

CONCOURS OUVERTS LES 20, 21, 22 ET 23 JUIN 2022 POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

CONCOURS EXTERNE, EXTERNE SPECIAL dit « Talents », INTERNE et 3ème CONCOURS

2^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE (Durée 5 heures – Coefficient 5)

Mardi 21 juin 2022

Une note rédigée en cinq heures, à partir d'un dossier, permettant de vérifier l'aptitude du candidat à faire l'analyse et la synthèse d'un problème relatif à l'organisation et à la gestion dans le domaine sanitaire, social et médicosocial.

SUJET:

Vous êtes Directeur adjoint d'un établissement public médico-social (Y) accueillant des enfants présentant des déficiences intellectuelles ou des troubles du spectre de l'autisme, le Directeur envisage la création d'une plateforme de services coordonnés. En votre qualité de directeur adjoint, il vous demande de rédiger une note préparatoire comprenant un plan d'action. Cette note prendra notamment en considération les évolutions organisationnelles au sein de la structure, induites par la création de la plateforme, les améliorations attendues dans l'accompagnement des enfants, les partenariats territoriaux à développer, les aspects juridiques et financiers de ce projet.

NB: Le sujet comprend pages 55 + 2 (sujet et sommaire).

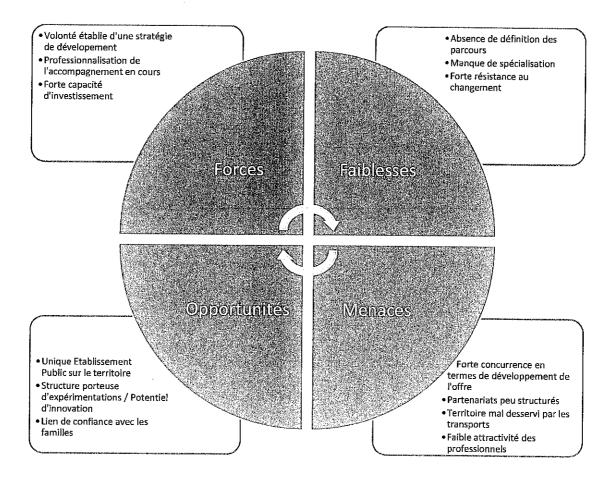
SOMMAIRE

Document n°1:page 1
Extrait du Projet de l'établissement Y (2021) – 1 page
Document n°2:page 2
Extrait du Rapport d'activité de l'établissement Y (2021) – 1 page
Document n°3 :page 3
Synthèse du Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux » (2021) - 1 page
Document n°4 :
Article de JR Loubat paru dans Gestions hospitalières n°557 : « Plates-formes de services. Un nouveau modèle d'organisation pour l'action médico-sociale » (2016) - 10 pages
Document n°5 :page 14
Rapport de l'ANAP « Handicap, Réinventer l'offre médico-sociale- La logique de plateforme de services coordonnés » (2020) - 5 pages
Document n°6 :page 19
Extrait du Rapport de l'ANAP « Handicap, Réinventer l'offre médico-sociale- Les plateformes de services coordonnés, mode d'emploi » (2020) – 19 pages
Document n°7 :page 38
Extrait du guide du Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées « Guide pour l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques » (2018) – 6 pages
Document n°8 :page 44
Extrait du Blog du Cabinet ACCENS Avocats & Conseils « ESSMS-PH : tout ce que vous avez toujours

voulu savoir sur SERAFIN-PH... Sans jamais oser le demander » (2022) – 12 pages

Extrait du projet de l'établissement Y

1. Forces et faiblesses de l'environnement



2. Axes stratégiques du projet

- ⇒ Renforcer la place des familles dans la construction des parcours
- **⇒** Eviter les ruptures de parcours
- ⇒ Se positionner comme centre ressource pour le territoire
- ⇒ Favoriser l'inclusion des enfants dans la société
- Développer les pratiques professionnelles orientées vers l'auto-détermination et la participation sociale des usagers

Extrait du rapport d'activité de l'établissement Y

> Description de l'activité

	IME (1)		SESSAD(2)	ITEP(3)	
	de 6 à 20 ans atteints de déficience à prédominance intellectuelle liée à des troubles neuropsychiques		40 enfants et adolescents de 5 à 20 ans accompagnés dans le soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie	13 enfants de 8 à 12 ans présentant des difficultés psychologiques	
Modalités d'accueil	Internat	Externat	Strain Cartal Education	semi-internat	externat
Taux d'occupation	65%	95%	105%	90%	95%

[....]

> Synthèse du tableau des effectifs

Catégorie/Emplois	Nombre d'agents	Nombre d'ETP (4)	
Direction/Encadrement	4	3,5	
Administration/Gestion	7	5	
Services généraux	14	12,5	
Restauration	5	4	
Socio-éducatif	49	45	
Paramédical	6	4,5	
Médical	1	0,2	
Autres fonctions	0	0	
Total général	86	74,7	

(1) IME : Institut Médico Éducatif

(2) SESSAD : Service d'Éducation spécialisé et de soins à domicile

(3) ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et pédagogique

(4) ETP: équivalent temps plein travaillé



Egalité Fraternité



Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux Nicole BOHIC - Franck LE MORVAN

L'IGAS a été saisie afin d'analyser les enseignements à tirer des mesures d'urgence prises pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap face à la pandémie de Covid-19, et pour proposer une évolution du droit susceptible de faciliter la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) concernés.

Il ressort des enquêtes conduites par la mission auprès des personnes en situation de handicap, de leurs proches aidants et des structures que ces mesures ont été inégalement utilisées et n'ont pas suffi à prévenir ou résorber les grandes difficultés auxquelles ont été confrontées ces personnes. La segmentation structurelle du secteur en est la première cause.

Accélérer la transformation contractuelle

La transformation négociée entre les ESSMS et les autorités publiques est déjà largement ouverte mais reste très inégalement utilisée. Il convient de l'accélérer par plusieurs mesures générales :

- Supprimer les spécialités subordonnées à la gravité des handicaps ou à des bornes d'âges rigides ;
- Permettre à tout établissement d'offrir un accueil temporaire ou d'intervenir au domicile des personnes qu'il accueille habituellement;
- Réviser les conditions minimales de fonctionnement des ESSMS (par exemple en termes d'autonomie de direction), qui doivent se limiter à un socle commun, assorti de prescriptions complémentaires pour les handicaps le justifiant.

L'évaluation des besoins doit aussi progresser à la faveur de diagnostics territoriaux, et le regroupement d'ESSMS relevant d'une même personne morale facilité en exonérant les acteurs de la procédure d'appel à projet.

Des droits renforcés

Au-delà de la transformation des structures d'accueil, la mission a identifié d'autres voies d'amélioration des réponses apportées aux situations de handicap:

- Aller vers une décision globale d'orientation concomitante de l'examen des droits et, sans attendre, généraliser l'appui à l'élaboration du projet personnel tout en élargissant les possibilités d'accueil et d'accompagnement temporaires sans orientation préalable ;
- Reconnaître aux personnes en situation de handicap un droit aux soins de santé, qu'ils soient délivrés au sein d'ESSMS ou en milieu ordinaire, ainsi qu'un « droit d'absence » sans frais d'hébergement ;
- Soutenir le désenclavement des établissements isolés pour les rapprocher des lieux de vie des personnes.

Vers une approche globale du handicap

Enfin, la mission défend une approche globale du handicap à travers :

- Un cadre permanent pour les structures accueillant des jeunes en situation de handicap relevant également de la protection de l'enfance (mesure déjà recommandée par l'IGAS);
- Des partenariats systématiques avec d'autres acteurs ;
- Des formules intermédiaires entre l'hébergement et le logement inclusif :
- Des autorisations territorialisées, le cas échéant conjointes à plusieurs personnes morales.

« Plates-formes de services. Un nouveau modèle d'organisation pour l'action médico-sociale »

Article parue in Gestions hospitalières, n°557, juin/juillet 2016.

La plate-forme de services s'inscrit dans une quête de nouvelles organisations qui puissent répondre aux exigences induites par les grandes dynamiques du nouveau contexte sociétal (tel que nous l'évoquons dans notre dernier ouvrage¹). Ce contexte entraine inéluctablement le recul d'un modèle historique et la recherche de solutions alternatives, à la fois plus adaptées à l'évolution des mœurs et des attentes des bénéficiaires et moins coûteuses, en un mot, plus efficientes. Ce processus de « transition historique » a déjà commencé à se déployer dans le secteur sanitaire et touche progressivement le secteur médico-social.

Des organisations intelligentes, souples et adaptatives

La notion de parcours personnel, fait d'aléas et de diverses situations évolutives, qui remplace progressivement celle de filière d'établissements et de services, rend caduque la logique institutionnelle traditionnelle. L'imposition grandissante du mainstreaming et le fait d'opérer dans un environnement rendu infiniment plus complexe plaident pour une nécessaire coordination entre une grande diversité de partenaires et la constitution de dispositifs souples et adaptatifs – des plates-formes de services.

Les plates-formes de services représentent ce que nous avons appelé de nouvelles organisations intelligentes² car celles-ci doivent précisément savoir lire leur environnement et s'y adapter rapidement, et donc posséder une *plasticité organisationnelle*. Nous mesurons toutefois aujourd'hui l'immensité du chantier de déconstruction progressive qui se présente à notre pays afin de passer d'un modèle à l'autre, compte tenu de la viscosité culturelle des mentalités qui peut en freiner la mise en oeuvre. Tout ceci explique la lenteur relative de la mutation.

Les plates-formes de services ont fini par être officiellement prônées en 2012 par un protocole d'accord sur « Le parcours résidentiel des adultes handicapés dans le cadre de leur parcours de vie » passé entre l'Assemblée des départements de

- JR LOUBAT

J.-R. Loubat, J.-P. Hardy, M.-A. Bloch, Mettre en œuvre une plate-forme de services en action sociale et médico-sociale, Dunod, 2016, préface de Denis Piveteau.
 J.-R. Loubat (2014). « Qu'est-ce qu'une organisation intelligente ? » in ASH n°2847.

France³ (ADF) et les grandes fédérations du secteur du handicap (APF, FEGAPEI, FEHAP, AFIMC, APAJH, UNA, GEPSO, etc.), protocole repris et entériné par la CNSA le 23 avril 2013. Le rapport Piveteau⁴ laboure le même sillon quand il évoque « qu'il faut passer d'une logique de place à une logique de dispositif ou de plateforme [...] déployer une offre modulaire... »

L'appellation de *plate-forme de services*, terme tendance et largement adopté, mérite cependant d'être davantage définie car l'on peut y associer diverses réalités organisationnelles. L'histoire récente du secteur médico-social nous montre quelques évolutions organisationnelles significatives qui tendent progressivement vers l'idée de plate-forme sans en être tout à fait pour autant (voir plus loin). Soyons clairs : une plate-forme intégrale s'avère encore difficile à mettre en œuvre pour des raisons très concrètes d'ordre administratif, législatif, financier, technique et culturel. Nous avons pour l'instant plus largement affaire à des rapprochements de structures qui tendent vers le modèle plate-forme, voire des hybrides, des semi-plates-formes, comme le montrent de nombreux appels à projets.

Il convient donc de comprendre la logique d'un tel modèle et de passer les seuils nécessaires afin d'être prêt à franchir le Rubicon lorsque les divers prérequis et conditions indispensables seront enfin réunis. Notons qu'un certain nombre d'opérateurs avancés ont déjà produit des dispositifs innovants et sont tout à fait prêts à s'engouffrer dans les ouvertures qui pourront leur être proposées.

Définition(s) d'une plate-forme de services :

Pour notre part, « une *plate-forme de services* représente une entité cohérente possédant un statut unique regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs. »

Il faut entendre par *services* des pools de compétences humaines et de ressources matérielles au service d'une même valeur ajoutée (par exemple : service d'accès à l'emploi, service d'aide à la participation sociale, service de santé, service d'aide à la parentalité, etc.).

Marie-Aline Bloch, qui a mené une exploration de diverses définitions existantes, notamment dans le domaine de la santé, évoque ceci dans notre ouvrage commun déjà cité :

³ Dont Jean-Pierre Hardy a été le délégué durant ces années là.

⁴ Denis Piveteau, Rapport de la mission sur le « Droit à un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap », 2014.

« En 2013, une équipe de recherche australienne (Lee et coll.)⁵ a voulu établir une définition du concept de plate-forme de service. Parmi les 125 documents répertoriés, ils ont pu mettre en évidence quatre utilisations différentes de la notion de plate-forme de service :

1^{ère} signification : Un élément ou une entité d'un système d'offre de service en santé (an element or entity of a health service delivery System) ;

2^{nde} signification : Une plate-forme de technologies de l'information pour des services d'e-santé ou services de santé via téléphone mobile (an information technology platform for the delivery of e-health or health-related mobile phone service)s;

3^{ème} signification : des interventions en santé servant de point d'entrée pour l'accès à d'autres interventions en santé (*health care interventions that serve as a gateway for the delivery of further interventions*) ;

4^{ème} signification : Une plate-forme politique utilisée par des candidats politiques pour exposer leur programme de politique de santé (*a political platform by which political candidates espouse their declared principles or aims in relation to health policy*).

