



Inspection générale
des finances

N° 2013-M-047-01

Inspection générale
des affaires sociales

N°RM2013-103P

RAPPORT

**MISSION D'ASSISTANCE
MODERNISATION DE L'ACTION PUBLIQUE
REFORME DE LA TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR PERSONNES HANDICAPEES**

Établi par

LAURENT VACHEY
Inspecteur Général des Finances

AGNES JEANNET
Inspectrice Générale des Affaires Sociales

- JUILLET 2013 -

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LES CHANTIERS A CONDUIRE.....	3
1.1. Sept chantiers thématiques doivent être conduits en parallèle ou séquentiellement pour asseoir une réforme de la tarification des ESMS du secteur du handicap.....	3
1.1.1. <i>L'élaboration d'un instrument de mesure des besoins des personnes en raison des limitations d'activités.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>La construction d'un instrument de description organisée des prestations fournies par les établissements et services.....</i>	<i>6</i>
1.1.3. <i>La consolidation globale de la dépense de santé.....</i>	<i>8</i>
1.1.4. <i>L'identification des ou du modèle de financement.....</i>	<i>9</i>
1.1.5. <i>Le passage au tarificateur unique.....</i>	<i>10</i>
1.1.6. <i>La conduite de l'étude nationale de coûts.....</i>	<i>11</i>
1.1.7. <i>Les conditions de simulation de l'impact de la réforme.....</i>	<i>13</i>
1.2. Deux chantiers transversaux doivent être anticipés et enrichis tout au long du projet.....	14
1.2.1. <i>La conception et mise en place d'un système d'information.....</i>	<i>14</i>
1.2.2. <i>La formation des acteurs aux outils et procédures doit être anticipée et organisée selon une base homogène tout au long du projet.....</i>	<i>15</i>
1.3. L'identification des chantiers connexes est nécessaire pour positionner la réforme de la tarification des ESMS du secteur du handicap dans l'ensemble des réformes engagées dans le champ des affaires sociales.....	15
2. LA GESTION DU PROJET.....	16
2.1. L'équipe projet.....	17
2.2. La gouvernance.....	19
2.3. Le calendrier.....	21
2.4. Le budget.....	23
3. LES MESURES TRANSITOIRES.....	25
3.1. Généraliser une tarification en dotation globale.....	25
3.2. Renforcer les instruments du dialogue de gestion.....	26
3.3. Préparer la décentralisation des ESAT aux départements.....	28
CONCLUSION.....	30

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 14 mars 2013, le ministre de l'Economie et des Finances, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, la ministre déléguée en charge des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion et le ministre délégué chargé du Budget ont demandé à l'Inspection Générale des finances et à l'Inspection Générale des Affaires sociales, suite à leur rapport d'octobre 2012 relatif aux établissements et services pour personnes handicapées, d'apporter leur assistance à l'élaboration d'un plan d'action visant à une réforme de la tarification de ces établissements et services (PJ 1).

Cette mission, conduite pour l'IGF par Laurent VACHEY et pour l'IGAS par Agnès JEANNET, s'inscrit dans le cadre des chantiers de modernisation de l'action publique, suite à une décision du CIMAP du 18 décembre 2012.

Il est notamment demandé aux inspections générales d'apporter leur appui pour déterminer :

- ◆ le calendrier de cette réforme, y compris les étapes intermédiaires ;
- ◆ les moyens nécessaires, et leur mobilisation dans une perspective pluriannuelle ;
- ◆ la gouvernance et le pilotage du dispositif ;
- ◆ le profil des personnes de l'équipe qui sera chargée de la mise en œuvre opérationnelle du projet ;
- ◆ les conditions et l'opportunité d'un passage transitoire à une tarification des établissements et services en dotation globale.

Le CIMAP du 12 avril 2013 a validé les objectifs de ce chantier (PJ 2). Un comité de pilotage réunissant les administrations centrales et agences concernées, le SGMAP, deux ARS, l'Assemblée des départements de France et l'ANDASS, des fédérations gestionnaires et des associations représentatives des personnes handicapées (PJ3) a été constitué pour accompagner cette démarche d'élaboration du plan d'action. Il s'est réuni à deux reprises, les 24 avril et 14 juin 2013 pour échanger sur les propositions des inspections générales (PJ 4 et 5). La mission IGAS-IGF a par ailleurs rencontré les administrations centrales (DGCS, DSS, DGOS) et agences (CNSA, CNAMTS, ATIH, ANAP) en mesure d'apporter des éléments techniques et de réflexion sur la conduite de ce projet, ainsi que l'ADF, l'ANDASS, et les fédérations et associations membres du comité de pilotage.

Quelques remarques préliminaires sont nécessaires pour appréhender la réforme de la tarification dans son contexte :

- ◆ celle-ci n'est qu'un élément d'une politique ambitieuse fondée par la loi du 11 février 2005 qui modifie la place de la personne en situation de handicap dans la société. Ce changement de regard fonde un droit nouveau, celui de l'autonomie qui passe par la compensation des pertes ou limitations d'activités et une société adaptée ;
- ◆ elle doit accompagner cette évolution, en tout cas ne pas en freiner l'épanouissement ;
- ◆ elle n'a pas en soi d'objectifs de régulation financière, qui peuvent être atteints par d'autres voies. Ses objectifs sont, en permettant la transparence sur les moyens mobilisés au regard des besoins de personnes, de garantir l'équité dans l'allocation des ressources disponibles aux établissements et services du secteur du handicap.

Rapport

Conformément aux demandes de la lettre de mission, le présent rapport traite successivement des différents chantiers à conduire pour mener à bien le projet (I), de la méthode de gestion du projet (équipe projet, gouvernance, budget, calendrier, II) et des mesures transitoires de nature à améliorer la gestion de l'allocation de ressources aux établissements et services pour personnes handicapées dans l'attente de l'élaboration d'un nouveau système de tarification (III). Le cas particulier des établissements et services d'aide par le travail, que le projet de loi de décentralisation prévoit de transférer aux départements, est également évoqué dans cette troisième partie.

1. Les chantiers à conduire

La mission a identifié trois types de chantiers dont la coordination dans le temps conditionnera le succès de la démarche :

- des chantiers thématiques qui ont un début et une fin. Cette fin se caractérise par l'utilisation en routine de l'outil par le ou les acteurs concernés. Ils sont au nombre de sept :
 - création d'un outil partagé de mesure des besoins,
 - création d'un outil organisé de description des prestations,
 - mise en place d'une consolidation de la dépense de santé,
 - passage au tarifificateur unique,
 - construction du ou des modèles d'allocation de ressources,
 - conduite d'études nationales de coûts,
 - simulation de l'impact de la réforme et de son mode de déploiement.
- des chantiers transversaux qui doivent être pensés dès le début du projet en termes de ressources/méthode, et déployés tout au long de la vie du projet :
 - la construction d'un système d'information qui porte les outils de la réforme et qui s'intègre aux systèmes existant ou s'articule avec eux,
 - la formation des acteurs aux outils et procédures au fur et à mesure de leur déploiement y compris en phase transitoire.

Pour chacun de ces chantiers, la mission a identifiés les enjeux / objectifs à atteindre ainsi que les difficultés propres au chantier et les conditions de sa réussite.

Enfin, la mission a repéré des chantiers connexes à la réforme de la tarification des ESMS du secteur du handicap, qui peuvent avoir soit des liens, soit des effets directs ou indirects sur les acteurs du secteur : par exemple la stratégie nationale de santé ou la réforme annoncée de l'adaptation de la société au vieillissement.

1.1. Sept chantiers thématiques doivent être conduits en parallèle ou séquentiellement pour asseoir une réforme de la tarification des ESMS du secteur du handicap

1.1.1. L'élaboration d'un instrument de mesure des besoins des personnes en raison des limitations d'activités

Ce premier outil est le plus crucial pour la conduite à bonne fin de la réforme. Il permet d'objectiver le lien entre les besoins de la personne et les réponses à y apporter en termes de compensation des limitations d'activité qu'elle rencontre, dans son environnement de vie.

1.1.1.1. Les objectifs

Cet instrument de mesure des besoins de la personne accueillie doit être conçu non pas à partir des types de handicap mais des limitations d'activité que ceux-ci entraînent. L'objectif recherché est de pouvoir mesurer pour chaque personne les besoins d'accompagnement, de soins et de services nécessaires pour son autonomie.

Rapport

Il s'agit donc de définir une grille uniforme de cotation qui permette de couvrir tous les champs de limitation d'activité et de déduire des moyens d'accompagnement en volume et en nature. Cette cotation implique une réduction / simplification de l'analyse des situations rencontrées afin de couvrir tous les handicaps, toutes les situations d'âges (enfant / adultes) et d'être praticable, c'est-à-dire suffisamment concise et correspondant à une offre disponible.

Trois types de besoins peuvent être identifiés : les besoins en soins, les besoins en termes d'accompagnement et les besoins de portée logistique.

La construction d'un outil de mesure de la charge en soins doit donc compléter l'identification des besoins d'accompagnement, à l'instar de la combinaison des grilles AGGIR/PATHOS¹ qui a été déployée pour les personnes âgées. Cet instrument doit permettre de déduire les moyens d'accompagnement et de soins requis en fonction de la situation de personnes. Les moyens de nature logistique (hébergement, restauration, transport, administration...) sont plus aisément connus et généralement mesurés par les outils de gestion des ESMS. En tout cas, ils ne posent pas de question de méthodologie.

1.1.1.2. Les références

La construction de cet outil pourra se fonder sur des expériences françaises ou étrangères :

- ◆ En France, le projet le plus abouti qui répond aux critères d'une approche par les limitations d'activité et non les types de handicap est celui conduit pendant dix ans, à l'initiative de la DGAS, dans la région Pays de la Loire : EVASION (cf. annexe 6). L'intérêt de cet outil au regard d'autres (MAP, Trisomie 21, par exemple) est qu'il est transversal à toutes les situations de handicap².
- ◆ A l'étranger, le dispositif d'évaluation des besoins des personnes qui fonctionne depuis cinq ans dans la région de Bruxelles-Capitale constitue une référence utile (cf. annexe 7). Le Japon semble avoir aussi développé un outil synthétique (cf. rapport IGAS-IGF d'octobre 2012).

1.1.1.3. Les choix de développement

Deux options sont ouvertes :

- ◆ prendre un outil existant et l'adapter pour qu'il réponde à toutes les exigences ;
 - ◆ construire un outil de novo à partir des outils existants.
- ⇒ Avantages et inconvénients de chacune de ces solutions :
- partir d'un outil existant permet de gagner le temps de la conception des outils en le réduisant au temps nécessaire à son adaptation ;
 - construire un outil de mesure nouveau à partir des outils existants prendra plus de temps, mais peut présenter l'avantage d'une meilleure adhésion des acteurs au dispositif.

¹ La grille AGGIR mesure les besoins d'accompagnement, l'outil PATHOS les soins requis.

² Pour une présentation plus complète des outils d'évaluation utilisés aujourd'hui, cf. annexe V du rapport IGAS/IGF d'octobre 2012.

Rapport

La mission préconise de prendre comme référence de départ les outils transversaux aujourd'hui disponibles : l'outil du CREAM des Pays de la Loire « Evasion », ou l'outil développé par la communauté française de Bruxelles –Capitale. Ces deux outils ont fait l'objet de longues périodes d'expérimentation et de test qui les rendent opérationnels assez rapidement, avec la seule obligation d'actualisation, et d'adaptation au contexte français (si l'outil Belge est retenu).

1.1.1.4. Les difficultés repérées dans la conduite de ce chantier

La recherche d'une trop grande spécificité des limitations liées à chaque type de handicap et situation individuelle est le principal écueil repéré, parce qu'elle priverait l'outil de son caractère universel. La principale difficulté réside dans cette nécessité pour le secteur, qui s'est largement structuré autour des types de handicap, d'accepter une spécificité moyenne qui permette de couvrir tous les types de handicap. Cette difficulté, si elle n'est pas surmontée, peut conduire à une multiplication d'outils spécifiques (c'est la pratique actuelle) qui pèsera lourdement sur la suite du projet.

- ☉ La recommandation de la mission : écarter toute possibilité d'outils spécifiques qui ne pourront jamais être cordonnés et synthétisés.

La recherche de l'outil parfait qui réponde à toutes les situations et notamment qui identifie les éléments les plus difficiles à « normer » que sont les projets de vie et l'environnement de la personne constitue une seconde difficulté, qui induit un risque d'enlisement dans la durée. Sans brader la qualité de l'outil, un développement phasé en deux étapes avec une période de mise en place d'un outil qui réponde aux exigences essentielles suivie d'une période d'amélioration devrait permettre de surmonter la difficulté. La difficulté est bien d'accepter un outil imparfait mais praticable et améliorable dans le temps.

- ☉ La recommandation de la mission : bien distinguer les exigences essentielles qui permettent la mise en œuvre opérationnelle de l'outil des exigences complémentaires qui pourront intervenir dans une phase ultérieure. Dans cette étape première, il conviendra de traiter la question de la codification des incapacités découlant des diverses pathologies (CIF), bien connue de la CNSA qui en assure la diffusion auprès des MDPH³.

L'expérience de Bruxelles Capitale montre que les questions du projet de vie et de l'environnement doivent être prises en compte dans une réponse globale, mutualisée au sein de l'établissement et décrite dans le projet d'établissement : ce n'est en effet pas la seule addition des projets de vie individuels, par nature évolutifs, qui conditionne les moyens à mettre en œuvre pour y répondre.

1.1.1.5. Les conditions de réussite : la mobilisation dans la durée d'un appui scientifique

La construction de la grille de cotation suppose à la fois des connaissances scientifiques sur les incapacités et techniques sur leur traduction en moyens à mobiliser. Ceci est plus compliqué dans le domaine de l'accompagnement que dans celui des soins, ce dernier domaine renvoyant à des situations plus largement « protocolisées ».

³ Le référentiel diffusé par la CNSA est déjà un abstract de la CIF qui couvre tout le champ de la santé, dans une logique de cotation épidémiologique des situations comme le fait le PMSI dans le champ hospitalier. C'est une référence internationale utile pour la connaissance des situations de handicap, mais trop détaillée pour produire d'emblée une grille synthétique.

Rapport

Cet appui pourrait être mobilisé selon différents scénarios :

- Elargir les compétences du Comité scientifique des référentiels placé auprès de la CNSA. Ce comité est aujourd'hui centré sur le champ des personnes âgées.

Y recourir suppose soit d'élargir le comité au champ des personnes handicapées soit de créer en son sein deux sections, l'une pour les personnes âgées, l'autre pour les personnes handicapées. Cette option nécessite de prendre un arrêté qui modifie les missions et la composition du comité.

L'avantage de cette solution est d'assurer un pont entre les deux champs, c'est-à-dire de garantir une démarche commune à la perte d'autonomie, tout en préservant les spécificités de chacun des secteurs (en particulier dans le domaine des soins).

- Mobiliser un appui scientifique au sein de l'ANESM.

L'avantage de cette option est de placer l'appui scientifique dans une logique transversale qui dépasse le seul champ de la perte d'autonomie pour s'appliquer aux personnes vulnérables (exemple du référentiel des CHRS). En outre le lien entre référentiel scientifique et bonne pratique serait assuré au sein de l'ANESM, dont c'est la mission de développer ces référentiels de bonne pratique.

Quelle que soit la solution retenue, la mise en place dès le début de la construction de l'outil d'une instance partenariale qui soit garante de son actualisation est impérative parce qu'elle facilitera l'acceptation par le secteur d'un outil de départ imparfait mais perfectible, et parce qu'elle permettra de tenir compte au cours du temps des évolutions des méthodes d'accompagnement et des thérapeutiques.

1.1.2. La construction d'un instrument de description organisée des prestations fournies par les établissements et services

1.1.2.1. Les objectifs

L'objectif de ce chantier est de permettre de comparer sur une base objective le périmètre des services rendus par les services et les établissements en termes d'accompagnement, de soins et de logistique.

Ce chantier consiste à établir un catalogue organisé des prestations (résultat attendu) et des activités nécessaires pour les rendre (moyens nécessaires). Ce travail de construction de référentiel d'activités devra être conduit par type d'établissement et de service pour l'accompagnement (qui diffère avec l'âge et les limitations d'activité) alors que les prestations logistiques peuvent faire l'objet d'une approche transversale à tout type d'établissements (exemples : restauration, hébergement, transport, administration). Pour le soin, la démarche impose la définition d'une stratégie d'offre qui articule les moyens internes et les moyens externes dans l'objectif d'une meilleure réponse au moindre coût. Ce chantier est traité spécifiquement en point 1.1.3.

