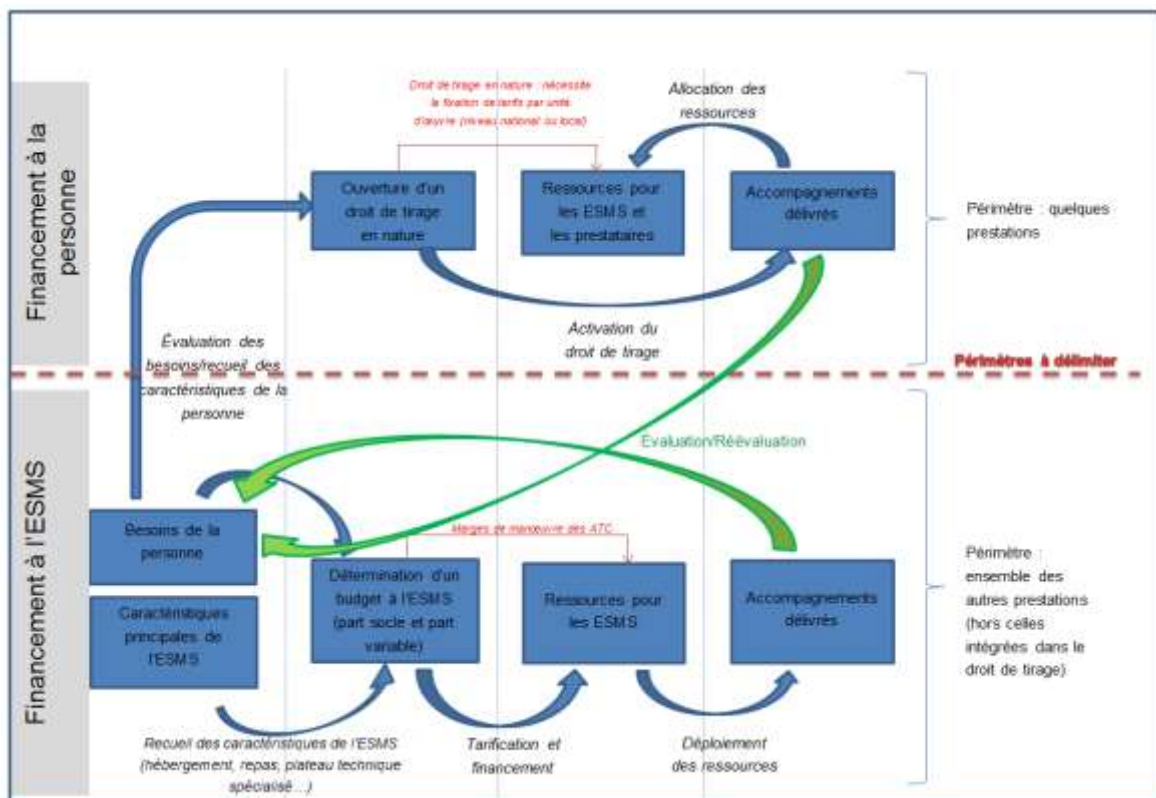
Destinataire	Modalités	Périmètre	Base
L'opérateur (ESMS et prestataires) <i>Voir le premier scénario</i>	Droit de tirage	Quelques prestations	Caractéristiques de la personne
L'ESMS <i>Voir le deuxième scénario</i>	Dotation (socle, variable et marge de manœuvre laissée aux autorités de tarification et de contrôle)	Ensemble des prestations moins les quelques prestations identifiées pour un financement en droit de tirage	Caractéristiques de la personne ET Caractéristiques de l'ESMS

N. B. L'ESMS pourra ainsi intervenir sur l'ensemble du périmètre alors que le champ d'intervention des prestataires pourra être contenu aux seules prestations incluses dans le droit de tirage.

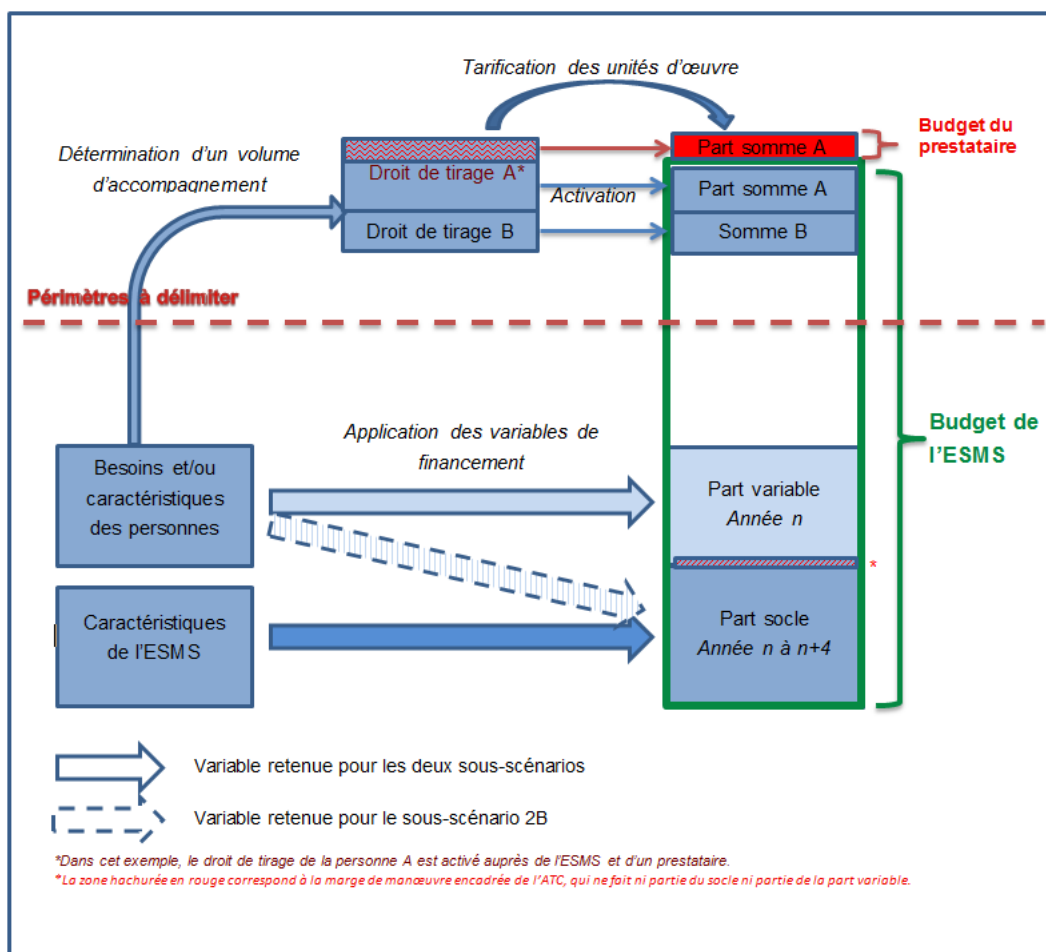
Variantes possibles : des variantes au scénario présenté ci-dessus ont été identifiées, mais écartées. Bien que proches de ce dernier, elles s'en distinguent sur la définition de la ligne de partage entre le périmètre du droit de tirage et celui de la dotation à l'ESMS. Ainsi, les trois autres options écartées sont :

- > le financement à l'ESMS pour les personnes qui nécessitent le plus d'accompagnement et le financement à la personne pour celles qui en nécessitent le moins. Néanmoins, il a été jugé difficile d'identifier le périmètre de chacune de ces deux notions, d'autant plus que toute situation individuelle est évolutive ;
- > le financement des établissements en dotation (avec une part socle, une part variable et une marge de manœuvre laissée aux autorités de tarification et de contrôle) et le financement des services en droit de tirage individuel. Cette option ne paraît pas adaptée au développement des ESMS en « dispositif intégré » et apporte une rigidité au parcours lors des changements de mode d'accompagnement ;
- > le financement à la personne à partir d'un niveau socle, couplé à un financement complémentaire à l'ESMS pour prendre en compte et compenser certaines spécificités : un public ou un territoire spécifique. Cette option reste trop éloignée de la structuration actuelle du secteur.

Présentation schématique du modèle



Détermination du budget d'un opérateur



4.2 Liste de prérequis spécifiques au scénario

Ce scénario étant une combinaison des deux premiers, la majorité des prérequis et des enjeux sont repris des paragraphes précédents en les adaptant aux spécificités de ce scénario.

Sur les professionnels, les personnes et leur entourage : la question de la mise en place de « coordonnateurs-assistants » de parcours peut se poser, comme dans le premier scénario, notamment si le droit de tirage recouvre un nombre important de prestations ou pour coordonner le parcours des personnes entre ESMS et opérateurs. Ce rôle pourrait cependant être dévolu aux ESMS.

Sur les aspects techniques :

- > déployer un système d'information permettant l'utilisation du droit de tirage et l'allocation de ressources automatique aux opérateurs délivrant les prestations incluses dans le droit de tirage. De plus, ce système d'information devrait permettre la transmission et le partage de données concernant les besoins et les caractéristiques des personnes, utilisées à des fins tarifaires pour l'allocation de ressources aux ESMS (données anonymes selon les destinataires) ;
- > harmoniser le suivi de l'activité à partir des travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration du guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services médico-sociaux déjà produit. Il s'agit de faciliter le décompte des accompagnements réalisés par les ESMS et les prestataires ;
- > identifier clairement et sans interprétation possible les prestations financées par le droit de tirage. Il conviendra de pouvoir identifier des coûts « par accompagnement » et de s'interroger sur le degré de précision souhaitable de la définition de ces accompagnements (prestation, acte...). Cela pourra impliquer de décliner l'actuelle nomenclature des prestations SERAFIN-PH (pour les prestations du panier individuel) à des niveaux plus fins, pour lesquels les études nationales de coûts en cours n'auront pas de données ;
- > engager un chantier liant l'évaluation aux finalités tarifaires, ce qui reviendra à :
 - constituer un barème, une grille des groupes de personnes ou de besoins (barème ou grille constitués à dire d'experts et/ou sur la base d'études à conduire) pour les deux sous-scénarios,
 - identifier les marqueurs de charge en accompagnement et déterminer leur coefficient de pondération à la hausse ou à la baisse pour le sous-scénario 3B ;
- > examiner et traiter l'inversion du modèle tarifaire pour les ESMS sous compétence des conseils départementaux. En effet, la part de financement en dotation à l'ESMS s'attache à définir le niveau des produits de la tarification pour chaque ESMS à partir duquel l'OG peut engager des dépenses²⁵.

²⁵ Voir la partie 1.1 du présent chapitre.

Sur l'articulation et la complémentarité des financements issus de différentes enveloppes et compétences :

- > clarifier les lignes de partage entre le sous-ONDAM médico-social « Personnes handicapées » et les sous-ONDAM « Soins de ville » et « Établissements de santé ». Il s'agit donc de s'interroger sur l'opportunité de faire « basculer » dans le droit commun, certaines prestations de soins potentiellement incluses dans le droit de tirage ;
- > délimiter les compétences tarifaires entre le sous-ONDAM médico-social « Personnes handicapées » et les budgets des collectivités, notamment sur les prestations incluses dans le droit de tirage ;
- > interroger la compatibilité du scénario avec la PCH, voire avec les financements de droit commun dans ce nouveau modèle, notamment pour les prestations incluses dans le droit de tirage : envisager d'éventuelles fusions, des transferts d'enveloppe.

Sur les compétences des acteurs du champ du handicap :

- > prévoir une régulation des prestataires pouvant intervenir dans le cadre du droit de tirage personnel ; deux options ont été envisagées : visa plus contrôle des autorités de tarification et de contrôle ou conventionnement plus contrôle des ESMS. Dans ce dernier cas, le droit de tirage pourrait être alloué à l'ESMS qui accompagne à titre principal la personne, qui devrait alors le reverser aux opérateurs auprès desquels la personne aurait activé son droit de tirage ;
- > adapter les missions et les moyens des MDPH en fonction de l'évolution de leur mission, notamment au regard de l'évaluation des besoins des personnes.

Sur le cadre réglementaire actuel : en fonction de l'importance du volume de prestations incluses dans le droit de tirage, réinterroger les dispositions actuelles relatives aux autorisations des ESMS et les orientations de la CDAPH.

4.3 Réponse aux objectifs SERAFIN-PH

Le modèle permet une allocation de ressources rénovée, basée en partie sur les besoins et sur les caractéristiques des personnes. De ce fait, le financement est objectivé et équitable. Le scénario consiste à objectiver la tarification de l'ESMS à partir des caractéristiques des personnes et de l'ESMS, mais sur un périmètre plus restreint que le deuxième scénario, et à mettre en place un droit de tirage en nature pour les prestations extérieures à ce périmètre. Le droit de tirage peut favoriser les accompagnements modulaires et multipartenariaux sous réserve du niveau de reste à charge, du niveau d'offre disponible à proximité et de la complexité à gérer le droit de tirage.

Au regard du deuxième objectif assigné au projet SERAFIN-PH (« simplicité »), ce scénario qui combine les deux premiers semble être source de complexité.

4.4 Enjeux

D'une façon générale, plus les prestations incluses dans le droit de tirage de la personne sont nombreuses, plus les impacts de ce scénario se rapprochent de ceux identifiés dans le premier (et inversement pour le second scénario).

On retrouve donc ici des propositions du comité technique déjà formulées dans les deux premiers scénarios, adaptées aux spécificités de ce troisième scénario.

Acceptabilité

Il semble que ce scénario entraîne des réactions diverses du secteur médico-social. Certains trouvent intéressante l'ouverture en droit de tirage individuel d'un panier de prestations, d'autres s'interrogent quant à son impact sur l'activité au regard du volume d'accompagnements pouvant être délivrés par des prestataires et à la complexité générale du système de financement.

Le niveau d'adhésion des personnes est difficilement évaluable *a priori*. La disponibilité de l'accompagnement, sa qualité, le niveau d'un éventuel reste à charge et de la complexité du dispositif pour la personne pourraient être des éléments pour apprécier son adhésion.

Qualité des accompagnements

Ce scénario, en ce qu'il permet d'ajuster les ressources allouées aux ESMS en fonction des besoins des personnes accompagnées, participe à une meilleure corrélation entre les besoins et les accompagnements. De plus, l'autodétermination pourra être renforcée par une meilleure prise en compte des attentes lors de l'évaluation de la personne.