Lee et coll. se sont concentrés sur la première signification et les documents associés. N'ayant pu identifier de définition précise de cette notion à travers les travaux recensés, ils ont alors décidé d'en établir une, qui a été soumise pour avis à neuf décideurs en politique de santé des secteurs public, privé lucratif et non lucratif, et qui est la suivante : "Une plate-forme de service est un groupement de services inter-reliés qui sont semblables en termes de type de ressources mobilisées et qui constitue un composant d'une palette d'offre de soins et d'accompagnements". »

Rationnaliser l'offre : passer d'une myriade de structures à des dispositifs

Pour comprendre ce qu'est une plate-forme, il convient tout d'abord de rappeler quelques étapes historiques concernant les organisations du secteur médico-social. Nous avons tout d'abord connu une époque de multiplication des établissements qui couvre tout particulièrement la période de la naissance des associations parentales (les années 50/60) qui ont impulsé ce passage de la psychiatrie aux institutions qui allaient devenir médico-sociales. Au cours de cette période, a surgi ce que nous appelons le modèle des *complexes* qui consistait à regrouper divers établissements complémentaires sur un même site. Puis vint l'ère des *pôles*, regroupant plusieurs établissements du même champ d'intervention sous une même direction, qui se

⁵ Lee Y. Y., Meurk C. S., Harris M. G., Diminic S., Scheurer R. W. et Whiteford H. A. (2014), « Developing a Service Platform Definition to Promote Evidence-Based Planning and Funding of the Mental Health Service System », International Journal of Environmental Research and Public Health, 11, 12, 12261-12282.

concrétisa à la fin des années 90 et au début des années 2000. L'ère des *matrices* a plus récemment inspiré certains opérateurs sous la double contrainte du regroupement d'établissements et de l'affirmation d'une logique de territoires.

Aujourd'hui, nous héritons d'une immense complexité due à la production compulsive d'établissements et de services (SAVS, SESSAD, SAMSAH, SAMN, SAAME, SPASAD, SAPAD, SAAAIS, SAD, SAED, SAAD, SSIAD, etc., etc.)... Jean-Pierre Hardy rappelle que le Code de l'action sociale et des familles identifie plus de 80 catégories d'ESSMS⁶ répertoriées dans le fichier national FINESS et que nous sommes passés de 32.200 ESSMS en 2002 à 44.580 en 2014!

Dépasser le concept d'établissement pour redéployer et simplifier l'offre, voilà bien l'enjeu et la condition sine qua non de l'instauration d'un nouveau dispositif dont se réclame la plate-forme. Mais c'est précisément ce mouvement de déconstruction institutionnelle qui représente le processus mental le plus délicat dans le changement en cours, car ce ne sont pas tant les murs physiques des établissements qui sont résistants que ceux qui sont dans les esprits des acteurs (les certitudes, les habitudes, les catégories, les territoires, les identités corporatistes). Face à l'ampleur du défi, la puissance publique procède par étapes : notons que les dispositifs expérimentaux des ITEP d'une part et du PAERPA d'autre part prendront fin tous deux en 2017. Ils ont à l'évidence vocation à servir de modèle et à être généralisés.

Comme pour tout concept innovant, la plate-forme encourt un risque de dénaturation car la nouveauté dérange objectivement et l'on tente alors, plus ou moins consciemment, de la réintégrer dans l'existant et de lui faire perdre son caractère résolument réformateur.

Une plate-forme de services requiert un reengineering

La juxtaposition de structures ne crée pas pour autant une nouvelle entité qualitative, même si elle peut constituer une étape vers une réorganisation plus ambitieuse. Par conséquent, une plate-forme ne peut se réduire à un simple rassemblement d'unités préexistantes mais doit représenter une **reconfiguration** obéissant fondamentalement à une autre logique : une logique centrée sur la personne bénéficiaire (*client-centered approach*), son projet de vie, ses attentes, ses capacités, ses ressources, son développement (*empowerment*) et son parcours. Or cette logique remet en cause précisément le mode de fonctionnement institutionnel classique, plutôt gyroscopé sur lui-même, et il ne peut donc s'agir de prolonger simplement un mode d'organisation traditionnel, en l'amendant éventuellement, mais

⁶ ESSMS : établissement et service social ou médico-social.

d'en concevoir un radicalement nouveau – d'où le processus de désinstitutionalisation en marche. Ce qui est précisément l'objet du reengineering.

En effet, le *reengineering* (en français : réingénierie) consiste à re-conceptualiser radicalement une organisation et ses processus afin d'en repenser le fonctionnement pour améliorer son efficience globale, qu'il s'agisse de la qualité de ses produits, de son processus de production, de sa communication, de sa distribution, etc. Cela peut parfois se faire en partant d'une feuille blanche et d'un brainstorming! L'invention est une révolution — la fameuse destruction créatrice — et non pas le prolongement d'un modèle. Ce qui suppose une rupture conceptuelle et cognitive qui amène les tenants de la réingénierie à adresser aux managers ce message en apparence déroutant et paradoxal : si vous voulez pratiquer la réingénierie, ne cherchez plus à améliorer ce qui peut l'être dans votre système organisationnel car l'amélioration ne fait que prolonger la vie du système, alors qu'il s'agit d'en changer.

« Lors d'un reengineering, on commence par déterminer ce qu'une entreprise doit faire avant de dire comment elle doit le faire. Le reengineering ne tient rien pour acquis. Il ignore ce qui est et s'attache à ce qui devrait être », évoquent avec audace Michael Hammer et James Champy⁷.

C'est exactement ce que prône Frédéric Bizard dans le domaine de la santé : « Un changement d'approche dans la réflexion est nécessaire dans la mesure où il faut remettre en cause les concepts traditionnels : patient, médecin, hôpital, consultation, généraliste, spécialiste, infirmière, chirurgie... ces derniers ont été pensés dans un monde qui n'existe plus, ce qui conduit à repenser chacun de ces concepts. Qu'estce qu'un patient ? Qu'est-ce qu'un médecin ? Qu'est-ce qu'un hôpital ? Qu'est-ce qu'une consultation ? L'objectif est de mettre en adéquation la pensée médicale avec les pratiques médicales, de repositionner les composantes dans le nouvel environnement... »⁸

La mise en place d'une véritable plate-forme de services relève bien de la réingénierie car elle nécessite de fait une « nouvelle façon de voir », une autre conception de l'offre de services et un mode de fonctionnement radicalement différent des établissements et services traditionnels. C'est d'ailleurs pour cette raison que cette nouvelle configuration s'avère pour l'instant encore largement virtuelle : en effet, si la plate-forme de service figure dans l'intitulé de nombreux colloques, si elle est de plus en plus présente dans les écrits, si elle est appelée de ses vœux par tel ou tel appel à projets, cette dernière s'avère encore difficile à mettre en œuvre sous sa forme intégrale dans le cadre administratif actuel.

F. Bizard, Politique de santé. Réussir le changement, Paris, Dunod, 2015.

⁷ M. Hammer et J. Champy, *Le reengineering*, Paris, Dunod, 2000. Ancien professeur au MIT, Michael Hammer est le créateur du concept même de *reengineering*. Son ouvrage, écrit avec James Champy et paru en 1993 aux USA, a été un best-seller de la littérature managériale. Hammer est considéré comme l'une des principales têtes pensantes du management moderne.

La plate-forme propose de mutualiser les ressources entre les (ex)établissements et (ex)services afin de répondre aux seuls besoins manifestes et d'optimiser l'utilisation des ressources en évitant les doublons, triplons, etc. Plusieurs démarches actuelles de mise en plates-formes sont significatives des méthodes de réingénierie telles que regrouper plusieurs postes en un seul, réduire les niveaux hiérarchiques, mettre les tâches en parallèle plutôt qu'en série, créer un point de contact unique pour le client, etc.

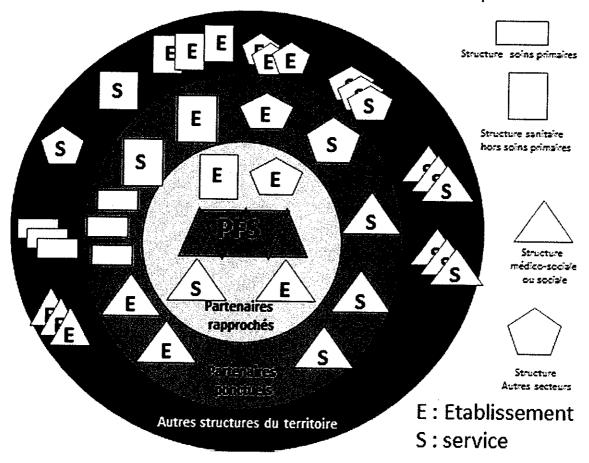
Le schéma qui suit est un exemple de représentation d'une plate-forme médicosociale.



Une plate-forme de services

(Jean-René LOUBAT)

Bien entendu, une plate-forme de services n'est pas un système replié sur lui-même mais ouvert sur son environnement et en interaction avec de multiples partenaires. Le schéma suivant, proposé par Marie-Aline Bloch, montre parfaitement cette « organisation satellitaire » qui possède ses divers cercles concentriques.



La plate-forme de service et ses partenaires

(Marie-Aline BLOCH)

La coordination de parcours et de projets au cœur de l'offre de la plate-forme

Une plate-forme de services centrée sur les attentes et la situation du client consiste en une palette de services à la disposition de celui-ci. Cela suppose naturellement que ces attentes et cette situation sont évaluées en amont et qu'il est nécessaire d'assurer un suivi du parcours du client parmi ces divers services. C'est pour cette raison qu'un service de coordination des parcours et des projets s'avère indispensable au coeur de la plate-forme.

La coordination de parcours et de projets personnalisés s'apparente au courant plus générique du case management qui a engendré une multitude d'appellations et de pratiques conjointes. La coordination progresse dans tous les domaines de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale et vise à assurer une cohérence et une continuité aux divers modes de soins et d'accompagnement.

La coordination de parcours et de projets personnalisés comme le case management se caractérisent par un souci d'efficience (objectifs précis, durée déterminée, évaluation systématique), par une posture centrée sur la personne et ses intérêts (advocacy), une relation privilégiée (coaching) et une recherche d'autonomie (empowerment) de la personne et de maitrise du processus. Elle vise à concilier deux logiques : celle du client qui souhaite une amélioration de sa situation personnelle centrée sur quelques objectifs intéressants pour lui, celle de la puissance publique qui attend un changement de situation sociale chez le bénéficiaire dans le sens de moindres dysfonctionnements, d'une normalisation accrue et d'un abaissement des coûts sociaux. Le coordinateur est donc par essence un « diplomate », un médiateur, un négociateur, un facilitateur.

La coordination de parcours et de projets personnalisés, comme le case management, comprend des étapes caractéristiques :

- l'accueil (intake):
- prise de connaissance et délivrance d'informations ;
- établissement d'une relation privilégiée.
- l'appréciation de la situation (assessment) :
- recueil des attentes et du projet de vie de la personne ou de ses proches (« ce qu'elle souhaite ») ;
- recueil de ses expériences (« ce qu'elle a déjà fait ou tenté ») ;
- recueil de ses capacités (« ce qu'elle peut et sait faire ») et de ses ressources personnelles et environnementales (« ce sur quoi elle peut s'appuyer, ce qu'offre son environnement et ses relations »).
- la planification et la mise en réseau (linking) :
- détermination des diverses prestations proposées par l'opérateur ou des partenaires externes ;
- détermination des moyens nécessaires mobilisés (moyens matériels et moyens humains) ;
- détermination du réseau de partenaires concerné ;
- programmation de la mise en oeuvre du projet personnalisé (étapes, délais, acteurs).
- la mise en œuvre et le suivi continu (monitoring) :

- prise de contacts réguliers avec la partie bénéficiaire pour appréciation personnelle ;
- prise de contacts réguliers avec les intervenants concernés pour appréciation du déroulement des interventions.
- l'évaluation (checking) :
- satisfaction de la personne bénéficiaire ;
- effectivité des réponses aux attentes du bénéficiaire ou résultats patents obtenus dans le cadre du projet personnalisé ;
- évolutions de la situation du bénéficiaire.
- la sortie ou le réajustement (reassessment) :
- état du parcours de la personne et perspectives.

Bien entendu, une foule de questions se posent au sujet de cette coordination : quelles sont les compétences nécessaires pour l'exercer ? Quelle formation actuelle y prépare ? Est-ce une fonction à temps plein ? Quel peut être son niveau de qualification ? Quel est son cadre d'exercice ? Comment la financer à moyens constants ou diminués ? Quid des relations avec les autres professionnels, la hiérarchie, l'environnement ? Etc. À toutes ces questions, il existe des réponses précises et expérimentées que nous abordons dans un autre de nos ouvrages (Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale). Nous pouvons simplement affirmer qu'il s'agit bien d'une nouvelle fonction à temps plein, faisant appel à des compétences qui exigeront à court terme la mise en place de formations spécifiques.