1.1.2.2. Le recensement des outils existant et les modalités de développement

Les services ont fait l'objet pour certains d'entre eux de travaux d'évaluation par la CNSA, et pour leurs besoins propres par des organismes gestionnaires, qui peuvent servir de base au chantier. La mission avait repéré deux expériences à capitaliser, celle de l'association « OVE » sur les services et celle des « Papillons Blancs » de Dunkerque⁴. Il conviendra de conduire un recensement plus exhaustif des référentiels construits par les organismes gestionnaires et d'ores et déjà expérimentés.

1.1.2.3. Les difficultés repérées

La principale difficulté résidera dans la définition d'un socle de prestations permettant de couvrir les besoins identifiés et considérés comme nécessaires. La méthode de formalisation de consensus sur le contenu des prestations faisant partie du socle et celles qui peuvent être optionnelles (selon le projet d'établissement) devra être retenue.

Une autre difficulté consistera à identifier les prestations qui peuvent être internalisées et celles qui peuvent être externalisées. La question se pose d'ores et déjà pour les prestations de transport qui selon l'environnement des services publics peuvent être plus ou moins externalisées. C'est la même question pour les dépenses de soins.

1.1.2.4. Les conditions de réussite

Pour conduire à bonne fin ce chantier, il conviendra d'une part d'articuler les référentiels avec les normes réglementaires (annexes et textes normatifs) et avec les recommandations de bonne pratique professionnelle édictées par l'ANESM. Ceci implique notamment une révision des « annexes 24 » du Code de l'action sociale et des familles, pour que leurs prescriptions soient cohérentes avec le descriptif retenu.

D'autre part, il conviendra de bien distinguer l'outil de gestion interne d'un outil de dialogue de gestion entre l'établissement et le tarifificateur. Ce dernier doit être mis en œuvre dès la phase transitoire dans le cadre du chantier des « indicateurs de gestion et de dialogue » (cf. partie III). Il ne devra donc pas se confondre avec eux sous peine de déboucher sur une « usine à gaz » difficile à entretenir et faire vivre dans la durée.

Enfin, concernant les prestations délivrées à des publics différents en situation d'âge et de perte d'autonomie, il paraît nécessaire d'associer l'utilisateur final à ce chantier selon une méthode appropriée (cf. partie II) : c'est bien la qualité de vie des personnes qui est ici en jeu.

1.1.2.5. L'indépendance du chantier et le repérage de zones de recouvrements avec d'autres chantiers

Ces deux chantiers de mesure des besoins et de définition des prestations peuvent être menés en parallèle et doivent s'articuler entre eux. L'articulation entre ces deux chantiers met en jeu la définition d'un socle de prestations qui réponde aux limitations d'activité recensées. L'enjeu est de couvrir les situations les plus courantes (socle) tout en identifiant les prestations plus rares qui appellent attention, sans tomber dans « le déraisonnable ».

⁴ Cf. annexe VII du rapport d'octobre 2012.

1.1.3. La consolidation globale de la dépense de santé

Ce chantier est indispensable pour garantir que les personnes accueillies en établissements se voient offrir les soins que requiert leur état⁵. Les enjeux sont aussi de garantir le juste soin c'est-à-dire que les modalités de délivrance des soins, en interne ou en soins de ville, soient efficaces et donc adaptées à l'environnement de l'offre de soins dans le périmètre de l'établissement⁶.

1.1.3.1. Les objectifs

L'identification des dépenses de santé renvoie à une pluralité d'objectifs :

- Tout d'abord, un objectif simple de connaissance globale de la dépense de soins doit être établi.

Il s'agit notamment de pouvoir comparer les MAS et les FAM, où la part des soins requis est la plus importante, en dépassant la pluralité des financeurs⁷.

L'étude conduite par l'échelon régional du service médical du Languedoc Roussillon en 2007 a montré que la variation du forfait soins dans les FAM dans le budget global des FAM était très forte sans que les situations des personnes accueillies le justifient. Par ailleurs l'étude a aussi montré que le cout global des FAM était légèrement supérieur au coût des MAS pour la région.

Il faut s'assurer que les charges engagées par les conseils généraux pour les FAM remontent au niveau des ARS ainsi qu'au niveau national (applicatif REBECA de la CNSA), afin que puisse être appréciée globalement la dépense publique.

- Ensuite, il convient de disposer d'un outil de consolidation de l'ensemble des dépenses de soins quelque soit le mode de recours

De la même façon que pour les EHPAD, dans le cadre des programmes de gestion du risque, il est nécessaire de pouvoir chaîner les parcours de soins en consolidant les soins effectués dans l'établissement (financé par l'OGD) et les soins dispensés en ville ou encore en hospitalisation qu'elle soit en établissement ou à domicile (HAD).

1.1.3.2. Les difficultés repérées

Elles sont principalement d'ordre technique : certification des NIR des personnes handicapées et homogénéisation des clés de cryptage des remontées nationales anonymisées qui sont aujourd'hui différentes entre le SNIIRAM (assurance maladie) et le SipaPH (maisons départementales des personnes handicapées). Ces contraintes doivent être levées pour permettre une mesure globale des dépenses de soins au niveau national. La certification des NIR demande l'organisation d'un circuit d'échanges avec la CNAV, qui assure cette fonction au plan national. L'homogénéisation des clés de cryptage requiert l'accord de la CNIL ;

⁵ Cf. rapport de Pascal JACOG sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

⁶ Il ne peut pas y avoir de « panier de soins » par type d'ESMS qui serait inclus dans le périmètre budgétaire, à l'exclusion de tous autres : l'équilibre entre soins réalisés en internes et ceux assurés en ambulatoire ou hospitalisation dépend de l'offre de soins adaptés disponible dans l'environnement de chaque établissement et service.

⁷ Ce même besoin existe dans les établissements du secteur enfants qui accueille des publics lourdement handicapés.

1.1.3.3. Les conditions de réussite

Elles sont de deux ordres, le premier est relatif à la construction d'un système d'information dans les ARS qui permette la consolidation des dépenses globales quel que soit le financeur. La mise en place d'un outil comparable à celui qui a été mis en place dans le secteur des personnes âgées (Residehpad) est indispensable au niveau micro.

Le second a trait à la bonne implication des services de l'assurance maladie afin de valider les dépenses de soins incluses dans le budget des établissements ou externalisées.

Enfin il convient de bien distinguer les enjeux de la connaissance de la dépense globale de soins :

- ◆ au niveau national, il s'agit du pilotage de la dépense ;
- ◆ au niveau local, il s'agit du juste soin : offrir aux personnes les soins qu'elles requièrent au meilleur coût.

1.1.3.4. Indépendance du chantier et repérage de zones de recouvrements avec d'autres chantiers

Ce chantier est indépendant des deux premiers chantiers. Il pourrait être conduit sans attendre le déploiement des outils de mesure des besoins et des prestations puisqu'il s'agit de consolider des dépenses aujourd'hui distinctes en gestion. En revanche il s'articule directement au chantier global relatif au système d'information dont il constitue un des éléments centraux (cf. 1.2.1).

1.1.4. L'identification des ou du modèle de financement

La mission n'est pas en mesure à ce stade encore initial du chantier d'orienter le choix d'un modèle par rapport à un autre (cf. rapport d'octobre 2012). Elle recommande d'opérer ce choix une fois les trois étapes précédentes franchies. C'est en effet à ce moment là que la question du modèle peut être traitée de façon objective, à partir de données et d'analyses et non de présupposés ou projections.

L'objectif est de travailler en deux temps : d'abord établir le cahier des charges des attendus du modèle de financement. Ce cahier des charges doit être établi pour donner un cadre à l'étude nationale de coût. Puis de déterminer le modèle lui-même au vu des résultats de l'étude nationale de coûts (chantier 1.5).

1.1.4.1. Les difficultés repérées :

- ◆ La question du financement par ressources propres de solutions d'hébergement par mutualisation de moyens d'existence (AAH) ou de compensation du handicap (PCH), qui commence à se développer concurremment aux financements institutionnels ;
- ◆ La question du recours à l'aide sociale comme mode de substitution au paiement par les personnes accueillies, lorsque le financement relève des départements.

1.1.4.2. Les conditions de réussite :

- ➔ Ne pas préempter un modèle sans l'avoir passé au crible d'un cahier des charges qui objective ce qui est attendu du modèle.

A titre d'exemple les contraintes d'un modèle pouvant être adapté à toutes les tailles d'établissement devront être traitées, afin de ne pas appliquer la même procédure à une structure d'accueil de jour pour autiste de 12 places et une structure de plusieurs centaines de places sous CPOM. Autres exemples : disposer d'un mode de financement qui ne génère pas une sélection des personnes en fonction de leur handicap, faciliter les mobilités des personnes entre structures et entre milieu ordinaire de vie et accompagnement institutionnel, garantir l'accès aux soins, notamment de prévention.

1.1.4.3. Indépendance du chantier et repérage de zones de recouvrements avec d'autres chantiers

Ce chantier est couplé avec celui relatif à la simulation de l'impact de la réforme (cf. 1.1.6). On peut en effet imaginer une démarche itérative de choix initial d'un modèle, suivi d'une simulation d'impact qui amène à se reposer la question du choix même du modèle, ou à son adaptation à des situations particulières identifiées via la simulation de l'impact.

1.1.5. Le passage au tarifificateur unique

C'est au plus tard au moment où le choix du modèle de financement doit s'opérer que cette question doit avoir été tranchée. En effet le maintien de plusieurs financeurs pour un même établissement induit des contraintes sur le modèle. Avec un seul tarifificateur les choix de modèles sont plus ouverts.

1.1.5.1. Les objectifs

L'objectif principal est donc de ne pas conditionner le modèle de financement par l'existence de deux financeurs, donc de traiter cette question en amont du choix du modèle à partir d'éléments d'analyse propres au chantier. Secondairement, un système de tarifificateur unique est plus économe en ressources pour les administrations comme pour les gestionnaires.

1.1.5.2. Les difficultés repérées

Il faut arbitrer le périmètre : trois types d'établissements sont en jeu les FAM, les CAMSP et les SAMSAH. La question des ESAT appartient à une autre logique puisqu'ils sont d'ores et déjà piloté financièrement par un seul acteur (l'Etat) (cf. point spécifique en III.3).

Une difficulté immédiate est d'annoncer un calendrier : quand fait-on le passage au tarifificateur unique ? Sur quel périmètre, avec quelles garanties sur le financement (le débouclage appelle une compensation de dépenses entre les départements (CG) au profit de l'assurance maladie) ? En l'absence d'annonce des postures d'attente risquent d'être prises par les acteurs, susceptibles de bloquer le développement de projets utiles à la réponse aux besoins qui s'expriment sur le terrain.

Rapport

Une autre difficulté est de pouvoir identifier précisément et par département les enjeux : à partir des comptes administratifs 2012 des départements pour chiffrer la dépense exacte pour les FAM et les CAMSP (l'instruction M52 regroupe sous le compte 65242 l'ensemble des « frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés », il faudra donc une enquête particulière, ou bien modifier au préalable le cadre comptable, ce qui repousserait à 2015 la connaissance des données exactes par analyse des comptes administratifs 2014).

1.1.5.3. Les conditions de réussite

Il faut prévoir les modifications du code de l'action sociale et des familles pour transformation des FAM en MAS, et réfléchir concomitamment aux modalités de l'organisation des soins en foyers de vie et d'hébergement⁸.

Il convient également de définir les modalités des transferts financiers (des recettes des départements vers celles de l'assurance maladie pour les CAMSP et FAM, de l'Etat vers les départements –ou la CNSA- pour les ESAT).

Par ailleurs, il faudra préciser la faisabilité d'une répartition des SAMSAH entre services d'aide à domicile et services de soins infirmiers à domicile PH, et les enjeux financiers qui en résulteraient (cf. rapport d'octobre 2012).

1.1.6. La conduite de l'étude nationale de coûts

La mission a pris connaissance de la méthode déployée actuellement par l'Agence technique de l'informatique hospitalière (ATIH) pour la conduite de l'enquête nationale de coût dans les EHPAD (résultats à fin 2013) et qui le sera pour les SSIAD (à partir de 2014). Même si les ESMS du secteur du handicap présentent une plus grande diversité de types d'établissement et de service, la méthode retenue n'a pas de raison d'être structurellement différente. Elle sera bien sur adaptée pour le périmètre des données recueillies à chaque catégorie d'ESMS.

1.1.6.1. Les éléments de méthode à déployer

Cette méthode comprend :

- ◆ une phase de description des établissements ou service et de leurs principales caractéristiques en termes d'activités afin de faire émerger le ou les critères pertinents pour constituer un échantillon des établissements. Elle sera largement préparée par les chantiers 1 et 2 décrits ci-dessus.
- ◆ une phase de définition de critères permettant de sélectionner les établissements à faire entrer dans l'échantillon. Pour les activités sanitaires de MCO, le critère de sélection des établissements retenu était l'existence d'une comptabilité analytique. Pour les EHPAD, le critère de sélection retenu est le caractère récent de la coupe PATHOS (2011 ou 2012) ;

⁸ Il existera toujours des situations individuelles à la frontière de la logique de deux types d'institution, comme l'a montré la transformation progressive des FAM. La question de l'efficacité de l'organisation des soins se pose donc aussi dans les structures moins ou pas médicalisées comme les foyers de vie.

Rapport

- ◆ une phase de constitution de l'échantillon à partir du volontariat. Cette pratique est issue des expériences conduites pour les ENC du sanitaire. Elle est la seule méthode opérationnelle, la désignation autoritaire d'établissements ne permettant pas de recueillir des données de qualité : les volontaires sont inclus dans l'échantillon et les éléments sont redressés à partir des données statistiques nationales pour permettre l'élaboration de coûts représentatifs⁹ ;
- ◆ une phase de recueil des données des coûts directs et des coûts indirects (avec validation des clés de déversement) ;
- ◆ une phase de traitement des données ;
- ◆ une phase de restitution des résultats.

1.1.6.2. Les modalités de développement :

Celles-ci comprennent le choix d'un opérateur, d'une méthode, et des moyens de mise en œuvre.

↻ Le choix de l'opérateur :

Il est facile à opérer puisqu'il existe une agence spécialisée dans la conduite de ces études : l'ATIH. Cependant, cet établissement public n'est pas, à ce jour, juridiquement compétent pour intervenir dans le champ autre que celui de l'hospitalisation. C'est par le truchement du Contrat d'objectif et de performance 2011 -2013, que l'ATIH a pu conduire l'enquête nationale de coût sur les EHPAD et obtenir des moyens permettant de la conduire ; augmentation du plafond d'emploi pour le recrutement des emplois nécessaires à la conduite de l'enquête et financement via une convention passée avec la CNSA. Il serait bien sûr souhaitable que le texte juridique de compétence de l'ATIH soit adapté aux missions qui lui sont confiées.

↻ Le choix du type d'étude :

Avant de pérenniser l'échantillon afin d'en faire un outil de suivi et d'ajustements éventuels des coûts, il convient d'opérer un choix entre la réalisation d'une enquête qui est rétrospective (portant sur l'exercice écoulé) et la réalisation d'une étude qui est prospective (l'exercice à venir). Le délai de réalisation d'une enquête est plus court que celui de l'étude. Il faut compter 2 ans pour une enquête alors que 3 à 4 ans sont nécessaires pour une étude. Après cette phase, l'échantillon peut être pérennisé avec des recueils de données périodiques et des entrées et sorties d'établissements de l'échantillon pour garantir sa représentativité.

Ces études sont menées de façon partenariale avec les organisations représentatives du secteur ce qui permet une appropriation de l'outil et une validation concertée des résultats.

↻ Les moyens mis en œuvre :

A titre d'exemple, l'enquête sur les EHPAD a conduit à un échantillon d'environ 60 établissements. L'équipe constituée au sein de l'ATIH pour la conduire comprend 3ETP soit 1 contrôleur de gestion senior, un contrôleur de gestion junior, $\frac{3}{4}$ d'ETP de statisticien et $\frac{1}{4}$ d'informaticien.

⁹ Ce qui suppose une taille suffisante de l'échantillon et de ses différentes composantes, d'où un procédé itératif d'inclusion de volontaires pour y parvenir.

Rapport

Des moyens de rémunération de portée incitative des établissements participant à l'échantillon sont prévus pour les ENC du sanitaire calculée sur une part fixe de 24 000 € complétée d'une part variable en fonction du volume des données collectées par l'établissement pouvant aller jusqu'à 11 000 €. Une prime à l'inclusion dans l'échantillon en fin de parcours est prévue pour un montant de 10 000 €. En revanche l'échec de l'inclusion appelle un remboursement de la moitié des sommes perçues. Cette modalité d'accompagnement financier n'est pas appliquée aux EHPAD pour l'ENC en cours.

Une formation de deux jours par établissements est prévue : un jour pour l'outil de recueil de coût et un jour pour la formation à la comptabilité analytique.