Le libre choix des opérateurs pour les accompagnements inclus dans le droit de tirage personnel favorise les accompagnements modulaires et multipartenariaux, mais peut induire leur morcellement, ce qui pourrait avoir un impact sur les personnes et les aidants (selon l'importance du droit de tirage). De plus, la disponibilité de l'offre de proximité, sa qualité et l'absence de reste à charge sont des conditions indispensables à l'effectivité de ce choix.

L'accès aux accompagnements inclus dans le droit de tirage devrait être facilité du fait de l'ouverture de ce droit individuel qui permettrait de limiter le phénomène de liste d'attente (sous réserve d'une offre disponible). Par ailleurs, les modalités de régulation du droit de tirage ne sont pas neutres et peuvent influencer sur le niveau de qualité des accompagnements et de reste à charge pour les personnes²⁶.

L'adaptation du financement aux besoins des personnes accompagnées doit permettre le déploiement de réponses en cohérence avec la situation de ces personnes. Les modalités de mesure de l'activité (et notamment la file active), qui nécessitent d'être approfondies, doivent également traduire et valoriser ces accompagnements modulaires.

²⁶ Voir le premier scénario, page 22.

Le scénario permet une adéquation entre le niveau de besoins des personnes accompagnées et le financement alloué, rendant possibles la personnalisation et l'adaptation des réponses apportées aux personnes. Il permet donc de pallier le risque de sélection des usagers du système actuel où le financement reste stable, quel que soit le niveau de besoins des personnes. Néanmoins, un enjeu fort d'adéquation entre le coût d'un accompagnement et son tarif persiste. En effet, si le tarif fixé pour certains accompagnements est inférieur aux moyens à déployer pour leur réalisation, les opérateurs ne seront pas incités à proposer ces réponses. À l'inverse, si le tarif fixé pour certains accompagnements est supérieur aux moyens à déployer pour leur réalisation, les opérateurs seront incités à se spécialiser pour y répondre (effet d'aubaine).

Métiers actuels du secteur médico-social

Les professionnels des ESMS, autorités de tarification et de contrôle et MDPH devront être formés afin de soutenir l'appropriation de la réforme et de ses outils. L'impact sur les métiers pourrait provenir du repositionnement des ESMS dans le cadre de la transformation de l'offre. Ce scénario permet de soutenir le développement des nouvelles organisations territoriales (par exemple, des plateformes ou des dispositifs intégrés), ainsi que les professionnels du milieu dit ordinaire (fonction d'appui ressource des ESMS : formation, accompagnement...).

De plus, en fonction de l'importance du droit de tirage, une incitation plus ou moins forte au développement du travail en libéral, pour les prestataires, peut être envisagée.

Techniques

La mise en œuvre de ce scénario implique différents chantiers techniques qui devront faire l'objet d'une planification afin de proposer un calendrier de déploiement réaliste :

- > les fondements du nouveau processus d'évaluation devront être repensés, afin de recueillir les données individuelles permettant :
 - d'identifier les besoins de la personne et les réponses à inclure dans le droit de tirage,
 - de déterminer le financement des soins, de l'autonomie et de la participation sociale inclus dans le financement de l'ESMS (en fonction du sous-scénario, soit exclusivement dans la part variable, soit dans la part socle et la part variable) ;
- > le scénario requiert le déploiement de plusieurs systèmes d'information. Il sera nécessaire d'outiller le processus d'évaluation qui devra permettre l'identification des accompagnements inclus dans le droit de tirage, mais également le calcul des budgets alloués aux ESMS en routine (recueil de données à intervalles réguliers). Il conviendra également d'équiper les opérateurs pour faciliter le financement des accompagnements issus des droits de tirage. La définition et le déploiement de systèmes d'information sont complexes et réalisés sur un temps long. Ce chantier doit logiquement intégrer les travaux du volet médico-social du plan numérique en santé.

Budgétaires

Pour les ESMS, il s'agit de passer d'une tarification de budgets relativement stables et fréquemment reconduits à une tarification introduisant une part socle et une part variable (dont le niveau reste à déterminer) et créant des droits de tirage individuels.

Le modèle consiste :

- > d'une part, à objectiver l'allocation de ressources aux ESMS sans refonte globale du secteur et à conforter la place et le rôle des ESMS dans le secteur du handicap. Ainsi, bien que la maîtrise des dépenses publiques soit rendue plus complexe que les modalités actuelles du fait notamment de l'introduction d'une part variable, les enveloppes limitatives semblent relativement maîtrisables. Une nouvelle forme de régulation devra être trouvée sur la part variable ;
- > d'autre part, à ouvrir de façon plus ou moins importante des droits individuels induisant des dépenses dites de « guichets ». Dans ce contexte, la maîtrise des dépenses publiques est plus complexe (voir les dépenses d'allocation aux adultes handicapés), et le respect des enveloppes limitatives sera confronté à la tendance inflationniste inhérente au scénario (voir ci-dessous la partie « Régulation »).

La lisibilité budgétaire pour les ESMS sera moindre que les dispositions tarifaires actuelles, du fait de l'introduction d'une part variable et de la mise en place d'un droit de tirage potentiellement utilisable en dehors des ESMS.

Comme dans le premier scénario, la tarification des unités d'œuvre du panier individuel pourrait être faite au niveau des opérateurs (avec des prix réglementés), afin d'éviter le reste à charge pour les personnes.

Des surcoûts sont à attendre, qui seraient de deux ordres :

- > non pérennes :
 - coûts de conception et d'initialisation des systèmes d'information, notamment du dispositif de financement des opérateurs et du recueil de données permettant de tarifier les ESMS,
 - coûts de formation et d'accompagnement au changement des professionnels ;
- > pérennes :
 - surcoûts dus au nouveau processus d'évaluation nécessaire à la tarification, dont l'importance dépendra du niveau de granularité souhaité (donc plus élevés en 3A qu'en 3B et croissant avec le volume d'accompagnement inclus dans le droit de tirage) ; il sera nécessaire de questionner le niveau des moyens alloués aux MDPH,
 - surcoûts liés aux usagers actuellement sur liste d'attente qui bénéficieront de l'ouverture d'un droit de tirage,
 - surcoûts administratifs et de gestion pour les financeurs afin d'assurer le suivi de l'allocation de ressources, induits par l'activation des droits de tirage individuels,
 - en fonction de la volumétrie des prestations incluses dans les droits de tirage, les ESMS auront des coûts de gestion plus élevés afin d'assurer le pilotage à la recette de leur activité.

Politiques publiques : organisation et régulation de l'offre

Les enjeux pour le pilotage du secteur sont à mesurer en fonction du volume des accompagnements qui seront inclus dans le droit de tirage des personnes. Plus celui-ci sera important, moins les autorités de tarification et de contrôle auront des leviers pour organiser l'offre dans les territoires, et inversement. Il convient de noter que les marges de manœuvre encadrées laissées aux autorités de tarification et de contrôle peuvent constituer un levier important pour la mise en œuvre des politiques publiques.

Même si les autorisations sont maintenues pour les ESMS et les OG (éventuellement sous d'autres formes) et si une régulation est prévue pour les prestataires, l'organisation territoriale de l'offre dépendra du niveau de la demande dans les territoires (droit de tirage).

De plus, si le sujet de la répartition des compétences entre les ARS et les conseils départementaux n'est pas intrinsèque au scénario qui est applicable avec les répartitions actuelles, il pourrait utilement être posé, notamment pour simplifier les cofinancements.

La gestion globale des droits individuels au niveau national devra également faire l'objet d'une régulation (trois leviers interdépendants : offre, demande ou prix au risque d'un reste à charge ou d'une baisse de la qualité).

Légaux et juridiques

Ce scénario impose de revoir en profondeur le cadre législatif et réglementaire (création d'un droit individuel, refonte des processus d'évaluation et d'orientation, cadre juridique des opérateurs, opposabilité des tarifs pour les accompagnements du panier individuel de prestations...).

Le rôle et les missions des MDPH devront être redéfinis, comme dans le premier scénario, du fait de la création de nouveaux droits individuels.

Enfin, il conviendra de prévoir la possibilité de recours amiables et d'encadrer juridiquement les contentieux possibles dans le cadre de la création de ces droits individuels.

▮ Synthèse des échanges avec les ARS et conseils départementaux (journées régionales SERAFIN-PH)

Ce scénario, qui pourrait permettre de mixer les deux précédents, est jugé pertinent sur le fond. Il réunit les avis des ARS et conseils départementaux sur les deux précédents scénarios, à savoir l'intérêt de conserver un financement à l'ESMS qui pourra s'adapter en fonction des besoins des personnes et une relative inquiétude quant à l'émergence de la modalité de financement supplémentaire qu'est le droit de tirage.

Les avis des ARS et des conseils départementaux sont partagés quant à l'opportunité de créer ce financement en droit de tirage : certains y sont favorables à condition qu'il soit marginal quand d'autres y sont opposés. De plus, les ARS et les conseils départementaux s'interrogent sur sa faisabilité (visibilité d'un système de financement complexe, enjeu des systèmes d'information à déployer, question des surcoûts importants de gestion...).

Paroles de personnes en situation de handicap rencontrées

Positionnement vis-à-vis du scénario :

« Je pense que l'association des deux, c'est bien, mais certains pourraient se perdre. C'est trop complexe : il faudrait leur expliquer. Il faudrait que les bons²⁷ précisent bien les accompagnements. Ils vont réussir à se responsabiliser, mais pas tout le monde. »

« C'est pas si mal. Les bons permettent aux personnes en situation d'handicap d'être intégrées dans leurs vies. Cela aide la personne à faire seule. Il faut aussi que les établissements aient de l'argent pour aider les personnes qui ont plus de mal. Cela permettra de donner des aides à des gens qui en ont besoin ».

« Le dernier me tente pas mal. Je ne vois pas pourquoi la personne serait mal accompagnée. La personne pourra essayer et faire par soi-même. Ce serait pas mal. C'est aussi la liberté. Les intégrer dans ce qui les concerne, c'est important, car c'est leur vie. Il ne faut pas tout décider pour nous. On est des adultes. Il faut qu'on soit dans notre vie et il ne faut pas que les établissements décident pour nous. Les établissements doivent avoir aussi de l'argent pour fonctionner. »

De multiples inquiétudes :

« L'association des deux, cela peut-être complexe. Y'en a qui vont se perdre. Y'en a qui vont réussir à se responsabiliser. Ça ne va pas être facile de se retrouver. »

²⁷ Dans le cadre des rencontres avec les personnes déficientes intellectuelles, le terme de « bon » est employé en lieu et place de l'expression « droit de tirage ».

3 Les prérequis au déploiement du modèle de financement

Puisque le nouveau modèle de financement n'est que l'une des composantes des politiques publiques actuellement engagées en faveur des personnes en situation de handicap et que son déploiement aura nécessairement des incidences sur les chantiers en cours et pour les acteurs concernés, un certain nombre de prérequis à la mise en œuvre de ce modèle ont été identifiés.

Les travaux sur le ou les modèle(s) de financement ont ainsi fait l'objet de feuilles de route (annexe 8) identifiant les travaux à poursuivre et à entamer par l'équipe SERAFIN-PH, ainsi que d'autres grands chantiers nationaux déjà engagés ou qui nécessiteraient d'être menés.

Quelle que soit la grande famille de modèle, le comité technique a convenu que la transition entre le modèle actuel et le nouveau modèle nécessiterait d'approfondir les sujets suivants :

- > dans la continuité des études nationales de coûts, les simulations des impacts du nouveau modèle par des projections budgétaires sur le sous-ONDAM médico-social « Personnes handicapées » au niveau global et identifier des impacts sur les budgets départementaux en lien avec les départements ;
- > l'anticipation des « effets de bord » (c'est-à-dire des conséquences financières) du modèle sur les autres enveloppes, notamment sur la PCH et l'ONDAM « Soins de ville » ;
- > la réalisation de simulations sur le budget alloué aux opérateurs *via* un échantillonnage représentatif en s'appuyant sur les services des autorités de tarification ;
- > la modification des critères de répartition des dotations régionales limitatives de l'ONDAM médico-social, si besoin, et la réflexion à mener sur des modalités d'ajustement des budgets départementaux ;
- > la préparation des évolutions nécessaires des textes législatifs et réglementaires ;
- > la conception et la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement destiné aux ESMS (les directions et l'ensemble des salariés), aux autorités de tarification et de contrôle et aux MDPH, avec le déploiement d'un dispositif de formation qui s'appuiera sur les acteurs de la formation initiale et continue du secteur et bénéficiera de l'implication des têtes de réseau nationales du champ du handicap ;
- > la définition des modalités du déploiement (général ou progressif en temps et/ou en espace). Il sera également nécessaire pendant la phase de déploiement :
 - > selon le scénario retenu, de mettre en œuvre une période de convergence ou de lissage pour les budgets des ESMS (sur l'activité et/ou sur le financement) ;
 - > de proposer des modalités de suivi et d'évaluation de la réforme selon les mêmes principes qui ont prévalu pour son élaboration, soit par une co-construction des travaux.

Dans cette perspective, un certain nombre de prérequis communs aux trois scénarios sont identifiés. Le comité technique et le groupe technique national ont retenu les suivants :

- > la révision de l'articulation entre les crédits de l'Assurance maladie et les crédits départementaux ;
- > la clarification réglementaire de certains postes de financement ;
- > la conduite de projets d'outillage de la décision et du pilotage ;
- > le développement d'un système d'information urbanisé et le déploiement des outils prioritaires ;
- > la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement des acteurs en amont et tout au long de la réforme.

Les prérequis de chaque scénario seront également développés dans cette partie.

Focus : L'autodétermination, un enjeu fondamental du futur modèle de financement

L'autodétermination des personnes en situation de handicap est comprise comme leur capacité effective à choisir leur projet de vie, les objectifs liés et les actions à entreprendre pour les atteindre.

La notion d'autodétermination recouvre dès lors deux acceptions :

- > d'une part, le besoin d'accompagnement des personnes dans l'expression de leurs choix ;
- > d'autre part, le besoin d'accompagnement des personnes dans la mise en œuvre de leurs choix.