Des prérequis à réunir

Actuellement, deux prérequis s'avèrent indispensables afin d'officialiser concrètement l'opérationnalité du dispositif plate-forme :

- l'orientation des personnes bénéficiaires par la MDPH vers un dispositif (et non plus vers des ESSMS). Certaines MDPH commencent à pratiquer des doubles orientations (MAS/FAM par exemple), ce qui ne constitue qu'une étape ; d'autres vont déjà plus loin et orientent effectivement vers des dispositifs et des plates-formes mais nous ne sommes pas encore dans la généralisation de cette nouvelle attitude ;
- un changement de reconnaissance de la structure de l'opérateur et de mode de financement. Ceux-ci reposent actuellement sur des agréments et des budgets attachés à des établissements et services traditionnels (le CPOM est un outil de transition laissé au bon vouloir de telle ou telle autorité bien qu'il ait vocation à se généraliser). À terme, le financement des opérateurs devra, pour se montrer plus

juste, être fonction de la situation de la personne bénéficiaire à un instant t de son parcours, c'est-à-dire d'un couple besoins/prestations et obéir à une nomenclature d'actes et de ressources/compétences afférentes 9 . La plate-forme sera ainsi financée pour répondre à une situation précise et mettre en œuvre un parcours et un projet non moins précis.

Bref, c'est la reconnaissance statutaire d'une nouvelle entité qui est en jeu.

Mais demeurons optimistes en la matière, le temps fera nécessairement son œuvre. Les opérateurs tendront progressivement vers ce modèle en passant par des étapes de regroupement et de mutualisation : pôles, territoires, passerelles multiples, etc., les administrations finiront par voir où se trouve l'intérêt public.

Bibliographie:

BIZARD F. (2015). Politique de santé. Réussir le changement, Paris, Dunod.

BLOCH M.-A., HÉNAUT L. (2014). Coordination et parcours. La dynamique du secteur sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod.

HARDY J.-P. (2015). Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 4^{ème} édition, Paris, Dunod.

HARDY J.-P. (2014). La marchandisation du social ; fausses peurs et réalité, Paris, Dunod.

HAMMER M., CHAMPY J. (2000). Le reengineering, Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R. (2013). Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R. (2014). « Qu'est-ce qu'une organisation intelligente ? » in ASH n°2847.

LOUBAT J.-R. (2015). La démarche qualité en action sociale et médico-sociale, (2e éd.) Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A. (2016). *Mettre en oeuvre une plate-forme de services en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod.

⁹ Tel est l'orientation du travail du groupe SERAFIN-PH, animé par Annick Deveau.

Il existe un autre champ des possibles: explorons-le!

Pour une société réellement inclusive...

Vivre le plus possible comme les autres et avec eux, être libres de leurs choix et actrices de leur vie... C'est ce que souhaitent les personnes en situation de handicap. Et ce que revendiquent leurs proches pour elles.

Depuis une vingtaine d'années, leur aspiration à une citoyenneté pleine et entière et à une société réellement inclusive trouve un écho croissant.
Lois, rapports et plans d'actions se multiplient autour de cet enjeu de fond.

... réinventer l'offre médico-sociale

Face à ces attentes, les acteurs du secteur médico-social, dont l'approche a longtemps rimé avec prise en charge en milieu spécialisé, ont engagé une évolution de fond: favoriser en priorité l'autonomie des individus et leur accès au droit commun, tout en sécurisant leurs parcours pour éviter les ruptures. Pour concrétiser cette logique, ils ont fait émerger un nouveau modèle d'organisation de l'offre médico-sociale: celui des plateformes de services coordonnés.

2002

Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale 2005

Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées 2010

Ratification par la France de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées



L'ANAP a recueilli le retour d'expérience de structures médico-sociales en voie de conversion ou d'ores et déjà converties à ce concept novateur, même si les qualificatifs désignant leur organisation (plateforme, pôle, dispositif...) varient selon les cas. Leurs profils sont très divers: des établissements, des services,

de petite ou de grande taille, rattachés ou non à un organisme gestionnaire, intervenant auprès d'enfants ou bien d'adultes atteints de différents types de handicap. Elles sont la preuve que, quelle que soit la structure, il existe un autre champ des possibles pour les personnes accompagnées.

2014

Rapport de Denis
Piveteau: « Zéro sans
solution: un devoir
collectif de permettre
un parcours de vie
sans rupture, pour
les personnes en
situation de handicap
et pour leurs proches »

2014

Circulaire
N° DGCS/ 3B/2017/148
relative à la
transformation de l'offre
d'accompagnement dans
le cadre de la démarche
« Une réponse
accompagnée
pour tous »

2019

Plan d'action ministériel «Ambition transformation 2019-2022 » en faveur d'une offre médico-sociale plus inclusive

La logique de plateforme de services coordonnés

Qu'est-ce qu'une plateforme de services coordonnés?

Ce concept accorde une place centrale aux personnes en situation de handicap.

Zoom sur ses grands principes.

Votre mission: nous permettre de mener le projet de vie de notre choix... et nous aider à le réussir! Comment? Centrer davantage
la logique de
fonctionnement des
structures médico-sociales
sur le respect des droits,
attentes et besoins des
personnes en situation
de handicap et sur la
valorisation de leurs
compétences.



Proposer une offre décloisonnée sur un territoire donné, en fédérant une chaîne d'expertises mobilisables au gré des situations.

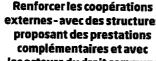
Délivrer des prestations adaptées à chaque individu.

Privilégier autant que possible l'accompagnement vers les dispositifs du droit commun (éducation, loisirs, logement, soins...).



Organiser la coordination du parcours des personnes pour le faciliter et le sécuriser.

Bâtir une organisation agile, en rapprochant les établissements et/ou services d'un ou plusieurs organismes gestionnaires, pour fonctionner de facon intégrée et permettre aux personnes d'accéder à une palette de prestations modulable selon leurs attentes et besoins.



externes-avec des structures proposant des prestations complémentaires et avec les acteurs du droit commun: enseignants, professionnels de santé libéraux...



Ce que ça n'est pas

- Une organisation standard: chaque plateforme définit sa propre organisation en fonction de son histoire, des spécificités de son territoire, du public accompagné. des ressources disponibles...
- Une juxtaposition de structures proposant des parcours prédéfinis ou un catalogue de prestations stéréotypées: le maître mot de la logique de plateforme, c'est l'individualisation des parcours, avec des réponses sur mesure pour chaque personne et évolutives au fil de sa vie,
- → Une structure isolée: pour répondre à la diversité des attentes et besoins, une plateforme coopère forcément avec un réseau de partenaires. Et toute demande inédite peut l'amener à en chercher de nouveaux.
- Une opposition entre les accompagnements proposés en établissement et ceux délivrés par un service médicosocial: une personne peut être accompagnée à la fois par un établissement et un service si cela correspond à ses attentes et besoins, et cet accompagnement peut évoluer au fil du temps.

De nouvelles pratiques d'accompagnement

Adopter la logique de plateforme, ce n'est pas seulement transformer en profondeur l'organisation des structures médico-sociales. C'est aussi réinventer certaines pratiques professionnelles. Cette nouvelle approche suppose par exemple :

- D'accompagner les personnes en situation de handicap et leur entourage dans le changement de paradigme: de les rassurer sur leurs capacités à faire et de les aider à ouvrir le champ des possibles pour formuler leurs envies profondes.
- → Mais aussi d'apporter aux acteurs du droit commun l'expertise nécessaire pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap.
- → Et donc d'épauler les professionnels de l'accompagnement pour qu'ils s'adaptent à ces nouvelles exigences.

Pour aller + loin

Lisez le guide méthodologique Handicap, réinventer l'offre médico-sociale - Les plateformes de services coordonnés, mode d'emploi. À partir du retour d'expérience des structures étudiées par l'ANAP, il passe au crible les clés de la réussite d'un projet de conversion à une logique inclusive.

Une démarche doublement gagnante

Les retours d'expérience recueillis par l'ANAP en attestent: en raison de l'ampleur des mutations à accomplir, la conversion en plateforme de services coordonnés exige un cheminement long et complexe. Et sa réussite nécessite de solides méthodologies de gestion de projet et de conduite du changement. Mais c'est une démarche profondément porteuse de sens, tant pour les personnes en situation de handicap, qui gagnent en autonomie et s'épanouissent davantage, que pour leurs accompagnants, qui en contribuant à une société plus inclusive, concrétisent une valeur forte.

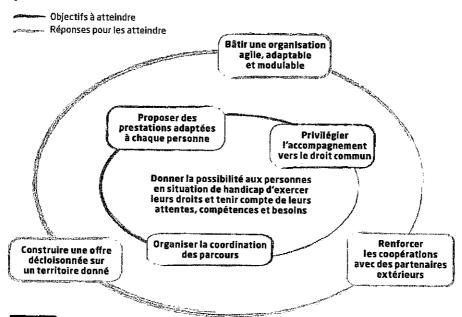
Des situations hétérogènes

Dans ce guide, nous avons choisi le qualificatif de « logique de plateforme de services coordonnés » pour désigner de façon générique les évolutions substantielles des modes d'accompagnement observées dans les structures du retour d'expérience. Fondée sur sept principes clés (voir ci-dessous), cette logique passe par le rapprochement d'établissements

et services dépendant d'un ou plusieurs organismes gestionnaires pour les amener à fonctionner de façon plus intégrée sur un territoire donné.

Tous les acteurs étudiés s'inscrivent bien dans cette dynamique, mais ils en sont à des degrés divers dans leur cheminement. Seuls certains ont atteint le stade le plus abouti: se réorganiser en une plateforme de services coordonnés, au sens strict.

Les principes de la logique de plateforme de services coordonnés



Pour en savoir +

Lire "Réinventer l'offre médico-sociale - La logique de plateforme de services coordonnés".

ANAP / Handicap, réinventer l'offre médico-sociale

Dans ce cas, en effet, il s'agit de regrouper des structures pour gommer leur logique d'établissement et de service. Autrement dit, de restructurer leurs activités par pôles d'expertise (vie sociale, autonomie, santé...) rassemblant chacun des professionnels qui, hiérarchiquement, dépendent d'établissements et services différents (cf. page 39). Nombre de freins, notamment réglementaires, ralentissent, voire empêchent cette transformation en profondeur (cf. page 50).

D'où l'hétérogénéité des situations rencontrées parmi les structures de l'étude. Les retours d'expérience mettent néanmoins en évidence des dénominateurs communs. Il en ressort que se convertir à la logique de plateforme suppose de mener cinq grands chantiers, résumés dans le schéma ci-dessous.

Les 5 chantiers à mener pour concrétiser cette logique

Du changement de base, engagé par la quasi-totalité des structures observées, aux transformations plus poussées et donc moins systématiques.



{	>	5	Adopter une organisation en phase avec la logique de plateforme de services coordonnés	p. 37
		ų	Se doter de nouvelles fonctions d'accompagnement et de coordination	p. 31
		3	Bâtir des dynamiques collaboratives à l'échelle du territoire	p. 25
		2	Instaurer de nouvelles pratiques et postures professionnelles et managériales	p. 14
		1	Favoriser l'autodétermination et le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap et des familles	p. 11

12 précurseurs lèvent le voile

n°2

Instaurer de nouvelles pratiques et postures professionnelles et managériales

Pourquoi?

→ La logique de plateforme de services coordonnés implique non seulement de favoriser l'autodétermination des personnes en situation de handicap, mais aussi d'appliquer le principe de subsidiarité: promouvoir un accompagnement au plus proche de leur lieu de vie, en donnant autant que possible la priorité aux dispositifs du droit commun. Deux innovations qui engendrent des évolutions en chaîne pour l'ensemble des acteurs des structures médico-sociales.

Coup d'æil sur la cascade de changements observée dans les structures du retour d'expérience

Personnes en situation

de handicap
- Autodétermination

Inclusion dans la société

Professionnels de l'accompagnement

 Développement de nouvelles pratiques: davantage d'étayage des personnes accompagnées, des publics et des lieux d'intervention plus diversifiés, plus d'autonomie... Émergence de nouvelles fonctions de coordination de projet et de parcours



- Lien hiérarchique atténué
- Management coopératif
- Missions plus transversales

Gouvernance

Évolution de la culture institutionnelle pour intégrer les changements aux niveaux de la direction et du conseil d'administration.

5 chantiers en perspective n°2. Instaurer de nouvelles pratiques et postures professionnelles et managériales

Des accompagnants aux pratiques renouvelées

Les professionnels sont davantage dans «l'accompagnement à faire» que dans le «faire». Au lieu de pallier les difficultés ou empêchements de la personne, ils interviennent en soutien, notamment dans ses relations avec les tiers extérieurs, et étayent ses capacités à faire elle-même.

Dans certaines structures, la mission d'éducateur référent disparaît peu à peu en raison de l'émergence d'une nouvelle fonction de coordinateur (cf. page 31), ce qui bouleverse également les pratiques.