Enfin, une prestation d'accompagnement à la saisie par un cabinet choisi par l'ATIH dans le cadre d'un marché national a été mise en œuvre. Il permet de garantir la fiabilité des données recueillies. Cet accompagnement représente 3 jours par établissement pour les EHPAD. Dans le sanitaire l'accompagnement à la saisie est modulé de 3, 5 ou 7 jours selon la taille de l'établissement.

1.1.6.3. Les difficultés repérées

La plus grande diversité de types d'établissements et services dans le champ du handicap constitue une difficulté en soi car elle obligera à conduire en parallèle plusieurs volets de l'ENC adaptés aux différentes situations.

La question des écarts de coûts fiscaux et sociaux liés aux différents statuts, voire ceux issus des conventions collectives, mérite d'être traitée soit en phase transitoire soit en amont de la conduite des ENC. (Cf. Rapport IGAS /IGF sur le régime fiscal et social des EHPAD) soit lors de l'ENC.

1.1.6.4. Les conditions de réussite

Sur un chantier de cette nature, elles sont directement liées aux moyens dédiés d'une part à l'opérateur national pour assurer la sécurité juridique de son intervention (adaptation du décret statutaire), et pour le doter des moyens humains requis. D'autre part, la réussite passe par l'adhésion des ESMS au projet ce qui appelle comme cela a été fait dans le sanitaire des crédits d'incitation à entrer dans l'échantillon et de validation de la qualité des données.

1.1.6.5. Indépendance du chantier et repérage de zones de recouvrements avec d'autres chantiers

Ce chantier ne peut intervenir qu'une fois établis les référentiels de besoins et de prestations qui vont fonder sur une base homogène le cadre de comptabilité analytique des coûts directs.

1.1.7. Les conditions de simulation de l'impact de la réforme

1.1.7.1. Les objectifs

Il s'agit de mesurer les écarts dans l'allocation de ressources entre le point de départ et d'arrivée afin de déterminer des mesures opérationnelles de mise en œuvre notamment le calendrier de la transition entre l'ancien et le nouveau mécanisme, mais aussi les modalités de traitement des écarts (convergence, redéploiement).

Rapport

C'est à ce stade que les questions de doctrine sur le financement même de la réforme pourront être traitées sereinement. En particulier la question d'une réforme à moyens constants ou pas devra être tranchée en fonction de l'arbitrage sur le calendrier de transition.

1.1.7.2. Les difficultés repérées

Dans cette phase, la principale difficulté résidera dans la négociation entre les gestionnaires et les pouvoirs publics sur les conditions du financement des écarts et du calendrier de transition. Il faudra aussi inclure les départements dans cette négociation, puisqu'ils seront eux aussi impactés par le nouveau modèle de financement.

1.1.7.3. Les conditions de réussite

Après des simulations à partir du système d'information budgétaire de la CNSA et des ARS (HAPI) il pourra paraître nécessaire de conduire des expérimentations dans une ou deux régions afin de bénéficier d'un effet de système.

La qualité du SI et la formation des acteurs à tous les niveaux : national, régional (ARS et CG) et local (les ESMS) sont les deux leviers de la réussite de ce chantier. En effet disposer d'une base fiable de simulation donc d'un système d'information performant garantira une permanence dans le temps et une actualisation des données nécessaire au pilotage de la transition et de ses conditions.

1.2. Deux chantiers transversaux doivent être anticipés et enrichis tout au long du projet

1.2.1. La conception et mise en place d'un système d'information

Le système d'information (SI) constitue une ossature qui conditionne le succès des chantiers et de la réforme dans son ensemble ; il doit être conçu et développé dès le début du projet en identifiant les points critiques (CNIL/mode de développement).

- ➔ **Objectifs** : Faire en sorte que les outils nécessaires au portage de la réforme de la tarification soient développés au fur et à mesure de l'avancement des travaux et qu'ils s'intègrent dans le ou les systèmes d'information existants portés par la CNSA (SIPA PH, REBECA, ePRIAC), la CNAMTS (SNIIRAM/PMSI) et les tarificateurs (SG pour les ARS et les CG).

Il y a ainsi deux enjeux stratégiques dans ce chantier : le développement des outils de recueil, de traitement et de mise à disposition des acteurs des informations nécessaires, et l'urbanisation des systèmes, c'est-à-dire la mise en cohérences des applications.

1.2.1.1. Les difficultés repérées

La principale réside dans la poursuite de l'urbanisation des SI (notamment le champ ESMS de la CNSA, mais également le chantier du SI autonomie). Ce sont des chantiers d'envergure complexe à mener à terme dans des délais courts.

Le grand nombre d'acteurs rend ce chantier particulièrement délicat. Il aura un impact sur le système d'information des gestionnaires et des conseils généraux, ce qui implique sans doute de définir des formats standards d'échange des données.

1.2.1.2. Les conditions de réussite

La définition partagée des informations est un levier de réussite au même titre que l'obligation de remontée des informations vers un opérateur selon un dispositif unique et que l'interopérabilité des outils (y compris avec la gestion interne des ESMS).

1.2.2. La formation des acteurs aux outils et procédures doit être anticipée et organisée selon une base homogène tout au long du projet

Les enjeux sont de garantir la formation des acteurs tout au long du projet afin qu'ils puissent s'approprier les outils sans difficulté majeure.

1.2.2.1. Les difficultés repérées

Le nombre de personnes à former sur une période assez longue constitue la principale difficulté qui ne peut être surmontée qu'avec la construction d'un plan organisé comprenant les différentes phases de conception pédagogique et de déploiement des formations voire de formations de formateurs. La cible est constituée des tarificateurs (ARS, CG), des gestionnaires, et des personnels éducatifs et soignants pour la cotation des limitations d'activité et des soins requis. Il faudra donc aussi adapter les formations initiales des professionnels.

1.2.2.2. Les conditions de réussite

La mission recommande une contractualisation avec l'EHESP pour la conception des modules pédagogiques, et la mobilisation des crédits de formation (OPCA notamment).

Pour organiser les plans de formation, il pourrait être utile de retenir un opérateur national (EHESP) pour concevoir les modules de formation, et un sous-traitant pour assurer le déploiement des formations de formateurs au niveau régional (ARS), des départements (CG) et des ESMS.

A noter qu'une alternative existe, celle d'une formation directe des personnels concernés, avec logistique assurée par les ARS et CG (cf. déploiement du logiciel HAPI), formation réalisée par un prestataire retenu au niveau national : c'est une question de calendrier et de moyens.

Dès la phase transitoire la formation des acteurs aux indicateurs sera à concevoir et organiser en deux temps, aux niveaux national (formation des équipes de tarification et de centrale de la DGCS et de la CNSA) et local (formation des tarificateurs et des correspondants des ESMS).

1.3. L'identification des chantiers connexes est nécessaire pour positionner la réforme de la tarification des ESMS du secteur du handicap dans l'ensemble des réformes engagées dans le champ des affaires sociales

Pour conduire correctement de réforme de la tarification des ESMS du secteur du handicap, il convient de repérer dès le début du projet les réformes qui peuvent avoir une influence sur celui-ci.

La mission a sur ce plan repris les bonnes pratiques utilisées par la DGOS pour la conduite de la réforme tarifaire des SSR. Un exemple est donné ci-joint de ce repérage des chantiers connexes pour la réforme des SSR.

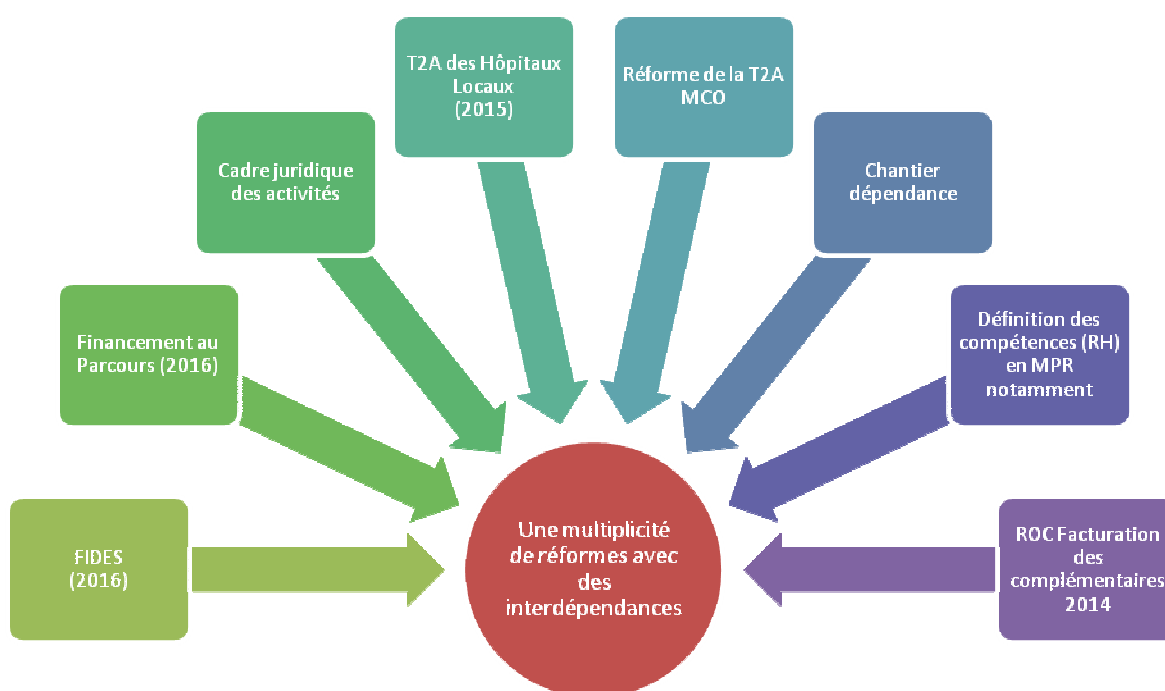
Rapport

Sans viser l'exhaustivité, la mission a identifié des réformes dans le champ de la politique de santé : la stratégie nationale de santé, la réforme des modes de rémunération des professionnels libéraux (conventions), la réforme de l'adaptation de la société au vieillissement.

Elle a aussi repéré la mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 sur l'évaluation de la qualité du service rendu, qui conditionne le renouvellement des autorisations de tous les ESMS (2015-2016).

Enfin, des réformes tarifaires et de financement sont en cours dans les champs : sanitaire (SSR, Psychiatrie), médico-social (EHPAD, SSIAD, CRP, ESAT) et social (CHRS). La question de divergences méthodologiques éventuelles entre les réformes tarifaires dans le champ large des affaires sociales doit être anticipée et traitée.

Réforme de la tarification des SSR : les chantiers connexes (source : DGOS)



2. La gestion du projet

La mission a retenu pour la mise en œuvre d'une réforme de la tarification des établissements et services du secteur du handicap, la méthode de gestion de projet ou de gestion « en mode projet ». Cette méthode lui a paru offrir pour la conduite à bonne fin de cette réforme les garanties nécessaires dans la durée.

Selon la définition usuelle, un projet est « *un ensemble finalisé d'activités et d'actions entreprises dans le but de répondre à un besoin défini, dans des délais fixés et dans la limite de l'enveloppe budgétaire allouée* ». La gestion de projet est une action temporaire avec un début et une fin, qui mobilise des ressources identifiées (humaines, matérielles, équipements, informationnelles et financières) durant sa réalisation, et qui fait l'objet d'une budgétisation de moyens.

Rapport

L'approche du projet par étapes ou jalons permet de structurer le projet dans le temps, en y apportant les garanties indispensables pour le maître d'œuvre (ici l'équipe projet) comme pour le maître d'ouvrage (ici le comité de pilotage) : la conformité aux objectifs peut être vérifiée, les livrables de chaque étape sont précisés, la progression est suivie.

Les jalons permettent de faire le point sur le projet et de n'engager la phase suivante que si les résultats sont conformes aux objectifs. Les décisions actées lors de cette revue de changement de phase sont des éléments stables sur lesquelles peut être bâtie la suite du projet. Chaque jalon fait l'objet d'une approbation par le maître d'ouvrage. Sont distingués habituellement :

- ♦ une phase préliminaire : la réflexion sur l'intérêt du projet en lui-même, en termes d'opportunité stratégique : dans le cas d'espèce, c'est le rapport IGAS-IGF d'octobre 2012.

Un jalon de lancement du projet : l'instance politique décide qu'il y a lieu de lancer un projet spécifique, et mobilise un chef de projet, une équipe, des moyens, un responsable et un budget : ce sera l'aboutissement de la phase présente de définition d'une feuille de route menée également par l'IGAS et l'IGF. Ce jalon de lancement comprend la phase d'expression détaillée du besoin : la mission s'est attachée à définir ce qui est attendu, le périmètre, et les points d'évaluation du projet. Elle a précisé les objectifs des outils de mesure des besoins des personnes et du service rendu, de simplification administrative, le champ (tous financeurs et toutes catégories d'ESMS) ; les résultats attendus à chacun des niveaux (de l'administration centrale, des ARS et CG, des gestionnaires)... Cette feuille de route facilite la construction d'un plan d'action du chantier MAP, que la DGCS doit élaborer.

La phase de conception : le maître d'œuvre (l'équipe projet) coordonne les travaux, pour préciser ce qui doit être fait, avec le découpage du projet en tâches élémentaires et livrables, les acteurs responsables de chaque tâche (les groupes techniques), le pilotage propre à chacune.

- ♦ La phase de réalisation : après validation du jalon de conception, le chantier est lancé pour transférer le "produit papier" dans le réel. Dans le cas d'espèce, c'est, après la réalisation des outils de mesure des besoins et services, l'étude nationale de coûts, les systèmes d'information, et la conception du nouveau modèle d'allocation de ressources, le test en grandeur réelle.
- ♦ La phase de vérification : il s'agit de vérifier que les caractéristiques attendues des différents produits sont bien au rendez-vous. C'est pour le projet ESMS handicap à ce stade que l'on pourra mesurer les écarts entre les dotations actuelles et la nouvelle allocation de ressources, et rétroagir sur le modèle d'allocation.
- ♦ La phase d'exploitation, qui correspondra au déploiement du nouveau système d'allocation de ressources. Pour le projet ESMS handicap, cette phase d'exploitation ou de mise en œuvre, sera vraisemblablement un projet en lui-même, géré spécifiquement (formation des acteurs, accompagnement de la réduction des écarts entre le système ancien et nouveau...) qui, sauf aléas importants, devrait pouvoir être mené par les administrations et opérateurs compétents (cf. par exemple le chantier de médicalisation des EHPAD).

2.1. L'équipe projet

Un projet de cette ampleur ne pourra être mené à bien qu'en mode projet, avec une équipe dédiée comme l'ont montré les expériences de la T2A (hôpital) ou de la mission MARTHE (EHPAD), ou actuellement des Services de Soins et de Réadaptation (SSR).

Rapport

L'existence d'une équipe projet dédiée ne doit pas se traduire par un chantier mené en dehors des administrations et opérateurs concernés : l'équipe projet est chargée d'assurer la cohérence de contenus et de calendrier des différents chantiers, elle est garante vis-à-vis des instances de pilotage du bon aboutissement du projet. Mais elle doit s'appuyer pour les différents chantiers sur les compétences des acteurs, en l'occurrence les administrations centrales (SG, DGCS, DGOS, DSS), les opérateurs (CNSA, ATIH, ANAP, CNAMTS, ANESM), les tarificateurs (ARS, CG) et les fédérations et associations.

La réforme de la tarification PH concerne trois échelons, qui doivent chacun être en mesure de faire valoir leur point de vue dans la conduite du projet :

- ◆ les administrations et opérateurs nationaux, pour la sécurité juridique des règles, leur cohérence avec la politique du handicap, la maîtrise des enveloppes budgétaires, et l'efficacité globale de la dépense publique ;
- ◆ les tarificateurs au niveau local, ARS et Conseils généraux, pour le caractère opérationnel des règles de tarification, et leur cohérence avec les instruments de planification et d'optimisation de l'offre ;
- ◆ les gestionnaires d'établissements et services, pour la cohérence des règles avec les impératifs de gestion et leurs responsabilités de managers et la compréhension de leur finalité.

Le risque d'une réforme pilotée au niveau central serait qu'elle privilégie les enjeux des acteurs nationaux, en négligeant ceux des tarificateurs et des gestionnaires : il faut donc que l'équipe projet (et les instances de pilotage) reflète elle-même cette diversité de points de vue et d'expériences.

Il faut aussi qu'elle intègre les compétences clés relatives à l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap et aux systèmes d'information (SI) qui devront supporter les actions conduites pour la réforme (cet aspect a été souvent négligé dans les réformes de tarification).

