

# Journal de projet n°1 – Avril 2015

## Editorial

Promouvoir une société inclusive, abaisser les frontières entre les secteurs sanitaire, social et médico-social pour faciliter les parcours des personnes en situation de handicap, garantir l'accès aux soins et proposer qu'à toute personne corresponde une réponse adaptée, font partie des objectifs fixés par le Président de la République, à l'occasion de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 11 décembre dernier.

Or l'inclusion sociale et le mieux vivre ensemble, l'objectif d'égalité bouleversent les modalités d'accueil et d'accompagnement proposées par les établissements et services. Ces enjeux ont fait évoluer des organisations construites jusqu'à présent à partir d'un cloisonnement des différentes catégories d'établissements et services et une grande diversité des gestionnaires. Ils conduisent à progresser vers des réponses d'accompagnement toujours plus inclusives, à mieux organiser l'accès aux dispositifs de droit commun et à développer des réponses adaptées aux situations de handicap complexes.

La réforme de la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap que j'ai souhaité engager n'est pas une fin en soi. Elle participe à une démarche plus globale. Elle doit accompagner les chantiers et projets prioritaires engagés dans le domaine du handicap. Elle ne saurait ralentir. Je pense, à titre d'exemples, aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et plus généralement à la contractualisation, au déploiement du tableau de bord médico-social ou à des expérimentations en cours ou à venir.

Cette réforme s'appuie sur les recommandations du rapport de Laurent Vachey (IGF) et Agnès Jeannet (IGAS), remis en octobre 2012 et complété en juillet 2013 par des propositions plus opérationnelles. Plusieurs points ont d'ailleurs été confirmés par un rapport de la Cour des Comptes. Ils ont servi de base pour établir la feuille de route validée lors du comité stratégique du 26 novembre dernier que j'ai présidé. C'est un chantier pris à bras le corps par le ministère qui mobilise les compétences croisées de la DGCS et la CNSA dans le cadre de l'équipe-projet « SERAFIN-PH », en charge de la réforme. Les partenaires et acteurs du secteur participent pleinement à cette démarche au sein du comité de pilotage et du groupe technique national mis en place pour ce chantier.

Quels que soient les choix que nous serons amenés à faire, cette réforme est l'affaire de tous. Elle nous engage collectivement à garder à l'esprit l'objectif qui est le nôtre : **adapter les réponses aux**

## besoins de personnes et en déduire les modalités financières et contractuelles optimales.

C'est un chantier de longue haleine qui aboutira grâce à la participation constructive et à l'implication de l'ensemble des partenaires concernés. Il conviendra d'accompagner sa mise en œuvre car, au bout du compte, il s'agit d'une véritable conduite du changement.

**Ségolène Neuville**  
**Secrétaire d'Etat chargée des Personnes handicapées**  
**et de la Lutte contre l'exclusion**

## La feuille de route du projet SERAFIN-PH

Le projet SERAFIN-PH vise à mettre en place une tarification des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap, selon des modalités renouvelées. Cette démarche démarre par la nécessité de se doter d'un référentiel tarifaire d'ici trois ans, qui sera utilisé lors de l'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux concernés.

### **Ce référentiel tarifaire, qu'est-ce que c'est ?**

C'est un ensemble d'outils et de règles d'utilisation de ces outils, permettant d'allouer des ressources aux établissements et services médico-sociaux accueillant ou accompagnant les personnes en situation de handicap dans une logique d'équité, de promotion des parcours, de souplesse et plus globalement d'amélioration des modalités de leur accompagnement.

Il comprend a minima :

- une description des besoins des personnes accompagnées ;
- une description des prestations mises en œuvre pour répondre à ces besoins ;
- une objectivation des ressources allouées en fonction des prestations servies au regard des besoins des personnes.

Il nécessite en premier lieu:

- **la mise en place de deux nomenclatures** (outil de description partagée) : de **besoins** et de **prestations**, qui permettront à tous d'utiliser un langage commun ;
- **la définition des informations pertinentes** (données, agrégats de données, indicateurs...) afin d'objectiver l'allocation de ressources quelles que soient les modalités de tarification retenues. Ces données devront permettre de classer de manière homogène l'activité réalisée dans les ESMS (volet prestations) en fonction des besoins identifiés (volet « besoins »).

