

CONCOURS OUVERTS LES 16, 17, 18 ET 19 JUIN 2026

**POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS
SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

4^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef. 4 si Majeure, Coef. 2 si Mineure)

Vendredi 19 juin 2026

ECONOMIE DE LA SANTE

CONCOURS INTERNE et 3^{ème} CONCOURS

4^{ème} épreuve**ECONOMIE DE LA SANTE – NOTE OPERATIONNELLE****CONCOURS INTERNE ET 3^{ème} CONCOURS****SUJET (12 pages) :**

La réforme SERAFIN-PH est en cours de déploiement au sein de votre groupement d'établissements sociaux et médico-sociaux, votre Direction Générale vous demande une note dressant les attendus bénéfiques de cette réforme tout en répondant à la crainte de votre Direction de voir se développer une « T2A médico-sociale ».

SOMMAIRE :**Document n° 1 (page 2) :**

Projet « SERAFIN-PH » - Secrétariat d'Etat en charge des personnes handicapées.

Document n° 2 (page 5) :

Sébastien POMMIER – « Faut-il croire en SERAFIN-PH ? »

Document n° 3 (page 10) :

Annick DEVEAU – « Réformer la tarification des ESMS pour une plus grande autonomie des personnes » .



LE PROJET SERAFIN-PH

Une réforme du financement pour faciliter
les parcours des personnes handicapées
accompagnées par les établissements
et services médico-sociaux

Le projet SERAFIN-PH a pour objet de **réformer les modalités d'allocation des ressources** des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accompagnant les personnes en situation de handicap, sous réserve d'une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Cette réforme du financement des ESMS a vocation à être **équitable, lisible, et doit faciliter des parcours de vie fluides, personnalisés**, par des accompagnements modulaires et inclusifs. L'objectivation des modalités de financement au regard des caractéristiques des personnes accompagnées doit participer à garantir des réponses adaptées aux besoins des personnes.

SERAFIN-PH s'inscrit dans la continuité de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». Il est l'un des leviers de la transformation de l'offre d'accompagnement, tant par ses travaux menés pour la réforme du financement des ESMS que par sa participation à la réflexion et aux outils **visant des organisations et articulations territoriales renouvelées**.

Des constats partagés, une réforme nécessaire

Aujourd'hui, les ESMS sont tarifés par les agences régionales de santé (ARS), les départements (CD) ou par les deux. Cette allocation de ressources repose sur des financements de l'Assurance maladie et/ou des CD.

Historiquement, l'allocation de ressources était négociée avec chaque ESMS sur la base d'un projet de budget élaboré par la structure, et ce en l'absence d'outils nationaux permettant d'objectiver les dotations octroyées au regard des modalités d'accompagnement proposées par l'ESMS et des caractéristiques des personnes accompagnées. Depuis le 1^{er} janvier 2017, la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), obligatoire pour les ESMS sous compétence de l'Assurance maladie, introduit une logique de tarification à la ressource dont l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est un outil de mise en œuvre.

La tarification à la ressource permet de passer d'une logique de compensation des dépenses *ex post* des ESMS à une logique de fixation de la ressource *ex ante* des organismes gestionnaires (OG).

Progressivement, par le biais de ces contractualisations, les OG déterminent leurs charges en fonction des produits attendus.

La réforme du financement doit objectiver le niveau requis de produits issus de financements publics pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, selon les principes d'équité, de lisibilité, et de facilitation de parcours de vie fluides et personnalisés. Les rapports Vachey-Jeanne (IGF, IGAS) de 2012 et 2013 présentaient ainsi les enjeux de la réforme :

il faut refonder le financement des ESMS sur l'objectivation et la liaison entre les besoins des personnes accompagnées et les réponses qui leur sont apportées.



Nomenclatures :

Les nomenclatures SERAFIN-PH constituent une classification des besoins et des prestations. Elles ont été réalisées à partir de référentiels scientifiques et de la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé), en co-construction avec le groupe technique national SERAFIN-PH. Elles sont définies dans le guide d'utilisation des nomenclatures disponible sur www.cnsa.fr.