Ainsi, chaque scénario de modèle de financement doit aussi bien faciliter l'autodétermination des personnes que responsabiliser les acteurs du droit commun et du secteur médico-social dans cet accompagnement. Les enjeux suivants doivent alors être soulignés :

1. le modèle de financement ne devra pas inciter à une segmentation de l'offre, qui présenterait le risque de déresponsabiliser les acteurs accompagnant les personnes dans l'expression et la mise en œuvre de leurs choix. Il devrait au contraire faciliter la transformation de l'offre médico-sociale qui, à travers la poursuite de ses grands objectifs (personnalisation des accompagnements, fluidification des parcours dans le cadre d'une société inclusive), participe de l'autodétermination. Dans ce cadre, la poursuite du développement d'une organisation de l'offre en pôles de compétence, dispositifs et plateformes de services faciliterait tant l'expression des choix de la personne (responsabilité des acteurs) que la mise en œuvre des actions (articulation organisée des modalités d'accompagnement) ;
2. procédant du premier principe, le modèle devrait donc permettre aux professionnels compétents de soutenir les personnes dans leur autonomie ;
3. un processus continu d'évaluation des besoins et des caractéristiques des personnes (permettant de prendre en compte les évolutions des situations), auquel celles-ci devraient pleinement participer, serait le préalable à des choix de vie autodéterminés ;
4. le modèle doit prévoir la participation effective des personnes aux décisions portant sur les modalités d'accompagnement qu'elles devraient recevoir en vertu des conclusions de ce processus d'évaluation.

1. Articulation des financements Assurance maladie-départements

1.1 Cofinancement et contractualisation

Les rapports VACHEY-JEANNET d'octobre 2012 et de juillet 2013 indiquaient déjà que « les partages actuels entre financeurs publics constituent un obstacle à la programmation des réponses et à la fluidité des parcours. »²⁸ Cette double tutelle budgétaire, issue de constructions historiques, engendre en effet une organisation très complexe. Un financeur unique permettrait au contraire « une meilleure programmation et un meilleur pilotage de la dépense. » Dès lors le modèle de financement devrait nécessairement être accompagné d'une « rationalisation de ces périmètres ».

Dans la continuité de ces constats, le comité technique « Modèles de financement » propose que les passages en CPOM et en logique EPRD/ERRD concernent l'ensemble des ESMS du champ du handicap, soit également ceux sous compétence exclusive des conseils départementaux²⁹. Il s'agirait de rendre obligatoire l'utilisation de l'EPRD et de l'ERRD pour les ESMS sous compétence exclusive des conseils départementaux, récemment autorisée par l'article L. 313-11 du CASF modifié par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Cependant, cette généralisation, qui peut répondre pour partie à la difficulté de gestion, ne résout pas l'ensemble des difficultés liées à l'existence de deux financeurs pouvant avoir des stratégies et des contraintes différentes et freiner ainsi la transformation de l'offre médico-sociale.

Par ailleurs ces dispositions ne pourraient concerner que les deuxième et troisième scénarios, la négociation d'un budget étant *a priori* incompatible avec le premier scénario.

1.2 Règlements départementaux de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et PCH

Actuellement, deux logiques de financement coexistent pour les conseils départementaux : la première concerne l'accompagnement médico-social à domicile (soutenu par la PCH, quel que soit le revenu), et la seconde, l'accompagnement en hébergement dans certains ESMS habilités (financés en fonction des règlements départementaux d'aide sociale, qui tiennent compte différemment du niveau de ressources de la personne handicapée).

Ces deux aides étant par ailleurs cumulables, selon des règles peu lisibles pour les acteurs et les bénéficiaires, la question posée notamment à l'occasion des rencontres régionales porte donc sur leur articulation.

Les règlements départementaux d'aide sociale dépendent de la politique d'action sociale menée par chaque conseil départemental dans les conditions définies par la législation et la réglementation sociales (article L. 121-3 du CASF).

Conformément au principe de subsidiarité, l'aide sociale à l'hébergement gérée par les conseils départementaux est destinée aux personnes en situation de handicap de vingt ans et plus qui ne peuvent, faute de ressources suffisantes, régler les frais d'hébergement de l'établissement qui les accueille.

²⁸ Rapport *Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement*, octobre 2012.

²⁹ Voir la partie 1.1 du chapitre 2 du présent rapport.

Cependant, les règlements départementaux d'aide sociale étant par définition différents d'un département à l'autre, ils entraînent des pratiques hétérogènes tant au niveau de la facturation des prix de journée (le nombre de journées facturées pouvant dépendre des modalités de décompte des absences) qu'au niveau des modalités de récupération de ressources et de recours sur succession. De plus, le département où se situe le domicile de secours pouvant être différent du département du lieu de vie effectif, la facturation, qui relève alors de plusieurs règlements départementaux d'aide sociale, peut s'avérer complexe pour un ESMS.

Ces pratiques hétérogènes posent la question de l'équité de traitement entre les personnes accompagnées et peuvent constituer un frein pour des parcours souples et modulaires.

Certains participants aux travaux ont donc proposé d'engager une réflexion sur une homogénéisation de ces pratiques.

Il conviendra d'étudier en fonction de chaque scénario les éléments de tarification ou de facturation susceptibles de réduire les difficultés mentionnées ci-dessus.

Par ailleurs, les conditions d'attribution de la PCH étant très variables selon les départements, il ressort des échanges que le principe de l'équité de son accès et de ses montants n'est pas garanti.

D'autre part, l'enjeu d'un reste à charge faible ou nul lié à la réponse aux besoins de compensation de la personne a été souligné par le comité technique et le groupe technique national.

1.3 Règles de cumul de la PCH

Le comité technique a mis en évidence au cours de ses travaux le besoin de réfléchir aux articulations entre la PCH, les autres allocations et les budgets des ESMS, actuellement trop complexes³⁰.

Les règles croisées d'allocation de la PCH sont liées à des fourchettes d'âge (0-20 ans, 20-62 ans, 62-75 ans) et à des taux d'incapacité (20 %, 50 %, 80 %). Le cumul de la PCH avec d'autres allocations telles que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation aux adultes handicapés fait également l'objet de règles strictes, mais peu lisibles.

Plus difficile à déterminer encore, le cumul possible entre PCH et accompagnements en ESMS dépend à la fois du type d'ESMS (services/établissements) et de l'élément de la PCH (aide humaine, aide technique, aménagement du logement, du véhicule, frais de transport, aide spécifique ou aide animalière). Le principe général de l'article D. 245-73 du CASF est celui de la transposition des dispositions prévues pour la PCH à domicile aux personnes accueillies en établissement pour tous les éléments de la PCH sauf l'aide animalière (non mentionnée par le CASF), au titre de l'hébergement comme de l'accompagnement en accueil de jour.

Le cumul de la PCH avec un accompagnement en ESMS, son articulation avec l'ASH et le fonctionnement même des règlements départementaux sont trois enjeux qui impliquent en particulier pour les premier et troisième scénarios des mesures juridiques d'envergure pour assurer des accompagnements modulaires non morcelés. À cette fin, un pilotage unique devrait être envisagé, avec en conséquence des transferts de compétence et d'enveloppes financières.

³⁰ Il s'agit ici de questionner l'articulation des différents financements entre eux à l'aune des scénarios proposés par le comité technique. Il est à noter que la PCH fait l'objet d'un des cinq grands chantiers nationaux lancés par la cinquième Conférence nationale du handicap du 3 décembre 2018 sous l'appellation : « Améliorer les conditions d'octroi de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin de mieux prendre en compte les besoins des adultes handicapés ».

1.4 Articulation du modèle de financement avec la réforme des SAAD

L'exemple du modèle de financement de l'aide à domicile a été repris à de nombreuses reprises lors des travaux conduits par le comité technique pour illustrer les risques liés à la fois à l'augmentation et à l'hétérogénéité non objective du niveau de participation financière des personnes à la réponse à leurs besoins. Le comité technique et le groupe technique national ont insisté sur la nécessité de proposer un nouveau modèle de tarification impliquant une absence ou une faible participation financière des personnes à leur prise en charge. Ils ont souligné le risque de l'apparition puis de l'augmentation d'un reste à charge pour les personnes, inexistant jusqu'alors sous cette forme, lié à l'introduction de nouveaux prestataires, hors secteur médico-social.

De plus, l'articulation des accompagnements entre les SAAD et les opérateurs, notamment dans les premier et troisième scénarios et de façon générale dans le cadre de l'objectif de parcours intégrés des personnes en situation de handicap, se pose de façon plus prégnante que dans le système de tarification actuel. En effet, on peut s'attendre, notamment dans le cadre du développement des accompagnements modulaires, à ce que les deux secteurs (opérateurs du périmètre SERAFIN-PH et SAAD) interviennent de plus en plus simultanément auprès des personnes en situation de handicap.

Ainsi, le groupe technique national a souhaité interroger le bien-fondé de la distinction actuelle du périmètre respectif de ces deux modèles de financement.

2. Clarification réglementaire de certains financements

Actuellement, le périmètre du financement des ESMS par l'Assurance maladie n'est pas homogène. Outre une certaine iniquité territoriale liée à l'historique de création des catégories de structures et de places dédiées en fonction d'opportunités financières, la réglementation ne prévoit une définition du périmètre tarifaire qu'au regard des missions des ESMS, qui ne sont pas toujours explicites.

Les travaux du comité technique ont ainsi relevé deux sujets nécessitant une révision du périmètre et donc une clarification réglementaire : les soins et les transports.

2.1 Soins

Contexte actuel

Dans le secteur « Enfants », les crédits de l'Assurance maladie (ONDAM médico-social) financent la totalité du fonctionnement des établissements et services, avec ou sans plateau technique permettant la réalisation de soins somatiques ou psychiques. Pour autant, la démarcation entre le périmètre de la tarification de ces prestations de soins en ESMS et les soins de droit commun pouvant être réalisés en sus *via* la carte vitale (auprès de professionnels du secteur libéral) est incertaine.

Dans le secteur « Adultes », les établissements et services peuvent être financés pour tout ou partie par des crédits de l'Assurance maladie, par les départements et par les personnes accompagnées elles-mêmes. De manière identique au secteur « Enfants », cette répartition des enveloppes ne préjuge en rien des prestations devant être couvertes par le budget des structures.

Le périmètre des soins couverts par le budget des ESMS, quel qu'en soit le mode de financement (prix de journée, forfait global de soins, dotation globale), s'interprète en référence à l'article R. 314-26 du CASF et au regard des missions des différentes catégories d'établissement. Celles-ci sont plus ou moins précisément définies dans les articles du CASF ou dans les annexes du décret de 1956, qui décrivent les conditions minimales de fonctionnement des structures et les catégories de personnel composant les équipes.

Dans le cadre d'une mission nationale relative à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, conduite par M. Philippe Denormandie³¹, une clarification des organisations territoriales et des systèmes de financement entre ESMS, soins de ville et secteur sanitaire est attendue. La mission a rencontré l'équipe SERAFIN-PH pour recueillir des propositions du comité technique, dont les éléments rapportés ci-dessous ne présentent à ce stade que des réflexions issues strictement de cette étape de travail, tant pour ce qui concerne les difficultés observées que les pistes et propositions retranscrites.

Coordination des soins et du circuit des médicaments : plusieurs difficultés sont relevées³²

Il est difficile de définir des liens entre les pathologies de la personne et le handicap ayant motivé son admission en ESMS. Les périmètres d'intervention et d'administration des médicaments par l'ESMS (outre l'aide à la prise médicamenteuse qui relève d'un accompagnement des personnes dans les actes de la vie quotidienne – articles L. 313-26 du CASF et R. 4311-4 du Code de la santé publique) étant rattachés à la situation de handicap de la personne peuvent être soumis à interprétation.

Quel que soit le modèle de financement retenu, le rattachement de prestations à des besoins de soins objectivés permettrait de dépasser cette difficulté en redéfinissant les cadres d'intervention des opérateurs.

La sécurisation du circuit du médicament est un enjeu majeur, notamment dans le cas de traitements multiples qui font courir le risque d'associations contre-indiquées.

La catégorie juridique (maison d'accueil spécialisée – MAS – ou foyer d'accueil médicalisé – FAM) et le mode d'accueil de la structure (en journée ou en hébergement complet) ont aussi un impact sur l'organisation de la dispensation des soins. Un accueil en hébergement complet en MAS implique une surveillance médicale et des soins constants (article R. 344-1 et -2 du CASF) alors qu'un FAM admettra des personnes ayant des « besoins de santé réguliers » (article D. 344-5-2 du CASF). Pourtant les doubles orientations FAM-MAS sont courantes, et la distinction entre ces deux catégories d'ESMS n'est plus réalisée sur certains territoires³³. De plus, un accueil de jour impliquant que la personne conserve son domicile à l'extérieur des murs de l'ESMS, une prise en charge complémentaire et coordonnée est à réaliser en dehors des temps d'accueil de jour.

La coordination des soins et la supervision des prescriptions sont des enjeux que le modèle de financement doit intégrer.

³¹ La mission conduite par Philippe Denormandie pour « ne pas avoir à choisir entre être soigné ou être accompagné lorsque l'on est en situation de handicap ». Elle s'inscrit dans la continuité d'un rapport remis en juillet 2018 par Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet sur « l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité », qui établissait un certain nombre de constats et de recommandations.

³² Les difficultés relatives au périmètre des soins et de leur financement par l'ONDAM médico-social Personnes handicapées ont déjà été identifiées à de nombreuses reprises. Il s'agit ici de recenser celles qui ont un impact plus particulier sur la définition d'un nouveau modèle de tarification des ESMS pour personnes en situation de handicap.

³³ Le [rapport sur l'enquête de coûts 2016 réalisé dans le cadre du projet SERAFIN-PH \(PDF, 837 Ko\)](#) montre les limites de la distinction actuelle entre MAS et FAM : https://www.cnsa.fr/documentation/rapport_enquete_couts_ph_2016_vf.pdf

Les deuxième et troisième scénarios, parce qu'ils définissent une partie du financement à partir des caractéristiques des ESMS, devront probablement intégrer dans ces caractéristiques le plateau technique et l'offre de soins disponibles et leurs modalités, répondant ainsi aux limites mentionnées ci-dessus.

Des dérogations à l'article R. 314-26 du CASF sont prévues par l'article R. 314-122 du CASF quand les soins sont particulièrement intenses ou techniques. Les ESMS réalisent alors une demande d'accord préalable auprès de la CPAM. Un cadre juridique présentant le périmètre des soins faisant l'objet d'une intensité ou d'une technicité particulière permettrait de compléter ces dispositions réglementaires. Les périodes de fermeture des ESMS posent également la question de la continuité du parcours de soins.