C'est pourquoi la composition proposée est la suivante :

- ◆ un(e) chef de projet connaissant le pilotage en mode projet, et ayant une double expérience au niveau territorial et central, avec une connaissance suffisante du champ médico-social, de ses enjeux et de ses acteurs ;
- ◆ un(e) chargé de mission ayant une expérience de tarificateur en ARS ou Conseil général ;
- ◆ un(e) chargé de mission ayant une expérience de gestionnaire d'établissement ;
- ◆ un (e) chargé de mission ayant une expérience de contrôle de gestion et de conduite de projets SI ;
- ◆ un (e) chargé de mission médecin (de santé publique ou praticien conseil).

Une des premières tâches de l'initialisation du projet sera la rédaction des fiches de postes, et les appels à candidature (avec un comité de sélection ad hoc) : l'expérience montre que le délai entre l'appel à candidatures et la constitution effective de l'équipe peut être relativement long, avec le cumul des phases de sélection et de disponibilité effective des candidats retenus. Idéalement, il faudrait que ces fiches de poste soient élaborées et validées pendant l'été 2013, pour publication et sélection à la rentrée.

Rapport

- Le rattachement budgétaire de l'équipe projet

Deux solutions sont théoriquement possibles :

- ◆ « taxer » les différentes administrations et opérateurs pour qu'ils fournissent chacun une part des effectifs de l'équipe projet et du budget du projet. En réalité, cette solution paraît peu praticable, surtout dans le contexte actuel, pour des raisons de délais (disponibilité de personnes pour constituer l'équipe), de cohérence (il y a peu de chances de trouver spontanément les compétences requises disponibles), et de contraintes budgétaires (les dépenses du projet se trouveront en conflit avec les arbitrages propres à chacun des acteurs).
- ◆ constituer une équipe projet financée en tant que telle. C'est sans doute la seule solution pour que le projet aboutisse, et aussi pour permettre une vision globale de son coût.

Cette deuxième solution peut être mise en œuvre sous l'ombrelle de la CNSA : en autorisant une augmentation temporaire de son plafond d'emplois (comme cela a été fait pour la mission MAIA du plan Alzheimer¹⁰, en prévoyant les moyens support dans son budget de fonctionnement (y compris si possible l'hébergement physique de l'équipe), et en incluant dans les futurs OGD PH les moyens budgétaires d'accompagnement de l'échantillon représentatif des ESMS, puis les moyens de formation lors du déploiement. La CNSA serait ainsi l'employeur de l'équipe projet, avec les responsabilités juridiques et de gestion que cela implique.

Cette solution n'induit pas de coût budgétaire direct pour l'Etat et l'assurance maladie, puisque l'ensemble des moyens sont à l'intérieur de l'OGD et de la section VI du budget de la CNSA (lui-même alimenté par les différentes sections d'intervention). Elle permet de s'adosser sur les fonctions support déjà existantes de la CNSA. En pratique, cela aboutit à financer le projet par arbitrage entre les moyens de pilotage national et les moyens délégués dans l'OGD PH pour la tarification des ESMS.

2.2. La gouvernance

Dans la logique d'une gestion de projet, il faut définir des instances de pilotage. Elles seraient au nombre de trois¹¹ :

- ◆ **un comité de pilotage**, associant les administrations d'Etat concernées par le projet (SG des ministères sociaux, DGCS, DSS, DGOS), et ses opérateurs (CNSA, CNAMTS, ATIH, EHESP, ANESM et ANAP), les départements (ADF et ANDASS, pour avoir le double regard politique et technique), les gestionnaires (FEGAPEI, FHF, FEHAP, etc.) et représentants des personnes handicapées (émanation de la commission établissements et services du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées).

Il est chargé, sur rapport de l'équipe projet, de valider les jalons de conduite du projet.

Il est informé du calendrier et des travaux des différents groupes techniques.

Il se réunit au moins tous les trois mois, et plus fréquemment si une étape nécessite une validation rapide ou si une question d'orientation du projet doit être prise.

¹⁰ A noter que cela n'impacte pas le plafond des emplois de l'Etat, la CNSA n'étant pas opérateur de l'Etat.

¹¹ Le même modèle a été adopté par la DGOS pour la gouvernance du projet de réforme de la tarification des SSR.

Rapport

- ◆ **un comité de gestion.** Il rassemble les administrations d'Etat et opérateurs, pour préparer les réunions du comité de pilotage, et décider des options d'organisation du projet (groupes techniques, études ad hoc, répartition des tâches entre administrations et opérateurs). Il vérifie la cohérence du chantier de réforme du financement « ESMS PH » avec les autres chantiers en cours (notamment les autres réformes de tarification en cours dans le champ sanitaire et médico-social, les évolutions législatives et réglementaires, les projets SI).

Il se réunit une fois par mois, et à la demande du responsable de l'équipe projet. En tant que de besoin, les cabinets peuvent s'y associer, si un arbitrage politique paraît nécessaire, ou pour leur information.

- ◆ **des comités techniques ad hoc** chargés du pilotage de chacun des chantiers du projet. A titre illustratif, le chantier de réforme de la tarification des SSR s'appuie sur 12 comités techniques, tels que figurés ci-dessous :



Source : DGOS.

La composition de chacun de ces comités techniques (administrations d'Etat, CG, opérateurs et associations, gestionnaires) est déterminée en fonction de son champ de compétence. Elle peut comprendre des membres qui ne sont pas partie prenante du comité de pilotage global et des experts techniques. Chaque comité technique doit être placé sous la responsabilité d'une administration centrale ou opérateur, ou d'une personne qualifiée.

Rapport

Pour assurer une bonne avancée du projet, la définition initiale de ces comités techniques, de leur mandat et de leur composition, devra être une des premières tâches de l'équipe projet et du comité de pilotage. Cette composition pourra évoluer dans le temps (extinction de comités correspondant à des sous-chantiers finalisés, création de nouveaux sous-comités, modification du mandat et des membres). Il sera aussi indispensable de prévoir dès l'origine les outils de communication sur le projet.

La mission préconise **que le comité de pilotage soit présidé par le secrétaire général des ministères sociaux**, ou son représentant. Le positionnement à ce niveau (plutôt qu'à celui de la direction « métier » DGCS) se justifie :

- Parce qu'il faut assurer la cohérence de ce chantier, en termes d'objectifs, de moyens et d'outils, avec d'autres chantiers relevant de plusieurs directions d'administration centrale et opérateurs ; en particulier la cohérence entre les services de l'Etat et ceux de l'assurance maladie ;
- Parce que ce chantier particulier doit s'inscrire dans la logique de la stratégie nationale de santé, notamment la continuité des parcours des personnes handicapées entre le champ sanitaire (prévention, accès aux soins) et le champ médico-social ;
- Parce que les ARS (avec les CG), comme planificateurs et tarificateurs, sont les premières concernées par le résultat de cette réforme de l'allocation de ressources, et que des arbitrages seront indispensables entre les ambitions du système et les moyens, notamment humains nécessaires à sa mise en œuvre au niveau territorial.

Le comité de gestion serait présidé par la directrice de la DGCS, conformément à sa mission et au principe de pilotage des chantiers de la MAP.

2.3. Le calendrier

La première étape de lancement, après validation de la feuille de route par le CIMAP (automne 2013), est la constitution de l'équipe projet. La rédaction de fiches de poste, les appels à candidature et la sélection des candidats demande environ quatre mois, plus les éventuels délais de disponibilité des personnes retenues.

Le chantier de la réforme devrait comprendre quatre phases :

	Chantiers	durée
Phase 1 (MAP)	-mesure des besoins des personnes -description des prestations -consolidation de la dépense de santé - enjeux financiers du tarificateur unique	3 ans
Phase 2	- principes du modèle futur de tarification - étude nationale de coût	2/3 ans
Phase 3	-choix du modèle - simulation en vraie grandeur	2 ans
Phase 4	-passage au nouveau modèle de tarification	Selon écart

Rapport

La première phase du projet lui-même, qui correspondrait aux objectifs du chantier MAP, consiste en la réalisation en parallèle des trois instruments de base (chantiers 1 à 3) qui permettront de connaître de façon harmonisée les besoins de compensation des limitations d'activité des personnes handicapées (et donc d'éclairer les écarts de coût), le service rendu par les ESMS (et donc de comparer les projets d'établissements) et de connaître la totalité de la dépense de soins (et donc de déterminer l'organisation la plus efficiente). Vu l'état des lieux (des instruments partiels, qu'il faut expertiser, rassembler sur une base consensuelle et tester ; des systèmes d'information à mettre en place pour recueillir les données), la mission estime que cette phase demandera trois années, y compris la phase initiale de structuration du projet (définition des groupes techniques, de leur mandat et des jalons). La capacité des acteurs à construire ces instruments dans ces délais exigeants témoignera de leur volonté d'aboutir.

A l'issue, la disponibilité de ces trois « briques de base » permettra d'enrichir considérablement la qualité du dialogue de gestion, même à système d'allocation de ressources inchangé, et des cadres de planification régionale et départementale (cf. 3). C'est donc l'étape fondamentale, qui rejoint les objectifs de la démarche de modernisation de l'action publique.

En fin de cette première phase (dernière année), il faudra aussi déterminer les aspects qualitatifs du futur modèle de tarification : par exemple permettre la fluidité des parcours des personnes entre structures, et des institutions vers le milieu ordinaire ; assurer l'interaction entre les institutions et leur environnement social ; ne pas induire une sélection adverse des publics... Ces éléments qualitatifs conditionnent en effet pour partie les données à recueillir dans l'étude nationale de coût.

Le chantier relatif à la sortie des situations de double tarification, si son principe est retenu, devra aussi être conduit pour ses aspects techniques (connaissance des dépenses réelles des départements, analyse des différentes situations des SAMSAH) au cours de cette première phase. A contrario, si les situations de double financement sont maintenues –ce que la mission ne préconise pas, du fait des complexités qu'elles induisent-, il faudra déterminer en amont de l'ENC le champ théorique des dotations de soins des FAM et SAMSAH, pour pouvoir recueillir dans l'ENC les données permettant de délimiter la réalité des moyens consacrés à ces périmètres.

La deuxième phase du projet consiste en la réalisation de l'enquête ou étude nationale de coûts (ENC) elle-même : constitution d'un échantillon aussi représentatif que possible des ESMS, remontée des données et exploitation (cf. chantier n°6). L'expérience de l'ATIH dans le domaine sanitaire et plus récemment des EHPAD montre qu'il faut deux ans pour réaliser cette étape, en remontant les données de l'exercice clos N-1 (méthode de l'étude) ; le recueil des données de l'année en cours, (méthode de l'enquête), nécessite une année supplémentaire est nécessaire.

Il n'est pas possible de réaliser cette deuxième phase concomitamment à la première, car elle devra s'appuyer sur les descriptions des publics et des prestations dont les instruments auront été élaborés en phase 1. Si ces données de contexte ne sont pas disponibles en même temps que les données purement comptables de l'ENC, il sera impossible de savoir si les écarts constatés entre structures de même catégorie juridique (dont on sait qu'ils sont importants, cf. par exemple l'étude faite par la FEGAPEI avec le CNAM en 2010) s'expliquent par le simple historique de la tarification, ou sont dues aux différences de besoins des publics et d'activités réalisées. Et sans cet éclairage sur la raison des écarts de dotation, la détermination du nouveau modèle d'allocation de ressources se fera sans base rationnelle suffisante.

Rapport

La troisième phase du chantier (chantier 7) consistera à tester en vraie grandeur (sur l'ensemble du champ, ou si cela paraît plus praticable sur une première cible par régions ou par catégories d'établissements et services) le (ou les) nouveau modèle d'allocation de ressources qui aura été déterminé en fin de phase 2, et de mesurer les écarts entre les dotations actuelles et celles qui résulteraient du nouveau modèle. Cette troisième phase demande un délai de deux ans pour la remontée des données et leur exploitation, vu le nombre des structures concernées (plus de 6000 si on couvre d'emblée l'ensemble du champ).

La quatrième et ultime phase sera la mise en œuvre du nouveau modèle d'allocation de ressources. Il n'est pas possible à ce stade d'en déterminer la durée, qui dépendra des écarts constatés avec les dotations historiques et des marges de manœuvre budgétaires de l'époque pour accompagner cette mutation. Plus les écarts seront importants, et plus les financements seront contraints, plus cette phase devra s'étaler dans le temps : à l'instar de la problématique de la médicalisation des EHPAD qui se sera déroulée sur dix années.

Le projet lui-même, compte non tenu de cette dernière phase de mise en œuvre, demande donc sept à huit années. C'est bien sûr un calendrier long, qui peut être jugé excessif au regard notamment du contexte actuel des finances publiques. La mission estime cependant qu'il ne peut pas être raccourci. A titre de comparaison, la réforme du financement des établissements de santé, pour le seul champ MCO, aura duré plus de vingt ans, du lancement du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) au passage à la tarification à l'activité (T2A). A contrario, les exemples de réformes tarifaires non abouties dans le champ médico-social, que la mission IGAS-IGF a analysées dans son rapport d'octobre 2012 (cf. annexe 10 du rapport), montrent que s'imposer des calendriers irréalistes aboutit à des blocages qui *in fine* se traduisent par des délais encore plus longs : la réforme des SSIAD, menée trop vite et sans simulation suffisante de son impact, a dû être déjà repoussée à trois reprises d'une année, sans que son débouché soit encore assuré. Et le nouveau modèle de financement des EHPAD, voté sans réflexion suffisante sur la méthode lors de la LFSS 2009, n'est à ce jour toujours pas en application, faute de publication du décret d'application du fait des difficultés de sa mise en œuvre¹².

Rappelons aussi qu'un objectif de maîtrise des financements publics destinés aux ESMS PH peut dans l'intervalle s'obtenir par des moyens plus mécaniques : fixation du taux de progression des dotations, et volume d'autorisations de places nouvelles. La réforme proposée du système d'allocation de ressources ne vise pas seulement à une maîtrise budgétaire, mais aussi et surtout à permettre une meilleure équité dans la répartition des financements publics, et donc *in fine* un meilleur service rendu aux personnes accompagnées.

2.4. Le budget

*** l'équipe projet :**

Le coût annuel chargé des cinq ETP, selon le calcul fait par la CNSA, serait de 490 k€, auquel il convient de rajouter 10 % liés aux charges de fonctionnement induites (locaux, support informatique, déplacements, fonctionnement des groupes techniques, communication...) soit 539 k€ par an.

¹² L'ENC EHPAD que conduit l'ATIH, qui sera disponible fin 2013, devrait permettre de disposer enfin des éléments de base d'une éventuelle réforme.

*** L'ENC conduite par l'ATIH :**

L'ATIH (sur la base des études nationales de coût déjà réalisées) évalue à 3 ETP la charge de travail induite, soit 284 k€ sur une base de calcul identique à celle pour l'équipe projet. Pour l'ENC initiale, cette charge interviendrait à partir de N+3 du projet, pour une durée de 2 à 3 ans, puis sur deux ans supplémentaires pour la phase de simulation en vraie grandeur.

S'y ajoute le coût de la société chargée de l'appui qualité à la remontée des données (3 000 € par établissement, base du marché de l'ATIH pour les ENC sanitaires), et l'indemnisation des ESMS partie de l'échantillon. Sur la base des indemnités accordées au secteur sanitaire (24 k€ par établissement¹³), et en supposant un échantillon de 200 ESMS (du fait de la diversité du secteur), cet accompagnement de l'échantillon représenterait 5,4 M€, sur l'année de remontée des données¹⁴. C'est évidemment une charge significative, mais qui paraît indispensable pour s'assurer d'une part que l'échantillon est le plus représentatif possible (pour permettre les redressements statistiques), d'autre part de la qualité des données recueillies. Comme pour les ENC menées dans le champ sanitaire depuis la mise en œuvre de la T2A, cette étude nationale de coûts devra être renouvelée à intervalles réguliers (dans le champ sanitaire, entre ... et ...) pour maintenir la pertinence des données et donc de la base de tarification¹⁵.

*** le système d'information et la formation des acteurs :**

Il est plus difficile à ce stade d'évaluer le coût de développement du SI, qui comme indiqué en 1 devra s'intégrer dans la réflexion d'urbanisation des systèmes d'information « établissements et services » de la CNSA. De même, la formation des acteurs, qui concernera une cible large (les tarificateurs en ARS et CG, mais aussi les gestionnaires des établissements et services et pour l'outil de description des limitations d'activité des personnes les professionnels de l'accompagnement, en formation initiale et continue), dépendra largement du mode de diffusion (cf. ...).

A titre illustratif, le projet HAPI de gestion de l'allocation de ressources conduit de 2010 à 2012 par la CNSA a nécessité pour les deux aspects du SI et de la formation un budget de sous-traitance de 1,450 M€.