Besoins

Un besoin correspond à l'écart entre la réalisation effective, par une personne, d'une activité ou d'un domaine d'activité et son objectif personnel de réalisation. Ce dernier tient compte des projets et habitudes de vie de chacun.

Les besoins sont par nature variables et exercent des influences multiples entre eux. Ils constituent la somme des interactions entre facteurs personnels et environnementaux donnant lieu à autant de limitations d'activité générant la situation de handicap.

Prestations

Elles recouvrent l'ensemble des actions mises en œuvre pour répondre aux besoins des personnes accompagnées. Le rattachement d'une action à une prestation dépend de l'objectif poursuivi. Elles sont directes quand elles apportent une réponse à un ou plusieurs besoins identifiés, et indirectes (fonctions support, de pilotage, d'organisation, de coopération) quand elles décrivent les actions nécessaires à la mise en œuvre des prestations directes.

SERAFIN-PH, en soutien de parcours fluides dans une société inclusive

Le nom de SERAFIN-PH, pour « Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées », porte l'ambition du projet.

Promouvoir la continuité des parcours de vie est un engagement porté par l'ensemble des chantiers nationaux menés en faveur des personnes en situation de handicap.

Cette ambition induit pour la réforme du financement des ESMS :

- > **de faciliter de nouveaux modes d'organisation**, souples, offrant des réponses personnalisées ;
- > **de développer et de partager un langage commun** soutenant les partenariats noués dans une logique territorialisée ;
- > **de leur permettre de venir en appui des acteurs de droit commun** et de garantir l'accès aux milieux de vie ordinaires.

Indépendamment de l'objectif de réforme du financement, le projet SERAFIN-PH répond déjà, par sa méthode et par les outils construits, à ces objectifs partagés :

Par sa méthode :

Le projet SERAFIN-PH, par sa méthode de concertation et de co-construction, implique dans la réflexion et dans la conduite des travaux, l'ensemble des acteurs concernés par la réforme. Outre la comitologie du projet, qui réunit des représentants de chacun de ces acteurs, les rencontres territoriales réalisées par l'équipe projet SERAFIN-PH avec un ensemble divers de parties prenantes (groupes d'auto-représentants de personnes en situation de handicap, entourages familiaux, associations, fédérations, ARS, CD, agences nationales, etc.) apportent aux travaux un enrichissement fort et nécessaire.

Par ses outils :

Les nomenclatures SERAFIN-PH, en dressant une liste partagée des termes décrivant les besoins et les prestations, constituent un « dictionnaire », un langage commun pour tous. Elles permettent dès lors de donner à voir ou de renforcer la qualité des accompagnements réalisés, de nourrir les partenariats autour, notamment, des situations les plus complexes, de partager les objectifs portés par une personne dans le cadre de son projet de vie...

Les enquêtes et études médico-économiques et l'étude qualitative « Repères », en utilisant les nomenclatures SERAFIN-PH, visent à analyser les structurations de coûts des ESMS. Elles font apparaître certains « déterminants » dans la consommation des ressources de ces ESMS, participant d'une meilleure connaissance du secteur médico-social.

Le groupe technique national regroupe les principaux acteurs du secteur : administrations et agences de l'État, CNAM, agences régionales de santé, conseils départementaux, MDPH, fédérations et associations représentant le secteur médico-social accompagnant des personnes en situation de handicap.

Cette instance appuie l'équipe projet nationale, constituée d'un directeur de projet rattaché à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et d'un pôle dédié à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).



