



Feuille de route

Projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées¹

Sources :

- Rapport de Laurent Vachey et Agnès Jeannet, *Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement*
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article289>
- Rapport de Laurent Vachey et Agnès Jeannet, *Mission d'assistance - modernisation de l'action publique - réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées*
- Rapport de Denis Piveteau, « Zéro sans solution », *le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*
- Guide méthodologique pour l'élaboration du SROMS
http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=1014
- Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2014 (juillet 2014)
http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=1360
- CNSA, REBECA Exploitation des données issues des comptes administratifs 2010 et 2011
http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=1040

L'équipe-projet s'appuiera en outre sur l'ensemble des rapports remis ou à venir et touchant les différents domaines de la réforme.

¹ Dans la note, le sigle ESMS sera le plus souvent utilisé pour désigner les établissements et services médico-sociaux accueillant et accompagnant des personnes handicapées.

Table des matières

Feuille de route	1
Le contexte : des évolutions de fond dans le secteur médico-social, une exigence plus grande de régulation budgétaire.....	4
Les lois structurantes de 2002 et 2005	4
L'émergence d'une exigence de continuité des parcours.....	5
Les contraintes budgétaires pesant sur le secteur.....	6
En conclusion : un consensus sur les objectifs	7
Le périmètre de la réforme attendue	9
La notion de tarification et ce qui relève du projet.....	9
La nécessaire prise en compte, par le projet, des éventuelles évolutions à venir.....	10
Une réforme pour partie déjà engagée mais incomplète	11
Des exemples de réformes de la tarification menées dans l'ensemble du champ de la santé et des affaires sociales, en France et à l'étranger.....	13
Des réformes menées en France.....	13
Des modèles de tarification à l'étranger	16
Des points de vigilance pour la réforme à venir.....	19
Les attentes des acteurs quant à la réforme de la tarification	20
Le cadrage du projet.....	21
Les points de vigilance de la réforme et les premières hypothèses de travail qui sont posées (par les acteurs du secteur, par l'équipe-projet)	24
Les critiques que l'on peut apporter au système actuel d'allocation de ressources	24
Les améliorations qui sont d'ores et déjà identifiables.....	25

Le présent document a vocation à éclairer les acteurs de la réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées : ses enjeux, son contexte, ses incidences possibles.

Il s'agit de disposer d'un socle de connaissances commun entre tous, permettant une égale compréhension des objectifs de cette réforme et des raisons qui ont conduit à la mettre en œuvre, de son périmètre et de ses impacts.

Le contexte : des évolutions de fond dans le secteur médico-social, une exigence plus grande de régulation budgétaire

Les lois structurantes de 2002 et 2005

L'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées ont profondément évolué en France du fait d'un mouvement de fond marqué notamment par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005.

L'article L116-1 du code de l'action sociale et des familles précise que « *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.* » Cette définition est porteuse de valeurs qui doivent pouvoir guider des actions destinées à garantir la qualité de vie sur le long terme.

L'article L114 du même code précise quant à lui que « *constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* ». Outre que le modèle est désormais plus fonctionnel que biomédical, c'est-à-dire que cette nouvelle définition permet la prise en compte des environnements comme obstacles ou facilitateurs de la participation de la personne, et permet une logique de compensation, il induit une représentation pluridimensionnelle de la santé qui renvoie également à la citoyenneté : la personne handicapée ou en perte d'autonomie doit pouvoir rester acteur de sa santé, et dans toute la mesure du possible, maître de ses choix.

L'article L114-1-1 décrit ce qu'est la compensation du handicap. Il positionne les établissements médico-sociaux comme un des moyens de cette compensation en précisant que la « compensation consiste à répondre à des besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité [...] du développement de places en établissements spécialisés [...] ».

Enfin, les textes fondateurs de l'action sociale et médico-sociale consacrent le principe de subsidiarité entre accessibilité et compensation : il convient d'assurer aux personnes en situation de vulnérabilité l'accès en priorité au droit commun dans tous les domaines. A défaut, des moyens de compensation seront mobilisés en mettant en œuvre des adaptations lorsqu'elles sont nécessaires. En dernier recours seulement, des dispositifs spécifiques seront développés.

A noter, ces principes progressent dans un contexte marqué par

- l'allongement de l'espérance de vie, qui concerne l'ensemble de la population : un poids accru des maladies chroniques ;

- une demande accrue de vie à domicile ;
- une inégalité territoriale dans la répartition de l'offre d'accompagnement ;
- des inégalités sociales de santé (la situation sociale est facteur de risque de handicap ; elle est aussi facteur d'aggravation du handicap ; enfin, elle entraîne des différences dans les solutions de prise en charge : proportion d'enfants en établissement spécialisé 7 fois plus importante chez les ouvriers que chez les cadres. Le mode de scolarisation en milieu spécialisé ou en milieu ordinaire a un impact sur le mode d'accès à l'insertion professionnelle et à l'emploi à l'âge adulte)².

L'émergence d'une exigence de continuité des parcours

Le secteur médico-social accompagnant les personnes handicapées reste très cloisonné au sein du champ plus vaste qu'est celui de la santé. Certaines de ses caractéristiques sont les suivantes :

- Un secteur qui s'appuie essentiellement sur les gestionnaires associatifs : 89% des places dans les établissements et services appartiennent au secteur privé non lucratif (10 % au secteur public et moins de 1% au privé lucratif). On constate un morcellement et une dispersion des promoteurs associatifs : environ 11 500 établissements³ accueillent des personnes handicapées (avec toutefois 3 à 4 associations ou fédérations d'importance nationale regroupant une grande partie des structures, qui conservent une autonomie de gestion) ;
- Une coresponsabilité entre ARS et Conseils Généraux (ces derniers étant désignés comme les pilotes de l'action sociale) et un cofinancement de plusieurs catégories de structures ;
- Une étanchéité des catégories juridiques des établissements et services, par publics, par handicaps, par modalités d'accueil, accrue par la responsabilité partagée entre Etat et Conseils généraux : de ce fait, le système est mal adapté aux pluri handicaps ;
- Un mode d'allocation de ressources reposant quasi exclusivement sur des dotations historiques, sans que les référentiels de coût qui ont émergé dans d'autres secteurs n'aient été promus dans le champ du handicap.

Dans ce contexte, l'émergence d'une exigence de fluidification des parcours⁴ s'accompagne de la nécessité d'identifier les leviers de cette fluidité : la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées constitue trop souvent aujourd'hui un facteur de lourdeur et de complexité (administrative, budgétaire, juridique) ; elle génère cloisonnement et fragmentation des réponses aux besoins des usagers :

- **Les modes de catégorisation des ESMS** qui déterminent leur mode de financement constituent des obstacles à la continuité des prises en charge : catégorisation des ESMS en fonction de l'âge des résidents, créant des frontières artificielles dont le dispositif de l'amendement Creton illustre bien les limites ; catégorisation administrative en fonction des déficiences pour les enfants mais sans qu'une

² Cf. http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_SROMS_-_mai_2011.pdf, pages 11et 12

³ Sources croisées ANAP (<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/>) et données tarifaires HAPI 2014 (CNSA).

