

JEUDI 21 NOVEMBRE 2019 /



RÉFORME DE LA TARIFICATION SERAFIN-PH

COMPRENDRE LA RÉFORME POUR SE METTRE EN ACTION :
DU PRINCIPE DE CONSTRUCTION DES NOMENCLATURES AUX HYPOTHÈSES SUR LE MODÈLE DE LA TARIFICATION

Synthèse Agora 4

Le déploiement des nomenclatures dans le parcours des personnes accompagnées

Animation : Cécile CHATAGNON, Directrice, CREA PACA et Corse

Introduction de Cécile CHATAGNON

Présentation des objectifs : aboutir à un modèle tarifaire qui doit soutenir les évolutions de l'offre et faciliter le parcours des personnes en situation de handicap.

Pourquoi ? Pour favoriser les parcours et prendre en compte les personnes « sans solution ». Il est nécessaire de faire évoluer le système à la demande du public accompagné. Volonté de plus d'inclusion.

Comment ? En favorisant le décloisonnement et le parcours de vie

► Intervention de Mélanie BROVELLI, Directrice MDPH 04

Le département des Alpes de Haute-Provence a été un département pionnier sur la mise en place de la RAPT. Cette réforme impacte tous les acteurs : les associations mais également les institutions publiques. Mme BROVELLI souhaite apporter son témoignage en lien avec la question des besoins des personnes et en lien avec la pratique professionnelle. Toutes les réformes convergent vers l'objectif de l'entrée par les besoins et cela demande de se décentrer et d'opérer des changements dans les pratiques professionnelles.

Mme BROVELLI reprend les différents concepts depuis la loi de 2005 qui définit le handicap. Elle explicite la différence entre pathologie et compensation. En effet, ce sont les conséquences de la pathologie qui permettent d'entrer dans le dispositif MDPH et qui donne lieu à compensation (elle donne l'exemple des enfants atteints de diabète, qui ont une pathologie mais qui, au quotidien, sont autonomes. Dans cette hypothèse, il n'y aura pas de compensation de la MDPH. En effet, de « prime abord » c'est le droit commun qui s'applique et la mesure de la compensation intervient en « subsidiarité ».

Puis elle expose les réformes récentes : la mise en place de la RAPT (à cette occasion Mme BROVELLI fait référence notamment au rapport PIVETEAU) et à la mise en place d'une forme de réflexion

différente avec une entrée par le besoin qui permet de travailler autrement et qui permet aussi des innovations et de mieux se connaître entre acteurs sur un même territoire.

Ensuite, encore plus récemment il y a eu la mise en place du nouveau formulaire dans le cadre de la « simplification administrative » qui, dans la pratique, est assez lourd mais, s'il est « bien » rempli est, selon Mme BROVELLI un bon outil d'évaluation des besoins.

Deux exemples pratiques de situations complexes pour lesquelles des solutions ont été apportées sont cités. (Cf PPT slide 4)

Quand on entre par les besoins cela permet de se rendre compte que l'on ne peut pas répondre à tout, tout seul et qu'il est nécessaire de travailler avec les autres et d'apprendre à se connaître. Cela permet des liens, des ouvertures et de faire des ponts entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social par exemple.

Dans le 04, un groupe d'analyse de la pratique inter-institutionnel a été mis en place pour échanger sur les situations complexes. Ce groupe fonctionne bien et a permis un changement d'état d'esprit. Selon Mme BROVELLI, il faut être attentif au côté « marchandisation » et à ne pas « saucissonner » les individus en « besoins ». Pour finir, elle regrette que le cadre législatif n'offre pas encore toutes les souplesses souhaitées.

► Intervention de Carole LAZZERI, Directrice adjointe, IME Les Tamaris, Unapei Alpes-Provence

Mme LAZZERI fait part du travail « en cours » relatif à l'appropriation de la nomenclature Serafin PH. Elle précise bien que la structure a participé à l'ENC en 2017. Et que ce travail sur la nomenclature a débuté lors de la réécriture des projets de service qui devaient être actualisés. Elle présente les différentes étapes du travail.

1. Travail d'information auprès des équipes et des différents services sur la RAPT et les nouveaux dispositifs : GOS, PAG, et nomenclature SERAFIN PH simplifiée
2. Constitution d'un COPIL par site avec plusieurs services afin de travailler sur le projet de service dans la logique de SERAFIN PH : en partant des missions, déclinaison des objectifs d'accompagnement et en partant des besoins au regard de la nomenclature : articuler les objectifs avec les prestations SERAFIN PH et définir les modalités d'évaluation (CF tableaux slides 3-5). Le travail à réaliser pour traduire les besoins et les prestations en collant à la nomenclature est complexe.
3. Constitution d'un groupe de travail avec l'ensemble des professionnels dans chaque service.

L'appropriation est « en cours ». Il faut aussi voir comment on l'intègre au nouveau système d'information. Ils travaillent actuellement sur la corrélation avec le projet personnalisé. La mise en lien avec le rapport d'activité a été faite, mais cela a produit un document lourd avec des difficultés d'articulation. Il a été difficile de faire entrer les pratiques dans les cases.

