

Luc Cadillon
Groupe de travail CNN 51
Pst CPAM 24

Projet SERAFIN PH

La T2A arrive dans le secteur social et médico-social.

Ce projet inclut dans son titre l'intentionnalité de la démarche :

Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées.

Initié en 2014 à partir d'une feuille de route, piloté par la CNSA (Caisse Nat pour la Solidarité et l'Autonomie) et la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) un groupe de travail alliant - l'Etat et ses différentes agences, - les Conseils départementaux, - l'Assurance-maladie, - les ARS, - les MDPH, - les Organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) et les fédérations les représentant, - les Associations représentant les personnes handicapées, - les CREA - les ESMS, ce groupe travaille *« pour tirer les conséquences dans l'évolution de réponses de plus en plus individualisées et construire dans une recherche permanente de l'accès au droit commun des personnes handicapées »*

Il n'y a bien entendu aucune présence des représentants des personnels à travers leurs organisations syndicales. La mise en application est prévue en 2018.

Ce projet se décline en trois phases

Phase 1 : Construire les outils qui permettront une allocation de ressources rénovée

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

Phase 3 : Déployer le modèle

Nous sommes dans la phase 2, cette étape semble avoir pris du retard tant le sujet est complexe. Le choix d'un modèle de tarification ainsi que l'impact pour les ESMS semble poser des difficultés de consensus parmi les groupes de travail. La mise en œuvre en 2018 de la phase 3, me semble donc peu probable.

Ce travail présenté comme un travail de « co-construction » se fait en prenant appui sur les orientations internationales ratifiées par la France (convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies, Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé) et de la loi du 11.II. 2005.

Le principe du paiement à l'acte introduit dans le secteur sanitaire MCO par le plan hôpital 2007 a fait passer le financement d'une logique de moyens à une logique de résultat. La même volonté politique émerge dans ce projet.

Le paiement à l'acte qui n'a pas été encore possible dans le champ de la psychiatrie malgré de nombreuses tentatives faites depuis le début des années 2000, arrive dans le champ social et médico-social par un processus visant à modifier structurellement les prises en charge pour transformer le financement des services et établissements sociaux et médico-sociaux. Du concept de prise en charge on passe au concept de prestation, comme en sanitaire on passe du concept soin à celui de rétablissement (cf rapport «Laforcade »)

Deux principes émergent du projet :

Partant des besoins de la personne handicapée :

1) quelles réponses donner pour que son handicap soit le plus possible réduit.

2) Quels financements à ces actes.

L'idée que chaque prestation (acte qui répond à un besoin défini) peut être codifiée puis traduit en valeur économique va servir de fil conducteur.

La CIF ,Classification Internationale du Fonctionnement et le GEVA vont servir de base pour décrire pour chaque situation de handicap, les réponses à donner, et les moyens humains (en temps) pour chaque professionnel.

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées est la référence réglementaire depuis le décret du 6 février 2008 et l'arrêté publié le 6 mai 2008 Le GEVA constitue ainsi la référence nationale pour l'évaluation des besoins de compensation pour les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

La définition de la notion de besoin

Une analyse des besoins qui se fonde sur les orientations internationales (ONU, organisation mondiale de la santé, Europe) et donc sur une approche sociétale du handicap

Cette approche sociétale est consacrée dans la loi de 2005 qui définit le handicap ainsi :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Le but recherché est d'organiser une réforme de la tarification (p9) en structurant des nomenclatures en 3 blocs :

Nomenclatures des besoins (bloc 1)

Nomenclatures des prestations (bloc 2 et 3)

Prenons dans l'ordre :

Nomenclatures des besoins : bloc 1

Divisée en trois sous groupes :

Santé

Autonomie

Participation sociale

Chaque sous groupe va ensuite être subdivisé (4 parties) pour arriver à une définition la plus précise possible d'un besoin, comme si le fonctionnement humain se résumait à des organes, leur fonctionnalité, leurs dysfonctionnements.

Prenons par exemple : la nomenclature : les fonctions du cerveau : fonctions mentales dont cognitives et psychiques

Les fonctions mentales : fonctions de la conscience, fonctions psychosociales globales, fonctions de l'énergie et des pulsions, fonctions du sommeil.

Or peut-on réduire toute la complexité de l'humain à des fonctionnements d'organes ? Lorsque s'installe un processus psychopathologique, ne traiter que de la résultante fonctionnelle de cette modification/altération, du comportement, d'un processus délirant, de repli sur soi, perte de sommeil etc... sans chercher à en comprendre l'origine (les origines) est de notre avis une erreur.

Chercher à comprendre les origines complexes qui ont abouti à ce(s) processus, évite de nous enfermer dans à une vision restrictive de l'autre. La relation de l'organe (déficient ou pas) au psychisme (altéré ou pas) est plus complexe qu'il n'y paraît.

La recherche de solution uniquement dans une conception cognitivo-comportementaliste vise aussi à occulter les autres formes de prises en charge psychothérapeutiques .

