

Une rationalisation attendue ou redoutée

Jean-René LOUBAT, docteur en sciences humaines, psychosociologue et consultant libéral auprès des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales, auteur de nombreux ouvrages¹ et président d'honneur du think tank *Parcours & Innovations*.

Fabrice BOUSQUET, directeur de plateforme d'établissements et d'un service de coordination de parcours et projets et président du think tank *Parcours & Innovations*.

L'équipe SERAFIN-PH² et le Groupe technique national³ mènent une mission étalée sur plusieurs années afin de proposer une réforme de la tarification médico-sociale. Pour comprendre la portée de ces travaux, qui interroge la logique toute entière de l'action médico-sociale, il s'avère indispensable de recontextualiser la question du financement.

Le choc de simplification, c'est pour quand ?

Nombre d'acteurs de l'action médico-sociale, qu'il s'agisse de fonctionnaires, d'élus, d'administrateurs, de dirigeants et de praticiens, cherchent des réponses très opérationnelles à une préoccupation d'ensemble : **comment rendre les organisations de ce secteur à la fois plus efficaces, plus cohérentes, plus lisibles et plus simples ?** En effet, les évolutions actuelles se présentent souvent comme de nouvelles exigences administratives, des surcharges de travail, bref, de la complexité supplémentaire (qui descend en cascade le long des organigrammes), alors que nous avons tant besoin d'une plus grande rationalisation.

Plus précisément, les enjeux de cette dernière sont les suivants :

- comment produire et faire vivre des outils partagés d'évaluation des situations et des besoins des populations bénéficiaires, ainsi qu'une **méthodologie commune** de suivi des parcours et des projets entre les divers professionnels en évitant la compilation en mille-feuille ?

- comment faire évoluer encore davantage le rôle des coordinateurs de parcours et de projets en les transformant en véritables pilotes de l'accompagnement des personnes en situation de handicap ? Et comment articuler leur action avec celle de la MDPH ?

¹ Il vient de publier, avec Jean-Pierre HARDY et Marie-Aline BLOCH, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, aux éditions Dunod.

² SERAFIN-PH pour Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées.

³ Le GTN regroupe les principaux acteurs du secteur : Administrations et agences de l'État, MDPH, ARS, ADF, CNAMTS et les grandes fédérations médico-sociales.

- comment introduire une continuité cohérente et lisible entre l'accompagnement des projets et des parcours des personnes bénéficiaires, l'organisation des processus et actes professionnels et un mode de tarification ?

- comment articuler les préoccupations de la puissance publique, celles des opérateurs – le plus souvent associatifs – et celles des bénéficiaires et de leurs groupements représentatifs ?

Dans les faits, de l'aveu même de nombreux dirigeants d'ESMS, le projet de vie⁴ et le projet d'accompagnement personnalisé ne parviennent pas toujours à constituer une « boussole commune » pour l'ensemble des professionnels intervenants, et le parcours est encore une notion trop exogène ; l'organisation des divers dispositifs propres à chaque champ disciplinaire prend encore souvent le pas sur les parcours et projet des personnes bénéficiaires.

Ces constats expliquent pourquoi les organisations sociales et médico-sociales disposent souvent d'une myriade d'outils (parfois autant que de praticiens) qui se superposent, se télescopent, et ne sont de surcroît pas forcément compatibles avec ceux proposés par l'administration. De même que les projets personnalisés informatisés prévoient dans la plupart des cas des rubriques qui ne sont pas en lien direct avec les prestations énoncées dans le contrat de séjour, elles mêmes étant dissociées des actes professionnels réellement réalisés, voire encore différentes de la nomenclature du rapport d'activité...

Bref, il est impératif de simplifier, c'est-à-dire de retrouver **une ligne de continuité et de cohérence**, aussi bien sémantique, pratique qu'économique, entre les projets de vie et attentes des personnes, les parcours souhaités, les compétences des bénéficiaires que l'on cherche à faire progresser, les réponses que l'on peut leur apporter, les ressources nécessaires pour se faire, l'organisation et le management adaptés, et enfin une tarification qui se soit de plus en plus précise, pertinente et lisible.

Des constats largement partagés

Le très pertinent rapport Vachey-Jeannet⁵ qui visait deux objectifs : l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes d'une part, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur d'autre part, a parfaitement mis en évidence ces principaux obstacles à la rationalisation au sein du secteur qui nous intéresse, à savoir :

- que les sources de connaissance des situations de handicap et de leurs évolutions sont insuffisantes ;
- qu'il n'existe pas d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement en ESMS ;

⁴ Projet de vie dont la loi du 11 février 2005 avait fait la pierre angulaire de l'action médico-sociale.

⁵ L. Vachey (IGF), A. Jeannet (IGAS), *Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement*, 2012.

- que la programmation des créations de places n'est pas dictée, du côté des financeurs, par une objectivation des besoins sur un territoire donné ;
- qu'il n'existe pas de lien objectivé entre le niveau de financement d'un ESMS et le degré d'autonomie des personnes accueillies ;
- que les modes de catégorisation des ESMS sont des obstacles à la continuité des prises en charge.