## Pourquoi constituer des nomenclatures de besoins et de prestations ?

Pour partager le vocabulaire utilisé (de quoi parle-t-on quand on parle de besoins ou de prestations ? de quels besoins ? de quelles prestations ?)

La première étape du chantier permettra aux pouvoirs publics, aux associations agissant auprès des personnes en situation de handicap et aux fédérations gestionnaires de définir la manière dont l'activité des ESMS peut être décrite, puis de l'objectiver.

Cette démarche ne confond en aucun cas normalisation du vocabulaire utilisé et normalisation des besoins ou des réponses apportées à ces besoins. Elle vise au contraire à apporter de la clarification et à objectiver la diversité des situations.

Ce travail collectif doit permettre de :

- **Construire les nomenclatures adéquates**, composées d'un ensemble de mots utilisés dans le secteur relatifs aux besoins, aux prestations. Il s'agira d'un catalogue détaillé, ordonné et dont les modalités d'utilisation seront précisées.

Les nomenclatures devront permettre de recueillir les données en s'appuyant sur un vocabulaire stabilisé. Pour ce faire, une analyse critique des nomenclatures et référentiels qui peuvent exister en France ou à l'étranger sera faite afin d'appuyer la démarche.

- **Identifier les données utiles**, c'est-à-dire les informations pertinentes, qui auront vocation à décrire la réalité des situations vécues par les personnes en situation de handicap vivant en établissement ou accompagnées par un service.

Les nomenclatures de besoins et de prestations permettront de décrire de manière homogène la diversité des situations des personnes ; le recueil de ces données existantes ou à rechercher, leur qualité et leurs modalités de collecte seront aussi essentielles.

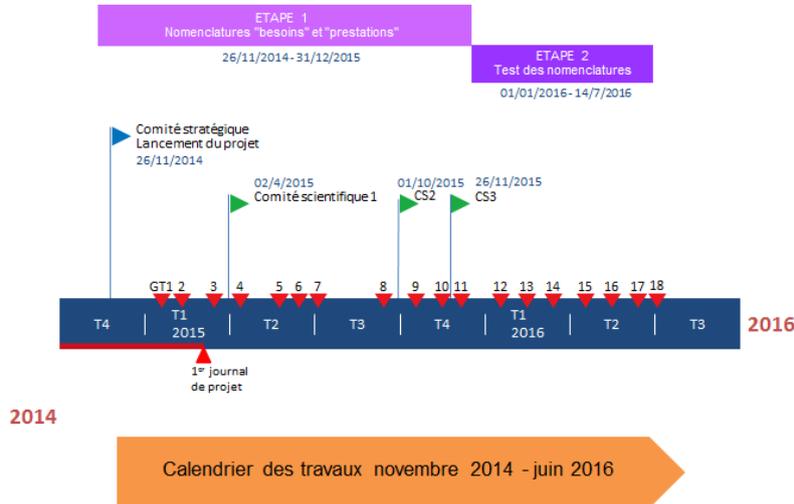
- **Rassembler les indicateurs**, qui seront réalisés à partir d'un agrégat de données recueillies conformément aux nomenclatures. Les indicateurs seront donc des outils qui permettront d'évaluer, de **mesurer** une situation, une tendance, un état.

Pour élaborer le référentiel tarifaire, il sera nécessaire de tenir compte des contraintes, concernant les données :

- classer de manière pertinente et homogène l'activité réalisée dans les établissements et services médico-sociaux (volet « prestations ») en réponse à des besoins identifiés (volet « besoins »). Il s'agira aussi de garantir la prise en compte des évolutions en cours au sein de ces

établissements et services allant dans le sens de prestations inclusives ;

- recueillir des données, des indicateurs dans une logique tarifaire : ce sont les éléments discriminants de la dépense en établissements et services médico-sociaux.