Autre difficulté : l'évolution de la nomenclature (en mai 2018 est parue une nouvelle version de la nomenclature)

Les points positifs de ce travail relevés par Mme LAZZERI à ce jour :

- Favoriser la conceptualisation pratique
- Améliorer la connaissance de l'ensemble du secteur par l'ensemble des professionnels ainsi que l'appropriation des réformes, de la nomenclature, ...
- Un projet de service plus lisible et plus concret

Les difficultés :

- Les craintes : marchandisation, « uberisation », ...
- La question des moyens
- Les nouveaux SI (via trajectoire n'est pas adapté)

Actuellement, nous sommes dans une période de transition, de co-construction. Il est nécessaire selon Mme LAZZERI, de communiquer, de mettre du sens et de permettre aux personnes accueillies de ne pas perdre la qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

Synthèse des différents échanges avec les salles

La question de l'évaluation des besoins (au départ) est fondamentale. Mais il n'est pas certain que les MDPH soient les mieux placées par cette évaluation des besoins. Peut-être faut-il que les MDPH orientent et ensuite que l'établissement affine l'évaluation des besoins ? Tout le monde fait de l'évaluation des besoins, l'intérêt de la nomenclature permettra une uniformisation du langage et facilitera la coordination et les coopérations : tout le monde parlera de la même chose. On ne pourra pas répondre à tous les besoins dans un seul espace. Il y a aura certainement une PEC « socle » dans une structure puis, en fonction des besoins, les personnes bénéficieront de prestations dans d'autres établissements.

Un dispositif d'offre de répit est cité en exemple car il est porté par 5 associations. Il y a un internat qui peut se faire sur un des établissements partenaires et une équipe mobile mais des difficultés sont relevées, notamment du fait de « suspicions » de la part des institutions vis-à-vis des associations (notamment suspicion de faire du « clientélisme ») et l'existence de cette défiance des pouvoirs publics par rapport aux associations est vraiment problématique.

Mme BROVELLI relève « la difficulté d'être souple à l'intérieur de la rigidité qu'impose le cadre ». Cette question de la souplesse est très prégnante dans les débats. Mme BROVELLI explique que la MDPH peut faire des doubles notifications et témoigne du fait qu'elle essaye (la MDPH) de mettre de plus en plus de souplesse. Un dispositif IME pourrait exister, à l'instar des DITEP. « Il faut être inventif pour faire de la souplesse ». Un changement d'esprit est à l'œuvre et la question de la confiance mutuelle sera nécessaire

Souhait pour certaines structures d'être aidées, accompagnées pour la mise en place de ces réformes. Cécile CHATAGNON rappelle que les structures telles que l'URIOPSS et le CREAL sont là pour accompagner les structures à ce changement.

Conclusion de Cécile CHATAGNON

Nous sommes dans une période transitoire, de révolution du secteur d'ici les prochaines années. Cette réforme de la nomenclature permettra de parler le même langage et de savoir qui peut répondre aux besoins de la personne à partir de l'évaluation. En effet, si on arrive à traduire les besoins, à les « sérafiner », tout le monde va comprendre la même chose. C'est une révolution organisationnelle, mais il vaut mieux agir, essayer de se l'approprier progressivement, que subir, pour préserver la qualité du travail et en rendant son activité plus lisible et compréhensible pour tout le monde. Mme CHATAGNON conclue sur l'intérêt pour les associations de se saisir de ces réformes et de la nomenclature pour faire valoir leurs spécificités, leur identité et leurs forces !

RÉFORME DE LA TARIFICATION SERAFIN-PH

COMPRENDRE LA RÉFORME POUR SE METTRE EN ACTION :
DU PRINCIPE DE CONSTRUCTION DES NOMENCLATURES AUX HYPOTHÈSES SUR LE MODÈLE DE LA TARIFICATION

Synthèse Agora 1

Les nomenclatures : présentation et logique de construction

Animation : Jessica Vieljus, conseillère technique handicap, URIOPSS PACA et Corse

► Intervention de Caroline FIACRE, Directrice du pôle ITEP SESSAD de l'ARI

L'ITEP a participé aux études de coûts, menées dans deux perspectives :

- situer la structure dans une démarche proactive,
- rendre compte différemment de l'activité menée au sein des équipes et auprès du public accompagné.

Cette démarche a été facilitée par le fait que l'ITEP disposait déjà d'une culture du « rendre compte » et de l'évaluation. Elle a requis, en contrepartie, de disposer, voire construire un langage commun par rapport à certaines définitions. Ceci est indispensable pour participer à un déclouement des segments du parcours de la personne accompagnée.

Définitions proposées :

Besoins : il n'existe pas une seule façon de parler du besoin de l'utilisateur. D'où la nécessité de développer un langage commun pour parler de leur parcours. Le besoin se définit dans l'écart à la norme de réalisation, entre ce que « je peux faire » et « ne pas faire » pour atteindre cette norme. Nous pourrions retenir que cette démarche réformant le financement des parcours des personnes handicapées invite à changer de paradigme : il ne s'agit plus de repérer de qui la personne a besoin (éducateur, psychomotricien.ne...) mais il convient désormais de repérer de quoi elle a besoin, en termes de prestations. Il s'agira ensuite de faire correspondre des réponses aux besoins pré-définis.

Cette approche permet d'accorder une importance considérable au parcours d'une même personne dans des territoires différents et à des moments différents.

Prestation : est considérée comme une « valeur ajoutée » pour la personne dont le processus de réalisation mobilise « des fonctions supports ». On identifie ainsi des prestations directes et des prestations indirectes.

Prestation directe : tout ce qui permet de répondre aux besoins (préparation, transmission, action elle-même), en présence ou sans présence de l'enfant.