DE QUELQUES APPROCHES CONCEPTUELLES ET POLITIQUES

Sébastien Pommier, directeur
général de l'association
Sauvegarde 13,
4 rue Gabriel-Marie,
13010 Marseille, 04 91 74 00 16.
s.pommier@sauvegarde13.org

1. Décret n° 2017-982
relatif à la nomenclature
des établissements et services
sociaux et médico-sociaux
accompagnant des personnes
handicapées ou malades
chroniques.
2. Guide pour l'application
de la nomenclature
des établissements et services
médico-sociaux accompagnant
des personnes handicapées ou
malades chroniques.
3. Radical : « qui vise à agir sur
la cause profonde de ce que l'on
veut modifier », Larousse 2018.
4. Terminologie adoptée par
l'auteur.
5. Cf. article D. 312-0-1 et
D. 312-0-2 du Code de l'action
sociale et des familles.
6. Cf. article D. 312-0-3 du Code
de l'action sociale et des familles.
7. Sous réserve, dans ce
cas, de l'accord conjoint et
de l'autorité administrative
compétente.
8. Art. L. 241-6 du Code
de l'action sociale et des familles.
9. Art. D. 312-35 du Code
de l'action sociale et des familles.

Faut-il croire en SERAFIN-PH ?

Sébastien Pommier

Toute orientation politique (au sens le plus noble du terme) s'accompagne tout naturellement d'outils techniques adaptés dont la construction se veut généralement la plus consensuelle possible. La démarche dite « Réponse accompagnée pour tous » et sa traduction technique, reposant notamment sur les réflexions en cours d'un groupe de travail national baptisé SERAFIN-PH (pour Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées), n'échappent bien entendu pas à cette règle, se traduisant, en matière de régulation médico-sociale, par une triple réforme particulièrement ambitieuse touchant à la fois à la question des autorisations, de la tarification et de la contractualisation.

Ces trois réformes, au-delà d'avoir vocation à participer activement à la création d'une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap, présentent des caractéristiques communes que l'on peut résumer en quatre points :

- elles sont interdépendantes ;
- elles ont pour objectif principal de fluidifier les parcours des usagers ;
- elles traduisent, chacune de leur place, une révolution au sens copernicien du terme ;
- elles font du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens la « clef de voûte » du système complexe en construction.

Elles posent en outre des questions de fond sur l'avenir à court et moyen termes des établissements et services accueillant et/ou accompagnant les personnes en situation de handicap. Questions qui, comme toutes celles qui suivent des évolutions majeures, inquiètent et mobilisent les acteurs de terrain et leurs représentants. Questions que l'on peut résumer en une seule : faut-il croire en SERAFIN-PH ?

LA RÉFORME DES AUTORISATIONS OU LA NOUVELLE RÉGULATION DU SYSTÈME ET DE SES ACTEURS

Bien qu'elle ne fût étonnamment pas la plus commentée, cette première réforme, traduite par un décret daté du 9 mai 2017¹ complété par une instruction de janvier 2018², est sans nul doute, parmi celles ici présentées, la plus radicale au sens étymologique du terme³, puisqu'elle

touche aux racines et fondements mêmes de la régulation médico-sociale, influant, en fait comme en droit, sur les deux autres réformes ici traitées.

Cette réforme de la nomenclature des établissements et services pour personnes en situation de handicap met en œuvre une démarche de simplification et d'assouplissement du régime d'autorisation. Elle trouve son origine dans le premier des attendus du travail mené par SERAFIN-PH considérant que les modes de catégorisation des établissements et services médico-sociaux déterminent leur mode de financement et constituent des obstacles à la continuité des prises en charge.

Concrètement, elle introduit dans les « futures autorisations » détenues par les gestionnaires d'établissements et services pour personnes en situation de handicap une triple « plasticité⁴ » :

– une « **plasticité horizontale** » d'abord, puisque les institutions pour enfants et adultes offriront, sauf si leur autorisation dispose expressément autrement, l'ensemble des modes possibles de prise en charge, depuis l'hébergement complet jusqu'à l'accompagnement à domicile⁵. Sur le fondement de l'adage « *qui peut le plus peut le moins* », les autorisations à venir ne seront donc plus segmentées entre différents types de prises en charge constituant autant de « barrières à l'entrée » pour les usagers ;

– une « **plasticité verticale** » ensuite, puisque la liste des publics au bénéfice desquels les institutions pour enfants et adultes handicapés peuvent être spécialisées est considérablement simplifiée⁶ ;

– une « **plasticité transversale** » enfin, puisque ce décret rend possible l'expression d'une capacité globale en nombre de personnes accompagnées simultanément et non plus en nombre de lits, ouvrant définitivement la voie à la mesure de l'activité non plus sur la base d'un « nombre de places » mais sur celle d'une « file active ».