Ces travaux sont préalables à une objectivation des coûts et de compléter les indicateurs de suivi et de pilotage de l'activité qui n'existent pas toujours ou restent parcellaires dans les ESMS. Une harmonisation des outils permettra en outre une meilleure comparaison, à profils et prestations comparables, des établissements et services entre eux. Par la suite, il s'agira d'engager des travaux d'évaluation des coûts et de développer, à partir de ces nomenclatures, des outils de suivi et de pilotage de l'activité de type « indicateurs ».

Le processus de réforme qui s'engage pourra se nourrir d'autres chantiers en cours et inversement. De même, les travaux conduits par la CNSA ainsi que par des ARS, des gestionnaires ou des associations représentant les personnes en situation de handicap et les agences techniques (ANESM, ASIP, ATIH ou ANAP), viendront à des niveaux différents, nourrir la réflexion. Par ailleurs, ces outils ayant vocation à favoriser les échanges entre partenaires (ESMS, ARS, CG, MDPH, ...), une attention particulière est portée à leur inscription dans des travaux existants.

## La méthode de travail

**Le comité stratégique** du projet SERAFIN-PH : instance politique, piloté par la Ministre chargée des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion. Il est composé des différentes directions d'administrations centrales concernées, de la CNAMTS, de l'assemblée des départements de France, de la CNSA, des agences (ANAP, ATIH, ANESM, ARS) et de onze associations et fédérations œuvrant auprès de personnes handicapées. Il définit la feuille de route et la méthode de travail, suit l'avancement des travaux et valide les grandes étapes de la réforme. Présidé par Ségolène Neuville le 26 novembre 2014 en présence d'un représentant du Cabinet de la Ministre de la santé, le comité stratégique a validé la feuille de route et la méthode de travail.

**Le comité de pilotage** : autrement appelé « comité des financeurs », réunit, autour des cabinets de la Ministre et de la Secrétaire d'Etat, la DGCS et la CNSA ainsi que le secrétariat général des ministères sociaux, la CNAMTS, la direction de la sécurité sociale et l'assemblée des départements de France. Il est chargé en particulier de l'arbitrage régulier des décisions.

**Un groupe technique national du projet** : animé par l'équipe projet SERAFIN-PH, il se réunit régulièrement et est composé : des principales fédérations gestionnaires du secteur, d'associations représentant les personnes handicapées, de l'assemblée des départements de France, de la sécurité sociale, de représentants de l'État et plusieurs de ses établissements publics. Il partage l'objectif et la méthode du projet et permet une concertation permanente avec les acteurs du secteur pour établir le référentiel tarifaire. Il peut également, sur proposition de l'équipe projet, contribuer à des ateliers thématiques pour éclairer certains aspects de la réforme, s'assurer de la prise en compte des particularités de certaines prestations liées au public accompagné. Il veille à la cohérence des diverses propositions de ces ateliers.

Des ateliers thématiques compléteront cette gouvernance, soit pour éclairer ou s'assurer de la prise en compte d'un handicap particulier, soit pour s'assurer de la cohérence de diverses propositions.

**Un comité scientifique du référentiel tarifaire** : en lien avec le Conseil scientifique de la CNSA et présidé par le Dr Alain Colvez, il a vocation à appuyer scientifiquement la démarche, et à :

- émettre des avis sur la méthode d'élaboration et de validation de tout ou partie du référentiel, sur son utilisation, ses résultats, voire leur révision ;

- participer à l'élaboration des outils, guides et formations en vue de l'appropriation du référentiel ;
- relayer la communication sur les enjeux, les objectifs et les résultats de la réforme, le cas échéant en rédigeant ou en s'associant à la rédaction d'articles relatifs à cette réforme ;
- contribuer à identifier les expériences étrangères

## Les membres de l'équipe

L'équipe dédiée au projet SERAFIN-PH comprend la directrice de projet, rattachée à la Directrice générale de la cohésion sociale (DGCS) et cinq collaborateurs de la CNSA, constituant le pôle réforme de la tarification au sein de la direction des ESMS.

Le journal du projet SERAFIN-PH est réalisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Direction générale de la cohésion sociale du ministère des affaires sociales et de la santé.