Le champ d'action des accompagnants tend à s'élargir. Ils travaillent davantage avec les acteurs du droit commun, auxquels ils apportent leur expertise du handicap. Et ils accompagnent des publics plus variés en termes de handicap et d'âge. Dans les structures organisées en pôles de compétences (vie sociale, santé...) regroupant des professionnels de différents établissements et/ou services, ils peuvent par exemple s'occuper à la fois d'enfants et d'adultes.

Conséquence: pour constituer des équipes répondant à cette diversité de missions et de publics, les structures cherchent davantage des professionnels affichant des parcours et compétences complémentaires que des profils possédant un diplôme traditionnel. De ce fait aussi, tous les accompagnants, quel que soit leur métier d'origine, sont parfois regroupés sous une même dénomination désignant une fonction type: chargé d'accompagnement, accompagnateur de parcours inclusifs, technicien en compensation sensorielle, référent de proximité, accompagnant social... Cette uniformisation des dénominations peut susciter la crainte d'une perte

d'identité ou d'un risque de déqualification puisque, quelle que soit leur formation initiale, tous les professionnels portent le même titre. Mais, globalement, il ressort qu'elle contribue à développer un sentiment de cohésion: « Nous sommes tous des accompagnants et nous nous appuyons sur des compétences différentes. »

Autre évolution majeure : les accompagnants gagnent en autonomie.

Par ricochet, prôner l'autodétermination des personnes en situation de handicap a en effet conduit nombre de structures à promouvoir également l'auto-organisation des professionnels, en leur laissant davantage de souplesse dans la gestion de leurs accompagnements et de leur temps de travail, afin de mieux s'adapter aux attentes des personnes.

en pratique

Dès 2005, le Sesvad 69 d'APF France handicap a créé une fonction d'accompagnant social dans deux de ses structures: Samsah et SAVS. Elle est assurée par dix professionnels venus d'horizons divers : assistants sociaux, éducateurs ou conseillers en économie sociale et familiale. Leur mission: apporter un accompagnement soutenu et global aux personnes dans leurs projets et tous les aspects de leur vie quotidienne. La mixité de l'équipe a permis de dépasser le travail en silos dû à l'intervention de métiers spécialisés sur une même situation. Elle constitue aussi une richesse pour les échanges de pratiques.

Un management de proximité réinventé

Ces évolutions remettent en cause le modèle hiérarchique classique des structures, qui repensent leur management de proximité.

Première tendance: l'atténuation du lien hiérarchique. Avec

l'autonomisation des professionnels, les mécanismes de contrôle individuels disparaissent. Le manager de proximité lâche prise sur ses collaborateurs et joue un rôle de facilitateur dans la réalisation de leurs missions. En parallèle, le management coopératif se développe, pour associer davantage les salariés aux prises de décisions.

Second constat: le développement du management transversal.

Dans les structures organisées par pôles, les managers de proximité sont en effet amenés à encadrer des professionnels relevant hiérarchiquement d'établissements ou services différents.

Troisième nouveauté:
l'élargissement des missions
des chefs de service. Principe de
subsidiarité oblige, ceux-ci sont
chargés d'identifier les ressources
mobilisables pour répondre aux
besoins des personnes accompagnées,
que ce soit parmi les établissements
ou services de la structure ou bien à
l'extérieur: acteurs médico-sociaux,
sanitaires et du droit commun.

Z point de vigilance

Certains professionnels et managers peuvent avoir des difficultés à adhérer à ces nouvelles pratiques. Pour faciliter la transition, il est important de communiquer sur la démarche de transformation et d'y associer le personnel et ses représentants dès son lancement. Quelques structures ont aussi permis aux salariés qui le souhaitalent de partir dans de bonnes conditions, grâce à une rupture conventionnelle ou à un congé individuel de formation répondant à leur projet d'évolution professionnelle.

en pratique

Le Service Hébergement du Gapas a développé un management coopératif fondé sur la reconnaissance des compétences et potentiels de tous les professionnels et bénévoles et sur la participation de tous aux processus de réflexion aboutissant aux prises de décisions. Les professionnels ont par exemple pris part à la gestation d'un mode de fonctionnement plus souple, impactant les conditions de travail. Désormais, l'organisation n'est plus fondée sur des plannings fixes, avec des roulements. Les équipes peuvent être plus ou moins mobilisées selon les périodes et, pour permettre plus de flexibilité, la durée du temps de travail a été annualisée.

Une évolution du rôle et des postures de la direction et des instances de gouvernance

C'est aux directrices et directeurs de structures qu'il incombe de porter les nouveaux modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de management des équipes, et de jouer le rôle de facilitateur pour en assurer le déploiement. Ce qui suppose qu'ils lâchent prise eux aussi, à la fois sur les managers de proximité et sur les accompagnants.

Et par conséquent que les instances de gouvernance leur délèguent le pouvoir de le faire. Au total, c'est donc l'ensemble de la pyramide hiérarchique qui s'allège. Dans certaines structures, le conseil d'administration intègre même le management coopératif dans ses propres pratiques pour associer salariés et cadres à ses prises de décisions.

Comment réussir ces transformations? Développer les compétences des salariés

Deux axes de formation

Les structures du retour d'expérience et du groupe de travail ont mis en place des plans de développement des compétences. Leurs équipes ont été formées aux nouveaux modes d'accompagnement: autodétermination des personnes, case management, facilitation... Parfois, des personnes accompagnées ou des proches sont intervenus dans ces formations. Le Centre ressources régional Trisomie 21 Nouvelle-Aguitaine a par exemple formé des familles à dispenser des formations en binôme. Leur parole permet en effet aux professionnels de mieux appréhender la posture attendue d'eux: «Et si tu m'accompagnais autrement?» Dans certains cas, les managers de proximité et directeurs de structures ont

aussi été formés ou au moins sensibilisés à ces nouvelles approches. Autre thème clé de formation: le management coopératif, auxquels tous les salariés, et pas seulement les cadres et la direction, doivent être initiés.

Des leviers complémentaires

Pour faciliter l'appropriation des nouvelles pratiques, les structures ont également utilisé d'autres outils: tutorat, repérage de personnes ressources en interne pour soutenir leurs pairs, envoi de professionnels en immersion dans des structures externes rompues à la nouvelle logique, formation-action sous forme de coaching à partir d'études de cas...



Une palette de financements possibles

Outre des financements négociés dans le cadre du CPOM, les structures ont mobilisé divers moyens pour absorber le coût des formations:

- leurs propres réserves de financement;
- une prise en charge complémentaire de leur opérateur de compétences (OPCO), moyennant une surcotisation;
- des fonds européens ou privés, par exemple du mécénat (cf. la monographie de Diapasom);
- ou encore la mutualisation de leurs actions de formation avec d'autres structures.

🖢 point de vigilance

Pour créer une culture commune et sécuriser les acteurs de la structure dans l'évolution de leurs pratiques, il est Important que tous solent formés: professionnels, managers, mais aussi directeurs et membres des instances de gouvernance.

Sensibiliser les instances de gouvernance

Pour partager les choix organisationnels qui en découlent, les membres des instances de gouvernance doivent être sensibilisés aux évolutions liées à l'autodétermination des personnes et au principe de subsidiarité. Pour cela, certaines structures les ont associés au dialogue de gestion avec les autorités de tarification et de contrôle, ce qui leur a permis de mieux appréhender les enjeux et les attentes des tutelles. Parfois, l'ARS est intervenue lors d'un conseil d'administration autour de la notion de transition inclusive. Dans d'autres cas, les membres des instances de gouvernance ont participé à des séminaires sur la transition inclusive animés par des directeurs de structure ou ont été invités à suivre des formations a priori destinées aux salariés sur le pouvoir d'agir, la gouvernance partagée... Ou bien des consultants externes ont accompagné leurs réflexions pour faire évoluer la culture de la structure.

2

T

Préciser et homogénéiser les pratiques d'accompagnement

Plusieurs structures ont élaboré un référentiel de l'accompagnement pour aider les professionnels à s'approprier les nouvelles pratiques et s'assurer de leur harmonisation. À Bel'Attitudes, par exemple, la première étape a été de poser une définition unique et partagée de la notion d'accompagnement: « Se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui ». Ensuite, la structure a défini plusieurs postures d'accompagnement selon les cas (voir ci-contre). Aujourd'hui, les professionnels disposent ainsi d'un cadre commun pour guider leurs interventions.

Revoir les accords d'entreprise

Les nouveaux modes d'accompagnement et de management, tout comme le besoin d'une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail peuvent nécessiter d'actualiser les accords d'entreprise et les contrats de travail. Ceci a fortiori lorsque les professionnels affectés à un établissement ou à un service sont amenés à intervenir pour d'autres entités de la structure (cf. la monographie du Centre ressources régional Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine).

en pratique

Bel'Attitudes a gradué cinq postures d'accompagnement selon les personnes et les situations.

1/ Posture de suivi distancié
L'accompagnant marche comme
personne ressource derrière
la personne accompagnée.
À sa demande, il est là. Elle sait
où le trouver. La personne a peu
de difficultés.

2/ Posture de suivi sécurisé L'accompagnant marche comme personne ressource derrière la personne accompagnée pour la suivre à son propre rythme. Il veille, est toujours prêt à intervenir. La personne a des difficultés légères.

3/ Posture d'escorte d'apprentissage

L'accompagnant marche à côté: il escorte la personne pour qu'elle ne reste pas seule. Il met en place des apprentissages. L'accompagnement est régulier. La personne a des difficultés modérées.

4/ Posture d'escorte guidage L'accompagnant marche à côté mais un peu devant : il escorte la personne pour qu'elle ne reste pas seule. Il peut anticiper et la sollicite. La personne a des difficultés importantes.

5/ Posture de guidage
L'accompagnant marche devant,
avec l'accord de la personne,
en prenant l'initiative du guidage.
Il peut être amené à faire à sa place,
mais ne doit pas se substituer à
elle. La personne a des difficultés
absolues.

n°3

Bâtir des dynamiques collaboratives à l'échelle du territoire

Pourquoi?

-> Le concept de plateforme de services coordonnés implique de rompre avec la logique de place en établissement ou service médico-social pour lui substituer une logique de parcours : répondre aux attentes et besoins de la personne et à leurs évolutions au fil du temps. en mobilisant toutes les ressources nécessaires non seulement au sein de la structure accompagnante, mais aussi à l'extérieur. Ce d'autant plus qu'il s'agit de privilégier l'accès au milieu ordinaire. Cette logique suppose de décloisonner les acteurs du médico-social, du social, de la santé, de la petite enfance, de la scolarité, de l'insertion professionnelle, etc., afin d'améliorer leur coordination et leur complémentarité, et de créer une culture commune.

Comment réussir cette transformation?

→ Coup d'œil sur les réponses des structures du retour d'expérience - des évolutions de base, communes à la majorité d'entre elles, aux transformations plus poussées et moins systématiques,



 Étayer les acteurs du droit commun en les sensibilisant et en les formant à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.



- Bâtir des dynamiques inter-organisations: mutualisation des moyens de plusieurs structures médicosociales, projets communs...
- Nouer des liens plus étroits avec les acteurs de la cité pour favoriser la participation sociale des personnes en situation de handicap.
- Nouer des liens privilégiés avec les MDPH: conventions, notifications d'orientation vers la plateforme et, si besoin, réévaluation et réorientation.



- Renforcer les liens avec les institutions (Éducation nationale, MDPH...) pour rendre effectifs les droits des personnes et des familles.
- Se rapprocher des structures médico-sociales et sanitaires locales pour mieux les connaître.
- Construire et animer un réseau dense de partenaires de proximité pour répondre au projet de vie des personnes accompagnées.

5 chantiers en perspective n°3. Bâtir des dynamiques collaboratives à l'échelle du territoire

Dynamiques partenariales

Cartographier les ressources du territoire

La première étape est d'identifier les ressources disponibles sur le territoire, c'est-à-dire le bassin de vie des personnes accompagnées. Objectif: repérer des partenaires potentiels pour répondre à la diversité des attentes et besoins des personnes et éviter le développement de nouvelles réponses en interne quand il en existe déjà ailleurs.

Pour être utile, cette cartographie des ressources doit être partagée par tous les professionnels de la plateforme. Certaines structures ont donc créé une base de contacts commune, par exemple un fichier Excel. D'autres disposent d'un système d'information résolvant le problème de l'actualisation et du partage de leur base de contacts : tout partenaire enregistré dans le dossier d'une personne accompagnée (par exemple, son kinésithérapeute) est automatiquement répertorié dans l'annuaire des ressources du territoire. C'est bon!
Parmi nos partenaires,
nous avons un kiné qui peut
te prendre à 15h et un centre
social qui propose un atelier
d'informatique à 16h.
Je te cherche un transport
pour y aller?