Cette « plasticité » des autorisations, qualifiée réglementairement de « simplification de la nomenclature », permettra (ou les obligera ?) donc aux établissements et services concernés d'adapter leurs accompagnements à des publics

toujours plus diversifiés dans leurs typologies, leurs besoins et leurs aspirations. Elle a donc vocation à offrir une souplesse administrative propice à l'individualisation des parcours et à la prévention des refus de prises en charge.

Applicable aux décisions d'autorisation, nouvelles ou modificatives⁷, prises à la suite de demandes ou d'appels à projets postérieurs au 1^{er} juin 2017, cette « plasticité » pourra également être mise en œuvre à la faveur de la négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Si l'opportunité d'une telle réforme ne doit faire, sur le fond, aucun doute, elle pose a minima trois questions essentielles pour l'avenir :

– *la gestion des parcours peut-elle se résumer à l'accroissement de la variété et la souplesse administrative de l'offre proposée ?* La France reste un pays dont la politique en matière de création de places d'établissements et services au profit des personnes en situation de handicap est structurellement ambitieuse. Pour autant, ce sont encore des milliers de Français, enfants ou adultes, qui sont contraints de rechercher une solution hors de nos frontières, notamment en Belgique. Assouplir la nature des autorisations ne masquera évidemment pas l'insuffisance, toujours réelle, de son volume ;

– *quel sera l'impact sur les procédures d'admission ?* Cette question se pose dans un contexte où notre législation repose sur une double logique. Celle de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) qui oriente⁸ et celle de l'établissement ou service qui prononce l'admission⁹. Ainsi, le principe est bien celui de l'opposabilité de l'orientation aux institutions, limitée à deux critères, non cumulatifs : la « spécialité » et la « capacité ». Or, il est évident que la première de ces limites va être altérée par la « plasticité verticale » et la seconde par la « plasticité transversale » ;

– *cette « triple plasticité » ne risque-t-elle pas de transformer les établissements et services en institutions devant répondre « à tout le monde et n'importe comment » ?* De la plasticité à la confusion, il n'y a qu'un pas que la mise en

10. Article 75.

11. Selon un calendrier de programmation arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

12. La fin des travaux ici concernés est prévue pour l'année 2021.

13. *Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement*, IGAS-IGF, octobre 2012.

14. Caisse nationale solidarité autonomie.

15. Direction générale de la cohésion sociale.

16. Dirigée de janvier 2015 à décembre 2018 par le Dr Annick Deveau puis, depuis janvier 2018, par Brigitte Bernex.

17. Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 d'application de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

18. Cf. Sébastien Pommier, « Réformer la tarification médico-sociale... pour de bonnes raisons ! », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2855, 11 avril 2014.

19. Ce dernier dispose que « Les éléments pluriannuels du budget sont fixés dans le cadre, soit du contrat pluriannuel prévu à l'article L. 313-11, au IV^{ter} de l'article L. 313-12 et à l'article L. 313-12-2, soit de la convention pluriannuelle mentionnée au I de l'article L. 313-12. Le contrat ou la convention comportent alors un volet financier qui fixe, par groupes fonctionnels ou par

œuvre effective de cette réforme des autorisations devra savoir ne pas franchir, au risque d'être en déconnexion profonde avec les logiques d'individualisation des prestations aujourd'hui imposées par la réglementation.

LA RÉFORME DE LA TARIFICATION OU LA NOUVELLE SOLVABILISATION DU SYSTÈME ET DE SES ACTEURS

Véritable « tête de gondole » des chantiers techniques en cours en matière de régulation médico-sociale, la réforme de la tarification des établissements et services pour personnes en situation de handicap présente la particularité de se mener en deux temps complémentaires.