Prestation indirecte : Tout ce qui permet de répondre aux besoins de l'équipe.

A une question portant sur les prestations directes et indirectes : comment se financent les prestations si une même action concerne 4 enfants, par exemple ? La réponse est : la prestation

directe se finance par un relevé d'activité, en quelque sorte. En revanche, si un rendez-vous à l'école se fait en vue de développer du partenariat, c'est une prestation indirecte.

3 grands blocs de prestations existent :

- santé (psychique et physique),
- autonomie (activités de la vie quotidienne),
- participation sociale (implication des personnes dans les situations de la vie réelle, notamment l'école, l'université, le travail, un logement, la gestion des ressources...).

L'intérêt de ces 3 grands blocs est qu'ils s'intègrent dans la globalité temporelle et environnementale du parcours de la personne.

Il faut comprendre que chaque bloc se décline en sous blocs : il s'agit de faire preuve de finesse dans la déclinaison de ces derniers.

Une prestation peut en effet différer dans la prestation proposée, en fonction de l'objectif visé : toute la finesse requise réside dans cette capacité de discernement, de se réunir en équipe et de disposer de temps de concertations autour du projet de l'enfant.

Changement de paradigme : les besoins de l'enfant sont répertoriés en priorité. Ils donnent lieu à la mise en œuvre d'un emploi du temps de sa journée type.

C'est à partir de ces emplois du temps de journée type que l'emploi du temps des travailleurs sociaux se décline. Il a été nécessaire, pour cette modélisation, que chaque professionnel rende compte de son activité au $\frac{1}{4}$ d'heure près, chaque semaine. La temporalité afférente aux besoins du public accueilli en ITEP exige en effet cette précision. Le fait de disposer d'un logiciel de traitement de ces données facilite la démarche.

Questions :

- *Combien d'enfants sont accueillis et accompagnés à l'ITEP ? (NDR : sous-entendu, ce modèle est-il applicable pour de grands collectifs ?)*

Réponse : 3 pôles, 400 enfants et 140 professionnels.

- *Comment appliquer ce modèle sur un dispositif sanitaire, qui accueille des pathologies extrêmement diverses ?*

Réponse : il n'est pas question d'entrer par la porte de la pathologie. Mais par celle des besoins.

- *L'ITEP dispose-t-il d'un logiciel ?*

Réponse : Oui, bien sûr. En revanche, il ne s'agit pas de logiciel afférent au dossier unique de l'utilisateur. Il s'agit d'un logiciel de recensement de prestations et de moyens.

- *Comment se déroule la gestion de ces décomptes de temps ?*

Réponse : Le temps dédié aux professionnels est basé sur une moyenne et est immuable. Par exemple, un éducateur dispose de 30 mn/semaine pour décompter l'ensemble des actes qu'il a engagés en faveur du public accompagné durant la semaine. Ce temps de traitement administratif requiert de faire preuve d'autonomie et de rigueur dans la gestion de son activité. Si l'éducateur met moins de temps à intégrer ces données, c'est mieux pour lui, s'il met plus de temps, « tant pis » pour lui. **On parle ici en unités de mesures, minutées par fractales : ici, l'ITEP a choisi les $\frac{1}{4}$ d'heures, car les $\frac{1}{2}$ heures seraient trop importantes (ex : un appel à une famille dure rarement $\frac{1}{4}$ d'heure, mais plutôt 5 à 10 mn maximum). En revanche, le temps dédié pour l'accompagnement à l'enfant est**

variable, et évalué en fonction de ses besoins.

- *Si un rdv famille est annulé, et que l'éducateur se trouve sans rien, comment se décompte le temps d'activité ?*

Réponse : Dans ce cas seul le temps de déplacement du salarié est décompté, en temps et en heure. Une fois confronté à l'absence de la personne, le salarié doit en référer à son cadre pour définir la conduite à tenir : soit il récupère ses heures, soit il fait autre chose. L'annualisation du temps de travail, dans ce cas de figure, est une vraie plus-value et permet de gagner en flexibilité.

- *Y-a-t-il eu des freins, des oppositions ?*

Réponse : Oui. Il est incontestablement nécessaire de valoriser le travail des professionnels afin de lever ces résistances. Le fait de prendre le temps de recenser ces prestations, et d'en rendre compte permet de valoriser l'activité des professionnels. La mise en place de groupes de travail préalables à cette expérimentation a permis d'accompagner les équipes en ce sens.

► Intervention d'Alexandre PORTA, Directeur technique, Espoir Provence

Descriptif de l'enquête de coûts à laquelle Espoir Provence a participé. La focale est mise sur les prestations directes.

Intérêts repérés de cette expérimentation pour l'équipe :

Elle a permis de se resituer dans une démarche de questionnements relatifs aux besoins de l'utilisateur. Elle a permis à l'équipe de « sortir la tête du guidon », en quelque sorte. Ce travail d'équipe a ainsi visé :

- une concertation sur les besoins et les prestations,
- une remise de sens sur les projets personnalisés,
- un travail en binôme afin de se mettre d'accord sur la définition des besoins.

Ces différents éléments ont contribué à renforcer la cohésion d'équipe. L'enquête des besoins s'est déroulée à partir du domicile des personnes (puisqu'il s'agit d'un SAVS).