Étendre et consolider ses réseaux de partenaires

Intégrer des instances pluri-partenaires

Pour développer des liens avec les acteurs institutionnels, médico-sociaux et du droit commun, il est important d'investir tous les lieux d'échanges existants. Les structures de l'étude participent ainsi à des instances prévues par le cadre réglementaire, comme les Commissions des droits et de l'autonomie (CDAPH) de la MDPH ou les commissions communales d'accessibilité. Mais aussi à des instances locales spécifiques, développées par des partenaires, des acteurs institutionnels ou les structures elles-mêmes (voir ci-contre).

Développer les coopérations entre acteurs médico-sociaux

Même lorsqu'elles dépendent d'un même organisme gestionnaire, les structures médico-sociales n'ont pas toujours pour habitude de travailler en partenariat. Créer des collectifs ou réseaux d'acteurs médico-sociaux ou bien participer à des groupements existants est un moyen efficace d'engager la coopération:

réfléchir sur des problématiques communes, répondre à des besoins partagés, échanger sur les pratiques, identifier des chantiers à porter en commun... Selon les cas, ces collectifs rassemblent des structures différentes ou de même type: par exemple, un groupement local de Ditep ou de PCPE.

en pratique

Le Ditep Leconte de Lisle participe à trois instances pluri-partenaires :

- les groupes techniques départementaux de Haute-Saône, qui regroupent tous les Ditep, l'Inspection de l'Éducation nationale, la caisse d'allocations familiales, etc.;
- un groupe de travail associant des structures médico-sociales, le juge des enfants et le substitut du procureur des mineurs pour examiner des situations individuelles;
- un comité d'orientation stratégique sur le thème des partenariats, que le Ditep a mis en place voici plus de dix ans pour établir des passerelles avec son environnement (élus locaux, directeurs d'établissements scolaires, sociaux, etc.) et trouver des solutions en cas de difficulté.

Ces trois instances permettent notamment de mieux se connaître entre acteurs du territoire et peuvent constituer un premier tremplin vers

la mutualisation de ressources: par exemple, mettre des locaux du Ditep à disposition d'autres structures médico-sociales ou de partenaires du droit commun, tels des centres de loisirs.

Handicap 22 réunit dix-sept établissements et services médico-sociaux, soit 80 % de l'offre des Côtes-d'Armor dans le champ du handicap. Objectif: favoriser la coopération. Ses membres partagent par exemple une partie de leurs listes d'attente, afin d'apporter plus vite une réponse aux families en quête d'une solution d'accompagnement. lis ont aussi créé un Dispositif d'orientation permanent (DOP) au niveau infra-départemental. Aujourd'hui, ils développent des projets communs: trois structures du collectif ont répondu ensemble à un appel à projets sur l'habitat inclusif.

3

S

Créer un réseau de professionnels de santé libéraux

Non seulement la logique de plateforme de services coordonnés donne la priorité à l'accompagnement vers le droit commun, mais le secteur médico-social est confronté à la pénurie de certains métiers de soins. Deux tendances qui concourent à orienter davantage les personnes en situation de handicap vers les soins de ville. Certaines structures sollicitent donc directement les professionnels de santé libéraux (orthophonistes, orthoptistes...) pour créer des réseaux de partenaires mobilisables. Une tâche complexe sur des territoires où les ressources se raréfient en raison d'une démographie médicale en berne.

Autre problème, la double prise en charge des actes de ces professionnels: financement de l'Assurance maladie, qui couvre la personne en situation de handicap recourant aux soins de ville, et financement de la structure médico-sociale pour suivre cette personne. Pour y remédier, quelques structures rémunèrent directement les professionnels qu'elles font intervenir ponctuellement.



Mobiliser les acteurs de la cité

Certaines structures nouent des partenariats avec des acteurs locaux pour mettre en place des actions favorisant la participation sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Au Service Hébergement du Gapas, par exemple, un éducateur est dévolu à cette mission: trouver des partenaires (Banques alimentaires, Soupes populaires, Ehpad...) auprès desquels les personnes en situation de handicap peuvent effectuer du bénévolat, et accompagner celles qui s'engagent dans cette voie. Ce type d'initiative permet aux personnes de renforcer leurs capacités et de démontrer leur utilité sociale. tout en contribuant à changer le regard de la société sur le handicap.

en pratique

La plateforme Diapasom
n'Intervient que sur le lieu de vie
des personnes, en s'appuyant au
maximum sur les acteurs du droit
commun: professionnels de santé
libéraux, Interprètes en langue des
signes française, professeurs réalisant
de la remédiation cognitive...
Elle rémunère elle-même:

- l'ensemble des professionnels intervenant directement auprès des personnes qu'elle accompagne,
- et les acteurs de santé participant à des temps de synthèse, de bilan ou d'élaboration de projets individualisés d'accompagnement.

Une convention définissant les modalités d'intervention directe, de participation à des temps de synthèse et de rémunération est établie avec l'ensemble des acteurs concernés.

Soutenir les partenaires de droit commun

Pour faciliter l'accès des personnes en situation de handicap aux dispositifs du droit commun, les structures médico-sociales apportent l'expertise nécessaire à leur accompagnement aux professionnels concernés.

Sensibiliser

Il s'agit notamment de les éclairer sur les problématiques du handicap: information sur les différentes formes de handicap et les besoins de compensation associés, travail sur les représentations du handicap, diffusion de recommandations de bonnes pratiques... Les structures médico-sociales le font à l'occasion de l'accompagnement de personnes en situation de handicap vers le milieu ordinaire ou en organisant des réunions plus générales avec les acteurs du droit commun.

former

Les structures peuvent également être amenées à former les acteurs du droit commun pour leur permettre d'accompagner certains types de handicaps ou déficiences dans de bonnes conditions et ainsi multiplier les possibilités de soutien sur le territoire.



en pratique

Prisme sensibilise, par exemple, les orthophonistes libéraux aux besoins des bébés atteints d'une trisomie 21 pour favoriser une prise en charge précoce et adaptée, au plus près de leur lieu de vie.

Le Centre ressources régional Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine sensibilise les médecins de ville à la prise en charge des jeunes souffrant de troubles du neuro-développement et notamment aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Le Service Hébergement
du Gapas a formé les
professionnels des services
d'aïde à domicile intervenant
auprès des personnes qu'il
accompagne à une approche
cohérente avec la sienne:
non plus «faire à la place de »
mais «faire avec» la personne.
Une convention a été signée avec
ces services: elle stipule que
les professionnels intervenant
dans ses appartements inclusifs
doivent obligatoirement avoir sulvi
cette formation.

3

Ţ

Embarquement pour un voyage au long cours

Quel cadre?

-> Le contexte dans lequel les structures du retour d'expérience ont entrepris leur conversion à la logique de plateforme de services coordonnés varie selon les cas. L'impulsion peut être interne: par exemple, à l'occasion de la révision du projet associatif et/ou de l'arrivée d'un nouveau directeur. Elle peut aussi provenir des autorités de tarification et de contrôle. Tout l'enieu est de la transformer en opportunité. Certaines structures ont saisi l'occasion d'une expérimentation ou d'un appel à projets pour entamer leur mue. D'autres se sont appuyées sur un cadre juridique structurant comme le statut de Ditep ou de PCPE.

Quelle durée ?

-> En moyenne, les structures encore en cours de transformation ont entamé leur mutation if y a sept ans. La plupart du temps, il s'agit donc d'un projet au long cours. Sa durée et le niveau de maturité atteint dans la logique de plateforme dépendent entre autres du profil des structures. Celles qui sont portées par une organisation historiquement inscrite dans une approche inclusive de l'accompagnement des personnes en situation de handicap peuvent enclencher le changement plus vite, avec un soutien fort du conseil d'administration. Celles qui ne comptent que des services médico-sociaux sont les plus avancées dans la démarche, notamment parce qu'elles interviennent déjà au domicile des personnes accompagnées ou en milieu ordinaire et qu'elles ont moins de contraintes liées au bâti,

les étapes clés du changement

À la lumière des retours d'expérience, le processus de transformation peut être schématisé en quatre grandes étapes.

1. Lancement du projet

Diagnostic (cartographie de l'offre et des besoins)

Réflexion sur le sens et les objectifs du projet

Recherche éventuelle d'un cadre dans lequel l'inscrire (appel à projets, CPOM, expérimentation)



2. Co-construction avec les parties prenantes

Mise en place d'Instances de travail participatives

Redéfinition de l'organisation du siège et des fonctions support

Redéfinition de l'organisation en fonction des prestations délivrées



Identification des possibilités d'essalmage dans d'autres structures

Ajustements éventuels Évaluation finale

4. Bilan et perspectives



Ajustements éventuels Évaluation intermédiaire

Formalisation des outils et processus (accompagnement des personnes, démarche qualité)

Déploiement des nouvelles fonctions de coordination

3. Mise en œuvre



Formation



Adopter une logique de plateforme de services coordonnés exige une solide méthodologie de gestion de projet et de conduite du changement. Voici six conseils issus des retours d'expérience pour réussir cette mutation. Le reste relève des techniques classiques de pilotage d'un projet de transformation.

nol

Partager une vision et une stratégie communes

Parce qu'elle bouscule l'organisation et les pratiques de la structure, cette logique suscite inquiétudes et résistances. Porter une vision claire du projet et partager la réflexion stratégique avec les personnes, leur famille, les professionnels et les administrateurs de la structure permet à tous de comprendre son utilité. C'est un préalable nécessaire avant d'envisager les évolutions organisationnelles et un véritable point d'ancrage pour la suite de la démarche.

Rappeler la cohérence des valeurs de l'organisme gestionnaire avec le projet contribue aussi à lui donner du sens et peut rassurer les salariés à un moment où les identités professionnelles sont questionnées par la nouvelle approche.

n°2

Inscrire la logique de plateforme dans la stratégie de la structure

Dans certaines structures, c'est la réécriture du projet associatif qui a impulsé le changement. Si tel n'est pas le cas, il est important d'inscrire le fonctionnement en plateforme dans le projet politique de la structure pour s'assurer du soutien des instances de gouvernance, mais aussi dans les projets d'établissement ou service de ses entités. Repenser ces documents structurants à l'aune de la nouvelle logique aide l'ensemble des parties prenantes à mieux s'approprier le changement.

n°3

Impliquer les parties prenantes à chaque étape

La transformation a des impacts à la fois sur les acteurs de la structure, sur les familles et sur les partenaires. D'où l'importance d'impliquer ces différents protagonistes à chaque étape – diagnostic, construction et mise en œuvre –, tant pour favoriser leur adhésion que pour bénéficier de leur expertise. Pour être cohérent avec le principe d'autodétermination, il est même indispensable d'associer les familles et les professionnels au projet.

Les familles peuvent participer aux temps de réflexion organisés avec les professionnels ou à des réunlons dédiées, être consultées via des questionnaires, contribuer à l'écriture du projet associatif... Les instances représentatives du personnel sont une courroie de transmission importante entre les professionnels et la direction. Pour faciliter le déploiement du projet, il faut les associer à la démarche de transformation dès son lancement.

Les autorités de tarification et de contrôle font aussi partie des rouages clés du projet. Les associer à la démarche dès son lancement favorise leur soutien, indispensable pour:

- donner une légitimité à la plateforme face aux structures médico-sociales et de droit commun du territoire;
- obtenir d'éventuels assouplissements des exigences administratives: possibilité d'accompagner des personnes dans l'attente d'une orientation, d'établir un seul rapport d'activité pour la plateforme et non un rapport par établissement et/ou service, etc.;
- encourager le décloisonnement des structures du territoire et le travail en commun;
- voire obtenir des moyens dédiés pour déployer de nouvelles fonctions de coordination, être positionné comme structure ressource auprès des acteurs médico-sociaux et du droit commun du territoire...

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens permet d'acter le soutien des autorités de tutelle à un mode de fonctionnement non reconnu réglementairement et de globaliser les dotations entre établissements et services de la structure, en cohérence avec la logique de plateforme. Dans certaines structures, les fiches actions du CPOM intègrent ainsi un ou plusieurs chantiers de mise en œuvre de la transformation.

La MDPH doit également être associée au projet. L'enjeu: définir avec elle les modalités d'orientation vers la plateforme et s'assurer qu'elle identifie bien les transformations réalisées et les spécificités qui en découlent.



Mettre en place des instances de suivi et de pilotage de la transformation

La multiplicité des chantiers à conduire et leur durée imposent de veiller à la bonne gouvernance du projet et donc de nommer un comité de pilotage et/ou des groupes de travail. Leurs missions:

- définir et valider les différentes étapes: fixer des jalons permet de s'inscrire dans un calendrier raisonné et raisonnable, et de réduire la peur de l'inconnu;
- partager les résultats et, si besoin, réajuster le projet: les allers-retours entre définition des objectifs et expérimentation opérationnelle peuvent aider à préciser le sens et les modalités de la transformation;
- assurer la communication auprès de la gouvernance de la structure ou de l'organisme gestionnaire et des salariés.