Le système de conventionnement des ESMS avec le secteur libéral donne la possibilité de réaliser des prestations de soins sur le budget de l'ESMS quand ses effectifs salariés ne lui permettent pas de répondre à certains besoins identifiés. Cette pratique peut peser lourdement sur le budget des ESMS dans la mesure où le coût de ces prestations dépend de tarifs conventionnels à l'acte. En fonction de l'attractivité du territoire ou de la convention collective appliquée par un ESMS ou pour une catégorie de professionnel, les conséquences sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap peuvent donc être élevées.

Ces différentes difficultés impliquent des pratiques hétérogènes selon les territoires pour apprécier ce qui relève des budgets des ESMS (milieu dit protégé) et des soins de ville accessibles par l'activation de la carte vitale (droit commun).

Propositions du comité technique, quel que soit le scénario retenu

De façon générale, il apparaît que tout ESMS (voir *supra*) pourrait assumer une fonction de coordination et de prévention, ce qui garantirait un accès effectif aux soins pour les personnes accompagnées.

Le comité technique a distingué dans ses réflexions les ESMS médicalisés ou non et avec hébergement ou non.

Pour les ESMS non médicalisés, le droit commun s'appliquerait par un financement *via* la carte vitale, sauf pour la prestation « coordination/prévention » qui pourrait continuer à être financée par les ESMS avec accord préalable des autorités de tarification.

Pour les ESMS médicalisés (établissements et services), le panier de soins commun et pris en charge par les ESMS recouvrirait la coordination médicale et les consultations de suivi de « spécialité », définies dans l'autorisation de l'ESMS. Le développement de la fonction de médecin coordinateur et la possibilité qui lui serait donnée d'être prescripteur sont attendus. Pour les établissements médicalisés avec hébergement permanent (lieux de vie de la personne), le budget comprendrait en plus les médicaments et la médecine générale. Une réflexion a également porté sur la mise à disposition du plateau technique des ESMS médicalisés pour l'ensemble des personnes en situation de handicap sur un territoire donné, avec un financement *via* la carte vitale à mettre en place.

Ces travaux relatifs au financement des soins devraient cependant être approfondis et élargis à d'autres sujets (médicaments, plateaux techniques...).

En conclusion, une partie des difficultés semble pouvoir être levée dans le cadre de l'élaboration du futur modèle de financement. En effet, les scénarios sont construits de telle manière que le futur modèle de financement puisse intégrer les orientations à venir concernant la redéfinition du périmètre de soins relevant notamment des ESMS, conformément aux conclusions de la mission conduite par M. Denormandie.

2.2 Transports

La prise en charge des frais de transport est jugée actuellement peu lisible et dépend de plusieurs paramètres. Malgré la réalisation par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), en 2016, d'un kit d'outils dédié au transport des personnes en situation de handicap³⁴, la complexité de la réglementation et des pratiques territoriales diverses rendent toujours indispensables, tant dans le nouveau modèle de tarification que dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale, la clarification et la simplification des modes d'allocation de ressources destinées aux transports.

Il ressort de ces difficultés des disparités de réponse aux besoins des personnes dont le transport pour les mêmes accompagnements peut être ou non pris en charge par l'ESMS, une collectivité territoriale, la PCH, la personne ou son entourage...

Les difficultés présentées ci-dessous, sans visée exhaustive, illustrent la tension actuellement constatée entre des modes de financement divers et peu lisibles et le développement d'une société inclusive.

Le secteur des enfants

Pour les enfants et adolescents en situation de handicap et accompagnés par un ESMS, les articles L. 242-12 et D. 242-14 du CASF indiquent que les frais de transport sont inclus dans les dépenses d'exploitation de l'ESMS.

De plus, les articles R. 213-13 et R. 213-16 du Code de l'éducation indiquent que, pour un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, ainsi que pour un établissement de l'enseignement supérieur, les frais de déplacement des élèves handicapés sont à la charge du département dans lequel l'élève est domicilié.

Or, le partage des responsabilités entre les ESMS et les départements pour ce qui concerne les transports de l'ESMS vers l'école et inversement n'est pas établi.

En considérant que les accompagnements médico-sociaux viennent en soutien des milieux ordinaires de vie et toujours de manière subsidiaire au droit commun, des mesures de simplification et un arbitrage fin des responsabilités et des financeurs entre Assurance maladie et départements (voire régions, responsables des transports scolaires pour les élèves qui ne présentent pas de situation de handicap et ne nécessitent pas un transport spécial) en lien avec l'Éducation nationale pourraient être recherchés dans le nouveau modèle.

Le secteur des adultes

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), pour ce qui concerne les transports collectifs, ainsi que les MAS et FAM, pour ce qui concerne l'accueil de jour, financent les frais de transport domicile-ESMS. Les transports en tout autre lieu (de vie, d'activité, de soins, de loisirs...) et entre ESMS font l'objet d'un flou juridique. Cette prise en charge des frais de transport par les ESMS implique souvent une compensation des surcoûts par des crédits non reconductibles ou une politique de moindre transport, ce qui peut inciter à privilégier des accompagnements dans les services spécialisés, plutôt que des réponses inclusives.

Dès lors, des composantes budgétaires incitatives à la mobilité hors des murs de ces établissements pourraient être étudiées.

³⁴ [Transport des personnes handicapées – Kit d'outils.](#)

***In fine*, pour les enfants, les jeunes et les adultes, les modalités actuelles d'inclusion des coûts de transports dans les dotations des ESMS pour personnes en situation de handicap ne semblent pas favoriser le développement de modes d'accompagnement moins institutionnels, freinant ainsi la fluidité et la personnalisation des parcours.**

▮ Exemples de pratiques territoriales mises en évidence dans le cadre des travaux

- la mutualisation de la PCH permet parfois d'assurer les transports pour l'accueil de jour en foyer de vie, car le CASF ne prévoit pas le financement ni la réalisation des déplacements par ce type de structure ;
- les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) financent certains transports visant à des accompagnements collectifs *via* la carte vitale ;
- le poste de dépense des transports étant trop peu valorisé dans le budget social des ESAT, ces derniers peuvent être incités à sélectionner les travailleurs les plus autonomes dans leur déplacement. Par ailleurs, certains ESAT organisent le transport en faisant participer financièrement les travailleurs handicapés ;
- les prises en charge modulaires entre secteurs social, médico-social, sanitaire impliquent souvent des conflits concernant les règles d'imputation de la dépense de transport, qui doivent se régler au cas par cas ;
- cette diversité des pratiques sur les territoires entraîne, pour les ARS et les conseils départementaux, des ajustements compensatoires dans leur conduite de la politique du handicap (exemple : prise en compte des positions des différentes CPAM pour définir la politique régionale d'allocation de crédits non reconductibles).

In fine, la nécessité de clarifier et de préciser la réglementation en vigueur relative aux transports des personnes bénéficiaires de prestations médico-sociales devrait constituer une priorité. Il s'agit également de répondre aux deux objectifs du projet SERAFIN-PH : une meilleure lisibilité et une meilleure équité du modèle de financement. Cette lisibilité passe nécessairement par des règles clarifiées relatives au financement des transports. La réponse est équitable si elle lève le risque soulevé par le déploiement d'une offre plus modulaire pouvant générer un reste à charge pour la personne accompagnée ou une sélection des personnes les plus autonomes dans les transports.

Les propositions de financement du transport issues des travaux du comité technique sont les suivantes :

- le financement des transports dépendrait de leur objet (domicile-structure ; visant une prestation de soins ; visant une prestation d'autonomie ; visant une prestation sociale) serait calculé selon trois variables : évaluation des besoins ; prise en compte du territoire ; types de prestations ;
- la logique de subsidiarité inhérente à une société inclusive serait retenue avec la prise en compte de critères liés aux caractéristiques et aux capacités à faire des personnes et de leur environnement immédiat (proches, aidants...) et aux caractéristiques du territoire (organisation des transports publics).

Il est noté cependant que cette modélisation sera difficile à réaliser. Dans une approche par grande famille de modèles de financement, la logique suivante a été retenue :

	Premier scénario	Deuxième scénario
Modalités de financement des transports	Droit de tirage limité	Variable ou Socle + variable
Adaptation des financements	Problématique en cas d'évolution des besoins (quelle réactivité de l'évaluation et du droit de tirage ?)	Adaptation moins problématique <i>via</i> l'effet volume (variation des besoins tendant vers un jeu à somme nulle)
Rôle de l'utilisateur	Renforce l'autodétermination de l'utilisateur	Donne une place importante à l'ESMS
Régulation	Complexe, <i>via</i> droit de tirage (plafond, éligibilité) et agrément des transporteurs	Simple, <i>via</i> budget de l'ESMS

Le financement des transports liés aux soins admettrait la même logique de financement que les soins eux-mêmes. Il s'agirait de décomposer les soins dispensés entre ceux répondant aux besoins liés à la situation de handicap et tout autre soin.

D'autres propositions ont été formulées :

- il serait possible d'aborder la question des transports globalement et non par secteur (handicap, droit commun, sanitaire...). Le déploiement d'un financement harmonisé des transports sur un territoire expérimental permettrait de tirer des enseignements sur les impacts budgétaires ;
- Cette expérimentation permettrait de réviser les niveaux de financement et de solvabilisation des transports pour les personnes en situation de handicap. Des règles nouvelles seraient définies dans ce cadre pour distinguer les transports « classiques » (transports du milieu ordinaire) que tout un chacun, y compris les personnes en situation de handicap, est amené à payer (selon des barèmes pouvant tenir compte du niveau de ressources) et les transports ayant une visée compensatrice de la perte d'autonomie, financés par les pouvoirs publics.

3. Outillage de la décision et du pilotage

3.1 Évaluation des besoins

Le principe de l'évaluation (et de la réévaluation) systémique est de prendre en compte les choix de la personne accompagnée, d'identifier ses besoins fonctionnels et de coconstruire avec elle les réponses adaptées au regard non seulement de ses capacités et de ses potentialités, mais également de son environnement (entourage familial et social, structuration de l'offre...).

À cette fin, il ressort des échanges en comité technique et lors des réunions du groupe technique national qu'une réflexion globale devrait être engagée sur la démarche d'évaluation et ses modalités, le processus et son outillage, non seulement au regard des évolutions de financement, mais plus fondamentalement en raison de la transformation de l'offre et de l'adaptation des réponses aux besoins des personnes.

Quoi qu'il en soit, il conviendra pour chacun des scénarios d'approfondir spécifiquement le lien entre évaluation, décision d'orientation et tarification.

En effet, les trois scénarios présentés dans ce rapport impliquent tous, pour tout ou partie, un lien entre évaluation des besoins et financement, renvoyant logiquement aux objectifs du projet SERAFIN-PH avec pour fondement l'objectivation du financement des ESMS selon les caractéristiques et les besoins des personnes qu'ils accompagnent.

Les travaux du comité technique portés sur ce sujet ont permis d'aboutir à la conclusion qu'une définition de déterminants à visée tarifaire devrait **faire l'objet d'une feuille de route dédiée**, à la fois transverse aux grandes familles de modèles de financement, mais qui dépendrait également pour partie du modèle retenu.

La feuille de route des travaux relatifs à cette identification des déterminants est présentée en annexe 7. Elle doit être mise en perspective avec un travail plus large qu'il conviendrait de réaliser autour du processus d'évaluation. Ces travaux auraient également des correspondances avec ceux réalisés autour du suivi des usages descriptifs des nomenclatures des besoins.

Ces sujets imbriqués posent la question de l'articulation, lors du déploiement du nouveau modèle de financement, entre les missions des MDPH (évaluation initiale et suivi), des opérateurs de prestations, dont les ESMS (prise en compte des évolutions et adaptation des réponses), et des autorités de tarification et de contrôle (contrôle *a priori* et/ou *a posteriori*, qualitatif et/ou budgétaire).

📌 Questionnement de personnes en situation de handicap rencontrées

« Qui évalue, qui décide ? Ceci n'est pas tranché. »

« L'évaluation des besoins dépend-elle de l'établissement ? L'établissement ne risquerait-il pas de créer artificiellement des besoins ? »

3.2 Mesure de l'activité

Indépendamment du modèle de financement retenu, le comité technique a conclu à l'opportunité de conduire un chantier transversal sur le suivi de la mesure de l'activité des ESMS en lien avec le plan d'action ministériel « Ambition transformation 2019-2022 » relatif au suivi d'indicateurs de transformation de l'offre médico-sociale et avec les pratiques innovantes en cours de développement, telles que la constitution de « dispositifs » ou « plateformes » offrant des réponses plurimodulaires.

En effet, les CPOM permettent un financement pluriannuel dépendant de l'atteinte de cibles d'activité ; l'identification des indicateurs pertinents de suivi de cette activité devient par conséquent un enjeu crucial, transversal à tout modèle de financement.

Un premier travail réalisé par la CNSA a permis d'aboutir à un guide méthodologique de la mesure de l'activité des ESSMS, paru en janvier 2019. Ce guide intègre les définitions du projet SERAFIN-PH en ce qui concerne notamment les prestations. Malgré les clarifications que le guide apporte, l'équipe SERAFIN-PH a constaté lors des interventions régionales certaines difficultés des acteurs à assimiler les termes du guide, qu'ils soient des organismes gestionnaires ou des autorités de tarification et de contrôle.

Au-delà de la seule question de son appropriation par les acteurs, faire évoluer le guide permettrait par exemple de préciser les articulations ou les équivalences entre deux logiques coexistantes : une appréciation de l'activité par « métier » (actes professionnels) et une appréciation de l'activité comme réponse à des besoins (prestations). La définition de la séance pourrait également être précisée, proche *a priori* de celle d'une prestation directe en face à face avec la personne accompagnée.

En outre, dans cette période charnière qui se situe entre la phase d'outillage du projet SERAFIN-PH et la phase de modélisation de la réforme du financement des ESMS, quelques autorités de tarification et de contrôle appellent à une correspondance entre suivi de l'activité par mode d'accompagnement, par acte professionnel et/ou par prestation soit réalisée rapidement. Dès lors, le choix affirmé de l'une des grandes familles de modèles de financement permettrait d'approfondir et d'accélérer ces travaux de correspondance entre unités de mesure de l'activité.

4. Systèmes d'information du secteur médico-social

Personnes handicapées

Comme l'indique le rapport VACHEY-JEANNET dans sa recommandation n° 34, « [...] les lacunes des systèmes d'information réduisent l'action publique à des procédés budgétaires "aveugles", tels que les mesures de convergence contre lesquelles le secteur du handicap se mobilise régulièrement. C'est un chantier à reprendre, par étapes successives. »

La construction de réponses modulaires, personnalisées et inclusives, facilitant un parcours de vie plus fluide des personnes accompagnées, impose que les systèmes d'information répondent techniquement à l'ambition de décloisonnement du secteur médico-social avec les secteurs social et sanitaire et avec les acteurs de droit commun.