⁴ Le conseil de la CNSA, dans son rapport 2012, a défini la notion de parcours en insistant sur plusieurs de ses caractéristiques : le parcours est celui d'une personne, dans un environnement. L'objectif des politiques publiques est de favoriser l'adéquation des parcours avec les projets des personnes, d'éviter ou à défaut d'accompagner les ruptures brutales et non anticipées de ces parcours afin d'en favoriser la continuité.

mise à jour des référentiels de contenus de service n'ait été opérée et sans qu'une telle catégorisation n'ait été mise en place pour les adultes ; catégorisation administrative en fonction du mode d'accueil (internat, accueil temporaire ; accueil de jour) qui atteint aujourd'hui ses limites au regard notamment de demandes comme l'accueil séquentiel, un fonctionnement des ESMS plus intégré avec les autres acteurs du soin.

- Contrairement à la logique de tarification au Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) qui prévaut pour les EHPAD, **l'absence de lien entre le niveau de financement d'un établissement et le degré d'autonomie** des personnes handicapées accueillies comporte un risque puisqu'il n'y a pas d'incitation financière à la recherche d'un accueil des personnes les plus lourdement handicapées. L'admission dans l'établissement ou le service, peut reposer sur une « sélection à l'entrée » des personnes et non pas sur l'objectif d'adapter la prise en charge aux besoins des personnes orientées.

- **L'absence de description des prestations**, outre le fait qu'elle empêche de corréliser service rendu et coût de fonctionnement, constitue une limite forte à la connaissance et à la structuration même d'une approche parcours : l'existence de référentiels de description des services rendus en ESMS permettrait d'impulser une démarche d'analyse régionale des besoins fondée sur l'évaluation, sur un territoire donné, de l'existence ou non de l'ensemble des fonctions attendues en ESMS pour les populations cibles ; un tel référentiel « accueil en ESMS » compléterait utilement les modèles de compensation à domicile pour permettre, notamment, une comparaison des atouts respectifs, et limites, de l'une ou l'autre des modalités d'accueil afin de faciliter le passage de l'une à l'autre ; l'absence de description du contenu de service en ESMS constitue par ailleurs, plus largement, un frein au décloisonnement des segments du parcours de la personne : ainsi l'absence de clarté dans les découpages entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les soins en ESMS, leur organisation, leur coexistence soulève la question du champ de l'intervention des différents acteurs, de leur coordination et de leur régulation : médecin traitant, coordination médicale, soins paramédicaux, SSIAD, HAD...

Les contraintes budgétaires pesant sur le secteur

Du point de vue économique, les caractéristiques du secteur médico-social accompagnant des personnes handicapées sont les suivantes :

- Une régulation qui repose essentiellement sur un régime d'autorisation (loi de 1975, puis de 2002) qui couvre l'intégralité des établissements ou services ;

- Un secteur très dynamique en termes de développement de l'offre : plusieurs plans nationaux ont permis le développement des structures (l'OGD personnes handicapées a cru de +40% entre 2006 et 2013).

- Mais un ONDAM médico-social qui tend à croître moins fortement, avec des contraintes financières qui pèsent aussi très fortement sur les départements.

Dans ce contexte, l'amélioration de la qualité de l'accompagnement ne peut que s'accompagner d'une amélioration de l'efficacité de la dépense. Il s'agit donc de développer la performance, telle qu'elle est promue par l'OMS : l'équité de la contribution financière, la réactivité aux attentes de la population, et la réduction des inégalités de santé constituent les critères de performance parmi les plus importants.

En conclusion : un consensus sur les objectifs

Le rapport d'Agnès Jeannet et Laurent Vachey⁵ a permis un consensus autour de plusieurs constats :

- La programmation des créations de places n'est pas dictée le plus souvent par la connaissance fine et objectivée des besoins des personnes traduite en besoins d'accompagnement mais par la perception qu'en ont les différents acteurs, étayée par des enquêtes parcellisées ;
- Les sources de connaissance des situations de handicap sont insuffisantes ;
- Il n'existe pas d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement.

La préconisation qui était formulée dans ce rapport était de conduire une réforme du financement du secteur pour y parvenir.

Dans le même temps, un autre rapport a été produit : le rapport « zéro sans solution ; le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ». Parallèlement, des réflexions territoriales ou associatives se sont poursuivies. De ces évolutions on peut identifier les aspirations suivantes :

- Une demande forte de souplesse dans l'orientation des personnes dans les ESMS de manière à favoriser une logique de parcours : cette demande s'adresse à la fois aux MDPH dans leur mission d'orientation, aux établissements dans leur capacité à travailler dans une logique plus coordonnée ;
- Une demande, en conséquence, d'une plus grande souplesse dans l'allocation de ressources de manière à ce que les modalités actuelles (le financement de prix de journée, notamment) ne soient pas un frein à la mise en place de dispositifs de prise en charge plus axés sur une adaptation de la réponse à la variabilité des besoins dans le temps par exemple.

Ces deux aspirations nous semblent parfaitement complémentaires des hypothèses formulées quant au contexte conduisant aujourd'hui à la réforme de la tarification des ESMS accueillent des personnes handicapées. En effet, un système garantissant cette souplesse, accompagnée des instruments de mesure permettant une allocation objectivée de la ressource, serait profitable aux personnes (plus grand respect des besoins), aux gestionnaires (plus grande latitude dans l'organisation) aux tarificateurs (rationalisation de l'allocation).

Ainsi, la réforme de la tarification (son processus, sa méthodologie et les avancées progressives qu'elle permettra) accompagne, d'un point de vue opérationnel, les orientations de la politique du handicap. Elle n'est pas une fin en soi mais est l'un des vecteurs du changement en cours : désinstitutionnalisation, inclusion accompagnée, parcours sans rupture, logique de dispositif territorial coordonné...

Le processus de réforme qui s'engage pourra se nourrir d'autres chantiers en cours ; inversement des chantiers et expérimentations en cours pourront se nourrir de l'approche déployée dans le cadre du projet.

⁵ <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article289>

La réforme est donc un processus de changement qui permettra de dégager, au fur et à mesure de sa progression, des outils concrets qui seront certes utiles à l'aboutissement de la réforme mais pourront aussi servir à d'autres chantiers, en cours ou à venir.

Le périmètre de la réforme attendue

La notion de tarification et ce qui relève du projet

La notion de tarification des établissements et services médico-sociaux recouvre plusieurs réalités et est proche de plusieurs autres notions. Ainsi, à titre d'exemple, un rapport de la Cour des Comptes sur le financement des établissements pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés dans son introduction évoque les notions suivantes :

- Financement des établissements
- Allocation de ressources aux établissements
- Processus de tarification des établissements

Il semble nécessaire de bien définir à quoi correspond le vocable « tarification » dans le projet de réforme piloté par l'équipe projet. Pour ce faire, il nous semble que plusieurs niveaux d'analyse des processus de tarification existent et renvoient à des questions à traiter.