Pour être efficaces, les instances de pilotage doivent intégrer des professionnels représentant chaque entité de la structure et les différentes catégories de salariés (cadres et employés), mais aussi des familles. Certaines structures y associent également des partenaires. Par ailleurs, il est important de sensibiliser l'ensemble des membres de ces instances aux enjeux de la transformation pour qu'ils aient tous le même niveau de connaissance du projet et puissent cheminer ensemble.

nos

Communiquer régulièrement sur le projet

Pour que les managers, les professionnels et les familles s'approprient la transformation, il est nécessaire de rendre compte de son avancement, ce qui peut notamment passer par des temps d'information collectifs aux étapes clés, assortis de publications régulières (journal du projet, newsletter...). Parce que la logique de plateforme influe sur le positionnement de la structure vis-à-vis des acteurs externes et nécessite de développer de nouvelles collaborations, il est également important de communiquer auprès des partenaires existants et potentiels.

n06

Définir des indicateurs d'évaluation du projet

Pour évaluer l'impact de la démarche de transformation, il est essentiel de se doter d'indicateurs pertinents dès son lancement:

- des indicateurs quantitatifs: évolution de la file active, du temps hebdomadaire moyen passé par les personnes accompagnées en milieu ordinaire, du nombre de situations « sans solution », de situations complexes et critiques, du temps moyen sur liste d'attente...
- mais aussi des indicateurs qualitatifs mesurant les effets de la transformation, via des enquêtes auprès des familles, professionnels et partenaires.

"Construire une plateforme n'est pas compliqué en soi. Déconstruire l'existant est beaucoup plus complexe! Il faut à la fois valoriser ce qui doit l'être et se doter d'objectifs et de plans d'actions très précis."

Plateforme métropolitaine de Lyon OVE



Pour en savoir + sur les indicateurs

Lire les monographles de la plateforme PEP 01 et du Centre ressources régional Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine.

Et demain?

Le retour d'expérience des structures étudiées l'a montré: des organismes gestionnaires et des établissements et services médico-sociaux ont entrepris une véritable métamorphose pour favoriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. Et les personnes accompagnées, comme les professionnels y voient un réel bénéfice. Certaines structures ont même formalisé leur nouveau mode de fonctionnement pour l'essaimer auprès d'autres acteurs médico-sociaux.

Pour autant, la généralisation de la logique de plateforme de services coordonnés se heurte encore à de nombreux freins. En effet, le cadre actuel, fondé sur un fonctionnement en établissements et services, ne rime pas avec cette nouvelle approche et impose de jongler avec deux modèles. Entre autres exemples, les financements sont rattachés à un établissement ou service autorisé et non à une plateforme assurant différentes activités; chaque établissement ou service de la structure doit faire l'objet d'évaluations; les MDPH orientent les personnes vers les établissements et services autorisés et non vers des plateformes, etc.

Aujourd'hui, les acteurs du terrain attendent à la fois la reconnaissance légale de la logique de plateforme et un socle de base commun, non pas pour aboutir à un modèle unique de structure médico-sociale mais pour guider leur action. Serafin-PH et la nomenclature des établissements et services médico-sociaux présentée dans le décret du 9 mai 2017 constituent de premiers éléments structurants à intégrer dans la réflexion sur ce socle ou cahier des charges commun.

Sans oublier d'autres chantiers à mener, telles la nécessaire évolution des outils informatiques pour les rendre compatibles avec la logique de plateforme et l'intégration des nouvelles fonctions de coordination aux conventions collectives.

Autant de défis qui exigent la mobilisation de l'ensemble des acteurs du secteur, bien au-delà des seuls organismes gestionnaires.

Pour en savoir +

Retrouvez sur www.anap.fr

- Les monographies des douze structures médico-sociales du retour d'expérience.
- Des outils complémentaires sur différentes thématiques:
- autodétermination et pouvoir d'agir: grille d'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap de la plateforme métropolitaine de Lyon OVE;
- nouvelles pratiques d'accompagnement: fiche sur les processus d'accompagnement du Centre ressources régional Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine:
- nouvelles fonctions de coordination: fiches de postes de coordinateurs;
- conduite du changement: supports de communication de la plateforme métropolitaine de Lyon OVE.
- La liste des membres de structures médico-sociales et conseils départementaux qui ont participé au projet, auxquels nous adressons tous nos remerciements.



Guide pour l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

> Direction générale de la cohésion sociale Janvier 2018

La réforme engagée par le **décret n°2017-982** du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques met en œuvre une démarche de simplification et d'assouplissement du régime d'autorisation, dans une logique de fonctionnement en dispositif et pour une meilleure adéquation des réponses apportées aux besoins des personnes. Elle fait suite à une concertation technique approfondie et a recueilli l'avis favorable à l'unanimité du Conseil national consultatif des personnes handicapées.

Elle s'articule avec la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et s'inscrit dans le cadre d'un processus de transformation de l'offre sociale et médico-sociale en cours de déploiement (à travers notamment les travaux du groupe technique national SERAFIN PH et la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens - CPOM), dans un contexte où les modes de catégorisation des ESSMS qui déterminent leur mode de financement constituent des obstacles à la continuité de l'accompagnement des personnes.

Il s'agit de lever les freins administratifs et organisationnels à la mise en œuvre, par les ESSMS, de parcours adaptés, en limitant les contraintes spécifiées au sein des autorisations (type d'accompagnement, type de handicap).

Le décret du 9 mai 2017 doit permettre aux ESSMS d'adapter leurs accompagnements à des publics toujours plus diversifiés dans leurs typologie, besoins et aspirations en permettant l'assouplissement du périmètre des autorisations et habilitations associées, dans le respect du libre droit et du libre choix des personnes accompagnées. Il doit également faciliter la programmation de la réponse aux besoins collectifs.

Cette simplification de la nomenclature des ESSMS pour personnes handicapées et malades chroniques a donc vocation à offrir une souplesse administrative propice à l'individualisation des parcours et à la prévention des refus de prise en charge, sans pour autant imposer à ces mêmes ESSMS un accompagnement dès lors qu'ils ne disposent pas des ressources spécialisées nécessaires et/ou de partenaire pouvant intervenir en appui.

Cette nouvelle nomenclature s'applique aux décisions d'autorisation (nouvelles ou modificatives) prises à la suite de demandes ou d'appels à projets postérieurs au $1^{\rm er}$ juin 2017, sous réserve, pour les autorisations modificatives, de l'accord conjoint du gestionnaire et de l'autorité compétente.

La négociation d'un CPOM offre également l'opportunité – qu'il est souhaitable de saisir - de faire évoluer les autorisations autant que de besoin dans le cadre de transformations sans appel à projets, en lien avec les outils de recensement des besoins et ressources.

Le présent guide s'adresse à l'ensemble des acteurs de la politique du handicap, dont les représentants ont été associés à sa construction, et notamment :

- les autorités compétentes pour délivrer les autorisations Agences régionales de santé et Départements;
- les gestionnaires des établissements et services autorisés ;
- les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH);
- les caisses de sécurité sociale qui financent les ESSMS ;
- les associations regroupant les personnes accompagnées et leurs familles.

Il présente successivement le cadre juridique général du décret (1), la nomenclature des publics accueillis et accompagnés (2), la nomenclature des catégories d'ESSMS (3) et leurs principales conséquences en matière de tarification et d'orientation (4). Il est accompagné d'un questions-réponses qui sera enrichi régulièrement.

Le guide est disponible en ligne sur le site http://handicap.gouv.fr dans la rubrique « Les aides et les prestations / Etablissements et services », ainsi qu'une version facile à lire et à comprendre. Une boîte aux lettres (DGCS-handicap@social.gouv.fr) permet de recueillir toute question nouvelle. Il est prévu de réunir une ou deux fois au cours de l'année 2018 le groupe de travail qui a été associé à la construction du guide, afin d'en assurer la mise à jour et le suivi.

3.1. Les notions d'établissement et de service et la possibilité de polyvalence des modes d'accompagnement

Les autorisations délivrées aux ESSMS les classent généralement dans une des catégories prévues pour l'enregistrement dans le répertoire Finess. Mais certaines des catégories utilisées aujourd'hui ne répondent pas à des définitions juridiques découlant du CASF ou d'autres dispositions normatives.

Les articles **D. 312-0-1** et **D. 312-0-2** nouveaux du CASF dressent une liste limitative des catégories d'établissements et services relevant respectivement des 2° et 7° précités du I de l'article **L. 312-1** de ce code, sachant que les autres catégories (CAMSP, ESAT, CPO et CRP) découlent directement de la loi.

Les arrêtés d'autorisation relevant des 2° et 7° précités devront donc à l'avenir, quelle que soit la dénomination de l'ESSMS, mentionner une ou plusieurs²⁹ des catégories visées aux articles D. 312-0-1 et D. 312-0-2.

S'agissant de la distinction structurante entre établissements et services, et pour faciliter la continuité des prises en charge et l'adaptation à l'évolution des besoins de chaque personne, ces deux articles posent le principe que tout établissement peut être explicitement autorisé à assurer aux personnes qu'il accueille l'ensemble des formes d'accueil et d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1 (« prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge ... à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat »)³⁰.

Parallèlement, le décret du 9 mai 2017 abroge les dispositions réglementaires³¹ qui faisaient obstacle à ce principe pour les établissements d'éducation adaptée qui devaient normalement disposer d'une autorisation séparée pour assurer un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire³² (cette contrainte étant parfois surmontée par la qualification du service rattaché comme « établissement secondaire »).

Ainsi, rien ne s'oppose à la mise en œuvre de formes d'accompagnement rares aujourd'hui, comme l'accueil familial dans le cadre d'établissements pour adultes³³, ou l'accueil de jour sur l'ensemble de l'année (y compris le week-end)³⁴, ou encore l'intervention d'un établissement en milieu ordinaire.

Lorsque la polyvalence est souhaitée, au service d'une meilleure fluidité du parcours, l'autorisation doit mentionner expressément qu'elle est accordée pour toutes formes d'accueil et d'accompagnement dans le cadre de la réglementation applicable à la catégorie dont relève l'établissement.

Un ESSMS peut relever en même temps de plusieurs alinéas du l de l'article L. 312-1; une double autorisation en tant qu'établissement et service peut être délivrée au titre du 7° du même l : ainsi une maison d'accueil spécialisée peut être autorisée à exercer, pour une capacité distincte, une activité de service de soins infirmiers à domicile

Sans préjudice de la possibilité déjà ouverte à tout organisme gestionnaire d'être autorisé pour gérer à la fois un établissement et un service, le cas échéant pour des publics différents

³¹ Articles D. 312-59, D. 312-79, D. 312-96, D. 312-107 et D. 312-119 du CASF

³² Cette autorisation n'était en revanche pas nécessaire pour qu'un établissement puisse externaliser une unité d'enseignement ; cette externalisation relevait et relève toujours d'une simple convention

Les accueillants familiaux étant salariés de l'organisme gestionnaire de l'établissement dans les conditions prévues aux articles D. 444-2 et suivants du CASF

La notion d'accueil de jour étant souvent entendue - à tort - de manière restrictive comme ne recouvrant que le semi-internat de semaine et hors vacances scolaires

Ces dispositions n'impliquent pas que tout établissement assure une telle polyvalence :

- l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation doit continuer d'apprécier au cas par cas si l'établissement répond aux objectifs et besoins sociaux et médicosociaux fixés par le schéma régional de santé ou le schéma départemental applicables, ainsi que la capacité du porteur du projet à la mettre en œuvre, notamment quand elle fait l'objet de dispositions réglementaires spécifiques, comme dans le cas de l'accueil temporaire;
- d'autres modes d'organisation assurant la continuité des parcours entre établissements et services peuvent être retenus, qu'il s'agisse des conventions ou groupements de coopération³⁵ ou des dispositifs intégrés dédiés aux difficultés psychologiques avec troubles du comportement (DITEP)³⁶.

3.2. Les ESSMS d'accompagnement et d'éducation adaptée relevant du 2° du I de l'article L. 312-1

L'article D. 312-0-1 mentionne neuf catégories (voir page suivante le tableau de correspondance avec l'actuelle nomenclature Finess) :

- cinq catégories d'établissements définies³⁷ en fonction de la nature du handicap qu'ils prennent principalement en charge, l'autorisation pouvant être élargie à d'autres types de publics³⁸ (institut thérapeutique éducatif et pédagogique ITEP, institut d'éducation motrice IEM, établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés, institut pour déficients auditifs, institut pour déficients visuels), et une catégorie générale non circonscrite (institut médico-éducatif IME) prenant initialement en charge les déficiences intellectuelles³⁹ et dont le public est aujourd'hui plus large (notamment les troubles du spectre de l'autisme);
- deux catégories d'établissements accueillant toute personne relevant ou non d'un des groupes de publics énumérés à l'article D. 312-0-3, en amont ou en complément d'accompagnements plus spécialisés (centre médico-psychopédagogique – CMPP - et bureau d'aide psychologique universitaire - BAPU)⁴⁰;
- une catégorie regroupant, quelle que soit leur dénomination en fonction de leur spécialité⁴¹, les services assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire, quand ils ne sont pas rattachés à un établissement relevant des catégories précitées.