Pour la première phase correspondant à la MAP elle-même, le coût du projet serait donc sur trois ans de 1,6 M€ (équipe projet) + 300 k€ (estimation des premières études de définition du SI), soit 1,9 M€, compte non tenu des moyens internes fournis par les administrations et fédérations, notamment au niveau des groupes techniques.

Pour la deuxième phase de cinq ans (ENC+simulation), le coût du projet serait de 2,7 M€ (équipe projet) + 1,42 M€ (équipe ATIH) + 4,8 M€ (échantillon) + 0,6 M€ (sous-traitance qualité des données) + 1,5 M€ (SI et formation).

Au total, et avec les incertitudes d'un chiffrage à une phase encore très initiale du projet, il est possible d'estimer le coût total du projet à environ 13 M€, soit 0,16 % de la dépense de financement annuelle des ESMS par l'OGD PH. Si le montant absolu du projet est significatif, les enjeux d'une meilleure maîtrise de la dépense (en équité et en efficience) le justifient. Là aussi, la comparaison avec les moyens investis par l'administration sanitaire pour la réforme de la T2A montre qu'un tel ordre de grandeur est indispensable.

¹³ Cette allocation est en cours de revalorisation à 35 k€, et est modulée selon la taille des établissements. Elle peut être pour moitié récupérée si l'établissement ne fournit pas de données validées (malus) ou à l'inverse faire l'objet d'un bonus après validation.

¹⁴ L'ATIH distingue entre enquête nationale de coût (sur la base des données des comptes de N-1) et étude nationale de coût (en flux sur les données de l'exercice pendant lequel l'étude est conduite). L'hypothèse retenue ici est d'une enquête, qui permet un calendrier plus resserré.

¹⁵ Il faut a contrario éviter de répéter la situation des EHPAD, où l'étude de coût qui a servi de base à la valorisation de la grille AGGIR n'a jamais été renouvelée. De ce fait, la valeur du point n'a plus qu'une signification historique, sans rapport avec les coûts constatés.

3. Les mesures transitoires

La réforme de l'allocation de ressources aux ESMS PH demandera des délais importants : 3 ans pour la construction des outils, 2/3 ans pour l'ENC et la définition du nouveau système, 2 ans pour la simulation et plusieurs années pour la mise en œuvre (selon l'écart entre le système départ et la cible).

Le diagnostic sur le système actuel d'allocation de ressources (cf. rapport IGF/IGAS d'octobre 2012) est qu'il est largement fondé sur des décisions historiques de tarification, sans que les tarificateurs disposent d'éléments suffisants pour justifier des écarts importants entre établissements et services d'une même catégorie. Il n'est pas possible, d'abord pour des raisons d'équité, ensuite pour une bonne allocation des financements publics, de laisser le système sans meilleurs moyens de pilotage pendant encore sept ans au minimum.

C'est pourquoi deux mesures transitoires, complémentaires, paraissent indispensables :

- Réformer le système actuel en passant tous les ESMS en dotation globale, y compris hors CPOM.
- Refondre le système de production des indicateurs de gestion de l'allocation de ressources.

Pour la deuxième, elle devrait notamment permettre d'accompagner dans de bonnes conditions le transfert aux départements de la compétence vis-à-vis des établissements et services d'aide par le travail, comme le prévoit le projet de loi de décentralisation.

3.1. Généraliser une tarification en dotation globale

La **généralisation d'un système de dotation globale** doit permettre de simplifier et d'améliorer le processus de gestion des campagnes actuelles de tarification (pour les 70 % de l'OGD PH qui sont encore sous prix de journée). Selon l'étude menée par la DGCS, elle ne nécessite que des modifications réglementaires au CASF. Comme la bascule doit se faire en début d'exercice, une cible au 1^{er} janvier 2015 paraît réaliste, l'année 2014 permettant de préparer les tarificateurs et gestionnaires à ce changement.

Il faut décider concomitamment de publier l'arrêté fixant un seuil rendant la conclusion d'un CPOM obligatoire, en application de l'article L. 313-12-2 du CASF. L'entrée en vigueur de cette disposition permettrait de réduire le nombre de décisions budgétaires (en passant de la trame de l'établissement à celle du gestionnaire) et de donner une dimension pluriannuelle aux dotations.

Pour les structures hors CPOM, il conviendra de décider si doit être supprimée la procédure de reprise des déficits ou des excédents, ce serait un facteur de responsabilisation des acteurs.

Le passage à une dotation globale peut faire émerger des situations où, malgré la première génération de CPOM (assortis de moyens qui ont permis des rebasages) et l'attention accrue portée depuis trois ans aux dépenses non reconductibles, il reste un écart significatif entre la dotation budgétaire initiale et la dépense réelle de l'année, soit par allocation de crédits non reconductibles (CNR) correspondant à des charges pérennes, soit par suractivité de l'ESMS (dans certains cas du fait d'une prévision d'activité volontairement sous-évaluée, parfois en connaissance de cause du tarificateur, pour pouvoir rester en affichage dans l'enveloppe des dotations budgétaires).

Rapport

La CNSA a comparé, à la demande de la mission, les dotations budgétaires initiales de 2009-2011 avec les dépenses constatées des comptes administratifs, pour tenter d'identifier les situations de vigilance vis-à-vis de ces écarts. Une première estimation, basée sur l'exploitation des comptes administratifs de 2009 à 2011 tels qu'ils remontent via l'applicatif REBECA, aboutit, pour les ESMS sous prix de journée, à une estimation significativement supérieure à la surconsommation de l'OGD PH qui est de l'ordre de 30-50 M€. L'écart peut s'expliquer par le fait que les budgets initiaux des ESMS, tels qu'ils sont validés par les tarificateurs et retracés dans REBECA, n'incluent pas les crédits non reconductibles alloués en cours d'exercice, qui contribuent avec l'activité elle-même à l'augmentation constatée dans le compte administratif.

Sous réserve des travaux techniques à approfondir pour valider définitivement ce chiffre, il conforte l'intérêt, sinon la nécessité, de passer du système de prix de journée à celui d'une dotation globale pour assurer une meilleure prévisibilité de la dépense.

Si l'option de passage en dotation globale des ESMS PH est retenue, le traitement de cet écart n'aurait qu'un effet d'affichage en augmentation de l'OGD PH initial, mais pas de coût budgétaire réel puisque la dépense se constate déjà en fin d'exercice, via les CNR ou le dépassement d'activité. Pour autant, elle demandera pour les ARS et les Conseils généraux un traitement au cas par cas, pour fixer de façon adaptée la dotation globale. Il devra vraisemblablement s'étaler sur plusieurs exercices pour ne pas créer un ressaut ex ante de l'OGD PH. L'instrument des CPOM devrait être privilégié pour conduire cette « opération vérité » des bases budgétaires.

Il faudra aussi dans certains cas ajuster la capacité prévue à l'agrément à la base réelle d'activité des ESMS : il est vraisemblable que dans certaines situations la suractivité ne provient pas d'un nombre de journées plus important effectué pour un nombre de personnes handicapées correspondant à celui de l'agrément (par exemple plus de présents le week-end), mais plutôt du fait d'un dépassement « en base » du nombre de personnes accompagnées, du fait de la pression de la demande. Il faudrait pour ces situations demander aux ARS de consacrer une partie des volumes de places nouvelles à autoriser déléguées par la CNSA à l'ajustement des capacités des structures déjà agréées. Puis, une fois disponible l'outil de mesure des besoins, il sera envisageable de procéder à une « opération vérité » en traitant l'ensemble des situations.

3.2. Renforcer les instruments du dialogue de gestion

Les Indicateurs médico-sociaux économiques (IMSE) du décret du 22 octobre 2003, opposables et théoriquement toujours en vigueur, ne sont de fait plus exploités au niveau national depuis 2007. Ceci est le résultat d'un triple défaut dans la conception de l'outil : une absence de prise en compte de la formation des acteurs à leur production (d'où une mauvaise qualité de remplissage) ; l'absence d'un système organisé de restitution des résultats au niveau local et national (d'où un sentiment d'inutilité pour les producteurs des données) ; et l'absence d'un système d'information adapté à la remontée et à l'exploitation des données (sous format Excel, qui nécessitait le traitement de milliers de fichiers de qualité très inégale). Faute d'exploitation nationale, et même si certains ESMS continuent à les produire spontanément ou à la demande des tarificateurs, ils ne peuvent plus être utilisés de façon opposable dans le processus de dialogue budgétaire annuel.

Rapport

L'ANAP a entrepris depuis trois ans la conception **d'un tableau de bord**, qui couvre l'ensemble du champ médico-social (cf. annexe du rapport IGAS/IGF d'octobre 2012). Cet instrument, élaboré avec les acteurs, a maintenant été testé dans cinq régions, avec un ou plusieurs des départements de chacune d'elles, et auprès de 800 ESMS. Les modules de formation et les systèmes d'information support (extranet) sont en place, y compris avec les adaptations des données à chaque catégorie d'établissement et service, et la restitution agrégée auprès des tarificateurs (CG et ARS) et des acteurs.

Outre ces deux instruments, d'autres indicateurs ont été développés par l'ANESM dans une optique de gestion de la qualité (en vue des audits internes et évaluations externes), et il existe de nombreux systèmes de production de données à des fins locales, sur demande des ARS et des CG.

Il est difficilement envisageable de rester encore plusieurs années, dans l'attente du futur système d'allocation de ressources qui en fonction de sa structuration générera ses propres besoins d'indicateurs, sans instrument organisé de dialogue de gestion entre les gestionnaires et les tarificateurs. Et l'ANAP, qui fait l'objet de demandes de déploiement du tableau de bord dans d'autres régions que les cinq initiales, a besoin de connaître les suites pour répondre directement à ces demandes, ou les renvoyer sur un autre opérateur si c'est le mode opératoire retenu.

Pour sortir de cette situation incertaine, la mission préconise :

- ◆ une validation rapide du tableau de bord ANAP ;
- ◆ de rendre obligatoires¹⁶ les indicateurs ainsi validés, par arrêté d'application du décret du 22 octobre 2003 ;
- ◆ de demander à l'ANAP de poursuivre transitoirement le déploiement auprès des régions/CG demandeurs pour ne pas perdre le dynamisme de ce chantier ;
- ◆ de déterminer l'opérateur chargé de la diffusion et de l'exploitation en routine de ces indicateurs entre l'ANAP (parce qu'elle en a été le concepteur au titre de l'efficience), la CNSA (parce qu'elle est la gestionnaire de l'OGD et le répartiteur des enveloppes régionales), et l'ATIH (parce qu'elle est la référence de la mise en œuvre de ce type d'outils dans le secteur sanitaire). La mission IGAS/IGF a tendance à privilégier cette dernière solution, dans la mesure où l'ATIH doit être aussi chargée à terme (et quant le décret d'élargissement de ses missions au champ médico-social aura été pris) de la réalisation des études nationales de coût nécessaires à la refondation du système d'allocation de ressources aux ESMS PH. Une éventuelle perspective de réforme des agences (suite à la mission IGAS/IGF sur les agences sanitaires) ne doit pas être un obstacle à ce choix, dans la mesure où le besoin de l'outil subsistera même si l'organisation institutionnelle devait évoluer : les missions suivront la fonction.

A court terme, pour ne pas arrêter la dynamique de diffusion du tableau de bord –selon l'ANAP, plusieurs ARS sont demandeuses de son extension ou de sa mise en place-, il conviendrait de demander à l'ANAP de poursuivre la diffusion jusqu'à l'été 2014, avant de passer le relais de façon organisée à l'ATIH.

¹⁶ Les indicateurs peuvent être obligatoires pour servir au dialogue de gestion, sans être pour autant opposables, c'est-à-dire servir de référence unilatérale pour les décisions de tarification.

Rapport

La première phase « MAP » de la réforme de la tarification, c'est-à-dire la réalisation des trois outils de base que constituent la mesure des besoins des personnes, la description des services rendus, et la globalisation de la dépense de soins, devrait permettre une amélioration importante de ces instruments du dialogue de gestion : l'actuel tableau de bord ANAP, faut d'en disposer, ne donne par exemple aucune indication sur les différences de besoins des personnes accompagnées par les ESMS PH, alors que pour les EHPAD il reprend les données de la grille AGGIR. Au-delà du seul dialogue de gestion, la disponibilité de ces éléments devrait aussi enrichir l'analyse des besoins faite dans le cadre des SROMS et des schémas départementaux, dont le précédent rapport IGF/IGAS avait montré le caractère aujourd'hui très insuffisant.

3.3. Préparer la décentralisation des ESAT aux départements

La mission IGF/IGAS avait, après d'autres, recommandé dans son rapport d'octobre 2012 de transférer aux conseils généraux la responsabilité du financement des ESAT, pour deux raisons :

- ◆ le financement par l'Etat ne se justifie pas par la finalité propre des ESAT (réponse médico-sociale d'accompagnement par une activité professionnelle¹⁷), et aboutit à créer une enveloppe budgétaire étanche, qui quoique gérée par les ARS ne peut faire l'objet d'aucune fongibilité avec l'OGD PH ou les crédits des départements ;
- ◆ l'accompagnement dans une activité professionnelle doit se compléter, pour les mêmes personnes, par un accompagnement à domicile ou en institution (foyers de vie et d'hébergement), qui relève déjà des conseils généraux.

Le projet de loi relatif à « l'étape III » de la décentralisation prévoit ce transfert. La discussion parlementaire de ce projet de loi doit être, selon les annonces du gouvernement, divisée en trois étapes, la partie concernant les départements devant venir en discussion en 2015.

Comme pour toutes les décentralisations déjà advenues, la différence de taux d'équipement en ESAT selon les départements crée une première difficulté, certains départements pouvant devoir consentir un effort de rattrapage non pris en compte dans le calcul des dotations de décentralisation, basées sur la dépense constatée de l'année antérieure au transfert.

Outre cette question qui excède le champ du présent rapport¹⁸, il est aussi nécessaire que les conseils généraux, lorsqu'ils acquerront la compétence sur les ESAT, puissent disposer d'instruments adaptés de maîtrise de la planification et de la tarification. La mise en œuvre d'une gestion harmonisée des orientations et des listes d'attente, engagée par la CNSA suite au rapport IGF/IGAS d'octobre 2012, constitue une première amélioration importante, qui permettra une vision objectivée de la demande. Les mesures transitoires de modernisation du processus de tarification (tableau de bord harmonisé) décrites ci-dessous (cf. 3.2) devraient aussi y contribuer. Enfin, la phase 1 des chantiers décrite dans le présent projet devrait constituer le troisième volet de cette amélioration des outils de gestion¹⁹, en permettant de rapprocher les écarts de tarification des caractéristiques des publics et du service rendu.

¹⁷ L'indicateur LOLF du programme 177 qui pour les ESAT mesure le pourcentage d'accès au milieu ordinaire de travail est en décalage avec la réalité des possibilités des publics accompagnés, et de la mission réelle de ces établissements.

¹⁸ Deux solutions seraient possibles pour surmonter cette difficulté :

-à partir de l'état des lieux des taux d'équipement, et d'une cible, prévoir un abondement progressif de la DGD des départements sous équipés, au fur et à mesure de leur effort de rattrapage ;

Rapport

Si l'ensemble de ces chantiers aboutissent dans les délais, les conseils généraux devraient donc disposer lors du transfert des outils leur permettant d'assurer dans de bonnes conditions leur nouvelle responsabilité²⁰.

Le transfert aux départements de la responsabilité des ESAT reposera également la question de l'application de la logique de l'aide sociale au champ du handicap. Outre la complexité des règles administratives qu'elle induit, le principe d'une aide individuelle facultative, qui est celui de l'aide sociale, paraît en contradiction avec la philosophie de la loi du 11 février 2005 qui institue un droit à compensation des conséquences du handicap. Sortir les prestations aux personnes handicapées, lorsqu'elles relèvent des départements, du champ de l'aide sociale, serait donc un facteur de simplification important et de mise en cohérence avec la loi de 2005.

-transitoirement transférer le financement des ESAT sur l'OGD PH (via une augmentation équivalente de la part de CSG allouée à la CNSA¹⁸), ceci permettant une fongibilité avec l'enveloppe globale de l'OGD PH et donc une stratégie de convergence progressive des taux d'équipement en ESAT, avant une décentralisation ultérieure.

¹⁹ Sur la base des propositions du rapport IGAS-IGF de 2012, l'UNAPEI a engagé auprès de ses adhérents un travail d'analyse des publics et des prestations qui devrait contribuer à cette meilleure description de l'existant.

²⁰ Ce cas particulier illustre le fait qu'une compétence décentralisée doit néanmoins disposer d'outils de gestion et de parangonnage de portée nationale pour être exercée dans de bonnes conditions.