Le premier, introduit par la loi de financement de Sécurité sociale pour 2016¹⁰ puis par le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016, consiste, pour ceux d'entre eux totalement ou partiellement financés par l'Assurance maladie et suite à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devenu obligatoire¹¹, à basculer vers une logique tarifaire « descendante », que l'on qualifie le plus souvent de « à la ressource ».

Derrière ce terme rassurant se cache une logique qui l'est moins. Celle consistant à déterminer les capacités budgétaires (tarifs) des établissements et services, non plus en fonction des besoins qui sont les leurs (conséquemment à ceux de leurs usagers), mais en fonction des moyens (ressources) à la disposition des autorités dites « de contrôle et de tarification », limitatives par nature comme en droit, et sur la base d'une activité prévisionnelle préalablement contractualisée.

Ce premier temps, essentiel dans la structuration du modèle tarifaire, est donc aujourd'hui intégré dans la sphère du Code de l'action sociale et des familles, tout en se suffisant à lui-même. Avec le risque évident et majeur de baser la tarification de tous les établissements et services concernés sur des « coûts référence » dont on peut mesurer l'intérêt mais qui se révéleront très vite contraires à la logique d'individualisation des parcours des usagers. C'est alors qu'intervient le second temps.

Ce second temps est celui, aujourd'hui au travail depuis janvier 2015 et pour plusieurs années encore¹², de la réflexion visant à la mise en œuvre d'un nouveau dispositif d'allocation des ressources des établissements et services pour personnes en situation de handicap qui soit plus équitable, dont les processus soient simplifiés, et qui permette des parcours de vie sans rupture. Trouvant ses origines dans le remarquable rapport Vachey-Jeannot¹³, cette réflexion est menée par le groupe de travail national (GTN) SERAFIN-PH, co-piloté par la CNSA¹⁴ et la DGCS¹⁵ à travers une « équipe projet¹⁶ » *ad hoc*.

Les attendus de cette réflexion sont au nombre de trois :

- les modes de catégorisation des établissements et services déterminent leur mode de financement et constituent des obstacles à la continuité des prises en charge ;

- l'absence de lien entre le niveau de financement d'un établissement ou service et le niveau de dépendance de ses usagers génère des risques ;

- l'absence de description des prestations constitue une limite forte à la connaissance et donc à la structuration même d'une « approche parcours ».

Il s'agit donc de déterminer un nouveau mode d'allocation des ressources tarifaires des établissements et services pour enfants et adultes en situation de handicap qui, tout à la fois :

- rompe avec les logiques héritées du décret du 22 octobre 2003¹⁷ dont les limites font aujourd'hui majoritairement, mais pas totalement, consensus¹⁸ ;

- facilite les parcours des usagers ;

- permette une meilleure « lisibilité » des prestations offertes et de leur adéquation avec les besoins des personnes à qui elles s'adressent

Pour y parvenir, plusieurs phases de travail sont prévues.

Une première phase a consisté à produire les différents outils nécessaires à la création d'un modèle tarifaire rénové. Menée entre janvier 2015 et le premier trimestre 2018, elle a permis d'aboutir, dans le cadre d'un réel consensus, à différentes productions particulièrement structurantes pour l'avenir du secteur. Il s'agit, d'une part, du décret du 9 mai 2017 présenté au paragraphe précédent et, d'autre part, des « nomenclatures besoins/prestations ». Ces dernières, qui constituent une remarquable construction intellectuelle, permettent d'approcher la complexité et l'intrication de l'accompagnement médico-social sans pour autant le « découper » en d'innombrables prestations, chacune répondant à un besoin. C'est en tout cas l'objectif du GTN à l'initiative de leur élaboration. En ce sens, elles ne constituent en aucun cas un référentiel tarifaire... pourtant aujourd'hui « à portée de calculette ». Car c'est

toute l'ambiguïté de la démarche menée : bien qu'elles n'aient pas été pensées et construites dans cet objectif, ces nomenclatures, et tout particulièrement celle relative aux prestations, pourraient, de façon aussi simple que réactive à partir de moyennes calculées sur la base d'un échantillon représentatif d'établissements et services, constituer le socle d'une future tarification « par briques » qui, à ce stade du chantier, n'est pas à l'ordre du jour, mais qui pourrait se révéler un axe fort de réflexion au titre de la phase ultérieure.