Nous avons vu les besoins, voyons les prestations :

Nomenclature des prestations : 2 blocs (rappel : bloc 1 besoins)

Bloc 2 : prestations directes

Bloc 3 prestation indirectes

Définition :

voici ce qui en est dit dans le projet à ce sujet:

*« Il doit d'ores et déjà être noté que certaines prestations mentionnées dans la nomenclature peuvent être réalisées par d'autres que l'établissement ou le service (un ou plusieurs autres ESMS, un ou plusieurs autres acteurs du champ sanitaire ou social par exemple). Les prestations correspondent en effet à tout ce qu'il peut être nécessaire de mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la personne, **sans préjuger de qui le met en œuvre.***

En outre, toutes les prestations qui figurent dans cette nomenclature des prestations ne sont pas nécessairement produites par tous les établissements et service médico- sociaux.

Chaque établissement ou service doit cependant pouvoir décrire les prestations qu'il réalise avec cette nomenclature.

Les prestations médicosociales s'entendent donc comme l'ensemble des missions effectivement réalisées par les ESMS accompagnant les personnes handicapées. Elles comprennent donc des prestations directes (celles qui apportent directement une valeur ajoutée à une personne ou un groupe de personnes handicapées) et des prestations indirectes (qui sont nécessaires pour la mise en œuvre des premières mais n'apportent pas en tant que telle de valeur ajoutée à la personne).

Dans un contexte médico-social où les ressources humaines constituent plus de 75% des budgets des ESMS, les prestations recouvrent majoritairement des charges de personnel et du temps de travail. Il s'agit également de l'ensemble des charges qui sont nécessaires à la réalisation, par l'ESMS, de ses missions » (p58)

La nomenclature peut servir à des fins d'observation ou de planification, à des fins de contractualisation des CPOM ; autour des trois domaines que sont : les besoins, l'autonomie, la participation sociale

Je continu à citer le texte du projet :

« Les prestations de pilotage et de fonctions supports sont constituées de charges correspondant à du temps de travail de professionnels intervenant dans la structure, qu'il s'agisse de salariés ou d'autres formes d'interventions, y compris des professionnels avec lesquels la structure contractualise. Il s'agit également de toutes les autres charges liées au fonctionnement de toute structure : charges liées à la logistique, à la gestion matérielle de la structure et à la gestion des professionnels qui la composent ».

Prestations directes : qui les organisent ?

Elles sont organisées par des professionnels autour des trois thèmes (p63)

Le soin : somatique et psychique, rééducation et réadaptation fonctionnelle

Ces prestations seront effectuées par des professionnels de santé, psychologues, professionnels sociaux et éducatifs, des enseignants. Ces professionnels seront dédiés (affecté à cette tâche) ou non (réalisent cette tâche et d'autres). Les prestations des Aides-Soignants seront distinguées de celles de Aides Médico-Psychologiques. L'AS sera dédié aux soins, l'AMP : vie sociale et autonomie.

Les prestations **ne pourront pas** être délivrées par des non professionnels, non titulaires de diplômes (p65). On peut se poser la question du devenir des formations en cours d'emploi

La prestation pour la participation sociale : accompagnement pour exercer ses droits, pour participer à la vie sociale, accompagnement au logement, en matière de ressources et autogestion, pour exercer ses droits sociaux.

Ces prestations sont dispensées par des enseignants, des AMP, ES, ME ...

La prestation en matière d'autonomie : accompagnement dans les actes essentiels, à l'extérieur avec un professionnel pour mettre en œuvre une prestation en matière d'autonomie, pour prendre des décisions adaptés et pour la sécurité, accompagnement pour la communication et relation avec autrui.

Ces prestations seront réalisées par des AMP, ES, ME, EJE, Educ technique, Moniteur d'atelier, Educateur scolaire etc...

Assistants sociaux, CESF, maîtresses de maison....

Toutes ces prestations sont d'accompagnement ou de suppléance, répondent à des besoins d'entretien personnel (toilette etc...) mobilité, de communication, d'accompagnement dans les déplacements...

Bloc 3 : prestation indirecte (p 122)

Pilotage et fonctions support

Gérer, manager, coopérer, fonctions logistiques

On notera que l'on ne parle pas ici d'organisation (s) du travail mais de management, ce qui inclut donc la fonction d'efficacité.

Les organisations recherchent l'efficacité, le management, l'efficacité.

La finalité du management à un but d'économie dans le sens de rationalisation des coûts (meilleure organisation possible pour un moindre coût).

Ces prestations indirectes ne sont pas liées au projet individuel et ne permettent pas de répondre aux besoins (p 122).

D'un trait de plume on délie le lien entre les fonctions directes et indirectes dans la prise en charge, quid de la cohésion entre le projet d'établissement, projet de groupe, projet individuel.

Alors que l'on considère que la participation active au projet collectif et individuel doit inclure tous les acteurs du champ social ou médico-social, séparer ces acteurs amènera des distorsions, incompréhensions supplémentaires qui s'avèreront contreproductives à moindre échéance.