Quel que soit le futur modèle de financement, ce prérequis induit des enjeux de plusieurs ordres :

- > mieux connaître les besoins des personnes en situation de handicap, dont ceux non satisfaits ;
- > croiser les différents outils existants pour permettre *in fine* des correspondances entre les besoins identifiés et les modes d'accompagnements existants sur les territoires ;
- > mesurer le service rendu par les prestataires médico-sociaux et de droit commun.

La feuille de route du numérique en santé 2019-2022 porte cette ambition. Dans une logique de cohérence globale des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap, la convergence de ces travaux avec ceux du projet SERAFIN-PH est indispensable.

En effet, quel que soit le scénario retenu, le déploiement réussi d'un nouveau modèle de financement dépendra de l'existence préalable de systèmes d'information adaptés pour permettre une tarification fondée sur un recueil régulier de données prédéfinies, rendant ainsi possible une adaptation de la tarification aux données recueillies (et donc aux caractéristiques des personnes et/ou des ESMS). Il faut cependant noter, comme indiqué dans la partie « Approfondissement des scénarios », que les conséquences du scénario sur les systèmes d'information varient en fonction de l'écart entre le scénario et les modalités actuelles de financement. Ainsi, le premier scénario est logiquement celui qui nécessite l'investissement le plus important dans les systèmes d'information puisque de nouveaux systèmes sont à créer, contrairement au deuxième scénario, dont l'approche permet une adaptation de systèmes existants. Le troisième scénario se situe probablement entre les deux premiers, mais son impact sur les systèmes d'information dépend du périmètre retenu pour les prestations éligibles au droit de tirage.

5. Plan d'accompagnement

Le comité technique et le groupe technique national ont souligné tout au long des travaux la nécessité d'accompagner l'ensemble des acteurs pendant toute la durée de la réforme tarifaire, afin de faciliter leur appropriation des changements induits par le nouveau modèle de financement. Ce point a également été presque systématiquement mentionné lors des journées régionales avec les autorités de tarification.

L'ambition est que tous les acteurs soient prêts au moment du déploiement du nouveau modèle de financement.

Ainsi, un plan d'accompagnement des acteurs est proposé dans le cadre du projet SERAFIN-PH, qui intègre un volet communication et un volet formation.

Ce plan d'accompagnement se concentrerait dans un premier temps (2020) sur la diffusion et l'appropriation par tous les acteurs des nomenclatures SERAFIN-PH pour être ensuite complété par des éléments centrés sur la réforme tarifaire (2021), après arbitrage et poursuite des travaux techniques sur le ou les scénario(s) retenu(s).

Il est également constaté une demande forte d'informations régulières sur l'avancée du projet : les actions de communication envers l'ensemble des acteurs concernés doivent être poursuivies dans les années à venir.

Ces actions de formation et de communication viennent soutenir la visibilité et l'acceptabilité de la réforme par les acteurs du champ du handicap.

Les grands traits de ce plan d'accompagnement sont présentés en annexe 9.

Conclusion

Ce rapport présente les premiers travaux relatifs aux modèles de financement conduits dans le cadre de la deuxième phase du projet SERAFIN-PH. Trois scénarios de modèles de financement ont ainsi été choisis puis étudiés, car ils répondent aux objectifs fixés pour la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap.

Ce premier travail, conduit de septembre 2018 à juin 2019, nécessite des développements techniques importants pour définir un nouveau modèle de tarification prêt à être déployé. Logiquement, plus le modèle retenu s'éloignera du cadre actuel, plus les développements techniques et les prérequis seront importants.

Au-delà des travaux que le projet SERAFIN-PH devra poursuivre, ce rapport fait également le lien avec les autres sujets nationaux à approfondir qui sont autant de préalables nécessaires et utiles à la poursuite des travaux SERAFIN-PH et au déploiement du futur modèle de financement.

Table des abréviations

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ARS : Agence régionale de santé

ASH : Aide sociale à l'hébergement

ATC : Autorité de tarification et de contrôle

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COTECH : Comité technique « Modèles de financement »

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

EDC : Enquête de coûts

IME : Institut médico-éducatif

ENC : Étude nationale de coûts

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses

ERRD : État réalisé des ressources et des dépenses

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail

ESMS : Établissement et service médico-social

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

GTN : Groupe technique national

IEM : Institut d'éducation motrice

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

OG : Organisme gestionnaire

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PCH : Prestation de compensation du handicap

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SERAFIN-PH : Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées

Annexes

Annexe 1 : Présentation du champ médico-social accompagnant les personnes en situation de handicap

Le périmètre de la réforme SERAFIN-PH concerne l'ensemble des ESMS du champ du handicap pour lesquels l'admission des personnes en situation de handicap est subordonnée à une notification de la CDAPH. Ces ESMS accompagnent des enfants et des adultes et sont sous compétence exclusive ou conjointe des ARS et des conseils départementaux.

D'après l'enquête ES-handicap réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES – données au 31 décembre 2014), les ESMS accompagnant des adultes en situation de handicap emploient 193 300 personnes quand les ESMS accompagnant des enfants et des adolescents en emploient 124 500, soit un total de 317 800 professionnels. Les catégories de personnel les plus représentées sont, pour les deux secteurs confondus, les professionnels de l'éducation spécialisée hors fonctions d'encadrement (91 700), les professionnels paramédicaux (58 400), le personnel des services généraux (50 300), le personnel de direction, de gestion et d'administration (40 400) et le personnel médical (7 000).

Le tableau ci-dessous³⁵ présente le nombre d'ESMS, de places installées et de personnes accompagnées concernés par la réforme SERAFIN-PH :

	Nombre de structures en 2014	Nombre de places en 2014
Ensemble des structures	11 250	489 200
Établissements pour enfants, dont	2 190	107 300
IME	1 220	69 200
ITEP	410	15 600
Établissements pour enfants polyhandicapés	200	5 700
IEM	140	7 400
Établissements pour jeunes déficients sensoriels (1)	120	7 600
Services pour enfants (2)	1 570	50 200
Établissements pour adultes, dont	6 250	281 700
ESAT	1 420	119 400
Centres de formation et d'orientation professionnelle (3)	150	11 000
Foyers (4)	4 480	146 600
Services pour adultes (5)	1 240	50 100

(1) Instituts pour déficients visuels, établissements pour déficients auditifs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds/aveugles.

(2) SESSAD.

(3) Centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), centres de rééducation professionnelle (CRP), unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS).

(4) Foyers occupationnels et foyers de vie, foyers d'hébergement, foyers d'accueil polyvalent, MAS, FAM.

(5) Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

³⁵ Source : DREES, enquête ES-Handicap 2014.

Sur les **11 250 ESMS** concernés par la réforme SERAFIN-PH, qui représentent **489 200 places installées**, 34 % sont à compétence exclusive ou conjointe des conseils départementaux.

En termes financiers, les crédits de l'Assurance maladie pour les ESMS à compétence exclusive et conjointe des ARS représentent 10,8 milliards d'euros en 2018³⁶ ; les crédits versés par les conseils départementaux pour les ESMS sous leur compétence exclusive et conjointe représentent 5,2 milliards d'euros environ³⁷. **Au total, la réforme porte donc sur environ 16 milliards d'euros.**

³⁶ Source : HAPI – tarification des ESMS pour personnes en situation de handicap du périmètre SERAFIN-PH en 2018 : 10 825 544 699 euros.

³⁷ Source : DREES, données 2014.

Annexe 2 : Composition des instances du projet SERAFIN-PH

Les instances sont préparées et animées par l'équipe projet SERAFIN-PH.

Groupe technique national

Le groupe technique national a été constitué dès le début des travaux SERAFIN-PH ; il réunit l'ensemble des parties prenantes du secteur du handicap. Il constitue l'instance de validation du projet sur le plan technique.

Fédérations et organismes gestionnaires

- > Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (ADAPT) ;
- > Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI) ;
- > Association nationale des directeurs et cadres d'établissement et service d'aide par le travail (ANDICAT) ;
- > AFM-Téléthon ;
- > Associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) ;
- > APF France Handicap ;
- > Autisme France ;
- > Comité français pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CFPSAA) ;
- > Comité de liaison et d'action des parents d'enfants et d'adultes atteints de handicaps associés (CLAPEAHA) ;
- > Croix-Rouge française (CRF) ;
- > Fédération des aveugles de France (FAF) ;
- > Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux (FFAIMC) ;
- > Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) ;
- > Fédération hospitalière de France (FHF) ;
- > Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France (FISAF) ;
- > Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ;
- > Fondation John Bost ;
- > Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux (GEPSSO) ;
- > Groupement national des directeurs généraux d'associations du secteur éducatif, social et médico-social (GNDA) ;

- > NEXEM ;
- > Trisomie 21 France ;
- > Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) ;
- > Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- > Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) ;
- > Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS).

Administrations centrales

- > Direction du budget (DB) ;
- > Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) ;
- > Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- > Direction générale des collectivités locales (DGCL) ;
- > Direction de la sécurité sociale (DSS) ;
- > Secrétariat général du comité interministériel du handicap (SG CIH) ;
- > Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SG MASS).

Agences, caisses et opérateurs de l'État

- > Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ;
- > Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;
- > Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ;
- > Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- > École des hautes études en santé publique (EHESP) ;
- > Haute Autorité de santé (HAS).

Représentants des agences régionales de santé

- > Agence régionale de santé Centre-Val de Loire ;
- > Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine ;
- > Agence régionale de santé Pays de la Loire.

Représentants des collectivités territoriales

- > Assemblée des départements de France (ADF) ;
- > Association des directeurs de maison départementale des personnes handicapées (ADMDPH). Participation de certains conseils départementaux : Nord (59)/Yonne (89) ;
- > Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (ANDASS) *via* le conseil départemental de Seine-Maritime (76).

Comité technique « Modèles de financement »

Le comité technique « Modèles de financement » a été mis en place de septembre 2018 à juin 2019 avec pour objectif de proposer des modalités de financement renouvelées. Composé à la suite d'un appel à candidatures lancé auprès du groupe de travail national, il réunit des personnes du secteur du handicap aux compétences et aux expertises diverses. Abordant ses travaux sous un aspect technique, il soumet le fruit de ses propositions au groupe de travail national.

Fédérations et organismes gestionnaires

- > ANCREAI ;
- > ANDICAT ;
- > APAJH ;
- > APF France Handicap ;
- > Croix-Rouge française ;
- > FEHAP ;
- > FHF ;
- > FISAF ;
- > Fondation John Bost ;
- > Générations Mutualistes ;
- > GEPSO ;
- > GNDA ;
- > NEXEM
- > Trisomie 21France
- > UNAPEI ;
- > UNIOPSS.

Administrations centrales

- > DGCS ;
- > DSS.

Agences, caisses et opérateurs de l'état

- > CNAM ;
- > CNSA.

Représentants des agences régionales de santé

- > Agence régionale de santé Bourgogne – Franche-Comté ;
- > Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine.

Représentants des collectivités territoriales

- > Conseil départemental des Pyrénées-Orientales (66) ;
- > Conseil départemental de Savoie (73).

À noter : la participation au comité technique « Modèles de financement » d'un membre du comité scientifique SERAFIN-PH.

Le comité scientifique, constitué dès le début de la réforme, a un rôle d'expertise et de conseil auprès de l'équipe projet SERAFIN-PH. Il se réunit en fonction de l'avancement du projet auquel il contribue par ses avis et préconisations, notamment sur la méthodologie. Il est composé de scientifiques d'horizons divers (sociologue, économiste de la santé, médecin, enseignant chercheur en gestion...). En complément de ces réunions, les membres du comité scientifique peuvent apporter leurs contributions en participant plus spécifiquement à certains chantiers *ad hoc* du projet SERAFIN-PH (exemple : comité technique « Modèles de financement »).

Annexe 3 : Outillage de la première phase

Pour rappel, la première phase du projet SERAFIN-PH vise à concevoir les outils nécessaires à la rénovation de l'allocation de ressources des établissements et services médico-sociaux. Les trois premières années du projet SERAFIN-PH ont donc été consacrées à l'élaboration des nomenclatures des besoins et des prestations, à la conduite d'enquêtes médico-économique et d'une étude qualitative dénommée « Repères ». Ces outils permettent d'améliorer la connaissance du secteur du handicap et plus précisément des besoins des personnes accompagnées, de l'activité des ESMS et de l'utilisation des moyens qui leur sont alloués. Ces outils servent de supports quotidiens aux travaux et aux réflexions conduits dans le cadre du projet SERAFIN-PH.

Nomenclatures des besoins et des prestations

La première phase du projet SERAFIN-PH a débuté en 2015 avec la construction des nomenclatures des besoins et des prestations³⁸. L'objectif était d'avoir une description homogène et partagée des besoins des personnes en situation de handicap et des réponses à ces besoins, appelées prestations (aussi bien les accompagnements réalisés que leurs modalités). Initialement, cette nomenclature devait permettre de comparer, lors des études médico-économiques, les coûts actuels des ESMS sur la base d'une description commune de leurs prestations³⁹.

Au-delà de l'usage des nomenclatures des besoins et des prestations comme outil préparant la réforme tarifaire, les nomenclatures sont utilisées par les acteurs pour décrire l'offre médico-sociale sur un territoire, les besoins des personnes en situation de handicap et les réponses apportées.

Dans le cadre du comité technique « Modèles de financement », les nomenclatures ont été utilisées comme cadre de référence et pour structurer les travaux (par exemple, description du « panier de services » des ESMS à partir des prestations SERAFIN-PH, mise en avant de la prestation « appui-ressources et partenariats institutionnels », modalités de financement examinées selon les domaines des prestations SERAFIN-PH : directes ou indirectes...).

Connaissance des coûts

Le rapport VACHEY-JEANNET ayant abouti à la mise en place du projet SERAFIN-PH a souligné la grande dispersion des coûts qui, selon les rapporteurs, révèle un mécanisme d'allocation de ressources qui n'est pas forcément corrélé avec les modalités de l'accompagnement et le public accueilli. Les travaux engagés depuis par le projet SERAFIN-PH visent à objectiver les liens budgétaires entre les besoins et les prestations dans une perspective d'évolution des modalités de financement.