Une seconde phase consiste à choisir un modèle de tarification, et à en simuler les impacts. Engagée très récemment, et d'une durée prévisionnelle de deux ans, cette étape constitue bien évidemment le « cœur du réacteur » de ce chantier complexe, dont, à ce stade, rien ne permet de déterminer les orientations à venir, mis à part à la fois ses attendus rappelés précédemment et les indices prévus à cet égard au 4° de l'article R. 314-40 du CASP¹⁹.

Une troisième et dernière phase consistera, à compter de janvier 2020, à déployer le modèle déterminé lors de la phase précédente, à travers une communication pertinente mais aussi et surtout une adaptation des systèmes d'information au sein des établissements et services comme des autorités administratives compétentes en matière de tarification et de contrôle.

À ce stade, il est donc plus que prématuré de considérer que la réflexion aboutira nécessairement à tel ou tel modèle tarifaire, déjà existant ou à inventer. Plus radicalement, on peut même valablement se poser deux questions.

Est-il fondamentalement nécessaire d'aboutir ? D'un point de vue strictement technique, les dispositions introduites dans le premier temps de la réforme de la tarification se suffisent à elles-mêmes. La définition d'un nouveau modèle tarifaire permettra seulement de « fluidifier » le système par une objectivation de type algorithmique du « passage » de l'activité prévue contractuellement vers la dotation globale (groupe 1 de recettes) elle aussi prévue par le même contrat. Ainsi, dans l'hypothèse où les travaux du GTN

section tarifaire selon la catégorie d'établissement ou de service, et pour la durée de la convention, les modalités de fixation annuelle de la tarification. Ces modalités peuvent consister :

- 1° Soit en l'application directe à l'établissement ou au service du taux d'actualisation des dotations régionales limitatives mentionnées aux articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4 ou d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité départementale mentionnée à l'article L. 313-8 ;
 - 2° Soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation ;
 - 3° Soit en la conclusion d'avenants annuels d'actualisation ou de revalorisation ;
 - 4° Soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme ».
20. Ainsi que par le Code de la santé publique au sein duquel il revêt, depuis plusieurs années, un caractère obligatoire.
21. *Idem*.
22. Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
23. Constituée de 13 départements et peuplée de près de 6 millions d'habitants.
24. États prévisionnels des recettes et des dépenses.
25. B. Pascal, « Pari sur le problème de l'éternité », dans *Pensées*.

SERAFIN-PH n'aboutiraient finalement pas, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens s'y substituerait dans une logique de cas par cas. Cette issue, qui ne serait pas en totale cohérence avec les attendus de la réforme, reste une hypothèse crédible, d'autant plus qu'elle ne « bloquerait pas le système ».

Faut-il continuer de tarifier les établissements et services ? Aussi étonnante qu'elle puisse paraître, cette question est aujourd'hui, et malheureusement de notre point de vue, particulièrement d'actualité. Elle consiste à s'interroger, dans un contexte de politiques publiques particulièrement ambitieuses sur les questions d'inclusion et d'auto-détermination des personnes en situation de handicap, sur l'opportunité de substituer à la tarification des établissements et services une solvabilisation directe de leurs usagers, alors en capacité (financière tout du moins) « d'acheter » les prestations proposées par les premiers.

Simple vue de l'esprit il y a encore quelques mois, cette position d'essence néolibérale et inspirée du modèle désormais à l'œuvre au Royaume-Uni (ce qui n'en fait pas, pour nous, un modèle à bannir purement et simplement) est principalement portée par des associations souvent qualifiées de « militantes », pour lesquelles les institutions ne pourront valablement œuvrer dans l'intérêt absolu des usagers qu'en étant dépendantes financièrement. Si on peut admettre ce modèle comme une composante du « champ des possibles », il reste néanmoins selon nous inapplicable à la majorité des personnes en situation de handicap accompagnées par les établissements et services.