Listing et organisation des prestations :

Le recensement de l'activité s'intègre dans le dossier unique de l'utilisateur, qui est numérisé. Le SAVS fonctionne ainsi par type et par domaine d'intervention afin de rendre l'outil du dossier unique compatible avec SERAFIN-PH. Cette forme de reporting n'a pas été une difficulté pour l'équipe, qui a même souhaité renouveler cette expérience d'étude de coûts.

Les limites de ce dispositif sont évoquées lorsque surviennent des situations de crise (ce qui arrive fréquemment pour les publics présentant des troubles psychiques) : dans ces cas-là, l'activité des professionnels est intégrée et rendue compte dans l'option « sécurité ».

Une autre limite repérée, également, fait état de temps de repas partagés entre psychologue et personne accompagnée : s'agit-il d'une prestation d'autonomisation, de socialisation ? Un psychologue, dans ce cas, ne rentre pas dans la « bonne case » car la visée serait alors « thérapeutique ». Cependant, la structure a fait remonter cette difficulté rencontrée, qui a été prise en compte et réajustée dans la nomenclature. Intérêt : la restitution de ces analyses à l'ATIH a permis une forme de benchmarking car l'intégralité de l'activité a été décryptée, analysée et comparée à d'autres SAVS, ce qui permet de retrouver une spécificité, une singularité dans l'identité du service et de son projet

Questions :

- Est-ce que les situations de crise peuvent poser problème dans le recensement des besoins et prestations ? Est-ce que le temps accordé aux prestations est codifié par le SAVS ?

Réponse : il faut voir la nomenclature uniquement comme une proposition de langage commun. Pour le reste, tout est à inventer ou imaginer par l'équipe. **IL va être nécessaire d'évaluer les besoins, tout autant que les prestations. Faire un financement à la personne reviendrait à faire un financement des besoins qui exigerait une analyse très fine de l'évaluation de ces besoins.**

► Intervention de Stéphanie MAHAUT, chargée de projet ENC SERAFIN-PH, IEM Saint Thys et EEAP Decanis de Voisins, ARAIMC

La présentation proposée vise à confronter les nomenclatures face à un public adolescent polyhandicapé.

Définition du polyhandicap : dysfonctionnement cérébral précoce du développement, ce qui implique d'être né avec ou de l'avoir développé avant 18 mois. Pour ce public, les 3 socles des besoins SERAFIN-PH sont extrêmement impactés (autonomie, vie sociale, santé).

Il sera important de noter pour cette présentation que, contrairement aux deux témoignages précédents, l'EEAP n'est pas outillé en informatique et fonctionne « à l'ancienne », sur papier. Les équipes n'ont donc pas l'habitude de rendre compte de leur activité.

La spécificité de ce public mise en lien avec SERAFIN-PH interroge : en effet, si le besoin est l'écart à la norme, on sait qu'un polyhandicapé n'a rien de normé. Dans ce cas, on ne peut rien remplir de l'intégralité de la nomenclature !

Mais alors qu'en est-il des capacités à l'autonomie ? Les accès à un logement, à la scolarité (les apprentissages élémentaires de l'éducation nationale, par exemple) sont en effet « codifiés » dans SERAFIN-PH, pour répondre à des besoins en autonomie. Le public ici accompagné ne répond en rien, à priori, à cette nomenclature.

Se confronter à cette nomenclature amène donc à une réflexion éthique sur la notion d'accompagnement et sur le regard que nous portons sur une personne en situation de très grande vulnérabilité.

Qu'est-ce qu'un besoin, si ce n'est pas de lui apporter une réponse ? Comment sortir de la réponse tant attendue « trouver une place en établissement pour mon enfant » qui répond aux besoins trop souvent exprimés par les familles, elles-mêmes confrontées aux besoins de leurs enfants ?

Une fois observé l'intégralité des accompagnements qui sont effectués dans une journée sur le service, on peut se dire qu'il ne s'agit que d'actes de la vie quotidienne. MAIS : Les actes de la vie quotidienne représentent le support de beaucoup d'autres activités déclinées dans SERAFIN-PH.

Par exemple : le repas a pour fonction de manger, se sustenter (donc, il s'agit d'un 22.11) mais il a aussi pour fonction d'entrer en relation avec autrui lorsqu'on est polyhandicapé (il s'agit alors d'un 23.41 ou 23.42, si le repas se fait à l'extérieur comme dans un restaurant). Un repas a également pour fonction de découvrir un environnement, d'exprimer sa manière d'être au monde, de gérer ses émotions, de gérer ses angoisses (22.13). Un repas enfin, a pour fonction d'apprendre à se servir d'une cuillère (23.34).

Dès lors : comment coder ?

Ramasser un doudou ne prend que quelques secondes. Mais ce geste permet d'éviter des heures d'angoisses, de désintégration pour la personne polyhandicapée. Pour l'EEAP, la notion de temporalité se joue à la fois à la minute et sur des années, la temporalité est complexe et doit pouvoir s'intégrer dans le processus SERAFIN-PH.

Concernant les questions axées sur la définition du besoin, un distinguo est à faire entre besoin, prestation et moyen de répondre à un besoin.

Conclusion :

Selon spécificité du handicap, la nomenclature peut être appréhendée de manière différente. La culture de travail et la culture de métier amènent des disparités dans l'appropriation de la nomenclature.