Question à traiter	Commentaires
QUI ?	
Quel financeur ?	Etat, assurance-maladie, Conseils généraux
Sous question : quelle répartition des financeurs ?	Etablissements cofinancés : FAM, SAMSAH, CAMSP
QUOI ?	
Que finance-t-on ?	Unité de financement : <ul style="list-style-type: none">- Acte, journée, séjour, dotation annuelle ?- L'établissement (ou le service) ou plusieurs établissements (ou services) ?- Les personnes elles-mêmes en fonction de leurs besoins d'accompagnement ? Soit en les solvabilisant directement, soit en finançant l'établissement ?
COMMENT ?	
Selon quelle procédure les ressources sont-elles allouées ?	Négociation budgétaire ou standardisation des coûts (avec des modalités intermédiaires) Système rétrospectif ou ex-ante (à la ressource)
QUAND ?	
A quel rythme les ressources sont-elles allouées ?	Annualité ou pluri annualité de la fixation du budget ? (indépendamment du rythme de paiement)

Ces questions ne relèvent pas toutes du projet. Afin de remplir les objectifs qui sont les siens, l'équipe-projet devra formuler des propositions aux questions suivantes :

- Quoi : que finance-t-on, quelle est l'unité de financement ?
- Comment : selon quel processus ?
- Quand : le cas échéant, avec quelle périodicité ?

L'équipe projet devra traiter en propre les deux objectifs ci-dessous, qui se complètent et se succèdent :

✓ **Objectiver les coûts** et leurs différences actuelles en tenant compte des besoins des personnes accueillies et accompagnées et des prestations qui leur sont servies ;

Ceci pour répondre à la question *quoi* ?

✓ **Créer les outils** qui pourront conduire à une évolution des modalités de tarification actuelles.

Ceci permettant de faire évoluer les réponses aux questions *quand* ? et surtout *comment* ?

Ces deux objectifs devront tenir compte de trois enjeux majeurs :

- L'équité de l'allocation de ressources entre opérateurs (équité s'appuyant sur l'objectivation des besoins des personnes accueillies et les prestations effectivement réalisées) ;
- La rationalisation des procédures d'allocation de ressources ;
- La nécessité de favoriser des réponses justes et souples (favorisant des parcours sans ruptures) pour les personnes.

Parallèlement, il doit être relevé que la notion de tarification dans les processus métiers actuels (traduits dans les systèmes d'information, dont HAPI) recouvre deux étapes :

1^{ère} étape : Déterminer la dotation (de l'unité de financement : en l'occurrence l'établissement ou le service) ;

2^{ème} étape : Tarifier (Calculer un tarif, produire une décision tarifaire et notifier cette décision).

Les objectifs du projet se situent dans un premier temps **en amont** de ces processus. Les processus en cause dans la présente réforme se situent en effet à l'étape immédiatement antérieure à celle conduisant à déterminer la dotation de l'établissement.

La nécessaire prise en compte, par le projet, des éventuelles évolutions à venir

Les différents établissements et services accompagnant les personnes handicapées sont financés par trois financeurs principaux : l'Etat, les départements et l'assurance maladie qui interviennent seuls ou conjointement sur des bases construites au fil du temps. Les personnes en situation de handicap elles-mêmes peuvent être amenées à contribuer indirectement à leur accompagnement dans certains établissements d'hébergement.

Le transfert d'un financeur à l'autre ou le regroupement des financements vers un financeur unique est un **choix politique**. Il peut entraîner des conséquences qu'il sera nécessaire d'anticiper puis d'accompagner (exemples : impact sur les aides à l'investissement, sur la participation éventuelle des résidents).

L'équipe-projet, si une décision politique de transfert de financement était prise, aura, le cas échéant à identifier les incidences de ce transfert et à proposer les adaptations nécessaires réglementaires pour éviter tout hiatus.

Une réforme pour partie déjà engagée mais incomplète

Plusieurs modalités de financement sont actuellement mises en œuvre : prix de journée, prix de journée globalisé, dotation globale de financement annuelle, pluriannuelle. L'évolution au cours des dernières années encourage le passage en contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui, de fait, fait évoluer les modalités de financement du prix de journée vers la dotation globale, du financement établissement par établissement au financement possible de plusieurs établissements, de l'annualité budgétaire à la pluri annualité. Selon les chiffres CNSA, en 2011, 26 % des ESMS du panel REBECA⁶ (soit 58% des ESMS financés par l'assurance-maladie accueillant des personnes handicapées) étaient sous CPOM.

La réforme de la tarification est donc pour partie d'ores et déjà engagée par le biais de la signature de CPOM. Si le passage en dotation globale et en pluri annualité (CPOM) est vivement souhaité par les gestionnaires (elle leur donne de la visibilité pour la durée du CPOM, leur garantit de fait une relative stabilité des financements et le cas échéant une certaine souplesse dans l'affectation des résultats), plusieurs limites sont toutefois mises en avant :

- les CPOM portent sur les crédits d'un seul financeur : pas de vision partagée sur l'ensemble des crédits (même si le CASF ne l'interdit pas) ;
- la signature du CPOM n'exonère pas d'une approche par établissement autorisé pour un nombre de places et un type d'accueil ;
- la détermination de la « base zéro », lors de la signature d'un CPOM, s'appuie le plus souvent sur un diagnostic partagé entre l'organisme gestionnaire et l'instance de tarification. Toutefois, elle ne peut s'appuyer sur des coûts objectivés, faute de référentiels standardisés et de systèmes d'informations adéquats ;
- la mise en œuvre pluriannuelle du CPOM ne permet pas de garantir un suivi organisé et uniforme de l'activité réalisée, selon des indicateurs généralisés s'imposant à l'ensemble des gestionnaires.

Un des objectifs du projet est de s'attacher à accompagner ce qui a déjà été engagé, à savoir le développement des CPOM, ainsi que, le cas échéant, l'hypothèse de déploiement du vecteur tarifaire de la dotation globale de financement à titre de disposition transitoire, telle qu'elle figure dans le rapport IGAS-IGF. Il s'agira, pour réaliser cet accompagnement :

- De définir les indicateurs socles permettant des comparaisons de coûts et d'activité entre ESMS, en fonction des besoins des personnes accueillies, et de créer ou compléter les outils permettant le recueil de ces indicateurs ;
- De favoriser le développement, comme cela a été le cas dans le champ des personnes âgées, d'une logique de gestion du risque, comprise comme « l'ensemble des actions mises en œuvre pour

⁶ REBECA, exploitation des données issues des comptes administratifs 2010 et 2011.

améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût » (IGAS, 2010) ;

- De trouver les voies et moyens pour une présentation globale des financements tous financeurs confondus ;

- D'étudier la possibilité de consolider les budgets de plusieurs établissements en fusionnant le cas échéant plusieurs établissements de même type gérés par la même association (le cas échéant sur une zone géographique déterminée) pour alléger le travail des autorités de tarification et du gestionnaire (ce qui bien sûr n'interdit pas le gestionnaire de descendre à un niveau infra en comptabilité analytique au titre du contrôle de gestion et de la gestion du risque).

Ces objectifs nous semblent complémentaires voire constituent des effets induits des chantiers de réforme de la tarification (cf. § ci-dessous relatif au cadrage et feuille de route de la réforme).

Des exemples de réformes de la tarification menées dans l'ensemble du champ de la santé et des affaires sociales, en France et à l'étranger

Des réformes menées en France

Les contraintes pesant sur les budgets de la santé et des affaires sociales ainsi qu'une exigence d'efficacité ont conduit les autorités à engager différentes réformes.