CONCLUSION

Une réforme de fond des principes et modalités de tarification des établissements et services pour personnes handicapées constitue un chantier important par les moyens qu'il devra mobiliser et la durée nécessaire à son aboutissement. C'est le prix à payer pour l'absence d'investissement méthodologique sur cette question au cours des années passées, à l'inverse de ce qui a été fait dans le champ sanitaire, ou celui des personnes âgées. Le fait que les ressources publiques allouées à cette politique, tant du côté de l'assurance maladie et de la CNSA que de l'Etat et des départements, aient été en forte croissance jusqu'à ces dernières années explique pour partie cette carence, sans la justifier.

Aussi paraît-il indispensable aujourd'hui d'engager cette réforme de fond : quel que soit le financeur, la ressource publique sera fortement contrainte dans les années à venir, et un système plus rationnel et transparent de financement constitue le garant indispensable de l'équité et de l'efficacité des quelques 16 milliards d'euros que la collectivité consacre à cette politique de solidarité. L'alternative est un rationnement aveugle, par des tarifs plafonds et la convergence, qui aurait des effets négatifs sur la qualité de service, et générerait un fort risque de sélection des publics.

La première phase proposée de ce chantier – description des besoins des personnes et de la prestation de service rendu par les ESMS, vision globale de la dépense de soins- conditionne la suite des travaux et la bonne fin du projet. Son aboutissement dans les délais démontrera la volonté de l'ensemble des acteurs, et notamment des gestionnaires et associations représentatives des personnes handicapées, de mener l'ensemble de la démarche à bonne fin.

La durée de ce chantier, dans le contexte présent de tension sur les moyens et finances publics, nécessite d'engager en parallèle des mesures immédiates qui permettront, dans l'intervalle, d'améliorer le dialogue de gestion entre tarificateurs et gestionnaires et de mieux répartir la ressource. L'élaboration progressive d'outils standardisés de description des limitations d'activité des personnes handicapées et du service rendu par les établissements et services, la capacité à croiser les données sur la dépense de soins qu'elle soit intégrée au budget des ESMS ou réalisée en ville ou à l'hôpital permettront, à l'issue de la première phase du chantier global, une deuxième étape d'enrichissement de ces outils du dialogue de gestion.

La démarche de modernisation de l'action publique, qui intégrerait, si les propositions de ce rapport sont validées, à la fois les mesures transitoires d'amélioration du dialogue de gestion et l'élaboration des instruments méthodologiques fondamentaux, devrait donc se traduire à l'horizon de trois ans par une première amélioration significative et essentielle, préparant l'aboutissement final de ce chantier.

A Paris, le 26 juillet 2013

L'Inspecteur Général des Finances



LAURENT VACHEY

L'Inspectrice Générale des Affaires Sociales



AGNES JEANNET

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : LETTRE DE MISSION

ANNEXE II : FICHE MAP

ANNEXE III : COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE MAP

ANNEXE IV : PRESENTATION COPIL MAP 24 AVRIL 2013

ANNEXE V : PRESENTATION COPIL MAP 14 JUIN 2013

ANNEXE VI : PRESENTATION DU PROJET EVASION

ANNEXE VII : PRESENTATION DE L'OUTIL BRUXELLES-CAPITALE

ANNEXE I

Lettre de mission

Annexe I



MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ
CHARGÉ DU BUDGET

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ EN CHARGE DES PERSONNES
HANDICAPÉES ET DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

Paris, le 14 MARS 2013

Le Ministre de l'Économie et des Finances
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé
Le Ministre délégué chargé du Budget
La Ministre déléguée en charge des Personnes
Handicapées et de la Lutte contre l'Exclusion

A

Madame la Chef de service de l'IGF
Monsieur le Chef de service de l'IGAS

Objet : Mission relative à la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux dans le champ du handicap

Le secteur des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap représente une dépense globale publique, tous financeurs confondus (Etat, Assurance maladie et conseils généraux), de l'ordre de 16 milliards d'euros, pour près de 450 000 places.

Ce financement est à la fois complexe (multiplicité des financeurs et des règles de tarification), chronophage (pour les financeurs comme les gestionnaires) et marqué par de fortes inégalités, liées au caractère principalement historique des dotations de fonctionnement et au manque d'outils d'aide à la décision (évaluation des besoins d'accompagnement, indicateurs médico-sociaux, études de coûts, référentiels de prestation...).

Le système actuel ne permet donc pas une allocation optimale des ressources, alors que le secteur médico-social doit poursuivre ses évolutions, sur le plan qualitatif et quantitatif : contribution à l'intégration en milieu ordinaire, vieillissement des personnes handicapées, meilleure prise en compte de certains handicaps (autisme, handicap psychique...), diversification et personnalisation des parcours... En outre, le pilotage de la dépense est particulièrement complexe et de ce fait difficilement compatible avec l'impératif de maîtrise des dépenses publiques, et notamment de l'ONDAM.

Madame Marie-Christine LEPETIT
Chef de l'Inspection Générale des Finances
139, rue de Bercy
75572 Paris cedex 12

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
39-43, quai André Citroën
75739 Paris cedex 15

ANNEXE II

Fiche MAP

Travaux d'évaluation des politiques publiques : réforme du financement des établissements et des services médico-sociaux pour personnes handicapées

Description de la situation actuelle :

Le secteur des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap représente une dépense globale publique, tous financeurs confondus (Etat, Assurance maladie et conseils généraux), de l'ordre de 16 milliards d'euros, pour près de 450 000 places. Ce financement est à la fois complexe (multiplicité des financeurs et des règles de tarification), chronophage (pour les financeurs comme les gestionnaires) et marqué par de fortes iniquités, liées au caractère principalement historique des dotations de fonctionnement et au manque d'outils d'aide à la décision (évaluation des besoins d'accompagnement, indicateurs médico-sociaux, études de coûts, référentiels de prestation...). Le système actuel ne permet donc pas une allocation optimale des ressources, alors que le secteur médico-social doit poursuivre ses évolutions, sur le plan qualitatif et quantitatif : contribution à l'intégration en milieu ordinaire, vieillissement des personnes handicapées, meilleure prise en charge de certains handicaps (autisme, handicap psychique...), diversification et personnalisation des parcours... En outre, le pilotage de la dépense est particulièrement complexe et de ce fait difficilement compatible avec l'impératif de maîtrise des dépenses publiques, et notamment de l'ONDAM.

Ces difficultés et ces enjeux ont été récemment soulignés par le rapport IGAS-IGF « Etablissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement » (octobre 2012) qui trace des pistes de moyen terme pour la réforme de ce système de financement et de tarification.

Acteurs et moyens mobilisés :

Le système de financement et de tarification des établissements et services pour personnes handicapés mobilise :

- Au niveau central, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de la sécurité sociale (DSS), la Direction du budget (DB), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) : règles de tarification, élaboration du budget (Objectif de gestion délégué et programme 157) et suivi de son exécution...
- Au niveau déconcentré et décentralisé, les Agences régionales de santé (structures pour enfants et une partie de celles pour adultes), les conseils généraux (structures pour adultes) et les Caisses primaires d'assurance maladie (paiement).

Divers opérateurs interviennent pour apporter (de façon marginale à l'heure actuelle) leur expertise : CNSA, Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)...

Annexe II

Etat	Opérateurs	Collectivités locales	Organismes de protection sociale	Europe	Autres
Ministères concernés	Opérateurs concernés	Collectivités concernées	Organismes concernés	Programmes concernés	
DGCS DSS DB	ANAP, CNSA, ATIH	Conseils généraux	CNSA CNAMTS CPAM		
Budget général : 2,6 md€ (P157 DGF et GRTH ESAT - 2013) Dépense fiscale : €		4,2 md€ (foyers, services...- 2011)	8,9 md € (OGD PH 2013)		

Principaux enjeux en termes de modernisation de l'action publique :

La réforme du financement et de la tarification des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées comporte plusieurs enjeux :

- équité et efficacité de l'allocation des moyens ;
- cohérence des financements et des règles de tarification (pour assurer la continuité des parcours et des prises en charge) ;
- simplification des règles et des mécanismes de financement, pour les financeurs (administration centrales, Agences régionales de santé et Conseils généraux) et les gestionnaires (essentiellement associatifs).

Si on ne peut pas attendre d'économies importantes de cette réforme, celle-ci permettra de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées, notamment ceux qui sont aujourd'hui mal couverts. La réforme des mécanismes de financement permettra, par ailleurs, d'améliorer la gestion de l'offre à travers une meilleure évaluation de besoins (au niveau local et national) et l'évolution du système d'autorisation/contrôle (référentiels d'activité).

Cette réforme contribuera à la mise en œuvre de l'acte III de la décentralisation : les ESAT (qui doivent être transférés aux conseils généraux) pourraient constituer le premier chantier de cette réforme afin de mettre à disposition des départements des outils permettant d'assurer une répartition plus équitable et plus efficace des moyens.

Comme le souligne le rapport IGAS/IGF, l'ampleur du chantier et l'importance des pré-requis technique imposent d'inscrire cette réforme dans la durée. Cinq étapes sont nécessaires : outil d'évaluation des besoins ; référentiels d'activité ; études nationales de coût ; modèle de tarification ; évaluation de l'impact du modèle. Hormis la première, toutes ces étapes doivent être déclinées (et séquencées) selon le type de structure.

Calendrier proposé :

Le diagnostic ayant déjà été réalisé et en grande partie partagé, grâce à la très large diffusion du rapport d'octobre 2012, il convient désormais d'élaborer le plan d'action. L'évaluation proposée se réduirait donc à la « phase 2 », sur quatre mois (avril-juillet), avec les étapes suivantes :

- Partage du diagnostic (rappel)
- Elaboration, examen et approfondissement des scénarios
- Elaboration et discussion du plan d'action

Pilotage proposé :

Les inspections générales (IGAS et IGF) seront les responsables opérationnels de l'évaluation. Dans le prolongement du rapport rendu en octobre 2012, elles seront chargées de faire des propositions, avec le cas échéant différents scénarios, sur les points suivants :

- le calendrier de cette réforme, y compris les étapes intermédiaires ;
- les moyens nécessaires (humains, techniques, financiers ...) et leur mobilisation dans une perspective pluriannuelle ;
- la gouvernance et le pilotage du dispositif ;
- le profil des personnes de l'équipe qui sera chargée de la mise en œuvre opérationnelle de la réforme ;
- les conditions et l'opportunité d'un passage transitoire à une tarification des établissements et services en dotation globale.

Le comité de pilotage réunira l'ensemble des acteurs concernés : administrations centrales, services déconcentrés, opérateurs, organismes de sécurité sociale, associations de personnes handicapées, fédérations de gestionnaires, représentants des conseils généraux... Des réunions en format restreint (administrations) examineront et approfondiront les questions opérationnelles. La coordination des travaux sera assurée par la DGCS. Le SGMAP pourrait être sollicité en termes d'appui méthodologique (appui à l'organisation et suivi en mode projet, études, études de coûts, appui à la conduite du changement, modélisations ...).

Avis en opportunité : Portant sur près de la moitié des dépenses publiques en faveur du handicap, cette réforme permettra de répondre aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées de façon plus efficace et équitable.

ANNEXE III

Composition du Comité de pilotage

MAP

Annexe III

1) Administrations centrales et déconcentrées :

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Direction de la Sécurité Sociale (DSS)
Direction du budget (DB)
Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES)
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)
Deux agences régionales de santé (ARS) choisies par le SGMAS (Centre et Pays de la Loire)

2) Représentants des associations de personnes handicapées et des gestionnaires

Cinq représentants du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) :

- Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et leurs amis (UNAPEI)
- Association des paralysés de France (APF)
- Fédération des associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
- L'association I=MC²

Trois représentants de la Conférence des gestionnaires :

- Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI)
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)
- Fédération hospitalière de France (FHF)

3) Opérateurs, collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Assemblée des départements de France (ADF)
Association nationale des directeurs d'action sociale et de la santé des conseils généraux (ANDASS)
Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Appui méthodologique :

Inspection Générale des Affaires Sociales
Inspection Générale des Finances
Secrétariat Général de la Modernisation de l'Action publique

ANNEXE IV

Présentation Copil MAP

24 avril 2013

Établissements et services pour personnes handicapées

Offre et besoins, modalités de financement



IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Établissements et services pour personnes handicapées

I. Les besoins des personnes handicapées, l'offre des établissements et services



IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

L'évaluation des situations de handicap et sa traduction en besoins d'accompagnement

- ❑ **La diversité des situations de handicap rend leur évaluation complexe**
(selon les types de handicap, l'environnement de vie...)

- ❑ **Il n'existe pas de lien mécanique entre « lourdeur » des handicaps et besoins d'accompagnement** (mais une évaluation structurée des besoins d'accompagnement est possible: cf. l'expérience de Bruxelles Capitale)

- ❑ ***Les outils d'évaluation traduits en besoins d'accompagnement restent à concevoir***
 - Des expérimentations multiples
 - Un manque de continuité dans les investissements de l'administration: l'exemple d'EVASION
 - C'est une nécessité pour rapprocher les besoins des personnes des prestations fournies par les ESMS



Les prestations de service des ESMS doivent être mieux définies et mesurées

- ❑ **Les références réglementaires** (les « annexes XXIV ») **sont devenues obsolètes**, et doivent s'articuler avec les nouvelles recommandations de bonnes pratiques et les engagements contractuels de qualité.

- ❑ **Les analyses d'activité des différentes catégories d'établissements et services sont très parcellaires:**
 - Des initiatives de l'échelon central (CNSA, ANAP)
 - Des initiatives des gestionnaires eux-mêmes



C'est un enjeu essentiel à la fois pour mesurer les inadéquations et servir de base à un système d'allocation de ressources rénové.



Établissements et services pour personnes handicapées

II. La tarification : état des lieux et conditions d'une réforme



IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Le système actuel ne permet pas une bonne allocation de la ressource

- ❑ Les disparités de coûts, pour un même type d'établissement ou au niveau régional, ne s'expliquent que par l'historique de la tarification

- ❑ Les outils d'analyse de ces disparités sont insuffisants:
 - *améliorer la remontée et l'analyse des comptes administratifs* (données « REBECA » au niveau du compte, pour toutes les structures sous CPOM)
 - *Adapter les indicateurs médico-socio-économiques et reprendre leur publication*

- ❑ On manque de visibilité sur la dépenses de soins totale:
 - *Consolider les dépenses prises en charge par l'OGD et les ONDAM ville et hôpital*
 - *Associer l'assurance maladie (DRSM) à la définition du panier de soins inclus dans le budget des établissements et services*



Le système actuel ne permet pas une bonne allocation de la ressource (2)

- ❑ **Ni le système de prix de journée, ni les forfaits ne sont satisfaisants** (mais les CPOM ont déjà permis une amélioration)
- ❑ **Les règles sont exagérément complexes et chronophages** (pour les administrations comme pour les établissements et services)
- ❑ **Le contrôle de l'utilisation des ressources est insuffisant** (cf. recommandations relatives à la description de l'activité, aux indicateurs et aux besoins des personnes)



Une réforme du financement ne sera possible que sous plusieurs conditions

- ❑ **L'analyse des diverses réformes du champ sanitaire, médico-social ou social montre que des pré-requis techniques sont indispensables:**
 - Un système organisé de mesure des besoins des personnes
 - Une description organisée du service rendu par les établissements et services
 - Une étude nationale de coûts
 - Un outil de simulation de l'impact de la réforme

- ❑ **Une réforme exigera un engagement politique fort sur la durée**

- ❑ **Il est impératif d'associer les acteurs**

- ❑ **Un pilotage en mode projets avec des moyens dédiés est nécessaire**

- ❑ **La réforme exigera des délais suffisants et il ne faut pas brûler des étapes**



La répartition entre financeurs publics, facteur de complexité

- ❑ Pour des raisons historiques, trois financeurs publics: l'assurance maladie (CNSA), l'Etat, et les départements
- ❑ Les cofinancements sont facteurs de blocages et de complexité, et doivent être simplifiés
- ❑ Quatre situations :
 - *Les centres d'action médico-sociale précoce*
 - *Les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés*
 - *Les services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés*
 - *Les établissements et services d'aide par le travail*
- ❑ Deux logiques possibles: financements croisés ou financeur unique
➡ **Privilégier la solution du financeur unique**

L'expérimentation de la région Bruxelles Capitale

- ❑ l'objectif est de garantir à la fois **une meilleure adaptation des ressources en personnels** au profil de chaque personne handicapée et **une meilleure adéquation des besoins et des financements**.
- ❑ Un projet initié dans les années 2000, par un groupe de travail partenarial et le soutien d'une équipe universitaire. Test en 2004, implantation en 2005, mise à jour en 2007-2008 (ajout de la notion « d'accès »).
- ❑ les besoins d'accompagnement des personnes handicapées accueillies dans les 1485 places des centres de jour et d'hébergement sont évalués individuellement au moyen d'une grille.
- ❑ Cette évaluation a pour but de fixer une norme individuelle complémentaire (NIC) transcrivant la lourdeur de prise en charge de certaines catégories de personnes handicapées.
- ❑ La NIC participe à l'établissement de la norme d'encadrement
- ❑ En moyenne, la fraction du subventionnement d'un établissement déterminé par la grille est autour de 30% pour un centre d'hébergement pour enfants, 20-30% pour un centre de jour pour adultes, 15-25% pour un centre d'hébergement pour adultes.