RÉFORME DE LA TARIFICATION SERAFIN-PH

COMPRENDRE LA RÉFORME POUR SE METTRE EN ACTION :

DU PRINCIPE DE CONSTRUCTION DES NOMENCLATURES AUX HYPOTHÈSES SUR LE MODÈLE DE LA TARIFICATION

Synthèse Agora 2

Impacts stratégiques et financiers de la réforme SERAFIN-PH sur les organisations

Animation : Aurélie VALLEIX, conseillère technique gestion, tarification, régulation, UNIOPSS

- **Intervention de Sébastien POMMIER, Directeur Général, Sauvegarde 13, membre du groupe technique national et des comités techniques et stratégiques de SERAFIN-PH**

De nombreux outils et travaux développés pour ou autour de SERAFIN-PH permettent déjà de vrais changements dans les pratiques des professionnels.

Quels usages des nomenclatures ?

Les nomenclatures ont été élaborées comme outil de réforme tarifaire mais font aussi office de langage commun par exemple pour la description de l'offre. « Elles n'enferment pas le dialogue ». Les nomenclatures sont aussi utiles à l'échelle individuelle, pour décrire les personnes accompagnées. A l'échelle collective, les nomenclatures SERAFIN-PH permettront de mesurer l'adéquation de l'offre aux besoins. Ceci peut faciliter, à terme, la gestion de l'évolution de l'offre face aux besoins repérés. Dans le cas des PAG, les nomenclatures peuvent aussi être utilisées : elles objectivent les besoins et les prestations et permet de voir qui est le mieux placé pour répondre au PAG.

Sur le volet financement, SERAFIN-PH servira à passer du niveau d'activité aux produits de la tarification. Les besoins sont mis en face de prestations qui se traduisent par une activité, qui elle-même se traduit par des recettes puis des dépenses. SERAFIN-PH est là pour fluidifier et objectiver le système, mais aujourd'hui le CPOM et le décret du 21 décembre 2016, en introduisant l'EPRD, ont déjà modifié et inversé le modèle tarifaire. Dans le modèle classique de tarification, le point de départ était le budget prévisionnel qui se traduisait en niveau d'activité puis en dépenses. Depuis fin 2016, on part d'un « niveau d'activité prévisionnel », qui se traduit par des produits de la tarification. On présente donc un tableau prévisionnel d'activité au lieu d'un budget prévisionnel. On y ajoute les recettes, en atténuation. Les charges d'exploitation sont calculées : déficit ou excédent sont réaffectés par l'ESMS.

Quels sont les grands enjeux ?

Enjeu de 1er ordre : Qui est bénéficiaire du financement ?

Dans le scénario n°3, mixte, qui semble être choisi, les personnes et les ESMS sont solvabilisés. Trois nouveaux éléments, parfois gérés par les ESMS, seront susceptibles de passer dans le droit commun avec la solvabilisation :

- les soins,
- le transport,
- le logement : mais alors quel est l'avenir des FH ou des Foyers de Vie ?

La solvabilisation, même partielle et périmétrée, va probablement impliquer des difficultés d'interprétation et d'application. C'est un sujet éminemment politique et ce n'est pas un hasard s'il revient en même temps que les discussions autour du 5ème risque (Loi Grand âge et autonomie).

Un autre grand enjeu sera celui de l'évaluation (qui va procéder à l'évaluation ?) et de sa grille. Quel outil sera choisi pour évaluer le degré d'autonomie ? Un recensement des outils existants avait été fait en 2015 : une vingtaine d'outils est utilisé par les ESMS (Geva, Pathos, ...)

Enjeux de 2e ordre :

La plasticité des autorisations

Le décret du 9 Mai 2017 relatif aux nouvelles autorisations des ESMS s'applique aux ESMS lors du prochain renouvellement des autorisations ou lors des nouvelles autorisations. Il peut également s'appliquer lors de la signature de CPOM. C'est « le big bang » dans le secteur du handicap.

Ce décret introduit une triple plasticité des autorisations :

1. plasticité horizontale : les ESMS peuvent proposer toutes les modalités d'accueil sauf disposition contraire dans l'autorisation. Exemple : une MAS peut devenir un service à domicile si l'utilisateur le souhaite. C'est l'utilisateur qui décide, l'établissement s'adapte à l'utilisateur et non l'inverse. S'il veut rentrer chez lui, on lui doit un service à domicile.
2. plasticité verticale : la liste des publics donnant lieu à spécialité est réduite de 40 à 10 occurrences. Les établissements sont séparés selon qu'ils sont médicalisés ou pas.
3. plasticité transversale : le décret exprime le nombre de personnes accompagnées simultanément dans l'ESMS et pas un nombre de places. On peut par exemple apporter deux réponses avec une seule place.

Ce décret, inspiré des travaux réalisés autour de SERAFIN-PH, présente aussi un risque : à cumuler ces trois plasticités, les établissements deviendront-ils des « fourre-tout » ?

La question de l'activité et de sa mesure

Le décret 27 juin 2018 aborde la mesure de l'activité, élément fondamental. On définit trois grandes manières de la mesurer :

- taux d'occupation,
- file active en personne,
- file active en prestation SERAFIN-PH.

Une sanction financière intervient en N+1 si l'activité n'a pas été réalisée.

Enjeux 3e ordre :

- Conséquence sur la politique d'admission : on ne peut pas refuser l'accueil d'une personne sauf si elle oblige à dépasser sa capacité ou n'est pas adaptée aux spécialités prises en charge.
- Conséquence sur les systèmes d'information : les ESMS doivent s'améliorer sur ce point et investir dans les compétences.
- Droits nouveaux : risque d'augmentation des recours et contentieux.