Dans le secteur social

La réforme la plus emblématique du secteur social ces dernières années est celle qui a conduit la DGCS à promouvoir, via une circulaire du 16 juillet 2010, un référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion⁷. L'élaboration d'un référentiel s'est inscrite dans une refondation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion s'organisant autour de deux principes directeurs (la mise en place d'un véritable service public de l'hébergement et la priorité accordée à l'accès au logement, y compris pour les publics les plus vulnérables).

L'enjeu transversal à l'ensemble de ces évolutions consistait alors à **optimiser la qualité** des prestations proposées aux personnes prises en charge, tout en **maîtrisant les dépenses**. On se situait donc bien dans une logique d'efficacité et de régulation. Il était précisé en 2010 que le référentiel national des prestations constituait une première étape dans la construction d'un référentiel des prestations et des coûts. A noter que l'étude nationale des coûts est actuellement en cours de réalisation par la DGCS.

Ce référentiel repose sur deux listes de prestations :

- une première liste qui contient les dix-sept prestations délivrées directement aux personnes ;
- une deuxième liste contient les trois prestations « support » nécessaires à la délivrance des 17 prestations ci-dessus.

Enfin, la circulaire mentionne l'utilisation du référentiel :

- décrire les prestations délivrées par les opérateurs ;
- pour les établissements et structures, être une référence pour construire ou faire évoluer leurs projets d'établissements et/ou associatifs ; l'utiliser en matière d'évaluation interne et externe ; en faire un levier pour accroître la participation des usagers ;
- être un outil de dialogue de gestion et d'aide à l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les opérateurs et l'État (décrire les prestations pour lesquelles le concours de l'État est sollicité, ainsi que leur niveau de qualité en se rapportant directement aux éléments contenus dans le référentiel) ;
- à l'échelle territoriale, nourrir les travaux de programmation, dont la mise en œuvre des PDAHI et l'instruction des dossiers présentés dans le cadre des procédures d'appels à projets ;
- être un outil de référence pour la mise en place de partenariats avec d'autres acteurs (les bailleurs sociaux, les collectivités locales).

⁷ http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-09/ste_20100009_0100_0059.pdf

Au plan national, la mise en œuvre du référentiel devait faire l'objet d'un suivi régulier par le comité national de la refondation.

Dans le secteur sanitaire

La tarification à l'activité (T2A) en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

En janvier 1983, le financement des hôpitaux a été modifié radicalement puisqu'a été substitué au prix de journée une dotation globale (DG), donc à caractère limitatif. Plusieurs réformes sont intervenues par la suite : mise en place progressive du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), création des schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS) en 1991, création des agences régionales de l'hospitalisation et de l'objectif national de dépenses de l'assurance-maladie (ONDAM) par l'ordonnance de 1996. En 1999, le principe d'une expérimentation de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics et privés basés sur une tarification à la pathologie a été posé ; cette expérimentation a été rendue opérationnelle à compter de 2002.

Aujourd'hui, la T2A concerne tout le champ MCO (public et privé). La psychiatrie n'est pas encore concernée et les premiers travaux sont en cours pour le SSR (cf. ci-dessous).

Les limites de la DG :

- La situation financière des hôpitaux s'est retrouvée figée, pénalisant ceux dont la gestion était efficace et donnant une rente de situation aux hôpitaux ayant bénéficié du système inflationniste du prix de journée ;
- Le fondement de la DG sur une base historique ne permettait pas de prendre en considération les évolutions de nature et de volume d'activités ;
- Les progrès techniques (molécules onéreuses, dispositifs médicaux) ont motivé des demandes de financement supérieures au taux directeur et ont généré la constitution chronique de reports de charge.

Alors que sous DG, les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente, avec des moyens déconnectés de l'évolution de l'activité, la T2A a permis de calculer les ressources à partir d'une estimation d'activités et de recettes. Ainsi, l'activité génère des recettes qui permettent d'autoriser des dépenses, dans une enveloppe déterminée.

Le principe de base est celui du tarif au séjour, qui s'appuie sur plusieurs classifications médicales (CIM et CCAM). Les informations médicales et administratives sont traduites selon une procédure spécifique en GHM (groupe homogène de malades) et GHS (groupe homogène de séjour). Un tarif opposable est affecté au GHS (ce qui nécessite de mettre en place des enquêtes de coûts et études spécifiques).

Toutefois, à hauteur variable d'un établissement à un autre, coexistent avec la T2A (financement lié directement à l'activité de l'année en séjours), des dotations non liées à l'activité (dont missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation et missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), des médicaments et dispositifs médicaux en sus.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'extension du modèle T2A au champ du SSR nécessite de disposer d'une classification complémentaire des actes de rééducation ainsi que d'une nouvelle échelle nationale des coûts (ENC), afin d'asseoir les tarifs sur des bases solides et fiables. Le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation a été publié en avril 2014. Il décrit les règles de codification qui s'appliquent à chaque séjour hospitalier en SSR. Ces données sont recueillies conformément à l'ordonnance 2010-177 du 23 février 2010.

Outre les données administratives concernant le séjour et le patient, sont enregistrées chaque semaine des données médicales (trois morbidités principales codées en référence à la Classification internationale des maladies CIM 10, les diagnostics associés) ainsi que la dépendance des personnes. La dépendance est appréhendée grâce à six variables (habillement, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication) auxquelles sont associés quatre niveaux. Ces informations permettent la production d'un résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Ce RHS, une fois rendu anonyme, est transmis à l'ARS via une plate-forme d'échange e-PMSI selon des tableaux standardisés. L'ensemble de ces données alimentent une base nationale.

Parallèlement sont recueillies des données concernant les actes médicaux rattachés à chaque séjour. Ces actes médicaux sont codés en référence à la classification commune des actes médicaux, les actes de rééducation autres que médicaux étant codés en référence au catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR ; BO spécial 2014/3 bis). Ces données conduisent à l'élaboration d'un résumé standardisé de facturation (RSF), lui aussi rendu anonyme avant transmission.

Le lien entre le résumé hebdomadaire standardisé anonyme et le résumé standardisé de facturation anonyme est fait via les numéros de séjours.

Des règles précises concernant le codage de l'ensemble de ces données sont édictées : contenu, modalités de hiérarchisation...

En rapprochant les données caractéristiques des patients hospitalisés et des soins délivrés il est possible de classer les séjours grâce à un algorithme en 15 catégories majeures selon la morbidité principale, 88 groupes si on prend les diagnostics associés significatifs et 684 groupes médico économiques (GME)

La première version des GME a été publiée en 2014. Pour mémoire le premier PMSI en SSR a été rédigé en 1997 et a fait l'objet de six versions successives. Les travaux conduits par l'ATIH et la concertation avec les professionnels ont permis de finaliser la première version des GME publiée en 2014.

Dans le secteur médico-social

Les services de soins infirmiers à domicile

L'objectif de la réforme est d'assurer une plus grande équité dans la répartition des ressources entre SSIAD afin de prendre en compte certaines spécificités des services et le profil des publics accompagnés.

Le modèle tarifaire a été proposé fin 2008 sur la base de travaux conduits dès 2007 avec le laboratoire URC-ECO. Il repose sur un forfait global composé d'une part forfaitaire, qui constitue un « score structure » et d'une part variable, qui constitue un « score patient ».