Le rapport Piveteau⁶ laboure le même sillon en montrant la contradiction patente entre logique de place et logique de parcours et en affirmant que « Les moyens supplémentaires ne doivent plus simplement financer des "places" mais doivent aller vers des "réponses territoriales" de qualité. » En effet, raisonner en termes de parcours signifie abandonner la logique de filière pour prioriser des réponses souples et modulables capables de s'adapter précisément aux variations situationnelles et préférentielles du cheminement de la personne : modification de son état de santé, de ses capacités fonctionnelles, changement de sa situation économique, changement relationnel, modification de son projet, de son mode de vie ou de son environnement. La condition étant, comme le soulignent M.-A. Bloch et L. Hénaut, « d'accroître la variété de l'offre de services plutôt que son volume⁷. »

Le protocole d'accord passé entre l'Assemblée des départements de France (ADF) et les grandes fédérations du secteur du handicap (AFIMC, APAJH, APF, FEGAPEI, FEHAP, GEPSO, UNA, etc.), protocole repris et entériné par la CNSA le 23 avril 2013, dresse une fois encore le même constat : « On observe aussi fréquemment que l'orientation est déterminée par l'offre existante sur le territoire, alors qu'elle devrait l'être uniquement par les attentes et les besoins des personnes. Ainsi, l'orientation de la personne handicapée dans une structure plutôt qu'une autre ne répond pas toujours à une logique de besoins et de choix de vie⁸. »

Cette dissociation avérée entre besoins et prestations/réponses, nous l'évoquons pour notre part depuis deux décennies :

« Dans une logique de service, le projet doit être structuré à partir des prestations de service offertes par l'établissement, sur la base des besoins et attentes de chacun des bénéficiaires, pour déboucher sur des réponses opérationnelles. [...] La démarche-projet sous-entend une cohérence entre un recueil d'informations pertinentes, des prises de décision, une mise en oeuvre et des critères d'évaluation déterminés⁹. »

⁶ D. Piveteau, *Droit à un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap*, 2014.

⁷ M.-A. Bloch et L. Hénaut, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2015.

⁸ Protocole d'accord *Le parcours résidentiel des adultes handicapés dans le cadre de leur parcours de vie*.

⁹ J.-R. Loubat, « Pour une personnalisation des prestations dans les établissements » in *Lien Social*, n° 649, 2003 ; également *Instaurer la relation de service*, Dunod, 2002.

Les nomenclatures SERAFIN-PH

La rationalisation et la « réingénierie » nécessaires sont enfin en marche... Tel est précisément l'objet des travaux de l'équipe SERAFIN-PH et du GTN (Groupe technique national) animés depuis 2015 par le D^r Annick Deveau, qui ont produit des nomenclatures de besoins et de prestations qui vont permettre enfin l'adoption d'un **répertoire commun** et grandement faciliter le travail des acteurs. Celles-ci vont en outre déboucher à terme sur un mode de tarification plus pertinent et plus adapté à la notion de parcours, autorisant de plus grandes souplesse et modularité des budgets des opérateurs.

Ces nomenclatures, validées en janvier 2016 par le secrétariat d'État concerné, s'appuient sur la CIF (*Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*) et sont compatibles avec le GEVA (*Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*). La nomenclature des besoins est découpée en trois champs : « Santé, Autonomie et Participation sociale ». La nomenclature des prestations est subdivisée en deux grands blocs : les prestations délivrées directement aux bénéficiaires en réponse aux besoins (où l'on retrouve les trois champs précités) et les prestations dites *indirectes* comme la logistique, la comptabilité, le management, etc.

Les versions plus détaillées de ces nomenclatures sont disponibles sur le site de la CNSA :

www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_serafinph_detaillees_mars_16.pdf ;

Avec SERAFIN-PH, les besoins et les prestations sont enfin mis face-à-face au sein de nomenclatures uniques et l'on peut alors raisonner selon une logique d'écart (c'est-à-dire d'ajustement de l'offre et de la demande). Outre que l'on pourra alors savoir ce que la puissance publique finance véritablement, non plus des *places* ou des moyennes statistiques mais des réponses précises à des besoins précis, nous pourrons également savoir ce que l'on cherche à évaluer et à qualifier : la bonne adéquation ou non de réponses à des attentes.

Il est indispensable que cette volonté de recentrage, de transversalité, de cohérence et de simplification se poursuive au sein même des organisations médico-sociales. Il s'agit là d'un véritable challenge pour les opérateurs et leurs professionnels. Concrètement, il est capital d'actualiser les projets de structures à l'aune de ces nomenclatures. Les dirigeants et leurs professionnels pourront ainsi :

1° dresser une cartographie des besoins des personnes accueillies (ou qui vont être accueillies) par leur structure ;

2° établir une cartographie des prestations que leur structure délivre effectivement et la comparer avec celle qu'elle devrait réaliser en fonction des besoins recueillis... Le delta existant devra réinterroger sérieusement le projet d'établissement ou de dispositif.

Il est aisé de comprendre que la recherche d'adéquation entre les besoins et les réponses (prestations) génère nécessairement des répercussions sur le positionnement d'un établissement, d'un service ou d'un dispositif, ainsi que sur son organisation, ses compétences et ses fonctions. En somme, une réforme musclée sous des cheveux d'ange...