En conclusion :

Si SERAFIN-PH n'aboutit pas, cette réforme est déjà entamée au travers de multiples textes législatifs.

- ▶ **Interventions de Sophie RIOS, Responsable du département des personnes en situation de handicap/personnes en difficultés spécifiques, ARS PACA & Michel DONCE, Chargé de la politique d'allocation de ressources et des investissements PH-ESAT, ARS PACA**

Comment l'ARS PACA aborde SERAFIN-PH et l'allocation des ressources ?

L'ARS, en tant qu'autorité de régulation, considère SERAFIN-PH comme maillon important de l'approche en parcours. L'ARS PACA ne s'en est pas encore emparée car cet outil n'est pas opposable à ce jour et parce qu'elle n'est pas outillée à ce jour. C'est néanmoins important que les ESMS s'emparent de cet outil : c'est un langage commun. Il a cependant une véritable utilité en termes d'évaluation des besoins de la personne, par exemple dans le cadre de la démarche réponse accompagnée pour tous (RAPT) et les PAG. Des ESMS utilisent déjà SERAFIN-PH dans les PI et les PE. Le ROR intégrera aussi, dès l'année prochaine, les nomenclatures de SERAFIN-PH. L'ARS encourage les OG et leurs ESMS à repenser leurs projets avec SERAFIN-PH (aller vers, plus de prestations...). SERAFIN-PH donne place à la souplesse, et parfois à une redéfinition des objectifs des ESMS lors de la reformulation de leur projet d'établissement.

« On n'est pas dans la fermeture des établissements et services mais on est dans une logique de changement (plus d'ambulatoire...) ».

Actuellement, une difficulté persiste : la traduction de SERAFIN-PH dans FINESS.

Sur le versant tarifaire, l'ARS a fait le choix délibéré de ne pas investir SERAFIN-PH avant l'heure. La tarification dépend aussi d'outils nationaux qui ne sont pas encore sur la norme SERAFIN-PH. Ce qui n'empêche pas l'ARS de travailler à un rééquilibrage des coûts localement. Des travaux sur la modulation du taux d'actualisation existent et évoluent depuis 2015, en tenant mieux compte des modalités d'accueil et des disparités de niveau de vie. Cela a permis de rebaser les ESMS les plus désavantagés par le coût à la place. Pour l'allocation des ressources, l'ARS se questionne sur la pertinence des indicateurs utilisés. Le but est de trouver des critères objectifs, compréhensibles et acceptables par les ESMS

L'ARS précise qu'elle finance des ESMS dans le cadre des EDC et des ENC mais n'a pas pris contact avec eux pour avoir un retour.

▶ **Les échanges :**

- Quel est le lien avec les conventions collectives ?
 - Réponse de S. Pommier : c'est un sujet très complexe. Aujourd'hui, la signature d'un CPOM dit obligatoire rend inopposable aux tarificateurs les Conventions Collectives et les accords collectifs. Le pire serait donc d'avoir une Convention collective étendue. Il ne faut en aucun cas signer un CPOM sans s'être questionné sur la GPEC et sans avoir réfléchi aux éventuelles marges de manœuvre.
- SERAFIN-PH semble réfléchir de manière sectorielle, or, nous sommes de plus en plus dans la transversalité, qu'à prévu l'équipe SERAFIN-PH ?

- Réponse de S. Pommier : a le sentiment que SERAFIN-PH irriguera le secteur social et médico-social. C'est le socle transversal. A titre d'exemple, son association utilise les nomenclatures SERAFIN-PH pour le secteur de la protection de l'enfance.
- Comment SERAFIN-PH sera appréhendé par les usagers (cela change les relations, le fonctionnement des ESSMS et des outils de la loi 2002-02) ? Est-ce que demain on pourra être plus souple.
 - Réponse de S. Pommier : sur la question éthique, déontologique, effectivement les usagers deviendront de plus en plus des clients. La gouvernance sera certainement questionnée. Aujourd'hui ce qui se dessine c'est de plus en plus de souplesse notamment avec la dotation globale.
- Le modèle tarifaire présenté semble être une « T2A du médico-social » où les prestations directes, au cœur du métier, seraient les plus impactées.
 - Réponse de S. Pommier :
 - Le fonctionnement en Prix de journée c'est de la tarification à l'activité
 - C'est impensable d'aller vers de la T2A du médico-social puisque les accompagnements du secteur du handicap reposent sur un temps long à l'inverse du sanitaire.
 - Le modèle DMA des SSR est un modèle intéressant avec une logique rétrospective et une logique prospective
 - Le modèle des EHPAD : le scoring pourrait être intéressant si on met en face les moyens financiers
 - Le risque des nomenclatures serait le financement par brique mais elles n'ont pas été pensées comme ça.
- Les deux interventions (OG/ARS) sont intéressantes et mettent en exergue le paradoxe du fonctionnement actuel ; d'un côté on encourage à la modularité de l'accompagnement, et de l'autre un aspect purement administratif qui freine l'application de SERAFIN-PH. Le fait que l'ARS ne se saisisse pas des nomenclatures peut freiner les initiatives des associations (même réflexion sur la question des autorisations).
 - Réponse de l'ARS : il peut effectivement y avoir une certaine prudence de la part des DDARS en termes d'appropriation des réformes, pour autant, l'ARS a un discours de libre remontée des demandes et des projets.
- Nécessité d'avoir une vision globale. L'organisme gestionnaire a besoin d'avoir cette vision et d'avoir en tête les marges de manœuvre existantes.