³⁸ La première version des nomenclatures a été validée par le comité stratégique de la réforme le 21 juillet 2016. Une deuxième version a été produite en 2018 et validée par le comité stratégique le 27 avril 2018. [Les nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN-PH \(PDF, 284 Ko\)](https://www.cnsa.fr/documentation/presentation_graphique_des_nomenclatures2018.pdf) sont consultables sur le site de la CNSA : https://www.cnsa.fr/documentation/presentation_graphique_des_nomenclatures2018.pdf

³⁹ Pour rappel, une des premières préconisations issues du rapport VACHEY-JEANNET était de dépasser les analyses réalisées jusqu'ici avec les outils existants qui permettaient de comparer des coûts de places entre des catégories juridiques d'ESMS ou des « clientèles FINISS », mais pas des coûts « d'accompagnement », ou de profil de personnes, du fait de l'absence d'un outil de description commune des accompagnements et des besoins des personnes en situation de handicap.

Enquêtes de coûts sur les données 2015 et 2016

Deux enquêtes de coûts (EDC, sur les comptes administratifs 2015⁴⁰ et 2016⁴¹) ont été menées en lien avec l'ATIH⁴² pour observer les coûts des prestations et préparer les études nationales de coûts (ENC). Leur objectif est d'analyser les coûts à un niveau plus fin, c'est-à-dire au niveau de l'accompagnement réalisé (EDC) et du profil des personnes accompagnées (ENC).

Les enquêtes de coûts consistent à répartir le budget de l'ESMS (ses charges nettes) selon la nomenclature des prestations. Les participants à l'enquête ont donc la charge d'identifier les prestations directes (accompagnement des personnes) et les prestations indirectes (fonctions de gestion, management et logistique) réalisées au sein de leur structure et de répartir leurs charges de personnel et matérielles selon ces différentes destinations. Le retraitement des données comptables permet *in fine* de déterminer pour chaque ESMS le montant total des dépenses par prestation de la nomenclature SERAFIN-PH.

Les données mobilisées pour les EDC concernent uniquement la caractérisation des structures (catégorie FINESS, clientèle principale, taille de la file active...). Aucune donnée individuelle n'étant recueillie dans ces enquêtes, les analyses sont globales et ne permettent pas d'appréhender l'intensité des accompagnements délivrés, le type de déficience réelle ou les besoins des usagers... Il est également important de préciser que la taille de l'échantillon de ces enquêtes est peu élevée (92 ESMS en 2015 et 207 ESMS enfants et adultes en 2016) par rapport à la population des ESMS du périmètre SERAFIN-PH (environ 12 000 structures en 2016). De même, le caractère hétérogène des coûts mesurés explique les difficultés rencontrées pour identifier des grandeurs permettant d'expliquer la variabilité de ces coûts. D'autres études, comme les ENC actuellement en cours, sont donc indispensables pour étayer les premiers liens statistiques mis en évidence dans ces enquêtes de coûts (voir *supra*).

Malgré ces limites, l'exploitation de l'enquête de 2016, concomitante à la mise en place du comité technique « Modèles de financement », a permis d'étayer certaines réflexions du comité technique, notamment sur le poids de certaines prestations dans le budget actuel des ESMS ou sur la répartition des prestations directes ou indirectes⁴³.

⁴⁰ [Première enquête de coûts dans les structures d'accompagnement pour personnes handicapées – données 2015 \(PDF, 514 Ko\)](#)

⁴¹ [Rapport de l'enquête de coûts SERAFIN-PH. Exploitation des données de l'année 2016 \(PDF, 837 Ko\)](#).

⁴² L'ATIH est chargée de réaliser les études.

⁴³ Ainsi, bien que les données présentes dans les EDC ne puissent être extrapolées à l'ensemble du secteur, elles fournissent des indications utiles à la réflexion : la répartition constatée entre prestations directes et indirectes (environ 50 %/50 % en moyenne, avec néanmoins des variations selon les catégories d'ESMS) laisse penser, pour le deuxième scénario, que le budget socle représenterait donc au minimum environ 50 % du budget de l'ESMS.

Étude qualitative « Repères »

En parallèle des EDC, l'équipe projet a conduit une étude qualitative⁴⁴ fondée sur un recueil des paroles des professionnels exerçant au sein des structures médico-sociales pour :

- > accroître la base de connaissances des publics des établissements et services médico-sociaux et des réponses mises en œuvre par ces derniers ;
- > identifier des « repères », des « marqueurs » de charge en accompagnement, en d'autres termes des facteurs ressentis comme discriminants en matière de coûts par les ESMS. Certains de ces « repères » ont ensuite été repris et éprouvés dans le cadre des études nationales de coûts⁴⁵.

Pour saisir ces « repères », deux types de matériaux ont été recueillis : des descriptions des structures médico-sociales participantes et des descriptions de situations de personnes accompagnées par celles-ci. Chaque établissement ou service médico-social s'est vu demander de transmettre quatre situations individuelles⁴⁶ qui entraînaient des coûts plus ou moins importants, et ce au regard d'un standard⁴⁷. Une des limites inhérentes aux choix méthodologiques de l'étude est que celle-ci repose sur une comparaison de situations au sein d'une même structure. Les situations décrites par deux établissements ou services ne sont donc pas forcément comparables puisque la base de référence est différente.

L'étude « Repères » corrobore l'idée que certains éléments relatifs à la personne accompagnée et/ou aux prestations sont déterminants dans la consommation de ressources. Les enseignements de cette étude qualitative ont été utilisés pour élaborer l'un des sous-scénarios (2B)⁴⁸.

Études nationales de coûts

Les études nationales de coûts complètent et enrichissent le recueil d'informations issu des deux enquêtes (EDC) conduites sur l'activité des données 2015 et 2016. Elles s'appuient sur la comptabilité analytique d'un échantillon de 300 ESMS (comme les EDC) et sur le recueil de données individuelles relatives aux personnes accompagnées lors de deux périodes de quinze jours (appelées « coupes ») sur une année pour :

- > identifier les facteurs explicatifs de la variabilité des coûts des accompagnements ;
- > fournir des éléments d'analyse et de réflexion pour la constitution d'un nouveau modèle de financement des ESMS.

⁴⁴ [Réforme tarifaire des établissements et services pour personnes handicapées SERAFIN-PH.](#)

⁴⁵ Les « repères » retenus pour les ENC ont été discutés et validés par les instances du projet.

⁴⁶ Il était demandé aux établissements et services de décrire une situation individuelle par catégorie, définie comme suit : situation dite « standard », situation dite de « moyens inférieurs » (dont la situation et les accompagnements mis en œuvre représentent un poids financier ressenti comme moins important que la situation « standard »), situation dite de moyens supérieurs (la situation et les accompagnements sont ressentis comme mobilisant davantage de moyens que la situation « standard ») et situation dite « exceptionnelle » (situation de personne non admise au sein de la structure médico-sociale ou admise avec des crédits non reconductibles).

⁴⁷ Le « standard » correspond à l'estimation du coût moyen de l'accompagnement au sein de l'établissement ou du service. Il n'est donc ni prédéfini ni « chiffré ».

⁴⁸ Pour rappel, cette variante du deuxième scénario consiste à financer en part variable uniquement les coûts s'écartant des accompagnements habituellement réalisés par l'ESMS. Cette part variable serait calculée à partir de certains « marqueurs de charge » identifiés par l'étude « Repères », dont la validité statistique est recherchée dans les ENC. Cette part variable permettrait ainsi de valoriser les accompagnements nécessitant des ressources supplémentaires.

Les deux ENC, sur les données 2018 puis 2019, qui intègrent un recueil d'informations caractérisant les personnes accompagnées en ESMS (besoins, déficiences, état de santé, environnement social...) et précisant les prestations d'accompagnement délivrées à chacune d'entre elles, permettront de dépasser les limites identifiées dans les EDC et de déterminer des liens beaucoup plus précis entre les besoins, les caractéristiques et les moyens mobilisés par les ESMS. Les résultats sont attendus respectivement en 2020 et 2021 : ce nouvel horizon d'analyse et son calendrier ont été intégrés dans la poursuite des travaux SERAFIN-PH qui lient approfondissements techniques du ou des scénario(s) retenu(s) et analyse des données issues des ENC⁴⁹.

⁴⁹ Voir l'annexe 8 : Feuilles de route.

Annexe 4 : Calendrier des journées régionales SERAFIN-PH

Date	Régions
22 janvier 2019	Bourgogne-Franche-Comté
1 ^{er} février 2019	Auvergne-Rhône-Alpes
12 février 2019	Guyane, Martinique, Guadeloupe
12 mars 2019	Centre-Val-de-Loire
15 mars 2019	Grand Est
25 mars 2019	Nouvelle-Aquitaine
27 mars 2019	Île-de-France et Hauts-de-France
29 mars 2019	Bretagne et Pays de la Loire
3 avril 2019	Occitanie
14 mai 2019	Corse
16 mai 2019	Normandie
21 juin 2019	Provence-Alpes-Côte d'Azur
2 juillet 2019	Mayotte
18 septembre 2019	La Réunion

Annexe 5 : Grille d'analyse

Les différents modèles de financement ont été approfondis à l'aide de la grille d'analyse suivante, composée de :

- > une grille de description du scénario ;
- > une grille d'analyse de la réponse du scénario aux objectifs SERAFIN-PH ;
- > une grille d'analyse des enjeux du scénario.

Grille de description du scénario

Thématiques	Précisions	Propositions (à développer)
Destinataire du financement		
Population concernée par le scénario		
Périmètre des prestations	Préciser si certains accompagnements ont vocation à être financés directement à des prestataires.	
Base du financement, par rapport aux caractéristiques de la personne	Préciser les caractéristiques à retenir dans le cadre du scénario. Par exemple évaluation des besoins et de leur intensité avec un barème, identification des prestations requises, identification des variables discriminantes en matière de coût avec les données des ENC, utilisation du taux d'incapacité...	
Base du financement par rapport aux caractéristiques de l'ESMS ou de l'OG	Préciser les caractéristiques à retenir dans le cadre du scénario. Par exemple prestations requises, prestations réalisées, public accueilli, offre de prestations, qualité, recherche et développement...	
Prise en compte des ressources de la personne	Préciser si le nouveau scénario doit tenir compte ou non du niveau de ressources du foyer, s'il doit prévoir ou non un recours sur succession...	
Prise en compte du territoire	Préciser si le nouveau scénario doit tenir compte des territoires (le lieu d'implantation), par exemple de la densité de professionnels ou de l'offre médico-sociale...	
Modalités de financement	Préciser pour le nouveau scénario proposé le ou les financeurs, l'unité d'œuvre, la structuration des budgets des ESMS, le niveau de souplesse souhaité du modèle (marges de manœuvre des autorités de tarification et de contrôle), la mise en place d'un financement direct ou d'un droit de tirage...	
Modalités de mise en œuvre	Préciser les prérequis nécessaires à la mise en œuvre du scénario proposé, sa faisabilité, son coût de mise en œuvre ainsi que son calendrier prévisionnel.	
Outillage	Préciser l'outillage nécessaire au nouveau scénario, par exemple l'outil d'évaluation, la personne ou l'institution chargée de l'évaluation, les recours possibles, le rythme de l'évaluation, les systèmes d'information nécessaires...	
Transition entre les modalités actuelles de financement et le nouveau modèle	Préciser les modalités de transitions, la temporalité, les mécanismes d'accompagnement à prévoir...	

Thématiques	Précisions	Propositions (à développer)
Suivi, temporalité et évolution du modèle	Préciser les modalités de révision et d'évolution du scénario à la suite par exemple de l'identification d'effets pervers.	
Premières mesures envisageables pour 2021	Préciser les premières mesures envisageables dès 2021, qui permettront de préparer la mise en œuvre du nouveau scénario.	
Commentaires généraux		

Grille d'analyse de la réponse du scénario aux objectifs SERAFIN-PH

Principes SERAFIN-PH	Effets positifs et négatifs du modèle proposé (à développer)
Objectivité du financement, sur les besoins et les prestations	
Objectivation des besoins des personnes (évaluation)	
Objectivation des coûts des prestations	
Équité	
Équité sur les besoins et les prestations (sur la réponse aux besoins)	
Équité sur les financements des prestations (même coût/même prestation)	
Équité sur les charges de structure/historique, convention collective...	
Impact du territoire (connaissance, coût, offre existante...)	
Simplicité	
Mobilisation des ressources pour ATC et OG et autres acteurs	
Lisibilité du modèle/sa compréhension	
Permettre des parcours de vie sans rupture, visée inclusive	
Gradation de l'offre/Subsidiarité	
Modularité, souplesse et diversification des accompagnements	
Organisation des réponses aux situations complexes et d'urgence	
Fonctionnement des ESMS sur leur territoire : appui ressources	
Garantir le libre choix de la personne/recueil satisfaction	

Grille d'analyse des enjeux du scénario

Liste des enjeux à analyser	Analyse (à développer)
Enjeux budgétaires , sur les budgets actuels des ESMS, sur le financement médico-social, sur les autres dispositifs spécialisés (PCH...), sur le droit commun...	
Enjeux du reste à charge des personnes et de leur entourage	
Enjeux d'organisation de l'offre , et plus largement sur les ESMS et les professionnels, sur les autorités de tarification, sur les autres acteurs médico-sociaux (MDPH, SAAD...), sur les mandataires, sur les métiers de l'accompagnement et les pratiques professionnelles, sur les acteurs du droit commun...	
Enjeux de qualité de l'accompagnement	
Enjeux relatifs aux parcours des personnes en situation de handicap et de leur entourage (tout au long de leur parcours et lors des transitions)	
Acceptabilité du modèle	
Commentaires généraux	

Annexe 6 : Participation des personnes en situation de handicap aux travaux sur les modèles de financement

Les travaux du comité technique dédié à la réflexion sur les modèles de financement ont été complétés par des rencontres régionales entre l'équipe projet SERAFIN-PH et les acteurs du champ du handicap (autorités de tarification, établissements et services médico-sociaux, usagers et leurs familles).

En parallèle de ces rencontres, l'équipe projet SERAFIN-PH intervient auprès de différents groupes de personnes en situation de handicap pour présenter la réforme de la tarification, les différents scénarios, et recueillir ainsi leur parole (avis, besoins et attentes). En effet, dès le lancement du projet, la participation des personnes en situation de handicap a constitué un des axes majeurs de la réflexion sur la réforme. Cet axe, réaffirmé lors du comité stratégique du 27 avril 2018, s'est concrétisé sous la forme suivante en 2018 et 2019 :

- > la mise en accessibilité des documents relatifs au projet⁵⁰ ;
- > l'organisation de rencontres avec des groupes de personnes en situation de handicap pour présenter le projet ;
- > la poursuite de la collaboration et des échanges avec les groupes intéressés.