Elles ne seront plus reliées aux projets, sinon ceux de gestion de flux et de coûts.

L'externalisation d'une ou des parties de ces activités (gestion, logistique, entretien) sera d'autant plus facile que dès lors ne primera que le coût de la prestation, cette dernière pourra être mise en concurrence avec le privé lucratif.

Ces fonctions support sont divisées en deux composantes (p 122)

- **Pilotage** : gérer, manager, coopérer : gestion RH, administrative, budgétaire, financière, comptable, information, communication, qualité, sécurité, relation avec le territoire.
- **Logistique** : existence de locaux, Moyens matériels pour accueillir, fourniture de repas, entretien du linge, transports.

Conclusion

Depuis l'après guerre on n'a jamais vu telle casse de ce secteur, la remise en cause des institutions sociales et médico-sociales qui pendant des décennies, sans jamais avoir de moyens suffisants, ont répondu aux attentes des personnes porteuses de handicap.

Le fil conducteur politique est donc tracé : réduire les coûts des prises en charge des ESMS, aussi en lien et complément des politiques en matière de psychiatrie (faussement dit sous le vocable de santé mentale) pour que le coût du handicap soit le moins disant possible.

Cela épouse les mêmes orientations politiques qui définissent le soin, les prises en charge sociales et médico-sociales non comme des investissements, mais comme des éléments structurant de la dette sociale.

Cela aura aussi des conséquences concernant les politiques de financement des Conseils départementaux pour ces institutions sociales et médico-sociales.

La tentation sera grande de choisir une politique du moins-disant au détriment de projets cohérents dans un contexte de réduction des dotations d'Etat envers les départements.

Nous nous devons de dénoncer et de combattre cette volonté de ce gouvernement, comme des précédents de réduire les dépenses d'assurance maladie, les dépenses sociales sans poser le problème de leur financement.

Ce projet qui actuellement occupe nombre d'acteurs pour accomplir un travail de déstructuration économique aura pour conséquence :

- De traiter la personne handicapée avec comme centralité son handicap, ses déficiences, en apportant des réponses uniquement en terme de symptomatologie, occultant ainsi la dimension unique et plurielle de chacun dans son environnement. Ce sera d'abord voir le handicap avant la personne.

-De plonger les acteurs professionnels dans un travail réducteur de réponse à un besoin non inscrit dans un ensemble cohérent d'une prise en charge globale.

- de mettre en concurrence les établissements et service entre-eux, ou avec le privé lucratif (pouvant offrir un coût de prestation moindre) sans leur donner les moyens financiers de fonctionnement au regard de leurs possibilités de réponse à des besoins.

Le passage d'un budget basé sur un prix de journée vers un financement à l'acte va empêcher des projets institutionnels à moyens et long terme.

Aura pour conséquence :

- d'externaliser nombre de prestations (logistique, gestion).

- Les financeurs, ARS (rappelons qu'il s'agit de fonds de l'assurance maladie !), départements etc... auront la possibilité de choisir les structures prestataires en fonction de leurs coûts sans avoir à se soucier des projets institutionnels.

- Les personnels seront mis en concurrence au vue des coûts de leurs prestations (ex : un AMP avec un ME, un ES)

Il nous faut donc, comprendre ces enjeux fondamentaux contenus dans ce projet pour pouvoir s'en expliquer avec les personnels afin de mener des luttes tant dans les IRP qu'avec les salariés pour dénoncer ce recul de société sans précédent.

Il faut aussi noter que si le handicap psychique n'a jamais été défini autrement que par ses conséquences sociales, la fermeture des lits d'hospitalisation en psy , des structures de secteurs, amènent ces personnes porteuses de problématiques psychopathologiques à travers leur nouveau statut de personnes handicapées à se retrouver dans le champ médico-social où le recours aux soins psychiatrique y est des plus rare.

Il en est de même pour la prise en charge des enfants et adolescents.

Répondre aux besoins des personnes handicapées, nécessite une réponse globale avec des financements globaux qui tiennent compte des besoins individuels et collectifs, qui partent des projets de société, institutionnels, individuels pour que chacun, handicapé ou non se trouve à égalité dans une société ouverte et plurielle, intégrant à tous les niveaux, la, les différences.

Faut-il se résoudre à ce que les procédures prennent le pas sur la qualité des accompagnements dus aux usagers ?.

Le sur-découpage en de multiples thèmes, sous thèmes et sous sous thèmes... va éloigner un peu plus le secteur médico-social de la créativité voire de l'innovation.

Le secteur médico-social deviendra alors tellement formaté que l'accompagnement de l'utilisateur ne se fera plus que par la seule entrée du Handicap et non plus par les compétences de ce même usager (sans parler de celles des professionnels !).

Le projet SERAPHIN PH, au delà de la stigmatisation graduelle des usagers, ne sera plus alors qu'un instrument (et non un outil) au service uniquement de l'intérêt financier...en terme de "non moyens"... le CPOM ne sera plus qu'un CPO !"