RÉFORME DE LA TARIFICATION SERAFIN-PH

COMPRENDRE LA RÉFORME POUR SE METTRE EN ACTION :
DU PRINCIPE DE CONSTRUCTION DES NOMENCLATURES AUX HYPOTHÈSES SUR LE MODÈLE DE LA TARIFICATION

Synthèse Agora 3

Impacts sur les pratiques professionnelles en matière d'accompagnement : coordination, coopération, décloisonnement

Animation : Céline MARIVAL, conseillère technique, CREA I

Le Projet SERAFIN-PH s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation de l'offre qui invite à penser les réponses aux personnes de manière décloisonnée (avec les secteurs sanitaire, social, médico-social et le milieu ordinaire) et faisant intervenir une multiplicité d'acteurs d'horizon divers. Aujourd'hui, les professionnels sont invités à assurer le passage d'une réponse sectorielle à une réponse en termes de parcours, caractérisée par des bifurcations, des allers retours et l'articulation de ressources diverses sur les territoires.

Ce contexte nouveau n'est pas sans impacts sur les pratiques professionnelles et les modalités d'accompagnement.

En effet, **de nouveaux modes d'organisation** (prévus ou non par les textes réglementaires) voient le jour : plateformes de services ; plateforme de coordination et d'orientation ; groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ; pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), etc.

Les acteurs sont invités à s'affranchir d'un fonctionnement en structure pour fonctionner selon une logique de dispositif ou de plateforme.

Aussi, **de nouvelles professions émergent**, ou plutôt les contours des missions de certaines professions sont redessinés. Ainsi, la fonction de coordination devient centrale. Il n'est pas anodin en effet qu'une **prestation de coordination renforcée** ait été créée en 2018 dans la nomenclature des prestations directes SERAFIN PH. Au mois de février de la même année 2018, une recommandation de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de l'ANESM se penchait sur « **les pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap** ». Des coordonnateurs de parcours des PAG ont été mis en place au sein des ESMS ainsi que des référents de parcours au sein des MDPH dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous généralisée en janvier 2018 à tous les territoires.

Ces nouvelles fonctions ont comme objectifs d'organiser les réponses multimodales ou multi partenariales pour éviter les ruptures de parcours (liées au morcellement des réponses) mais également de permettre aux personnes accompagnées et leur famille **d'identifier un référent, un**

« pilote » dans le parcours... Aussi, ces nouvelles façons de travailler en réseau qui se veulent intégrées, soulèvent des questions de **positionnement des professionnels** notamment sur leur statut, leur rapport à leur employeur, la dénomination de leur fonction, les contours de leurs missions, les méthodes et les pratiques professionnelles, etc.

Afin d'illustrer ce changement de pratiques, deux expériences concrètes ont été présentées dans le cadre de cette agora :

► **Intervention de Nathalie BRESSON, Chef de service de la Plateforme de services « La Lune Bleue » gérée par le GCSMS Regards communs dans le Vaucluse (Carpentras)**

La création de la plateforme de services « La Lune Bleue » fait suite à un appel à projets (AAP) initié par l'ARS en 2013 qui visait à créer une plateforme en faveur des jeunes porteurs d'autisme et déficiences intellectuelles. Implantée depuis 2014 sur le territoire de Carpentras (84), cette plateforme accueille les enfants et adolescents de 3 à 20 ans présentant des déficiences intellectuelles.

Pour répondre à cet AAP, le groupement **a été fondé par trois membres singuliers**, alliant expertises et savoirs faire complémentaires (diagnostic et prise en charge précoce, soins pédopsychiatriques, soins en rééducation et accompagnement pluridisciplinaire, soutien à la scolarisation, formation, recherche et l'amélioration des pratiques). Il s'agit de :

- **L'Association Régionale pour l'Intégration (ARI)** qui accueille des enfants avec autisme et déficience intellectuelle et a cette volonté d'offrir un parcours coordonné de soins et de projet de vie ;
- **L'association la Bourguette** qui dispose d'une réelle expertise et expérience dans la prise en charge des personnes avec autisme allant de la petite enfance à l'âge adulte ;
- Enfin, **le centre hospitalier (CH) de Montfavet**, établissement public de santé dans le champ de la psychiatrie.

Cette plateforme prend notamment appui sur différents services, installés au fur et à mesure entre 2014 et 2017 :

- **un SESSAD plurivalent** qui permet d'accompagner, de sécuriser et fluidifier les passages d'un service à un autre ;
- **un IME internat** ouvert sur un mode accueil de jour scolaire et propose de l'accueil séquentiel ;
- **un IME internat** dénommé « hébergement » ;
- **Un accueil de jour spécifique** (qui vit des financements de CNR).

Depuis 2017, le GCSMS Regards Communs gère le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) qui est adossé à la plateforme La Lune Bleue.

Pour faire vivre cette plateforme, dès le départ, le projet d'établissement (PE) a été élaboré en orientant les choix dans une logique de plateforme et de dispositif mais surtout avec en fil conducteur **la coordination, la coopération et le décroisement**.