L'expérimentation de la région Bruxelles Capitale

- ❑ L'évaluation a lieu lors du premier accueil de la personne handicapée en centre et est reconsidérée tous les 5 ans pour les adultes et tous les 3 ans pour les enfants.
- ❑ Elle est le fruit d'une coopération étroite entre le centre, qui pré-évalue, et l'administration, qui, représentée par un évaluateur du Service bruxellois, échange et évalue in-situ avec les professionnels du centre.
- ❑ Elle porte sur les compétences générales « moyennes » de la personne, exclusivement au sein de l'institution, et relativement à celles d'un adulte dit « normal ». Elle ne concerne donc pas les perspectives d'évolution de la situation de la personne.
- ❑ L'évaluation porte sur les cinq sections de la grille dont les pondérations reflètent l'importance respective :
 - 30% pour la « vie quotidienne »,
 - 20% chacun pour les « habiletés adaptatives sociales », les « habiletés cognitives et intellectuelles » et « habiletés motrices et psychomotrices »,
 - 10% pour les « aspects psychologiques ».



Réforme de la tarification des Établissements et services pour personnes handicapées

Feuille de route MAP

COPIL 24 avril 2013



IGF'

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



La feuille de route

- 1. Les chantiers à conduire**
- 2. Les conditions de mise en œuvre**
- 3. Les mesures de transition**



1. Les chantiers à conduire

- ❑ L'élaboration d'un outil de mesure des besoins des personnes
- ❑ La création d'un instrument de mesure des prestations fournies par les ESMS
- ❑ La consolidation des allocations de ressources pour les ESMS à plusieurs financeurs et pour la dépense de santé
- ❑ La conception et mise en place d'un système d'information
- ❑ La méthode de conduite de l'étude nationale de coûts
- ❑ Identification des ou du modèle de financement
- ❑ Les conditions de simulation de l'impact de la réforme



2. Les conditions opérationnelles

- 1. Le phasage des chantiers et le calendrier avec l'identification des points clés**
- 2. La mise en place de l'équipe projet**
- 3. La gouvernance du projet**



3. Les mesures de transition

- Identification d'un mode de financement transitoire**
- Définition des outils de suivi**
- Bases juridiques et calendrier de déploiement des mesures transitoires**



ANNEXE V

Présentation Copil MAP

14 juin 2013

Modernisation de l'action publique

La tarification des établissements et services pour personnes handicapées



IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Sommaire

1. Les chantiers à conduire
2. Le calendrier
3. L'équipe projet
4. La gouvernance
5. Les mesures transitoires



Les chantiers à conduire

- ❑ **Sept chantiers thématiques** ont été identifiés pour aboutir à une réforme de la tarification
 - L'outil de mesure des besoins des personnes en situation de handicap
 - L'outil de description organisée des prestations rendues
 - La consolidation des dépenses de santé
 - Le choix du ou des modèles de financement
 - La méthode de mesure des coûts au niveau national
 - Les conditions de simulation de l'impact de la réforme
 - Le débouclage des situations de double tarification
- ❑ **Deux chantiers transversaux** doivent être mis en place dès le début du projet et se poursuivre jusqu'à son terme
 - La conception et la mise en place d'un système d'information adapté
 - La formation des acteurs tout au long du projet
- ❑ **Des chantiers connexes** doivent être identifiés afin d'établir d'éventuels liens
 - Les chantiers de réforme de la politique de santé
 - Les réformes de portée tarifaire dans les champs sanitaire, médico-social et social

1. Disposer d'un outil de mesure des besoins des personnes

- ❑ **Objectifs/enjeux**: Définir un outil de mesure des besoins correspondant aux limitations d'activités repérées, quel que soit le type de réponses en termes de soins, de réponses techniques, et d'accompagnement
- ❑ **Difficultés** : Exigences immédiates de spécificité (handicaps), exigences immédiates de qualité en terme de couverture de besoins, **la question des soins requis**
- ❑ **Conditions de réussite** :
 - Choix d'un outil transversal à tout type de handicap (écarter une logique d'outils de mesure spécifiques à chaque handicap)
 - Adapter les outils existants afin d'en capitaliser la méthode (ne pas refaire les études qui ont déjà été faites)
 - Accepter un outil imparfait dans un premier temps
 - Mais définir les moyens de son amélioration en routine
- ❑ **Point de vigilance** : Mettre en place le dispositif d'appui scientifique qui garantisse l'évolution effective de l'outil
 - Options : 1/ élargir les compétences du Comité scientifique des référentiels, 2/ confier la mission à l'ANESM 3/ s'appuyer sur le conseil scientifique de la CNSA
- ❑ **Articulation avec d'autres chantiers** : **oui, avec celui de description organisée des prestations**



2. Construire un outil de description organisée des prestations

- ❑ **Objectifs/enjeux :**
 - établir un catalogue organisé des prestations (résultat attendu) et des activités (moyens mobilisés)

- ❑ **Difficultés :**
 - cerner le socle des prestations obligatoires, distinctes des prestations optionnelles ;
 - identifier les prestations en interne et externalisées et parmi celles-ci, celles qui doivent être financées par l'établissement (exemples soins et transport)

- ❑ **Conditions de réussite :**
 - bien articuler le cadre des prestations avec :
 - la contrainte réglementaire (la révision des annexes 24 et autres bases réglementaires),
 - la démarche de qualité (évaluation interne et externe au regard des recommandations de pratique professionnelles de l'ANESM)

- ❑ **Articulation avec d'autres chantiers :** à conduire en parallèle avec le chantier 1 sur la mesure des besoins

3. La consolidation des dépenses de santé

- ❑ **Objectif/enjeux** : le meilleur soin au juste coût
- ❑ **Difficultés** :
 - Distinguer l'identification des soins requis des modes de recours aux soins au regard de l'offre existante
 - Asseoir le pilotage des dépenses sur une base de connaissance fiable du soin et de la santé des personnes = décroiser le comptage des dépenses selon les sous - enveloppes de l'ONDAM (OGD/Ville/Hospitalisation)
 - Des systèmes d'information cloisonnés entre sous enveloppes de l'ONDAM
- ❑ **Conditions de réussite** :
 - Bien articuler les objectifs et les outils individuels visant la prise en charge correcte des personnes (outil de type PATHOS) et la dimension collective visant le juste soin au regard de l'offre de soins présente dans le territoire (outils de GDR)
 - Construire une politique de gestion du risque en même temps que celle de l'accès aux soins (cf. rapport JACOB)
 - Impliquer les services de l'assurance maladie
- ❑ **Articulation avec d'autres chantiers** : lien avec les chantiers 1 et 2 (besoins et prestations)



4. Le choix du ou des modèles de financement

❑ **Objectifs :**

- Définir les principes du modèle en cohérence avec les exigences de la loi du 11 février 2005 (parcours des personnes)
- Définir des règles de financement qui soient « praticables » par tous les ESMS et les critères retenus pour un modèle simplifié de financement (par exemple ne pas traiter de la même manière un IME de 200 places et un accueil de jour de 12 places).

❑ **Difficultés :** objectiver les raisons du choix d'un modèle plutôt qu'un autre

❑ **Conditions de réussite :**

- Etablir le cahier des charges sur les attendus en amont du choix du modèle de financement (en termes d'effets sur les prises en charge : faciliter les parcours par exemple ; éviter les effets de sélection de clientèle etc..)

❑ **Articulation avec d'autres chantiers :**

- La définition des attendus du modèle doit être arrêtée avant l'étude de coût, dont ils conditionneront pour partie le contenu (types de données à remonter). Le choix du modèle proprement dit interviendra après l'étude de coûts.
- Avec le chantier de simulation car il peut y avoir allers et retours entre la simulation et l'ajustement du ou des modèles.



5. La mesure des coûts au niveau national

- ❑ **Objectifs** : Déterminer selon une méthode qui garantit la représentativité des résultats les coûts des prises en charge par type d'établissements et services
- ❑ **Difficultés** :
 - Aucune sur la méthode = éprouvée dans les champs sanitaire (MCO) et médico-social (EHPAD en 2013 et SIIAD en 2014)
 - Difficultés sur les modalités de mise en œuvre : moyens nécessaires pour doter l'opérateur des moyens humains suffisants et pour mobiliser les ESMS volontaires (crédits d'incitation et d'accompagnement)
- ❑ **Conditions de réussite** :
 - Choisir comme opérateur l'ATIH
 - Appliquer la méthode éprouvée pour les ENC déjà réalisées : méthode concertée avec les gestionnaires; moyens dédiés en ETP à l'ATIH ; moyens financiers d'incitation et d'accompagnement pour disposer d'un échantillon en nombre suffisant d'ESMS
 - Traiter en amont les écarts liés aux différences de statuts
- ❑ **Articulation avec d'autres chantiers** : ne peut être lancé qu'après la fin des chantiers sur les besoins des publics accueillis et les prestations servies

6. La simulation de l'impact de la réforme

❑ **Objectifs :**

- Mesurer les écarts de financement ESMS par ESMS entre l'ancien et le nouveau système d'allocation des ressources
- Déterminer en fonction de l'ampleur des écarts le calendrier de la réforme et les modalités de traitement des écarts

❑ **Difficultés :**

- La négociation sur les conditions du financement des écarts entre les gestionnaires et les pouvoirs publics

❑ **Conditions de réussite :**

- Disposer d'une base fiable de simulation donc d'un système d'information performant qui garantisse une permanence dans le temps et une actualisation des données

❑ **Articulation avec d'autres chantiers :** avec celui sur le choix du ou des modèles de financement



7-Le passage au tarificateur unique

- ❑ **Objectif:** ne pas conditionner le modèle de financement par l'existence de deux financeurs
- **Il faut préciser rapidement le périmètre** (risque de blocages): le fait-on, quand, sur quel périmètre, avec quelles garanties sur le financement? Si oui:
- ❑ Identifier précisément et par département les enjeux: à partir des comptes administratifs 2012 des départements pour chiffrer la dépense exacte pour les FAM et les CAMSP (l'instruction M52 regroupe sous le compte 65242 l'ensemble des « frais de séjour en établissements et services pour adultes handicapés », il faudra donc une enquête particulière)
- ❑ Prévoir les modifications du CASF pour transformation FAM en MAS, réfléchir aux modalités de l'organisation des soins en foyers de vie et d'hébergement
- ❑ Définir les modalités des transferts financiers (des recettes des départements vers celles de l'assurance maladie pour les CAMSP et FAM, de l'Etat vers les départements – ou la CNSA- pour les ESAT)
- ❑ Revisiter le principe de rattachement à l'aide sociale des dépenses des départements au bénéfice des personnes handicapées, contradictoire avec la philosophie de la loi de février 2005.
- ❑ Préciser la faisabilité d'une répartition des SAMSAH entre SAD et SSIAD PH, et les enjeux financiers qui en résulteraient.



Deux chantiers transversaux doivent être mis en place dès le début du projet et se poursuivre jusqu'à son terme

1- les systèmes d'information

- ❑ **La conception et la mise en place d'un système d'information**
 - Etablir un état des lieux des applications du champ disponibles ou en projet dans les SI de la CNAMTS, de la CNSA, et du ministère
 - Déterminer les projets de développement à conduire au fur et à mesure de la progression des chantiers

- ❑ **Difficultés repérées** : poursuivre l'urbanisation des SI (notamment le champ ESMS de la CNSA); cf. également le chantier SI autonomie

- ❑ **Conditions de réussite** : la définition partagée des informations ; l'obligation de remontée des informations vers un opérateur selon un dispositif unique partagé ; l'interopérabilité des outils (y compris avec la gestion interne des ESMS)



Deux chantiers transversaux doivent être mis en place dès le début du projet et se poursuivre jusqu'à son terme

2- la formation

- ❑ **La formation des acteurs tout au long du projet**
 - Organiser les plans de formation : un opérateur national (EHESP) conçoit les modules de formation, un sous-traitant assure le déploiement des formations de formateurs au niveau régional (ARS), des départements (CG) et des ESMS.
 - Alternative : formation directe par le prestataire des personnels concernés, avec logistique assurée par les ARS et CG (cf. déploiement HAPI).
- ❑ **Difficultés repérées** : le nombre de personnes à former sur une période assez longue
- ❑ **Conditions de réussite** : contractualisation avec l'EHESP et mobilisation des crédits de formation (OPCA notamment)

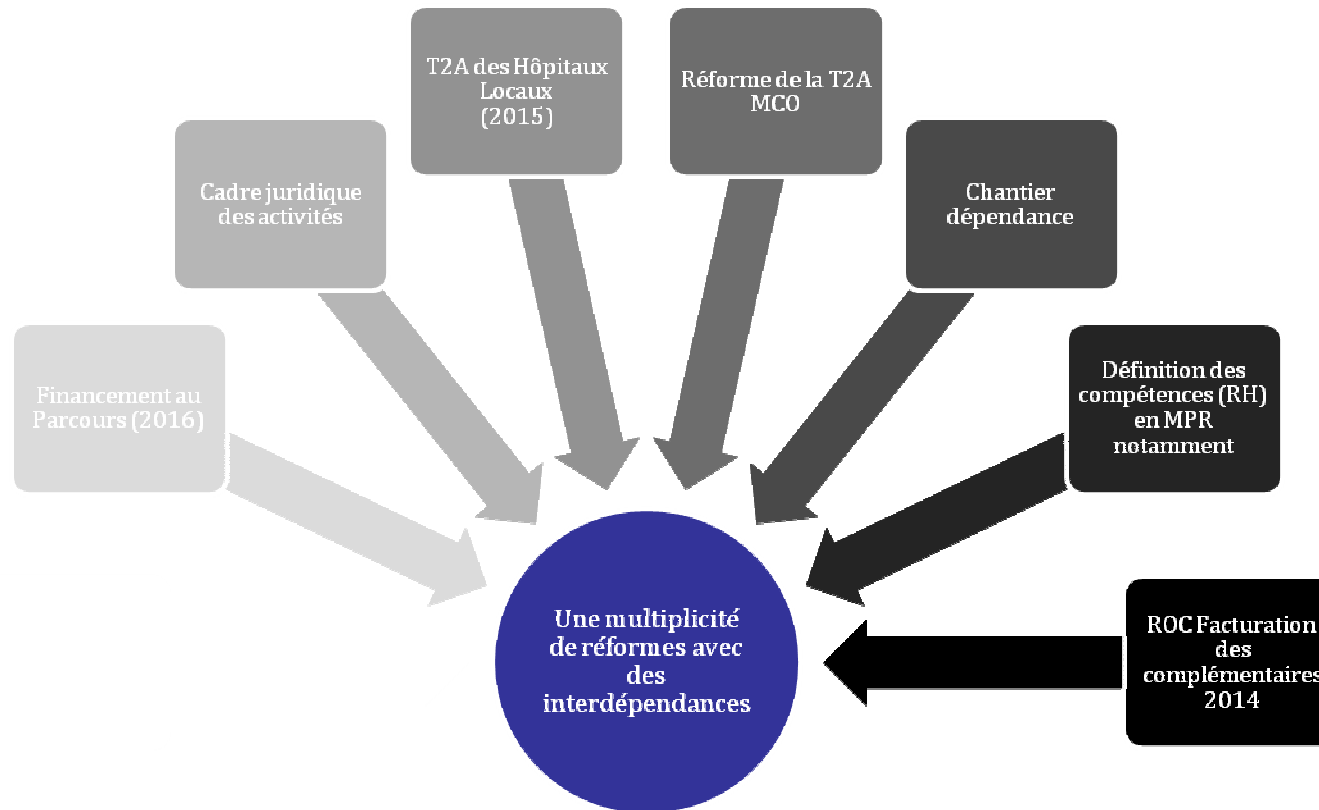


Des chantiers connexes doivent être repérés afin d'établir d'éventuels liens

- ❑ Les chantiers de **réforme de la politique de santé** (au sens OMS), notamment:
 - La stratégie nationale de santé
 - Les modes de rémunération des professionnels libéraux (conventions)
 - La réforme de l'adaptation de la société au vieillissement
 - La mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 sur l'évaluation de la qualité du service rendu, qui conditionne le renouvellement des autorisations de tous les ESMS (2015-2016) ;
 - La décentralisation de compétences nouvelles aux Conseils généraux ;
 - La révision des annexes et bases réglementaires à l'autorisation des ESMS du secteur du handicap, en articulation avec la politique d'évaluation de la qualité des services rendus ;
- ❑ les **réformes tarifaires et de financement en cours** dans les champs : sanitaire (SSR, Psychiatrie), médico-social (EHPAD, SSIAD, CRP, ESAT) et social (CHRS)
- ❑ La question de **divergences méthodologiques éventuelles** entre les réformes tarifaires dans le champ large des affaires sociales doit être anticipée et traitée