Au cours de l'année 2019, six groupes ont été rencontrés pour leur présenter les travaux menés dans le cadre du projet SERAFIN-PH. Ces rencontres ont été l'occasion pour l'équipe projet d'aborder les divers scénarios établis et analysés par le comité technique relatif aux modèles de financement⁵¹ et ainsi de recueillir leurs avis, leurs attentes et les difficultés que ces scénarios engendraient à leurs yeux. Au total, 37 personnes (personnes en situation de handicap ou leurs proches) se sont exprimées sur les divers scénarios.

Leurs retours sont repris ou insérés dans le présent rapport pour nourrir la réflexion sur les modèles de financement. Cependant, du fait du nombre de personnes interrogées et de la non-représentation des différents types de handicaps, l'échantillon ne peut être considéré comme représentatif.

⁵⁰ L'équipe projet, en lien avec la direction de la communication de la CNSA, a mené un travail de mise en accessibilité des documents d'information disponibles sur la réforme de la tarification. Le premier document élaboré est la lettre d'information destinée aux personnes en situation de handicap accompagnées par les établissements et services médico-sociaux participant à l'étude nationale de coûts 2018. Des documents ont ensuite été élaborés ou transcrits en facile à lire et à comprendre comme une brochure d'information [Qu'est-ce que la réforme SERAFIN-PH ? \(PDF, 1.06 Mo\)](#) et un article présentant la réforme, un support de présentation pour les rencontres...

⁵¹ Un travail de transcription des trois scénarios et de leurs variantes en facile à lire et à comprendre a notamment été mené pour ces rencontres afin de favoriser la participation des personnes déficientes intellectuelles.

Annexe 7 : Feuille de route « Déterminants »

Les déterminants à visée tarifaire peuvent être définis comme les caractéristiques des personnes et leurs besoins ayant une incidence objective sur le coût des accompagnements réalisés.

La feuille de route a pour objectif d'établir une méthode d'évaluation de ces déterminants. Elle est structurée comme suit.

Comité de pilotage

Comité stratégique du projet SERAFIN-PH ; groupe technique national.

Équipe projet

Comité technique « évaluation des déterminants », associant des représentants des MDPH, des professionnels des ESMS, des professionnels qualifiés (statisticiens, économistes de la santé...), de la DREES notamment, la DGCS (sous-directions concernées), la CNSA (pôles et directions concernés).

Partenaires

Comité scientifique du projet SERAFIN-PH, groupes de travail des chantiers réponse accompagnée pour tous, transformation de l'offre, systèmes d'information SI-MDPH, répertoire opérationnel des ressources, SI-Suivi des orientations, tableaux de bord de la performance, HAS.

Objectifs généraux

L'évaluation des déterminants est inhérente aux trois grands objectifs de la réforme :

- > être équitable (fin des dotations historiques et prise en compte des caractéristiques des personnes) ;
- > être simple (lisibilité augmentée par l'objectivation des besoins/caractéristiques et des réponses associées) ;
- > permettre des parcours de vie sans rupture (lier la transformation de l'offre médico-sociale aux logiques d'inclusion et de personnalisation des prestations).

Objectifs techniques

- > permettre d'alimenter la phase 1 du projet (objet de l'enquête repère et incrémentation dans les ENC) ;
- > permettre de compléter la phase 2 du projet : identifier un plan d'action pour une évaluation des déterminants dans une visée tarifaire ;
- > organiser la phase 3 du projet (déploiement du modèle tarifaire).

Opportunités

- > évolution des outils d'évaluation pour réaliser un outil agrégé permettant une tarification à partir des déterminants (certaines caractéristiques et certains besoins des personnes) ;
- > harmonisation des éléments de définition dans les chantiers nationaux (besoins, attentes, caractéristiques...) ;
- > poursuite de l'objectif SERAFIN-PH de faciliter une réponse adaptée aux besoins des personnes ;
- > premières mesures pouvant être envisagées en 2021, en lien avec les chantiers menés avec les MDPH (SI, guide d'appui à l'orientation, GEVA...) et avec les ESMS et les autorités de tarification et de contrôle (transformation de l'offre, réforme des autorisations...).

Calendrier prévisionnel

La mise en œuvre d'une grille d'évaluation des déterminants doit à la fois être coconstruite, réalisée en adéquation avec les travaux des phases 1 et 2 du projet (interprétation des résultats des EDC et des ENC, simulations d'impact, expertise d'un ou de plusieurs modèles de financement), dans un calendrier restreint.

Phase de cadrage

Septembre-novembre 2019 : arrêt du calendrier, réalisation de la feuille de route et préparation des réunions de travail ; validation en GTN.

Novembre 2019 : validation en comité stratégique.

Phase de conduite

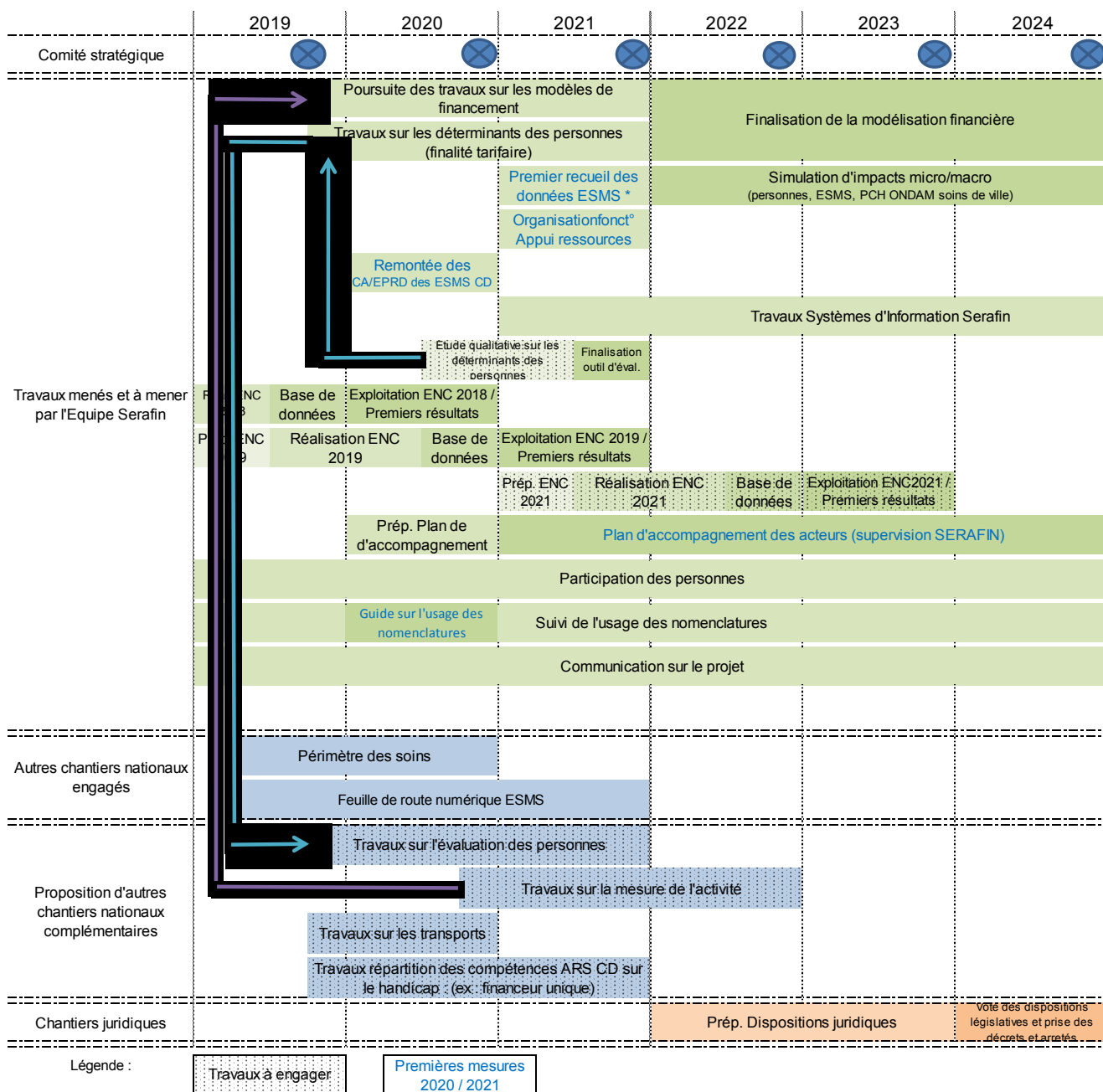
- > décembre 2019-mai 2020 : quatre réunions bimestrielles de l'équipe projet (groupes de travail *ad hoc* éventuels) à partir des outils existants ;
- > juin-août 2020 : identification et mise en œuvre des paramètres pour l'évolution de l'outil d'évaluation (création du cadre général, vérification de sa compatibilité avec les autres outils existants) ;
- > septembre-décembre 2020 : confrontation de l'outil avec les premiers résultats ENC et réalisation potentielle d'une étude qualitative auprès d'ESMS volontaires ;
- > janvier-mai 2021 : phase de consolidation.

Phase de conclusion

Juin-septembre 2021 : finalisation et présentation au comité stratégique pour validation.

Annexe 8 : Feuilles de route générales par scénario

Premier scénario : financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage individuel à partir des caractéristiques des personnes

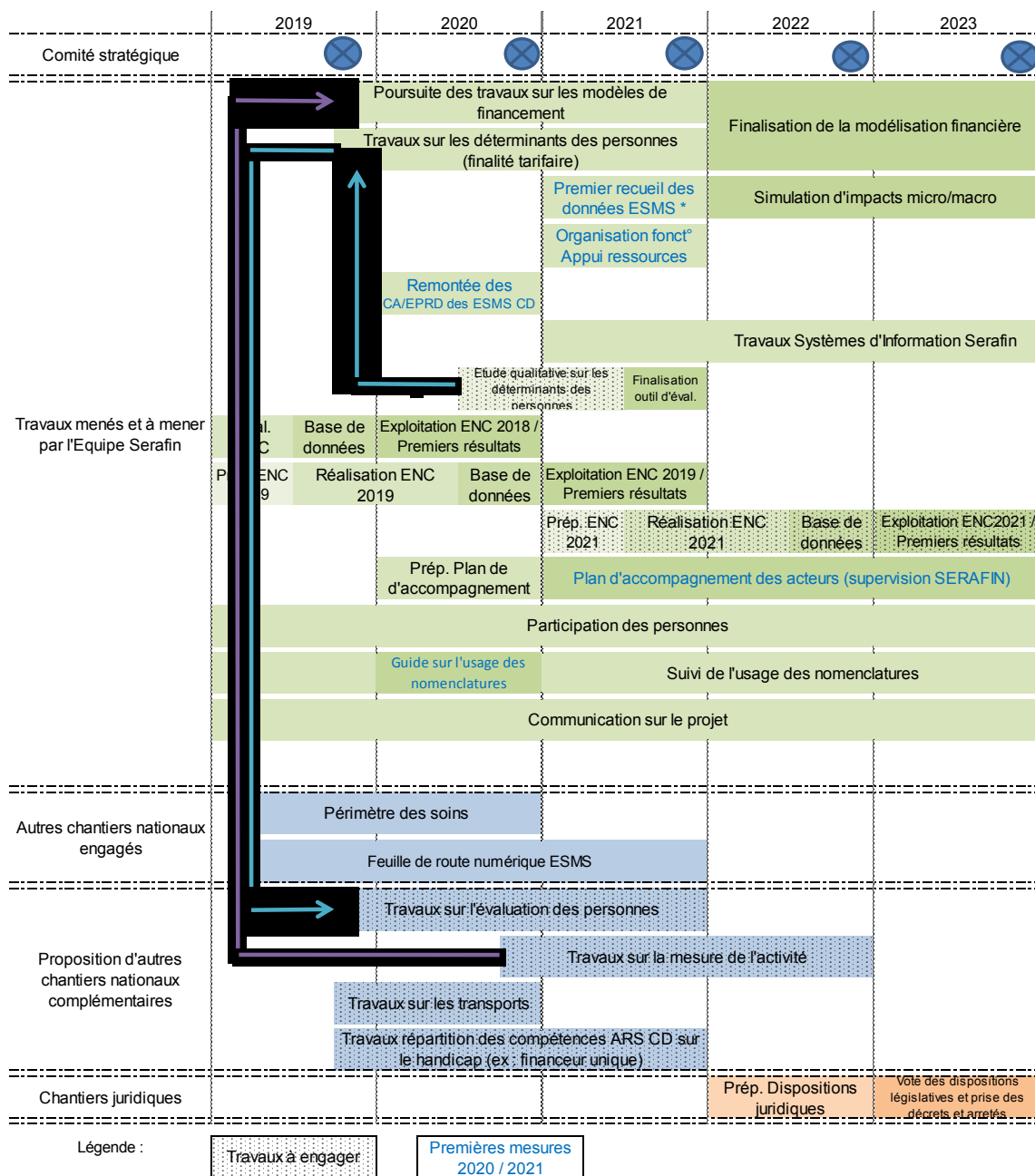


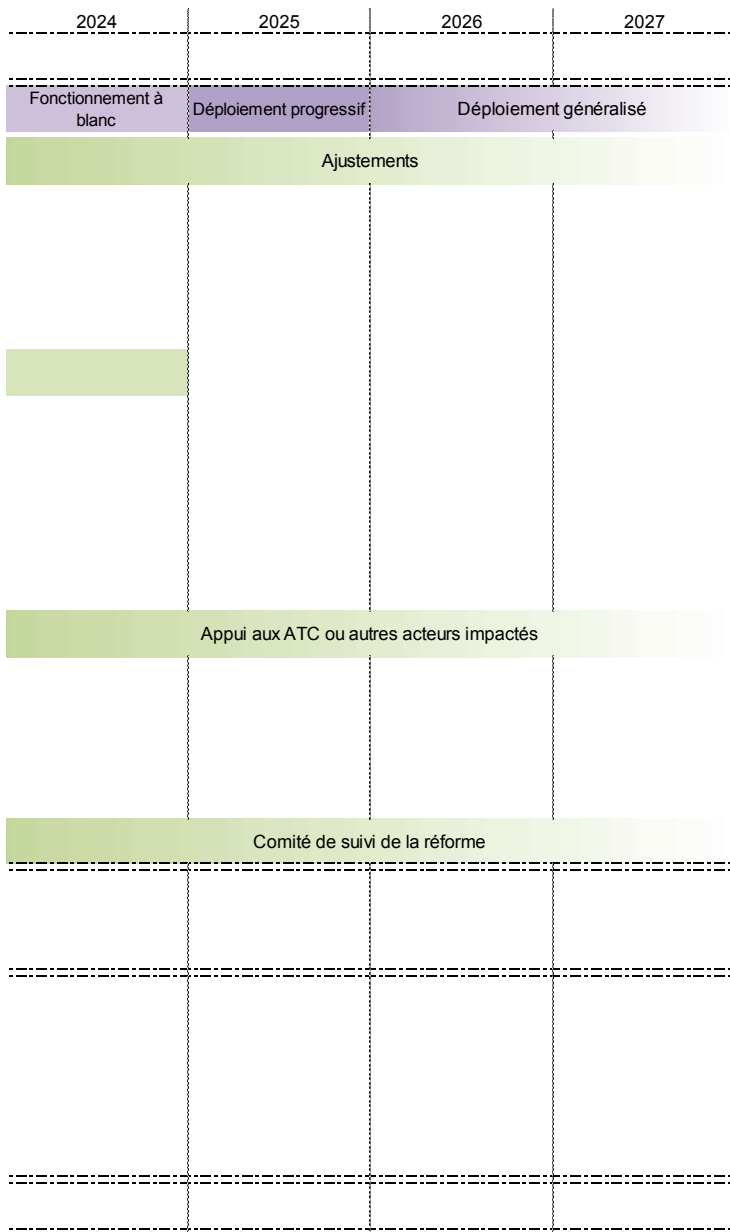
Modélisation financière : Affecter des coûts aux unités d'œuvres