A l'inverse, d'autres catégories présentes dans le répertoire Finess n'ont pas été reprises dans cette liste :

Prévus à l'article L. 312-7 du CASF

³⁶ cf. l'article L. 312-7-1 du CASF

Par les paragraphes 1bis et 2 à 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre ler du livre III de la partie réglementaire du CASF

Conformément au principe évoqué au point 2.1

Dans les conditions définies par le paragraphe 1 de la sous-section précitée

Définies respectivement par l'annexe 32 et l'annexe 33 du décret n°56-284 du 9 mars 1956

⁴¹ cf. les articles D. 312 55, D. 312-75, D. 312-95, D. 312-105 et D. 312-117 déjà cités

- les centres d'accueil familial spécialisé sont nécessairement rattachés à un établissement⁴²; de manière générale, l'accueil familial constitue une des modalités d'accueil auxquelles tous les établissements peuvent recourir;
- les jardins d'enfants spécialisés et les foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés, qui ne font l'objet d'aucune définition réglementaire, ne peuvent être considérés comme constituant des catégories distinctes d'établissements;
- les instituts d'éducation sensorielle pour sourd-aveugle ne font pas non plus l'objet d'une définition réglementaire (sachant que la plupart des établissements existants ont d'autres spécialités à titre principal).

Tableau 3 -Catégories d'établissements relevant du 2°								
de l'article L.312-1								
Nomenclature Finess actuelle	Nouvelles autorisations							
Institut Médico-Educatif (I.M.E.)	Institut Médico-Educatif (I.M.E.)							
Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (I.T.E.P.)	Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (I.T.E.P.)							
Institut d'éducation motrice (I.E.M.) ⁴³	Institut d'éducation motrice (I.E.M.)							
Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés	Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés							
Institut pour Déficients Auditifs	Institut pour Déficients Auditifs							
Institut pour Déficients Visuels	Institut pour Déficients Visuels							
Foyer Hébergement Enfants et Adolescents Handicapés	classement dans une des catégories supra							
Etablissement d'Accueil Temporaire d'Enfants Handicapés	classement dans une des catégories supra							
Institut d'Education Sensorielle Sourd/Aveugle	classement dans une des catégories supra ou rôle de centre de ressources							
Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)	Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)							
Centre d'Accueil Familial Spécialisé	mode d'activité des catégories supra ⁴⁴							
Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U.)	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U.)							
Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile	Service assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire - Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (non rattaché à un établissement)							

En application des articles D. 312-41 et D. 312-59-5 du CASF

L'actuelle nomenclature Finess emploie le sigle I.E.M. et le libellé « Etablissement pour Déficient Moteur »

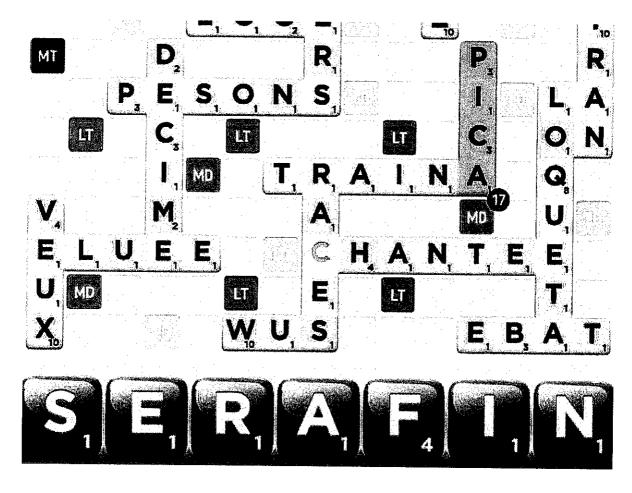
⁴⁴ Mode d'activité également ouvert aux CAMSP

Blog ACCENS Avocats

Le Blog du Cabinet ACCENS Avocats & Conseils

ESSMS-PH: tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur SERAFIN-PH... Sans jamais oser le demander

27 janvier 2022



A partir d'une étude approfondie de la genèse et des travaux de SERAFIN-PH ainsi que des dernières évolutions du droit de la tarification, ce – long – post propose une analyse détaillée du dispositif ainsi que l'identification prospective des enjeux de sa <u>mise en oeuvre prévue en 2024</u>.

1. LA GENESE

En octobre 2012, l'Inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont rendu ensemble un rapport intitulé « établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement » (rapport Vachey-Jeannet). Ce rapport public était accompagné d'un second rapport des mêmes auteurs, demeuré confidentiel, intitulé : « Mission d'assistance – Modernisation de l'action publique – Réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées ». Ces deux rapports répondaient à une lettre de mission interministérielle Budget-Solidarités du 25 janvier 2012.

La lettre de mission faisait état de la nécessité de financer, dans un contexte budgétaire très contraint, le développement de l'offre médico-sociale (alors de 450 000 places) dans le champ du handicap mais soulignait également :

- des disparités importantes constatées entre le plan pluriannuel de création de places 2008-2012 et sa mise en œuvre effective ;
- des difficultés à évaluer l'impact de la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé
 (ISS) entreprise pour rationaliser la planification catégorielle, territoriale et financière des
 ESSMS (schéma, PRIAC);
- la nécessité de réinterroger ce que doivent être les missions des ESSMS, dans le prolongement du rapport Hocquet intitulé « contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico-social à l'inclusion des personnes handicapées »;
- l'anachronisme des modalités de tarification des ESSMS (prix de journée, dotation globale de financement) par rapport au nouveau système de tarification des établissements sanitaires.

Il était donc demandé à la mission Vachey-Jeannet d'étudier les caractéristiques de l'offre du secteur, l'adéquation entre l'offre et la demande et, enfin, le financement et la régulation du secteur. Plus précisément, étaient attendues :

- l'identification des conditions préalables à une meilleure allocation des ressources (16 milliards d'euros tous financeurs PH confondus) en termes de répartition territoriale des équipements et de réduction des écarts de coût à services comparables;
- la définition d'outils de travail pour aboutir à une tarification plus performante renforçant la qualité des interventions et optimisant les coûts ;

 la définition d'une méthode, d'un calendrier et de moyens pour une mission chargée de concevoir et mettre en œuvre un nouveau mode de financement des ESSMS-PH.

La mission Vachey-Jeannet a répondu à cette commande en faisant les constats suivants :

- l'inadaptation du système de tarification (dispersion des coûts non corrélée avec la lourdeur des prises en charge, lourdeur administrative des procédures budgétaires pour les services instructeurs, insuffisance du contrôle administratif);
- o l'anachronisme du système « rétrospectif » en vigueur (financement des besoins et reprises de résultat), alors qu'il faudrait lui préférer un système « prospectif » reposant sur une détermination préalable des ressources allouées par enveloppe fermée, pour une meilleure prévisibilité financière en contexte de restrictions budgétaires. Le rapport identifie deux pistes possibles de modalités de tarification : soit forfaitaire, soit modulée en fonction de l'activité.

La mission a donc repéré, à titre de prérequis technique, la nécessité :

- · d'inventer une méthode d'objectivation des besoins d'accompagnement;
- · de concevoir un dispositif d'objectivation des prestations ;
- $\circ\,$ de réaliser une étude des coûts (EDC) sur ces bases ;
- o de créer un dispositif de simulation de la réforme de la tarification.

Au plan méthodologique, l'association des opérateurs à la création de ces outils a été proposée, dans une démarche organisée en mode projet en lien direct avec les cabinets ministériels concernés.

La mission a conclu son rapport avec 9 recommandations:

- 1°) la généralisation d'un système d'échanges de données harmonisé entre les MDPH, les ESSMS-PH et les responsables des programmations départementales et régionales ;
- 2°) l'organisation d'échanges d'éléments d'évaluation entre MDPH et ESSMS-PH sur la base du guide d'évaluation GEVA, au moment de la décision d'orientation et de la demande de renouvellement de la prise en charge ;

- 3°) l'exonération d'appel à projets en cas d'adaptation de l'offre d'un ESSMS existant dans le cadre d'un CPOM ;
- 4°) la redéfinition des enquêtes nationales, en particulier l'enquête ES-SMS (statistiques périodiques de la DRESS sur les ESSMS), en la recentrant sur la connaissance des personnes et de leurs parcours ;
- 5°) la création d'un système de données national sur le handicap, commun aux financeurs (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ou CNSA, Conseils départementaux);
- 6°) la généralisation du financement en dotation globale des ESSMS à titre transitoire, dans l'attente de la définition du système cible, pour simplifier la gestion des enveloppes ;
- 7°) l'amélioration du contrôle de la ressource allouée par des indicateurs homogènes (modernisation des indicateurs des ESSMS) ;
- 8°) l'abandon d'une vision de la dépense publique par financeur et par sous-ONDAM, en créant dans les programmes de qualité et d'efficience (PQE) des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) des tableaux consolidés de la dépense « tous financeurs » et en se dotant d'une vision consolidée « tous ONDAM » de la dépense de soins ;
- 9°) le transfert, dans le champ de l'assurance maladie, du financement intégral des FAM et CAMSP, ainsi que le transfert des ESAT dans le champ des Départements.

L'annexe X du rapport, faisant l'inventaire des autres modes de tarification du domaine de la santé, procède notamment à une analyse détaillée de la philosophie, des modalités de mise en œuvre et des avantages/inconvénients de la <u>tarification à l'activité (T2A)</u> des établissements sanitaires, système mixte comprenant tarifs d'actes et dotations. Sur ce point précis, la mission considère que :

- dans l'esprit d'abord, le modèle T2A est intéressant dans la mesure où il développe chez les opérateurs une culture de l'efficience et facilite la convergence tarifaire;
- en termes de modalités ensuite, la transposition du système de type T2A n'est pas possible dans l'immédiat, faute d'un système d'information adéquat (comparable au programme de médicalisation de systèmes d'information ou PMSI) et de classification permettant de définir des groupes homogènes de prise en charge des personnes handicapées comparables :

- · aux groupes homogènes de malades (GHM) : répertoire des pathologies ;
- · et aux groupes homogènes de soins (GHS) : catalogue des tarifs associés ;
- par ailleurs, La prise en charge dans le secteur du handicap repose sur une conception plus large de la prise en charge que le secteur sanitaire, fondée sur l'entièreté de la personne. Elle eut donc difficilement se résumer à un catalogue d'actes et de diagnostics;
- enfin, l'outil T2A produit des effets pervers (effet de sélection, spécialisation des structures, inflation de l'activité, non prise en compte de la qualité).

2. LA MISE EN OEUVRE

La mise en œuvre du projet de réforme de la tarification des ESSMS-PH est intervenue, d'une part par des modifications successives du Livre III du CASF, d'autre part par des mesures de gestion publique, enfin par la création et l'animation du groupe de travail national « Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées » (SERAFIN-PH).

2.1. Des modifications du Livre III du CASF

En 2016, le caractère obligatoire du CPOM pour les ESSMS-PH a été affirmé (modification de <u>l'article L. 313-12-2</u> du CASF par la LFSS 2016).

En 2018, il est devenu possible, par CPOM, de déroger aux modalités « traditionnelles » de la tarification en référant à une autre mesure de l'activité (file active des personnes, file active des prestations) mais aussi de laisser à l'organisme gestionnaire le soin d'affecter lui-même les résultats (modification des articles <u>R. 314-43</u>, <u>R. 314-230</u> et <u>R. 314-234</u>; création de l'article <u>R. 314-43-2</u>).

En 2019, l'<u>exonération d'appel à projets des opérations de recomposition de l'offre</u> lorsqu'elles sont mises en œuvre au moyen d'un CPOM a donné lieu à une modification de l'<u>article L. 313-1-1</u> du CASF (recommandation n° 3 du rapport).

En 2019 et 2020, les indicateurs socio-économiques des ESSMS ont été remplacés puis complétés par une <u>nouvelle génération d'indicateurs de performance</u> relevant des <u>articles R. 314-28 à R. 314-33-1</u> du CASF (recommandation n° 7 du rapport).

2.2. Des mesures de gestion publique

En 2016 a été adopté le <u>principe d'un système d'information (SI) partagé</u> MDPH-ESSMS-ARS-CD-CNSA. Ce SI a pris corps en 2018 avec la plateforme « ViaTrajectoire », avant d'être accompagné par une mise à niveau du <u>Répertoire opérationnel des ressources ou ROR</u> (recommandations n° 1, 2 et 5 du rapport).

En 2017 a été modifié le processus de réalisation de l'<u>enquête ES – secteur social et médico-social</u> (recommandation n° 4 du rapport).

En octobre 2021, l'IGAS a publié un <u>rapport</u> dans lequel apparaissent les liens entre transformation de l'offre et réforme de la tarification.