La nécessité de gérer les interdépendances: exemple des SSR



Le calendrier général

- ❑ **Le séquençage :**
 - 1. Constitution de l'équipe projet (CIMAP septembre)
 - 2. En parallèle : identification des chantiers connexes ; réflexion sur l'urbanisation des SI ; la globalisation de la dépense de soins; et les deux premiers chantiers thématiques (besoins et prestations)
 - 3. La définition des attendus du modèle et de la méthode de l'étude nationale de couts ainsi que le passage au tarificateur unique (si option confirmée)
 - 4. Le choix du et des modèle avec les simulations de leur impact et construction des outils de formation
 - 5. Expérimentation en régions (effets systémiques)
 - 6. Conditions du déploiement

- ❑ **La durée :**
 - Équipe projet: 4 mois (appel de candidatures et installation matérielle)
 - Trois ans pour les premiers chantiers conduits en parallèle
 - Deux à trois ans pour les attendus du modèle et l'ENC
 - Deux ans pour le choix du/des modèles et les simulations
 - Un an pour l'expérimentation et les conditions de déploiement

- ❑ **Objectifs MAP : conduire dans les trois ans à venir les trois chantiers de base: besoins, prestations et globalisation des dépenses de soins, avec effet immédiat sur les instruments du dialogue de gestion et de pilotage de l'offre.**



Le projet de décentralisation des ESAT inscrit dans « l'acte III »

- ❑ **Objectif:** assurer une meilleure cohérence (planification des moyens et parcours des personnes) entre accompagnement professionnel et milieu de vie (domicile familial ou foyer), sous la responsabilité des conseils généraux
- ❑ **Difficultés:** les écarts de taux d'équipement, qui induiraient pour certains départements un effort de rattrapage plus important.
- ❑ **Conditions de réussite:**
 - mettre à disposition des conseils généraux en amont de la décentralisation les outils de pilotage de l'allocation de ressources (cf. chantiers 1 de connaissance des personnes et 2 de description de l'organisation des services)
 - sortir le financement des ESMS pour personnes handicapées du champ de l'aide sociale (qui est devenu contradictoire avec les principes de compensation de la loi de février 2005)
- ❑ **Liens avec d'autres chantiers:** la négociation globale engagée avec les départements sur les allocations de solidarité (APA,RSA,PCH).



L'équipe projet

- ❑ **L'allocation de ressources doit être pertinente à trois niveaux:**
 - **Au niveau central**, pour garantir la cohérence avec les orientations de la politique du handicap, et la maîtrise des crédits
 - **Au niveau des tarificateurs** (ARS et CG), pour assurer l'équité et l'efficacité dans la répartition des ressources
 - **Au niveau des gestionnaires**, pour permettre l'exercice de leurs responsabilités de management

- ❑ **L'équipe projet doit refléter ces trois niveaux de pertinence, et inclure les compétences techniques liées aux chantiers à conduire**
 - **Un(e) chef de projet expérimenté dans la conduite de projets et connaissant le secteur médico-social**
 - **Un(e) chargé de mission avec une expérience de tarificateur**
 - **Un(e) chargé de mission avec une expérience de gestionnaire de structures**
 - **Un(e) médecin de santé publique/praticien conseil (avec expérience de la classification des incapacités ou du secteur)**
 - **Un(e) contrôleur de gestion ou assimilé, ayant une bonne expérience des systèmes d'information (ou l'inverse : informaticien familier des SI comptables)**



La gouvernance

- ❑ **La conduite du projet doit réunir et associer les administrations concernées au niveau central et territorial, les gestionnaires et les personnes handicapées elles-mêmes**
- ❑ **Le comité de pilotage:** SG, DGCS, DSS, DB, CNSA, CNAM, ATIH, ANAP, ANESM, EHESP pour les acteurs de l'Etat, ADF et ANDASS pour les départements, ARS, représentants des gestionnaires et associations de personnes handicapées
 - Il se réunit tous les 2/3 mois, il décide des orientations stratégiques du projet et est garant du respect de la feuille de route
- ❑ **Le comité de gestion:** les administrations de l'Etat et de l'assurance maladie + un représentant du cabinet
 - Il se réunit au moins tous les mois. Il s'assure que les différents contributeurs au projet apportent les contributions qui leur sont demandées. Il statue sur les problèmes d'organisation de la conduite du projet.



Les groupes techniques

- ❑ Ils sont en charge du pilotage des différents chantiers du projet
- ❑ Leur mandat et leur composition sont fixés par le comité de pilotage du projet sur proposition de l'équipe projet, ils peuvent comprendre des institutions et experts non membres du comité de pilotage
- ❑ L'entité ou la personne responsable de leur pilotage est fixée en fonction des sujets (ex: pour la constitution de l'échantillon de l'étude de coûts, l'ATIH; pour les indicateurs du dialogue de gestion, la DGCS...)
- ❑ L'équipe projet gère le calendrier d'ensemble des groupes techniques, et s'assure de la cohérence de leurs travaux.
- ❑ Ex: pour le projet SSR, il existe 12 groupes techniques et 3 chantiers connexes



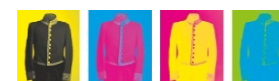
Exemple du projet SSR: Les projets et chantiers à mener

Projet	Chantier	Périmètre
Modèle cible	A Activités	Définition du contenu du compartiment activité. Principes
	F Activités	Choix des modalités de financement. Principes
	P Activités	Progressivité de la montée en charge; évolution modulation
	M MIG	Définition du contenu du compartiment MIG. Principes et modélisation
	PTS PTS	Définition du contenu du compartiment PTS. Principes
	C MO/DM	Définition du contenu de la liste des MO. principes
	T	Actualisation base de connaissances, adaptation des outils (classification, CSARR, ENC) et réalisation des études et simulations
Campagne	C Campagnes	Articulation juridique et financière + timing du projet avec la LFSS et les campagnes de financement + transition
Système d'information	si Systèmes d'information	Montée en charge des SI au sein des ES et formation SI + adaptation des chaînes de facturation et liquidation des caisses
Déploiement de la réforme	fo Formation	Pilotage de la formation des établissements et des ARS. Communication opérationnelle
Juridique	ju Juridique	Etude et proposition de textes sur l'organisation (CSP...); articulation avec le « juridique financement » lié à campagnes
Communication	C Communication	Réalisation de supports de communication (web, présentations...)
Chantiers connexes	fi FIDES	Analyse des interactions entre FIDES et la mise en place de la nouvelle chaîne de facturation
	pa Parcours	Analyse des interactions entre le financement au parcours, ses expérimentations et la réforme du financement des SSR
	rh Définition des compétences des praticiens	



L'association des personnes handicapées

- ❑ In fine, le nouveau système d'allocation de ressources doit permettre une meilleure équité dans la répartition des moyens financiers disponibles; et un système de financement cohérent avec les objectifs de la loi de 2005, notamment la fluidité des parcours des personnes handicapées (notamment entre institutions et milieu de vie): elles sont donc les premières intéressées au résultat de la réforme
- ❑ Leur implication est en première ligne assurée par les associations siégeant au **comité de pilotage**, qui peuvent mobiliser leurs propres instances d'association des usagers
- ❑ Pour assurer une interaction plus directe avec les personnes handicapées elles-mêmes, on peut **créer un site internet dédié** au projet (ex: le site du chantier de la dépendance) où sa finalité est explicitée, où les documents sont mis en ligne après validation, et sur lequel les personnes handicapées peuvent faire part de leurs observations.



Les mesures transitoires

- ❑ Le projet de réforme de l'allocation de ressources sera long, à l'instar de réformes d'ampleur identique (cf. le financement des établissements de santé)

- ❑ Dans l'intervalle, il est nécessaire de gérer l'allocation de ressources dans un cadre plus efficient (cf. rapport IGF/IGAS d'octobre 2012):
 - Le passage à **un système d'allocation forfaitaire** (sous CPOM ou à défaut hors CPOM)
 - Des **outils de dialogue de gestion intelligents** sur la base du tableau de bord ANAP dans un premier temps, puis avec un volet descriptif des besoins et prestations (cf. chantiers 1 et 2), avec un SI adapté.

- ❑ Les avancées du chantier global, notamment sa première étape (description des besoins et prestations, efficacité de la dépense de soins) permettront un enrichissement progressif des instruments de dialogue budgétaire et de planification des moyens.

Les modifications nécessaires à un système d'allocation globale

- ❑ **Les modifications législatives et réglementaires**
 - Seules des dispositions réglementaires relevant du CASF ont été identifiées par la DGCS comme étant à modifier ou à abroger. Huit articles sont concernés (R. 314-105, R.314-119, R.314-140, R.314-143, R.314-144, R.314-145, R.314-147 et R.314-204). Les codes de la Sécurité sociale et du Travail ne sont pas impactés
 - Il faut maintenir (comme pour les CPOM) un tarif journalier de référence pour permettre les facturations inter-établissements et inter-départements, et la refacturation des « amendements Creton ».
 - Prévoir l'obligation de transmission d'une liste des résidents (id. EHPAD) pour permettre une vision consolidée des soins

- ❑ **Le traitement des écarts liés à la suractivité de certains établissements**
 - La dépenses est d'ores et déjà dans l'OGD exécuté, donc pas de mobilisation de crédits supplémentaires
 - Choisir entre une Dotation annuelle de fonctionnement (DAF, sans reprise des résultats) et une Dotation globale de fonctionnement (DGF, avec reprise des résultats)
 - Il faut définir le rythme du passage (nombre d'exercices, types d'établissements) et les règles de traitement comptable



Les indicateurs de gestion

- ❑ Les indicateurs actuels sont à la fois dispersés (IMSE du décret de 2003, tableau de bord ANAP, audits internes et externes, d'initiative locale, de gestion du risque pour les EHPAD), mal renseignés et peu exploités
- ❑ Il faut **un système de pilotage** (le comité des indicateurs et ses groupes techniques), un système d'information, et un opérateur
- ❑ Pour l'opérateur, le choix à effectuer est entre l'ANAP (efficience), la CNSA (cohérence avec les enveloppes régionales et HAPI) et l'ATIH (savoir faire technique et gestion future des ENC). Les éventuelles évolutions futures du paysage des agences ne doivent pas être un frein (la fonction suivra l'organe).
- ❑ Dans l'immédiat, poursuivre la diffusion du tableau de bord ANAP auprès des régions volontaires
- ❑ **Effectuer rapidement un choix**: remplacement de la logique du décret de 2003 (opposabilité) par le tableau de bord ANAP (rendu obligatoire)
- ❑ Assurer la formation initiale et continue des utilisateurs pour garantir la qualité des indicateurs
- ❑ Il faut garder en vue l'objectif de cohérence des indicateurs (champ et définitions) avec les autres champs de l'action sociale (PA, HU).



ANNEXE VI

Evasion

L'outil EVASION

(cf. détail en annexe 5 du rapport IGAS/IGF d'octobre 2012)

L'outil évacion est fondé sur deux séries distinctes de données :

- ◆ L'évaluation des besoins des personnes handicapées décomposée en ensemble des ressources et dysfonctionnements somatiques et psychiques de la personne (sans appareillage) et performances relatives à un ensemble d'activités indispensables à l'adaptation sociale (avec appareillage).
- ◆ L'estimation des types et de l'intensité des réponses professionnelles pertinentes par besoin, sous forme d'évaluation quantitative des charges de soins et en aide à la personne.

Des indicateurs propres à l'outil ont été créés, fondés pour l'approche somatique, sur une partie de la CIM 10, celle correspondant à des dysfonctionnements potentiellement chroniques, spécifiques pour la partie psychique (domaines intellectuels, émotionnels et relationnels). Les indicateurs concernant l'adaptation sociale sont fondés sur les résultats d'un groupe de travail ministériel.

Pour chaque item d'évaluation des besoins de la personne, la cotation se fait de A (absence de dysfonctionnement) à F (dysfonctionnement permanent mettant en jeu les fonctions vitales plus une cotation « PID » pas d'information disponible).

Le codage des besoins de réponse professionnelle varie selon les sous-ensembles d'évaluation des besoins :

- ◆ Trois niveaux de réponse professionnelle sur le plan somatique : (1 = attention de principe, 2 = Attention permanente avec soins habituels immédiats, 3 = attention permanente avec intervention immédiate du personnel médical ou infirmier, plus un niveau PID (pas d'information disponible) ;
- ◆ Six niveaux pour le plan psychique suivant la plus ou moins grande individualisation et permanence de la prise en charge ;
- ◆ Cinq niveaux pour l'adaptation à la vie sociale, intégrant la fréquence et le besoin de personnel médical ou paramédical.

ANNEXE VII

Bruxelles - Capitale

L'expérience de Bruxelles Capitale

Cf. présentation détaillée en annexe VIII du rapport IGAS/IGF d'octobre 2012.

1. Modalités de l'évaluation

Cette évaluation a lieu lors du premier accueil de la personne handicapée en centre et est reconsidérée tous les 5 ans pour les adultes et tous les 3 ans pour les enfants. Le centre et l'administration peuvent demander une réévaluation si la situation de la personne a évolué significativement.

Elle est le fruit d'une coopération étroite entre le centre, qui pré-évalue, et l'administration, qui, représentée par un évaluateur du Service bruxellois, échange et évalue in-situ avec les professionnels du centre. L'évaluateur s'efforce de rencontrer la personne évaluée. Ce processus prend, pour le moment de l'évaluation, entre une demi-heure et une heure à l'évaluateur. Pour le centre, la préparation de l'évaluation et la production de dossiers individuels demande cinq heures de travail en moyenne par personne évaluée.

Elle porte sur les compétences générales « moyennes » de la personne, exclusivement au sein de l'institution, et relativement à celles d'un adulte dit « normal ». Elle ne concerne donc pas les perspectives d'évolution de la situation de la personne.

2. La cotation des habilités de la personne handicapée

L'évaluation porte sur les cinq sections de la grille dont les pondérations reflètent l'importance respective :

- ◆ 30 % pour la « vie quotidienne » ;
- ◆ 20 % chacun pour les « habilités adaptatives sociales », les « habilités cognitives et intellectuelles » et « habiletés motrices et psychomotrices » ;
- ◆ 10 % pour les « aspects psychologiques ».

Ces sections sont subdivisées en plusieurs « items fonctionnels » qui décrivent une compétence « normale » par rapport à laquelle est notée celle de la personne handicapée. Par exemple, le premier item fonctionnel de la section « habilités adaptatives sociales » décrit la compétence « normale » d'« adapter son comportement aux règles ».

3. ... modulée par la notion d'« accès »

La grille originelle a été complétée par la prise en compte de besoins en accompagnement supplémentaire dus à des problèmes d'« accès ». L'« accès » fait référence à des obstacles à la réalisation des activités, soit le contexte, le temps (lenteur), la fatigabilité, la sécurité (danger, imprévisibilité).

Ce correctif à la grille originelle a été apporté pour mieux prendre en compte l'hétérogénéité des handicaps et notamment le handicap psychique.

Une colonne « accès » a été ajoutée à chaque section, le poids de chaque item pouvant être augmenté par le placement d'une ou deux croix au sein de ces colonnes.

4. ... permet d'établir des groupes homogènes en besoin d'accompagnement

Chaque item est noté, la gradation s'échelonnant du plus grand besoin d'accompagnement, de note 1, le plus élevé, au plus petit, de note 5. Par exemple, pour la compétence « adapter son comportement aux règles », la note 5 correspondra à la compétence « tient compte de manière correcte des règles » et la note 1 à « ne respecte pas les règles, les rejette systématiquement ou n'en a pas conscience ».

L'addition des notes de chaque item, pondérées en fonction de leur section de rattachement et par la notion d'« accès », donne un score total sur 100. Ce score détermine trois groupes de personnes handicapées :

- ◆ catégorie A, quand le score est supérieur à 66/100 ;
- ◆ catégorie B, quand le score est compris entre 48 et 66/100 ;
- ◆ catégorie C, quand le score est inférieur à 48/100.

La catégorie A concerne donc les personnes handicapées qui ont le moins de besoins en accompagnement et la catégorie C celles qui en ont le plus.