Le modèle a fait l'objet d'une première simulation en 2010 et 2011 : celle-ci a permis de donner lieu à des ajustements de l'algorithme.

Le modèle ajusté a alors été testé une seconde fois en 2012-2013. Le résultat de cette seconde simulation a été présenté récemment aux acteurs du secteur. La suite des travaux est liée à la stratégie de développement des SPASAD portée par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et des Droits des femmes.

Des modèles de tarification à l'étranger

Dans les situations observées par la mission Vachey-Jeannet, il y a à chaque fois concordance de deux contextes intervenant comme des contraintes pesant sur un mode de fonctionnement préexistant :

- Une contrainte budgétaire de maîtrise des dépenses (cf. Japon), voire de resserrement des budgets ou encore de fermeture des enveloppes (cf. Bruxelles) ;
- Une exigence de qualité liée à l'évolution des concepts et de la manière d'appréhender la question du handicap dans la société : individualisation de l'accompagnement en Belgique, passage d'une logique de protection à une logique de valorisation de l'autonomie au Japon.

Le modèle de Bruxelles-capitale : une grille tarifatrice unique qui ne sert qu'à la tarification

En région Bruxelles-capitale, le principe de tarification des près de 1500 places de centres de jour et d'hébergement est le suivant :

- Evaluation individuelle des besoins d'accompagnement des personnes handicapées au moyen d'une grille ;
- Fixation, à partir de cette évaluation, d'une norme transcrivant la lourdeur de prise en charge des personnes ;
- Cette norme contribue ensuite à la fixation d'une norme d'encadrement de l'établissement, qui détermine la majeure partie des crédits alloués à l'établissement.

L'outil d'évaluation, commun à toutes les personnes handicapées prises en charge, est fondé sur :

- Une norme de base
- Une norme complémentaire corrigée en fonction de la lourdeur des situations.

En 2006, le poids de la norme complémentaire a augmenté dans la pondération globale.

La grille d'évaluation comprend 5 sections pondérées entre elles, chaque section ayant plusieurs items fonctionnels. Pour chaque item, il est nécessaire de mettre un score allant de 1 à 5, la note 5 étant la situation la plus proche de la normale. Ce score peut être modulé par la notion d'accès.

L'accès fait référence à des obstacles à la réalisation des activités soit le contexte, la lenteur, la fatigabilité, la sécurité.

L'addition des items pondérés en fonction de la section de rattachement et de la notion d'accès donne un score total sur 100 :

- Un score supérieur à 66/100 classe la personne en catégorie A,
- Un score compris entre 48 et 66 correspond à B,
- Un score inférieur à 48 correspond à C.

L'évaluation est faite au bout de quelques mois d'accueil de la personne (trois mois le plus souvent). Elle est transmise à la Commission Communautaire française (COCOF) qui viendra sur place réaliser à son tour une évaluation. Une synthèse des deux évaluations sera faite par la COCOF. Pendant la période entre l'admission et la validation de la grille, le tarif appliqué est celui obtenu par les indicateurs de pondération de l'établissement. Cette évaluation est réalisée tous les cinq ans sous réserve d'évolutions qui seraient signalées ; tous les trois ans pour les enfants.

Il faut en moyenne quatre mois pour une validation définitive de l'évaluation par l'administration.

Utilisation concrète de la grille d'évaluation

La grille est remplie par l'équipe du centre, mais uniquement pour répondre à cette obligation administrative, sans que cela soit utilisé en clinique. Elle est construite sur une évaluation des inaptitudes de la personne alors que les équipes travaillent plutôt sur l'autonomie et les progrès réalisés. Il n'existe pas de lien direct entre la grille et le projet individuel de la personne. La grille n'est pas utilisée en dynamique.

Certaines remarques sont formulées par les équipes rencontrées sur l'utilisation de la grille :

- Difficulté à tenir compte des fluctuations dans la situation de la personne (les crises en particulier) ;
- Le fait qu'elle soit appliquée pour tout handicap fait à la fois l'intérêt majeur de la grille et sa plus grosse difficulté d'application. Notamment difficulté de prise en compte des troubles du comportement ;
- Débats en cours sur les trois catégories : en particulier, idée que la catégorie C ne suffit pas à décrire la grande dépendance, il y aurait donc peut-être une catégorie supplémentaire à inscrire.

Détermination du budget annuel

Le centre reçoit chaque année la « norme de personnel », qui correspond au plus gros poste de dépense. Deux fois par an, à des dates non connues de l'établissement mais en dehors de périodes charnières (ex : mois d'août et septembre pour les enfants) une coupe transversale est faite sur la base des évaluations individuelles. Le meilleur des scores (celui le plus en faveur de l'établissement) est pris. Ce score permet de déterminer, mais pour une partie minoritaire, la dotation de l'année suivante.

A l'issue de la coupe, une grille récapitulative et nominative est adressée à l'établissement pour vérification en précisant les personnes « de base », les personnes en situation de grande dépendance. Au sein de son agrément, il est également prévu que le centre accueille trois personnes avec un profil lourd.

Une capacité maximale est déterminée avec les pompiers ; dans la limite de cette capacité, des personnes peuvent être accueillies hors capacité de base, sans que cet accueil ne soit financé. Cela se fait si l'équipe est motivée, souvent pour accueillir des personnes plus autonomes, qui peuvent avoir un effet positif sur le groupe.

Hors grille d'évaluation, le centre accueille aussi des personnes avec « conventions prioritaires », celles dont personne ne veut, avec un financement supplémentaire qui permet d'engager du personnel supplémentaire. Pour que leur départ ne conduise pas à une réduction de personnel, on fait en sorte de remplacer une personne avec convention prioritaire par une autre. Ces situations sont gérées par une cellule « grande dépendance » à la COCOF.

Au Japon, une évaluation des besoins en services qui a fait évoluer l'offre vers une succession de services rendus à la population handicapée

Une grille d'évaluation

Un outil d'évaluation uniformisé des besoins a été mis en place en 2006. Son modèle est celui de la grille AGGIR : sont identifiés 6 groupes « iso-besoins » (on pourrait aussi parler de groupes « homogènes » de besoins) classant les personnes handicapées de 1 à 6 (6 étant le groupe aux besoins les plus importants). Ce classement est issu d'un algorithme prenant en compte 106 items dont 79 sont issus d'un outil japonais à destination des personnes âgées, et se concentrent sur les « activités quotidiennes de base » comme toilette et habillage ; et 27 autres concernent les activités « instrumentales de la vie quotidienne » comme santé, ménage et argent ainsi que les troubles du comportement.

En fonction du profil iso-besoins, l'orientation vers un « panier de services »

En fonction de son profil, déterminé par l'outil d'évaluation, la personne handicapée est orientée vers une combinaison de services : services de soutien aux activités au cours de la journée, services d'hébergement. En fonction de son profil, la personne sera donc destinataire d'un certain nombre de services au cours de la journée. Les personnes appartenant aux groupes iso-besoins inférieurs à 3 tendent surtout à bénéficier de services à domicile alors que les personnes classées de 4 à 6 peuvent plutôt bénéficier de services dispensés dans des centres.