La coordination

Elle a été développée par deux fonctions distinctes mais complémentaires :

- D'abord par la fonction de coordinateur de projet *
- Ensuite par la fonction de coordinateur de service **

La première fonction est en charge de la gestion et coordination de la mise en œuvre du PCPE des jeunes accueillis tandis que la deuxième est une personne ressource, relai, qui tient compte de la singularité ayant une vision globale et concrète du quotidien.

Ces deux fonctions sont assurées par **un éducateur spécialisé**.

La coopération

Elle s'est révélée être nécessaire. Prenons l'exemple de la promotion de **l'accueil multimodal** au sein de la plateforme. Concrètement, il s'agit de proposer des combinaisons de prestations à partir du domicile en proposant des modes d'accueil diversifié et souple (école, service SESSAD, temps d'accueil IME). Pour illustrer cette spécificité, dès l'ouverture en 2016 du service IME, sur 14 jeunes accueillis, 5 ont bénéficié d'un accueil multimodal alors qu'une notification MDPH était posée. Alors, dès l'ouverture, la plateforme a travaillé **la coopération avec l'Education Nationale** pour garder un temps de scolarité.

Le décloisonnement

Il s'envisage ici à deux échelles : à l'intérieur et à l'extérieur de la plateforme.

A l'intérieur de la plateforme, l'idée ici est de faire tomber des barrières au cœur des pratiques professionnelles. Par exemple, les équipes ont très vite fait le constat de l'impossibilité d'accueillir certains enfants dans un format d'accueil collectif. Grâce à une réflexion commune, ces derniers ont travaillé sur la mise en place d'une nouvelle forme d'accompagnement face à des situations complexes ce qui a conduit à la création de **l'accueil jour spécifique**.

A l'extérieur de la plateforme, par le décloisonnement au sein des territoires. Cette pratique est beaucoup plus complexe que la première car l'objectif est de proposer des réponses sanitaires et médico-sociales, certes à l'œuvre, mais encore fragile, mais avec une volonté bien présente. Pour illustrer ces propos, la plateforme favorise des prises en charge conjointe et notamment avec des temps d'inclusion sur du droit commun (centre de loisir, centre aéré, club de sport).

► Interventions de Michel BOLLA, Directeur des établissements médico-sociaux du Var pour l'UGECAM PACA et Corse, accompagné de Maryline MOIZANT, responsable du PCPE du Var

Cette deuxième présentation nous propose des enseignements de l'expérience d'un PCPE sur la fonction de « **coordonnateur de parcours** ».

L'UGECAM PACA et Corse dispose de 102 places enfant et 150 places adulte ainsi que d'autres services et structures de type CAMPS, PCPE avec dernièrement, une plateforme de coordination et d'orientation et une équipe mobile de l'aide à la scolarité. Depuis 2015, les établissements de l'UGECAM essaient de **sortir de la logique de place**. Concrètement, cela ne permettait pas de croiser et d'adapter les besoins car l'offre était fragmentée et avait pour conséquence autant de rupture dans les parcours : manque de place en institution pour les personnes en situation de handicap complexe, départs en Belgique, familles sans solutions, enfants déscolarisés, fonctionnement des institutions en silo, etc.

Au regard de ces constats, l'UGECAM s'est fixé l'objectif **d'adapter une logique de parcours** du point de vue de l'utilisateur et non pas de la structure (parcours sans rupture inspiré du virage inclusif).

D'abord, l'UGECAM a porté une réflexion en amont sur les dispositifs de parcours et d'inclusion sociale « *C'est une prise de décision qui s'est accompagnée d'un changement de regard, d'abord en*

moi puis de prise de risque sur le projet d'établissement » explique **Michel BOLLA, Directeur**. Avec la création du PCPE, l'UGECAM a répondu aux attentes des publics accueillis et des familles étant dans une situation de complexité et de rupture de parcours.

Pour cela, il a été nécessaire de :

- fédérer les équipes ;
- de réunir les partenaires par la constitution de COPIL, par la rédaction de convention ;
- de collaborer avec la MDPH ;
- de réfléchir à de nouveaux modes de tarification (crédit FIR, CNR)

C'est donc un véritable changement de culture qui a été initiée pour les professionnels avec, par exemple, une appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles Aussi, l'introduction de SERAFIN-PH a permis dès le départ d'évaluer les besoins des usagers.

Maryline MOIZANT, responsable du PCPE du Var nous présente les deux missions principales du PCPE à savoir : l'évaluation et la coordination.

La mission d'évaluation vise à recenser tous les bilans, avec une lecture croisée de tous les professionnels qui constituent le PCPE. L'idée ensuite est de s'inspirer de la grille SERAFIN pour proposer un accompagnement renforcé pouvant évoluer en fonction des besoins de la personne accompagnée et de ses proches.

La mission de coordination a été développée dès le départ avec l'ensemble des partenaires du territoire. Un travail de veille et de repérage territorial permet de travailler en partenariat avec tous les acteurs et proposer un travail en commun correspondant aux besoins des personnes accompagnées.

Le rôle de coordination est assuré par un **coordonnateur**. Les missions principales visent notamment à :

- repérer comme fonction de coordonnateur sur des situations critiques/ complexes au niveau du PCPE 83
- mettre en place des rencontres multi-partenariales, notamment avec l'aide sociale à l'enfance (ASE) et le secteur sanitaire
- être le garant des prestations mis en place.

Ces témoignages nous ont fourni un bel exemple de **pratique de décroisement, notamment entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire mais aussi entre les services de la plateforme.**