* Premier recueil des données ESMS, en complément des données déjà existantes

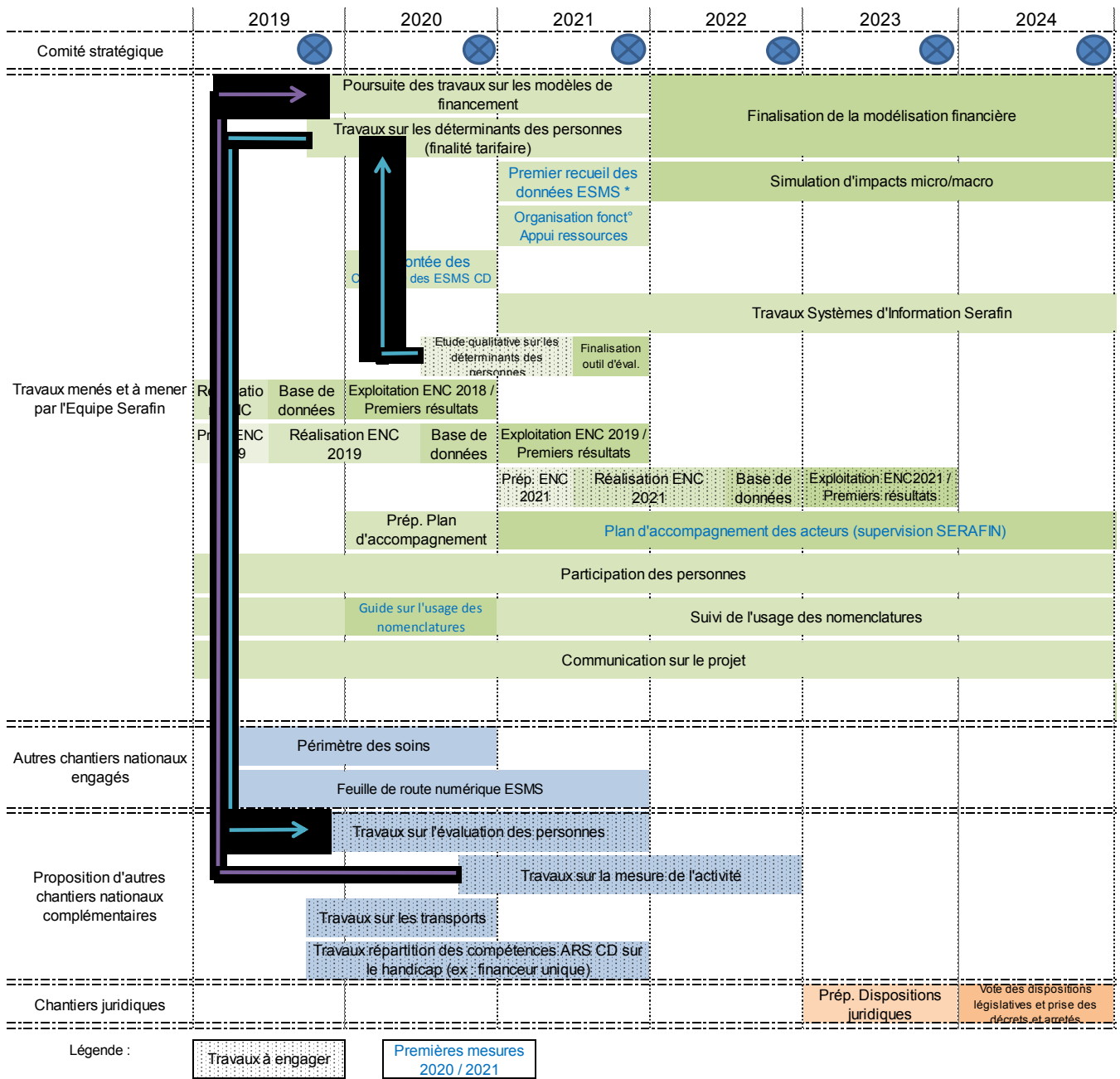
2025	2026	2027	2028	2029
Fonctionnement à blanc		Déploiement progressif (expérimentation)	Déploiement généralisé	
Ajustements				
Appui aux ATC ou autres acteurs impactés				
Comité de suivi de la réforme				

Deuxième scénario : financement des ESMS à partir des caractéristiques des personnes et des ESMS





Troisième scénario : financement mixte



Modélisation financière : Affecter des coûts aux unités d'œuvres

* : Premier recueil des données ESMS, en complément des données déjà existantes

2025	2026	2027	2028
Fonctionnement à blanc	Déploiement progressif	Déploiement généralisé	
Ajustements			
Appui aux ATC ou autres acteurs impactés			
Comité de suivi de la réforme			

Description des feuilles de route

Une feuille de route est proposée pour chaque scénario. Elle identifie chronologiquement en cinq catégories les étapes du projet SERAFIN-PH.

À noter : ces feuilles de route sont des propositions et des estimations.

Comité stratégique

Pour les trois scénarios, un comité stratégique est prévu chaque année jusqu'au terme de la réforme afin de valider les travaux réalisés et d'ajuster la feuille de route.

Travaux menés et à mener par l'équipe SERAFIN-PH

Travaux relatifs au modèle de financement

Il est proposé de poursuivre les travaux sur les modèles de financement (approfondissements et construction technique) et les travaux sur les déterminants des personnes (finalité tarifaire) en parallèle, et ce dès la fin 2019 et jusqu'en 2021. Afin de soutenir ces travaux sur les déterminants des personnes, une étude qualitative pourrait être menée (fin 2020 à mi-2021) afin de disposer d'un outil d'évaluation à finalité tarifaire fin 2021.

Ensuite, une période de trois ans pour le premier et le troisième scénario (2022 à 2024) et une période de deux ans pour le deuxième scénario sont envisagées pour finaliser la modélisation financière réalisée en même temps que les simulations d'impacts (sur les personnes, les ESMS, la PCH, les soins-ONDAM soins de ville...).

À noter : un premier recueil généralisé de données des ESMS est envisagé en 2021 afin de procéder à des simulations d'impacts, ainsi qu'une remontée des données CA et ERRD des ESMS sous compétence des conseils départementaux en 2020 (*via* les plateformes Import CA et Import ERRD), quel que soit le scénario. De plus, et dans le cadre du soutien à la société inclusive, il est proposé de travailler en 2021 sur l'organisation de la fonction appui ressources.

Début 2021, et jusqu'au déploiement de la réforme tarifaire, des travaux relatifs aux systèmes d'information utiles à la tarification devront être menés en lien avec la feuille de route numérique ESMS.

Enfin, une période de fonctionnement à blanc (modèle déployé, mais sans utilisation tarifaire afin de donner une visibilité aux opérateurs sur leurs ressources futures), un déploiement progressif et un déploiement généralisé sont prévus. Selon les scénarios et leurs éventuelles conséquences sur les budgets des ESMS, la durée du déploiement est différente, ce qui aboutit à un début de déploiement en 2026 pour le premier scénario, en 2025 pour le deuxième scénario, en 2027 pour le troisième scénario. Pendant cette phase de déploiement, des ajustements du modèle restent possibles.

Réalisation des ENC

- > première ENC (dite ENC 2018) : le recueil de données des ESMS se termine mi-2019, le dernier semestre 2019 permet de constituer la base de données. L'exploitation des données de cette première ENC en 2020 permet d'envisager des premiers résultats à la fin de cette même année ;
- > deuxième ENC (dite ENC 2019) : la préparation de cette deuxième ENC se termine mi-2019, le recueil de données des ESMS se termine mi-2020, et le dernier semestre 2020 permet de constituer la base de données. L'exploitation des données de cette deuxième ENC en 2021 permet d'envisager des premiers résultats à la fin de cette même année ;
- > troisième ENC (dite ENC 2021) : cette troisième ENC est une proposition. Avec un calendrier similaire aux précédentes, les premiers résultats sont envisagés fin 2023.

Plan d'accompagnement des acteurs

Pour les trois scénarios, un temps de préparation du plan d'accompagnement est prévu en 2020 pour une mise en œuvre en 2021 et jusqu'au terme de la réforme.

Participation des personnes

Pour les trois scénarios, la participation des personnes au projet SERAFIN-PH est prévue en continu jusqu'au terme de la réforme

Suivi de l'usage des nomenclatures

Pour les trois scénarios, un travail de suivi de l'usage des nomenclatures est réalisé en continu jusqu'au terme de la réforme avec la proposition de publier un guide sur ces usages en 2020.

Communication sur le projet

Pour les trois scénarios, la communication sur le projet SERAFIN-PH est faite en continu jusqu'au terme de la réforme.

Autres chantiers nationaux engagés

Pour les trois scénarios, d'autres chantiers nationaux engagés, dont l'objet est en lien avec le projet SERAFIN-PH, ont été identifiés, tels que les travaux relatifs au périmètre des soins en ESMS menés par la mission Denormandie et la feuille de route numérique en ESMS.

Proposition de chantiers nationaux complémentaires

Pour les trois scénarios, des propositions de chantiers nationaux complémentaires ont été formulées. Il s'agit :

- > des travaux relatifs à l'évaluation des personnes (fin 2019 à 2021), dont les travaux sur les déterminants pourraient être une déclinaison ;
- > des travaux sur la mesure de l'activité (fin 2020 à 2021) à approfondir une fois que les modalités tarifaires seront précisées ;
- > des travaux relatifs aux transports et à leurs modalités de financements (fin 2019 à 2020) ;
- > des travaux sur la répartition des compétences entre ARS et conseils départementaux dans le champ du handicap (fin 2019-2021).

Chantiers juridiques

Pour les trois scénarios, il sera nécessaire d'engager les travaux juridiques avec pour première étape la préparation des dispositions juridiques et pour seconde étape l'adoption de ces nouvelles dispositions et l'écriture des textes complémentaires (décrets, arrêtés...). La date de démarrage et la durée estimée de ces étapes dépendent du scénario :

- > premier scénario : première étape de deux ans (2022 à 2023) et seconde étape d'un an (en 2024) ;
- > deuxième scénario : première étape d'un an (2022) et seconde étape d'un an (en 2023) ;
- > troisième scénario : première étape d'un an (2023) et seconde étape d'un an (en 2024).

Annexe 9 : Plan d'accompagnement des acteurs

Le plan d'accompagnement proposé vise à assurer l'acculturation au sens et aux outils du projet SERAFIN-PH, puis l'appropriation des nouvelles modalités d'allocation de ressources par les professionnels, les personnes en situation de handicap, leurs représentants, aidants et proches, avant le déploiement de nouveau modèle de financement.

Ce plan d'accompagnement comporte deux volets :

- > formation ;
- > communication.

Formation

Destinataires concernés

- > les cadres et les agents des autorités de contrôle et de tarification (ARS et conseils départementaux) ;
- > les équipes de direction et les professionnels de l'accompagnement des ESMS ;
- > le personnel chargé de l'évaluation des personnes en situation de handicap des MDPH.

Deux temps de formation sont envisagés : un premier temps consacré aux usages descriptifs des nomenclatures (quatrième trimestre 2020 et premier trimestre 2021) et un second temps consacré au nouveau modèle de financement en fonction de l'avancée des travaux (*a priori* troisième et quatrième trimestres 2021).

Ingénierie de formation

1. **élaboration d'un kit pédagogique** : composé de différents modules adaptés en fonction de la temporalité du projet et des destinataires de la formation.
À construire au plus tard quatrième trimestre 2020 pour ce qui concerne l'usage descriptif des nomenclatures SERAFIN-PH ;
2. **formations de formateurs** (École des hautes études en santé publique, réseau des opérateurs de compétences, voire fédérations).
Pas avant fin 2021 en fonction de l'avancée du projet ;
3. **MOOC (cours en ligne)** en complément de formations en présentiel.
Mise en ligne fin 2020 – base kit pédagogique nomenclatures.

Acteurs de formation

EHESP, Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), opérateurs de compétences (OPCO), instituts régionaux du travail social et fédérations et têtes de réseaux nationales (exemple : ANCREAI).

Calendrier

De septembre à décembre 2019

- > contact DGCS-CNSA du CNFPT ;
- > contact de l'EHESP ;
- > contact de l'Institut national spécialisé d'études territoriales d'Angers pour inscription au calendrier de formations 2021 ;
- > présentation au comité stratégique.

Premier semestre 2020

Contact des opérateurs de compétences (et autres organismes potentiels, dont les fédérations).

Communication

- > outils de communication : foire aux questions, plaquettes de communication en direction des professionnels du secteur, des personnes en situation de handicap, du grand public ;
- > séminaires nationaux ;
- > déplacements en région ;
- > interventions dans les journées, colloques, outils de communication... des réseaux ;
- > rencontres et échanges avec les personnes en situation de handicap ;
- > veille sur le contenu des sites internet existants.

www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
www.handicap.gouv.fr