2.3. La création du groupe projet SERAFIN-PH

2.3.1. L'organisation

SERAFIN-PH, équipe projet constituée en 2014 par la DGCS et la CNSA, comprend :

- un comité stratégique (COSTRAT) présidé par le secrétaire d'Etat aux PH, qui définit les orientations stratégiques du projet;
- un groupe technique national (GTN) regoupant les parties prenantes (fédérations d'ESSMS, associations de PH, CNAMTS, ARS, MDPH, ANCREAI, ANAP, HAS, ATIH, EHESP, cabinet du ministre, SGMAS, CNSA, DGCS, DSS, DRESS), qui pilote le projet sur la base des orientations du COSTRAT et coordonne les travaux :
- divers comités techniques thématiques (COTECH) rattachés au GTN, qui réalisent les travaux chacun dans leur domaine;
- · un comité scientifique, en appui des travaux.

2.3.2. Les travaux

Après une phase de constitution de la structure projet, SERAFIN-PH a suivi le programme de travail suivant :

- 2014 : fixation des orientations stratégiques : 1°) définir les nomenclatures, 2°) définir le modèle de tarification, 3°) déployer le nouveau système ;
- · 2015:

- réalisation par l'ATIH de l'étude des coûts (EDC) 2015 et élaboration d'une méthode d'analyse pour les EDC annuelles à venir : traitement des résultats pour établir une corrélation entre unités d'œuvre et coûts (méthodologie de la T2A);
- o définition des 3 notions centrales de la réforme : besoin, prestation, nomenclature ;
- 2016 : définition de la 1ère version des nomenclatures ;
- 2017 : définition de la 2^{ème} version des nomenclatures ;

· 2018:

- disparition des EDC annuelles et remplacement par une ENC annuelle (étude dite « quantitative »);
- étude médico-économique « Repères » : identifier les situations lesquelles le tarif est inférieur, supérieur ou adéquat au coût lié à la bonne réponse aux besoins des personnes (étude dite « qualitative »);

· 2019:

- réalisation d'une synthèse des nomenclatures pour définir le contenu du futur tableau de bord règlementaire de la performance;
- choix d'un modèle « hybride » ou « mixte » de tarification comprenant un « socle établissement » et une part variable individualisée en fonction des besoins des PH;

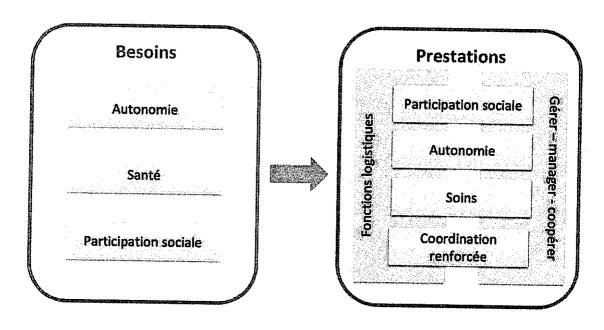
· 2020:

- diffusion par la CNSA du « Guide de bonnes pratiques sur les usages qualitatifs des nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN-PH », destiné à susciter l'utilisation de ces nomenclatures <u>dans tous les documents professionnels</u> publics et privés (ex. : schéma, ROB, CPOM, projet associatif, projet d'établissement, projet individualisé);
- définition de la 3^{ème} version des nomenclatures.
- 2021 : lancement de l'expérimentation du nouveau modèle de tarification, appel à candidatures pour un échantillon de 1 200 ESSMS tests.

La fin de la phase d'expérimentation est fixée à 2024, dans la perspective d'une modification profonde de la règlementation budgétaire incorporant le nouveau système de tarification.

3. LES CONCEPTS FONDAMENTAUX DE SERAFIN-PH

3.1. La logique d'articulation besoins-prestations



En bleu le bloc 1 (besoins), en vert le bloc 2 (prestations directes), en beige le bloc 3 (prestations indirectes)

Un besoin (bloc 1 des nomenclatures) est un « écart entre la réalisation effective ("performance"), par une personne, d'une activité ou d'un domaine d'activité et son objectif personnel de réalisation ». Les besoins ont été identifiés dans les nomenclatures en tenant compte de la Classification internationale du handicap (CIH) adoptée par l'OMS en 2000 (dite « classification internationale du fonctionnement » ou CIH-2) et du GEVA.

Les prestations se divisent en deux catégories :

- ° prestations directes « soins et accompagnements » (bloc 2);
- o prestations indirectes « pilotage et fonctions supports » (bloc 3).

Besoins et prestations sont détaillés dans les nomenclatures avec un grand niveau de détail, selon une arborescence à 4 niveaux.

Ex.: 2 - Prestations de soins et d'accompagnement (bloc 2)

2.1.-Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

2.1.1. - Soins somatiques et psychiques

2.1.1.1. – Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative

Chaque prestation élémentaire (numérotation à 4 chiffres) est définie, dans les nomenclatures, par une fiche spécifique.

Ce catalogue très fourni des prestations doit permettre aux ESSMS, quelles que soient leur activité et leurs pratiques, de rattacher précisément chacune des prestations effectivement délivrées à une prestation élémentaire des nomenclatures SERAFIN-PH.

3.2. Le modèle tarifaire cible

Le modèle est dit « hybride » ou « mixte » parce qu'il associerait :

- $^{\circ}$ un **socle de financement** comprenant les prestations directes et indirectes via un CPOM et s'appuyant notamment sur :
 - · un niveau d'activité prédéfini ;
 - o des modalités d'accompagnement (internat, accueil de jour, ambulatoire);
 - des variables discrimantes caractérisant les ESSMS et/ou les personnes accompagnées,
 issues des données des ENC;
- o une part variable qui pourrait être liée à :
 - un financement à la qualité (avec pour objectif de valoriser l'amélioration continue de la qualité par le recueil d'indicateurs simples et robustes);
 - des financements complémentaires pour accompagner des actions spécifiques ou innovantes (au niveau national ou local), intégrés dans un CPOM;
 - une allocation d'un droit personnalisé à prestations (« droit de tirage ») :
 - o soit impactant la structure du modèle de financement, en ajoutant un compartiment ;
 - o soit s'intégrant dans la part variable via les financements complémentaires.

Chacune des deux parties de ce modèle comprendrait ainsi, de manière « analytique » et ventilée, des tarifs de prestations directes et indirectes (blocs 2 et 3) dont le prix serait déterminé par une ENC annuelle.

La notion de « droit de tirage » – imaginée de longue date par Jean-Pierre Hardy – déborde du cadre de la tarification d'un ESSMS : elle renverrait en effet à la possibilité, pour chaque PH, de bénéficier de prestations y compris dans son milieu ordinaire de vie.

4. QUELQUES OBSERVATIONS PROSPECTIVES

La philosophie du nouveau modèle de tarification, si elle vise l'adéquation, la liberté de choix et la qualité du service rendu aux PH, poursuit tout autant un objectif de gestion de la contrainte budgétaire ; sur ce point, le rapport Vachey-Jeannet et la « feuille de route » du COSTRAT de SERAFIN-PH sont très clairs.

L'analogie avec la réforme de la tarification du secteur sanitaire est très nette des points de vue :

- de la structure même du modèle, qui associera des prix de prestation à des financements complémentaires pour l'établissement (analogie avec le financement sanitaire mixte, par prix d'acte et autres dotations telles que la MIGAC, la MERRI et d'autres forfaits en fonction des activités);
- de la méthode de valorisation, les tarifs de prestation étant fixés au vu des résultats des coupes effectuées dans les ENC;
- des acteurs, du fait notamment du rôle décisif joué par l'ATIH dans le processus de valorisation des prestations (« boîte noire » des ENC). Pour rappel, jusqu'à ce jour les fédérations du secteur sanitaire ne sont jamais parvenues à obtenir de cette agence des données claires sur le calcul des tarifs T2A par l'ATIH.

Pour les organismes gestionnaires, plusieurs facteurs de l'équation de tarification seront critiques et devront être appréhendés de manière « serrée » lors de la négociation des CPOM :

- · la mesure de l'activité, après la réforme de 2018 sur la modulation ;
- le classement des prestations existantes dans le catalogue des prestations élémentaires des nomenclatures SERAFIN-PH :
 - il sera essentiel de ne pas commettre d'erreur ou d'oubli d'une prestation au moment de ce classement;
 - un enjeu fort résidera dans le fait de définir un inventaire des prestations qui démarque,
 sur un territoire donné, chaque ESSMS-PH d'un autre établissement relevant de la même catégorie. Cette « spécialisation » de l'ESSMS-PH rendra impossible tout comparatisme

tarifaire. On peut d'ailleurs supposer que la systématisation des CPOM compromettra par nature toute comparaison de cet ordre. Mais *a contrario*, le recours systématique aux nomenclatures SERAFIN-PH dans tous les registres de la gouvernance — pour la planification et l'actualisation des projets d'établissement synchronisée avec la signature des CPOM — pourrait aboutir à une perte de maîtrise des organismes gestionnaires sur la définition de l'offre de prestation de leurs ESSMS-PH, faisant apparaître un risque de standardisation tarifaire ;

 le choix des indicateurs qualité, pour la perception de la fraction de la part variable correspondante. Pour l'heure, on ignore si ces indicateurs qualité seront définis dans le CPOM ou par un texte règlementaire.

L'intégration, dans l'équation tarifaire, d'une part de financements liée aux besoins individualisés des PH pourrait avoir pour effet de faire fluctuer notablement le financement des ESSMS-PH, ce qui devrait conduire à une plus grande maîtrise et une plus grande adaptabilité des charges fixes. La question pourrait alors se poser de savoir comment anticiper ces variations à l'égard, par exemple, de la masse salariale ou de l'amortissement des investissements.

Une mise en œuvre avisée du nouveau modèle de tarification devrait conduire les organismes gestionnaires à développer très significativement leurs outils de comptabilité analytique, sous peine de perdre toute visibilité sur la gestion de l'activité. Ceci étant, il serait utile d'identifier à leur profit les moyens procéduraux de contester les tarifs de prestation s'il s'avérait que ces derniers étaient en réalité inférieurs au prix de revient.

La création du « droit de tirage » justifie l'expression de craintes sur un risque de dérégulation du secteur, comme l'ont fait savoir dans la presse professionnelle certaines têtes de réseau qui voient se profiler des possibilités de prise en charge par des travailleurs sociaux indépendants (ex. : Fédération APAJH).

La centralisation du dispositif entre les mains de la CNSA – notamment grâce aux systèmes d'information – pourrait remettre en cause toute marge de manœuvre locale visant l'adaptation de l'offre à des besoins territorialisés. Pour la même raison, des résistances pourraient apparaître du côté des Conseils départementaux s'ils redoutaient de perdre la main sur la gouvernance des ESSMS-PH relevant de leur compétence exclusive ou conjointe.

Le nouveau système tarifaire, de par sa complexité, pourrait être ardu à mettre en œuvre. Le recours alors nécessaire aux systèmes d'information maîtrisés par la CNSA et l'ATIH – pour

compenser un effet « usine à gaz » – pourrait aboutir à une perte totale de lisibilité sur le processus de tarification.

L'individualisation systématique de la tarification de chaque ESSMS priverait les têtes de réseau de toute possibilité d'exercer, en qualité de corps intermédiaire, un contre-pouvoir en matière de tarification.

Le recours à des tarifs de prestation pourrait permettre à certains acteurs du monde économique d'explorer des modèles économiques alternatifs à celui la tarification, par exemple sous forme de garanties d'assurance autonomie ou dépendance. Si cette hypothèse se vérifiait, alors le modèle de répartition actuel (assurantiel assurance maladie / assistantiel aide sociale) pourrait être remis en cause au profit d'un modèle par capitalisation.

En définitive, le nouveau modèle de tarification pourrait s'avérer pertinent s'il s'accompagnait de la possibilité d'allouer aux ESSMS-PH des tarifs de prestation correspondant réellement au prix de revient. Or comme il s'agit pour la puissance publique de développer l'offre PA – pour des raisons démographiques évidentes – tout en restant dans un périmètre budgétaire global PA-PH très contraint, une telle perspective demeure hypothétique.

1 236

Étiquettes:	AAP	activité	agence régionale de santé			ap	pel à projets	ARS	ATIH
Bercy	CAMSP	CD	CDAPH	CIF	CIH	I- 2	СМРР	CMPro	CNSA
Conseil départemental contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens CPOM CRIP CRRP									
DGC	DGCS	DITEP	domicile	e dot	ation glo	bale	dotation gl	lobalisée co	mmune
dotation re	égionale lim	itative	DRL	droit de 1	irage	EAM	EANM	EDC	EEAP
efficience	enquêt	e nationale	des coûts	enve	loppe	ESAT	ESMS	ESSM	IS-PH
FAM	file active	financ	ement	forfait	foyer	le vie	GEVA	GHM	GHS
handicap	IDA	IDV	IEM	IGAS	IGF	IME	IMPro	inclusi	on
indicateur Inspection générale des affaires sociales ITEP LFSS MAS MDPH									
MERRI MIGAC milieu ordinaire ministère de la santé ministère du budget									
nomenclati	are des beso	ins no	omenclature	des prest	tations	OGD	OMS	ONDA	M
performanc	e perso	onnes hanc	licapées	PH	planific	ation	PMSI	PRIAC	