Les modalités de financement

Des grilles tarifaires sont élaborées au niveau national. Pour chaque service (classé en fonction de sa capacité d'accueil), une grille de tarification de base est calculée en fonction du groupe iso-besoins dont font partie les personnes accueillies. Plus le groupe est élevé (6 est le maximum), plus le tarif est élevé. Est donc encouragé l'accueil des personnes les plus lourdement handicapées. D'autres mécanismes d'incitation comme la minoration ou la majoration des tarifs peuvent également être mis en œuvre (minoration si l'effectif du personnel est insuffisant ou insuffisamment diplômé ;

majoration si les actes de soins sont effectués tard dans la soirée ou tôt dans la matinée ou les week ends).

Toutefois, il doit être précisé que le financement étatique sous forme de ces grilles tarifaires ne compte que pour la moitié des financements octroyés à ces services. Un financement public complémentaire d'autres collectivités publiques est alloué sans tenir compte de cette grille tarifaire. Un ticket modérateur de 10% du montant des services est également fixé à la charge de la famille de l'utilisateur, sous condition de ressources.

Des points de vigilance pour la réforme à venir

- La complexité dans l'utilisation des différents outils peut constituer un réel frein à leur mise en œuvre (conduite du changement que cela implique de mener, utilité de la grille au-delà du dispositif de tarification, nombre de personnes concernées et temps à consacrer à cette évaluation, compétences présentes dans les établissements pour la réaliser...);
- Le modèle de tarification influence grandement l'organisation de l'offre. Au Japon par exemple, l'orientation vers la combinaison la plus adéquate de services en fonction du profil de la personne a nécessité une organisation de l'offre par services rendus et non pas par structures rendant ces services ;
- Le choix d'un modèle de tarification génère des modifications dans le comportement des acteurs : l'abandon du prix de journée dans le champ hospitalier en France a immédiatement engendré une diminution des durées moyennes de séjour. Dans le secteur médico-social, la construction du budget sur la base de critères de dépendance ne doit pas induire une baisse de la qualité de l'accompagnement favorisant l'autonomie des personnes ;
- Le modèle de grille d'évaluation peut favoriser la recherche de la qualification de la dépendance ou des incapacités ou au contraire favoriser la valorisation de l'autonomie et de son amélioration : à Bruxelles, la question de l'efficacité de la grille pour l'accompagnement des situations à fort potentiel de développement (notamment les enfants) se pose ;
- Le modèle de grille peut être plus ou moins incitatif à la prise en charge de personnes les plus lourdement handicapées. Toutefois, la lourdeur du handicap est un indicateur qu'il peut être difficile de qualifier (la notion de trouble du comportement revient souvent dans les échanges avec les acteurs Bruxellois) ;
- Un questionnement en lien avec d'autres réformes (notamment la T2A dans le champ sanitaire en France) : quelle doit être la part des sources de financement autres, ne s'appuyant pas systématiquement sur les grilles élaborées (en Belgique, une part minoritaire des budgets ; au Japon, la moitié des financements ; en France, à côté de la T2A, outre le maintien de secteurs financés en dotation comme les SSR ou la psychiatrie, maintien, au sein de MCO, de financements suivant des tarifs spécifiques à certaines activités comme l'hospitalisation à domicile ou la dialyse, des facturations de consultations et actes externes avec une nomenclature spécifique, des forfaits annuels ou encore les MIGAC (MIG, MERRI et AC⁸) ;
- (...)

⁸ Missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation et missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

Les attentes des acteurs quant à la réforme de la tarification⁹

Elles sont diverses et c'est notamment sur ces attentes que reposent les enjeux de la réforme :

- des **améliorations rapides dans les procédures de travail (simplification, rationalisation de ces procédures)** ;
- la possibilité de mieux **analyser les coûts (objectivation)**.

Au-delà de la réforme elle-même, c'est aussi **l'impact** de cette réforme sur l'ensemble du secteur qu'évoquent l'ensemble des autorités de tarification et des gestionnaires d'établissement : notamment, une **évolution de la réponse aux besoins** des personnes handicapées et à leurs attentes :

- La reconfiguration de l'offre en ESMS ;
- **Une adaptation des réponses tout au long de la vie** (notion de parcours et de mobilité),
- Un **ajustement permanent au plus près des besoins** de chacune des personnes accueillie y compris par la coordination de plusieurs intervenants (notion d'accompagnement conjoint ou partagé).

Autre exigence portée par les acteurs : celle de l'efficacité, garantissant **la qualité des réponses au meilleur coût**.

Quant aux **modalités de la réforme**, les acteurs associatifs et gestionnaires évoquent voire expérimentent plusieurs pistes :

- des expérimentations déjà menées comme celles des ITEP, en dispositifs, qui portent une logique de parcours et une plus grande souplesse de la tarification ;
- l'élaboration de critères ou de référentiels pour la tarification des établissements permettant une allocation différentielle selon ces critères ;
- ...

Ainsi, le chantier de réforme de la tarification peut-il s'appuyer sur des travaux nationaux en cours et sur les nombreux travaux conduits dans les territoires. Ces travaux sont parfois encore certes embryonnaires mais ils doivent être potentialisés grâce au développement de bonnes pratiques.

⁹ En annexe 2, figure une synthèse des échanges intervenus en 2014 entre la directrice de projet et les fédérations du handicap

Le cadrage du projet

Au regard des différents enjeux identifiés préalablement, la réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées est un projet d'envergure dont **l'objectif in fine est de mettre en œuvre un nouveau dispositif d'allocation de ressources** aux établissements et services pour l'accompagnement des personnes handicapées.

Conformément à la feuille de route qui avait été élaborée par les Inspecteurs Laurent Vachey et Agnès Jeannet (rapport de juillet 2013), cet objectif in fine se décline au moins en trois phases :

Phase 1 : construire les outils qui permettront une allocation de ressources renouvelée

Phase 2 : choisir un modèle de tarification, en simuler les impacts

Phase 3 : déployer le modèle

Le parti pris pour cette réforme est de concentrer les premiers travaux sur la phase 1 : construire les outils qui permettront une allocation de ressources renouvelée.

En effet, un calendrier au-delà de 3 à 4 ans est susceptible de très largement évoluer dans le temps. En outre, les référentiels construits en phase 1 seront les pré-supposés de la réforme et préempteront pour partie le modèle de tarification in fine. Cadrer le travail dès aujourd'hui sur les phases 2 et 3 supposerait d'identifier dès maintenant ces pré-supposés. Ainsi, sauf à aller à l'encontre du consensus permis par les rapports de Laurent Vachey et Agnès Jeannet, il semble impossible d'anticiper sur les conditions qui permettront de déployer un nouveau modèle de tarification au-delà de 2017.

C'est pourquoi l'objectif de la phase 1 de la réforme est le suivant :

Construire les outils (référentiels de besoins, de prestations, étude de coût) qui permettront une allocation de ressources aux établissements et services pour l'accompagnement des personnes handicapées

- qui soit **équitable**,
- dont les **processus** soient **simplifiés**,
- et qui permette des **parcours de vie** sans ruptures pour les personnes.

Le périmètre du projet concerne l'ensemble des établissements et services médico-sociaux accueillant ou accompagnant des enfants et adultes en situation de handicap nécessitant une orientation de la MDPH.