LA RÉFORME DE LA CONTRACTUALISATION OU LA NOUVELLE RESPONSABILISATION DU SYSTÈME ET DE SES ACTEURS

Les réformes des autorisations et de la tarification précédemment décrites nécessitent, pour être mises en œuvre, un cadre juridique adapté, stable et inscrit dans la durée. C'est à ce titre que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) prend tout son sens.

Outil prévu de longue date par la réglementation médico-sociale²⁰, mais finalement peu usité dans sa version facultative codifiée par la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 22 octobre 2003, le CPOM connaît, depuis la loi de financement de Sécurité sociale de 2016²¹, une nouvelle dimension puisqu'il devient obligatoire pour les EHPAD²² ainsi que pour les établissements et services pour enfants et adultes en situation de handicap totalement ou partiellement financés par l'Assurance maladie, c'est-à-dire relevant en tout ou partie d'une décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé.

Ce caractère obligatoire prend évidemment tout son sens à la lumière des éléments développés précédemment au titre des réformes des autorisations et de la tarification. En effet, sans CPOM, la première ne sera finalement effective qu'à compter de 2032, année de

Réformer la tarification des ESMS pour une plus grande autonomie des personnes

Un rapport rédigé par Agnès Jeannet inspectrice générale des affaires sociales et Laurent Vachey, inspecteur général des finances en octobre 2012 préconisait, entre autre, une réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées. La mise en œuvre de ces préconisations a été confiée à une équipe projet mixte DGCS/CNSA. Le projet est intitulé « Services et Etablissements : Réforme pour une Adeguation des FINancements au parcours des personnes handicapées » ou plus simplement SERAFIN-PH. Cette équipe projet, avec l'appui d'un groupe technique national et les apports d'un comité scientifique met en œuvre une feuille de route adoptée par un comité stratégique présidé par Ségolène Neuville le 26 novembre 2014.

Annick Deveau
Directrice de
projet (DGCS)
Paris (75)

Les questions de tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) peuvent paraître a priori éloignées de la question de l'autonomie. Pourtant a contrario, comment tarifier sans prendre en compte les évolutions dans les attentes et demandes des personnes concernées, dans les réponses apportées et leur organisation territoriale, sans prendre en compte les grandes lignes de la politique que l'on entend conduire en faveur des personnes en situation de handicap ? Comment faire évoluer les modalités de financement des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap sans avoir au préalable cherché à clarifier un certain nombre de termes, de principes, voire de concepts ne serait-ce que pour parler de la même chose, que l'on soit gestionnaire, autorité de tarification ou usager du secteur médico-social ?

La feuille de route de ce chantier visant à réformer l'allocation de ressources aux ESMS accompagnant les personnes handicapées a pour objectif de définir une allocation de ressource plus équitable, plus simple et qui facilite les parcours. Elle concerne l'ensemble des établissements et services

quelle que soit l'autorité de tarification des lors qu'une orientation par la maison départementale des personnes handicapées est nécessaire. Elle concerne également tous les profils des personnes accompagnées par ces ESMS. Elle s'attache à trouver les modalités d'allocation de ressources pour les établissements et services tels qu'ils existent actuellement mais aussi de proposer une allocation de ressources qui accompagne les mutations, les facilite, les encourage. C'est cette ambition que porte le projet SERAFIN-PH.

Des évolutions internationales, nationales, locales et individuelles

La première étape du projet a été d'identifier les évolutions actuellement à l'œuvre. Ces évolutions s'opèrent à différents niveaux :

- elles s'intègrent dans un mouvement international auquel les personnes handicapées elles-mêmes ont largement contribué. Elles ont, en particulier, défendu une conception du handicap non plus fondé sur un modèle biomédical mais sur un modèle sociétal. La conséquence directe de ce changement de paradigme est une revendication de l'accès

Mots-clés :
Autonomie
Handicap,
Parcours de soin
Politique sociale

au droit commun et la non-discrimination, une politique fondée sur la prise en compte de l'environnement dans la production du handicap et le changement que doit opérer la société toute entière pour devenir réellement inclusive. La convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées et son protocole facultatif ratifiés par la France en 2009 s'inscrivent totalement dans ce changement de paradigme. Il en est de même pour les conventions adoptées sous l'auspice du Conseil de l'Europe ou pour la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne. Enfin, il est nécessaire également de citer la Classification Internationale du

Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001. Cette classification fait référence explicitement aux facteurs environnementaux dans la production du handicap au même titre que les caractéristiques personnelles. Cette classification a remplacé la Classification Internationale du Handicap : déficiences, incapacité, désavantages (CIH) que la France avait introduite progressivement dans un certain nombre de textes réglementaires à partir de 1989 et que les psychiatres français, notamment grâce aux travaux de François Chapiereau, Roger Misès et Nicole Quemada, avaient pu s'approprier.



- Au plan national, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 a donné toute leur place aux personnes handicapées elles-mêmes dans la définition et la mise en œuvre de leur projet de vie. Par la loi du 11 février 2005 et en affirmant le droit à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le gouvernement a inscrit la nécessité d'apporter des réponses individualisées (prestation de compensation, plan personnalisé de compensation) et de faire évoluer l'environnement pour rendre la société plus inclusive (accessibilité du bâti, des transports, des technologies). Ce n'est rien moins que modifier le regard que porte la société sur le handicap et amener les transformations sociétales indispensables. Ce n'est rien moins, dans le champ du handicap psychique (reconnu par cette même Loi), que le combat que mènent les équipes de psychiatrie et les associations de personnes handicapées et leurs familles pour déstigmatiser la maladie mentale et ceux qui sont en souffrance psychique.
- Au plan individuel, chacun fait l'expérience d'une profonde évolution des aspirations des personnes handicapées et de leurs familles. Cette évolution n'est d'ailleurs pas différente des aspirations de chacun d'entre nous : les personnes expriment des projets, ont des attentes ou sont accompagnées pour les susciter et les formuler. Ces personnes accompagnées ne souhaitent le plus souvent plus d'une réponse qualifiée « d'institutionnelle », c'est-à-dire collective et veulent vivre dans la société. Ceci suppose la construction de réponses très individualisées grâce à des solutions modulables pour s'ajuster aux besoins des personnes et de leur entourage. Il ne s'agit plus nécessairement et systématiquement de faire correspondre à chaque personne une place institutionnelle mais une solution adaptée à ses attentes et ses besoins. Ceci suppose un décloisonnement entre établissements et services, entre secteur social, médico-social et sanitaire, un décloisonnement selon les tranches d'âge, voire les caractéristiques des personnes.

Ces orientations modulables en fonction des situations sont également préconisées pour répondre aux situations complexes dans le rapport remis par 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 ». Ce rapport avait été commandité suite à la saisine d'un juge administratif par des parents devant l'absence de solution pour accueillir leur fille Amélie Loquet, saisine qui avait conduit à la condamnation de l'État. Ce rapport, plutôt que de stigmatiser des situations particulières propose une démarche visant à organiser des modalités d'accompagnement souples, mobilisant plusieurs partenaires.

La mise en œuvre des recommandations de ce rapport a été confiée à Marie Sophie Desaulle dans le cadre d'un projet intitulé « une réponse accompagnée pour tous ». Les travaux engagés ont d'ores et déjà conduit au vote de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé qui crée le principe d'un plan d'accompagnement global (PAG) élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal :

« 1° En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ;

« 2° En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne. »

Cette disposition législative oblige à trouver une solution, en plein accord avec la personne concernée ou son représentant, en associant le cas échéant un ensemble de professionnels intervenant en complémentarité les uns avec les autres et n'appartenant pas nécessairement à la même institution.

Une co-construction pour un consensus porteur de sens

Les travaux du projet SERAFIN-PH conduits en 2015 visaient à produire une nomenclature des besoins et des prestations utilisable quels que soient l'âge, la nature du handicap ou l'établissement ou service médico-social. Ceci ne signifie pas que toutes les rubriques seront utilisées par tous mais que chacun doit y retrouver les mots-clefs qui sont utiles à la description des besoins ou des prestations.