Les différents chantiers de la réforme, dont l'impact et les enjeux sont variables, dont les calendriers se chevauchent et qui, tous, constituent des piliers de la phase 1, sont les suivants :

Trois chantiers principaux structurants :

- L'élaboration d'un référentiel des besoins
- L'élaboration d'un référentiel des prestations
- La réalisation d'une enquête de coûts

La gouvernance du projet s'inscrit dans la logique d'un pilotage politique par la ministre et son cabinet et un co-pilotage technique de la DGCS et de la CNSA :

	Pilotes	Participants	Rôles	Arbitrages	Fréquences	Durées	Lieux
Comité stratégique	La ministre et sa secrétaire d'état	AC (SGMCAS, DGCS, DSS, DB, DREES) ANESM ANAP ATIH CNAMTS CNSA ARS ADF Fédérations gestionnaires Fédérations PH EHESP	Suivi de l'avancement des travaux et validation des grandes étapes de la réforme	Arbitrages politiques	2 fois par an	1 heure et demi	Ministère
Comité de pilotage	Le cabinet de la ministre	Cabinet SGMCAS DGCS CNSA ADF DSS CNAMTS Equipe projet	Arbitrage des décisions dépassant le champ de compétence strict de DGCS et CNSA	Arbitrages financiers et techniques	Mensuel	1 heure et demi	Ministère
Comité de projet	Directrice DGCS + directrice CNSA	Directrice DGCS + directrice CNSA + directrice de projet + adjointe + le chef de service DGCS + le DESMS ou son adjoint	Rendu-compte conjoint et simultané aux deux lignes hiérarchiques et arbitrages des décisions relevant des compétences respectives et/ou croisées	Arbitrages techniques sur l'avancement du projet	Mensuel	1 heure et demi	Alternativement DGCS CNSA
Equipe projet	Directrice de projet	Hélène MARIE+ 4 personnes à recruter	Mener à bien le projet dans le respect de ses objectifs	Arbitrages techniques/avancement du projet	Hebdomadaire	1 heure et demi	CNSA
Comité transverse	Directrice de projet	DGCS (SD3 SD5) CNSA (DCOMP DESMS) Equipe projet	Echanger de manière transversale les informations sur la conduite du projet	Aucun	Hebdomadaire	1 heure	Alternativement DGCS CNSA

Enfin, pour disposer d'une lecture éclairée et partagée du sujet, **la méthode de travail pour mener à bien le projet sera participative**. Un groupe de travail sera constitué. Il sera composé des représentants des administrations de l'Etat, de l'Assemblée des Départements de France, des agences et opérateurs de l'Etat, de l'Assurance-maladie et des fédérations et associations représentant les gestionnaires d'établissements et services et représentant les personnes en situation de handicap.

Les points de vigilance de la réforme et les premières hypothèses de travail qui sont posées (par les acteurs du secteur, par l'équipe-projet)

Les critiques que l'on peut apporter au système actuel d'allocation de ressources

Les modalités de financement

La multiplicité des financeurs des ESMS crée une discontinuité de fait entre les placements (exemple : les personnes concernées par l'amendement Creton).

Les modalités de financement, qui interviennent dans un contexte de certaine concurrence et dans une logique de partage d'un marché, favorisent plutôt une logique de filière « associative » qu'une logique de territoire et de réseau, seule à même de promouvoir une véritable continuité des parcours.

La procédure de tarification à la dépense

La tarification repose sur une procédure très encadrée juridiquement et dans le temps : son objet vise à permettre à une autorité tarifaire de fixer le financement d'un ESMS au regard d'une demande budgétaire, au travers d'un budget prévisionnel (BP), établi par celui-ci pour permettre le fonctionnement dudit ESMS. Ce modèle, dit « tarification en dépense », présente les limites suivantes :

- En période de contrainte budgétaire, la tarification vise moins à garantir la mise en œuvre d'une approche différente en termes d'accompagnement qu'à encadrer les demandes budgétaires des ESMS et ainsi permettre au tarificateur de disposer d'un arsenal règlementaire (aussi réduit soit-il) de nature à lui permettre de respecter les dotations régionales limitatives ;
- Les Agences régionales de santé et les Conseils Généraux ne sont pas outillés pour avoir une approche territoriale de l'équipement global nécessaire à un décloisonnement des accompagnements (exemple : prise en compte de la démographie paramédicale sur les territoires et de l'existence d'une offre de rééducation, notamment fonctionnelle, en ambulatoire).

Le développement hétérogène de la contractualisation

- La disparité historique des coûts, non objectivée, ne permet pas aujourd'hui la mobilisation des équipes des ESMS sur le changement de pratiques ; a contrario, dans une certaine mesure mais uniquement conditionnée par le bon vouloir des ESMS, certains CPOM ont encouragé cette évolution des pratiques, avec la mise en œuvre, dans les budgets « année zéro », d'une sorte de justification au premier euro.
- Les CPOM, en contractualisant l'allocation de ressources et en intégrant dans leur périmètre une analyse pluri établissements, peuvent permettre de dépasser la seule approche budgétaire, notamment parce qu'ils reposent aussi sur la fixation d'objectifs déclinant la politique ARS/CG.
- Le périmètre plus large du CPOM permet parfois de traiter des questions difficilement solubles à l'échelle d'un ESMS, par exemple le financement des transports, composante particulièrement importante du fait de la diversification des modes d'accueil et d'accompagnement (scolarisation un ou plusieurs jours par semaine par exemple, de moins en moins d'internat...).

Les vecteurs tarifaires

Les tarifs sont accordés selon une approche centrée sur l'établissement ou le service et non sur la personne dans son parcours de soins et de vie :

- La tarification est réalisée à la place et non dans une logique de plateau technique, de polyvalence des accueils et des prises en charge ;
- Elle s'opère en considérant que les personnes sont « soit » en établissement, soit à l'hôpital, soit à domicile et non « à la fois » en établissement, scolarisés, hospitalisés, accompagnés en ambulatoire... Ainsi, elle considère plus la successivité des segments du parcours (repérage, diagnostic, soin, accompagnement) que la simultanéité de ces segments ;
- Le prix de journée n'incite pas à la diversification des prises en charge : il pousse à garder les enfants en IME plutôt qu'à les orienter sur des prises en charge coordonnées ; il pousse à maintenir les adultes en MAS y compris le week end, et y compris quand un séjour en accueil temporaire serait plus adapté ;
- L'hospitalisation (qu'elle soit ponctuelle ou récurrente) est difficile à organiser : à cet égard une éventuelle modification de la tarification pour financer les ESMS concernés en DGF est de nature à redonner un peu de souplesse dans l'emploi des financements et, notamment, le développement de formules d'accueil plus séquentielles ;
- Les prix de journée, modulés en tarifs externat / internat complet / internat de semaine / demi-pension / accueil temporaire / journées d'intégration en milieu ordinaire sont extrêmement rigides dans leur mise en œuvre : dès lors, cette multiplicité de tarifs ne constitue en aucun cas un outil de fluidification des parcours des personnes ; ils sont par ailleurs très hétérogènes.

Les améliorations qui sont d'ores et déjà identifiables

- ✓ **Identifier le socle commun des prestations servies dans les établissements et services**

Argumentaire : La comparaison du coût de deux structures de même type n'a de sens que si on peut comparer les caractéristiques de l'activité de l'établissement.

Par exemple, les coûts très différents entre deux MAS ou deux foyers d'accueil médicalisé peuvent s'expliquer en partie par l'amplitude d'ouverture (de jour, de nuit, toute la semaine, toute l'année, accueil temporaire, de répit), par les prestations délivrées, en fonction de la nature de l'accompagnement (socioéducatif, visant le développement permanent de l'autonomie et de l'insertion sociale, accompagnement à la vie quotidienne et protection des personnes, accompagnement de la santé dans toutes ses dimensions de prévention, d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé et du soin). L'hébergement est évidemment un facteur explicatif des coûts mais qui doit être qualifié (quelles composantes : le bâti seulement ou également la part d'accompagnement lié à l'hébergement), de même que les transports : sur ce point les travaux engagés par l'ANAP seront à verser à la réflexion.

Certains professionnels ont identifié moins d'une trentaine d'items pour décrire l'intégralité des prestations offertes par l'ensemble des établissements et services, chacun d'entre eux étant décrits par quelques-uns de ces items

Proposition : **l'équipe-projet entend défendre que les prestations d'accompagnement des personnes comprennent au moins trois dimensions** (accompagner au titre de la dépendance, des soins et de la recherche permanente de l'autonomie ; les financements ne peuvent se baser uniquement sur les notions de soins ou de dépendance).

✓ **Identifier le socle commun des besoins des personnes accueillies**

Argumentaire : Les coûts sont également induits pour partie par le profil des personnes accompagnées (leurs besoins) et la comparaison entre deux structures de même type sera d'autant plus pertinente que pourront être croisées les besoins et les prestations.

L'hypothèse formulée par l'équipe-projet est que, pour être équitable, l'allocation de ressources liée à l'accompagnement doit être proportionnelle à la mesure des besoins des personnes accueillies. Il ne s'agit pas de déterminer dans le cas présent le besoin en places d'établissements ou de services (planification, nombre et nature des places) ou le besoin d'accompagnement individuel dans sa quotidienneté (plan de compensation) mais d'identifier, parmi les besoins à couvrir, les discriminants du tarif d'un établissement.

Il est fréquent dans les régions que le coût à la place soit comparé entre établissements recevant le même type de public (handicap mental, handicap psychique, traumatisé crânien, sclérose en plaque, handicap sensoriel, autisme, polyhandicap...) dans la même tranche d'âge (enfants, adolescents, adultes, adultes vieillissants). Cette catégorisation par typologie de handicap trouve rapidement ses limites et doit être remplacée par une analyse plus fine des profils et en particulier des caractéristiques des personnes qui pèsent peu ou prou dans la nature et la densité de l'accompagnement. Tel ou tel directeur ou équipe sait rapidement décrire les situations qui vont particulièrement peser sur le coût de la prise en charge (risque de mise en danger personnel pour des raisons somatiques ou psychologique, nécessitant une surveillance quasi permanente de jour comme de nuit par du personnel qualifié...). Il peut d'ailleurs être amené à faire cette évaluation de façon implicite lors des admissions, fondant sur ces critères l'acceptation de la candidature ou son rejet. Il est donc nécessaire d'objectiver cette description.

Un soin particulier doit être apporté au traitement des âges charnière : adolescents et jeunes adultes (dont les jeunes sous amendement Creton) personnes handicapées adultes vieillissant.

✓ **Documenter les charges qui sont indépendantes du public accueilli et celles qui sont dépendantes du public accueilli**

Argumentaire : au sein des référentiels qui seront élaborés et afin de préparer au mieux les enquêtes et études de coût qui devront être mises en œuvre, il sera nécessaire d'identifier les indicateurs discriminants de la variation du coût du budget des établissements.

✓ **Identifier l'ensemble des modes de solvabilisation de la dépense dans les modes de prise en charge aujourd'hui**

Argumentaire : la solvabilisation se fait majoritairement par versement direct aux établissements et services. Cependant on voit apparaître de nouvelles modalités de financement : prestations transport pour de personnes accueillies en établissement supportées partiellement par la PCH ; parallèlement,

des PCH peuvent être mises en commun pour organiser des accompagnements sans structures. Il n'existe donc plus toujours un modèle de financement unique.

Proposition : l'équipe-projet documentera ces différents modèles afin d'alimenter la réflexion globale sur la prise en charge en ESMS.

- ✓ **Quel que soit le modèle retenu, l'élaboration de référentiels conduira à préciser qui évalue et quand est faite cette évaluation**

Illustrations : dans la tarification des EHPAD, l'évaluation est faite dans l'établissement sous forme de coupe à des moments donnés et validée par les autorités de contrôle. Dans les établissements hospitaliers, c'est un enregistrement continu des données. A Bruxelles, l'évaluation est faite par coupe à des moments particuliers de l'année, validée par les autorités de tarification quelques mois après l'entrée en établissement (pour permettre le temps de l'adaptation).

Dans tous les cas, ces recueils d'information mobilisent des moyens humains importants. Cette contrainte doit pouvoir être évaluée ; les transferts automatiques de données doivent être envisagés.

- ✓ **La première phase du projet vise à préparer une enquête de coûts qui permettra de déterminer le modèle de tarification le plus adéquat. Elle introduit également une logique de régulation de la dépense dans le dispositif d'allocation de la ressource en objectivant les coûts et en le comparant.**

Argumentaire : dans leur rapport, Laurent Vachey et Agnès Jeannet ont identifié les phases de la réforme. Avant de formuler tout choix de modèle de tarification, plusieurs préalables sont nécessaires.

Proposition : l'équipe-projet considère que la première étape du chantier doit permettre de réaliser les référentiels de description de l'activité réalisée dans les établissements et services en réponse aux besoins des personnes accueillies/accompagnées. Cette première étape permet

- d'une part d'aboutir à **la réalisation d'une enquête de coûts** ;
- d'autre part de disposer, avant même tout choix d'évolution du modèle de tarification, des **outils de pilotage**, permettant d'objectiver et de comparer les coûts.

- ✓ **Quel que soit le modèle, l'accompagnement au changement des autorités de tarification et des gestionnaires doit être envisagé dès le commencement des travaux.**

Les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées constituent un paysage cloisonné et morcelé. Le recueil de données, lorsqu'il existe, est souvent parcellaire, non standardisé et non automatisé. La complexité du processus d'allocation de ressources s'impose aussi bien aux gestionnaires qu'aux tarificateurs qui en contestent l'efficacité et la rationalité : mais pour chronophage qu'elle soit, elle a généré jusqu'à présent une certaine reproduction dans le temps des dotations historiques des établissements. La remise en cause de ces processus par les CPOM, par exemple, même si elle est plébiscitée par le secteur, est loin d'être généralisée ni même généralisable dans un délai court, compte-tenu de plusieurs facteurs (éclatement de l'offre et taille des gestionnaires, temps nécessaire à la négociation d'un CPOM...). La mise en place du système d'information HAPI a nécessité et nécessite encore un investissement humain et technique très fort.

Compte tenu de ce contexte, toute évolution envisagée dans le cadre de la réforme devra nécessairement être accompagnée. Cet accompagnement constitue un chantier en tant que tel qui s'engage dès le commencement du projet.