

***Offre, besoins et  
modalités de financement  
des établissements et  
services pour personnes  
handicapées***

**Éliane Conseil**  
Santé Social

[www.elianeconseil.com](http://www.elianeconseil.com)

## Le contexte du rapport

*Ce rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF), publié en octobre 2012, fait suite à une mission confiée par les ministres en charge du budget et de la solidarité.*

*Le secteur des établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap bénéficie de financements publics de l'ordre de 16 milliards d'euros pour une offre d'environ 450 000 places. Dans un contexte caractérisé par de profondes réformes de la politique en faveur des personnes handicapées et un financement public contraint du fait de la crise économique, ce rapport questionne les modalités de pilotage et de financement du secteur du handicap, et principalement les deux thèmes majeurs que sont l'adaptation de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux aux besoins des personnes en situation de handicap et les conditions de réforme du financement du secteur, afin de définir des modalités d'allocations des ressources plus équitables et performantes.*

*Afin de mener à bien cette évaluation, la mission s'est appuyée sur des rencontres avec les différentes parties prenantes du secteur, tels que les administrations, la CNSA, 5 ARS, 13 CG, 5 MDPH, ainsi que des associations et fédérations de parents de personnes handicapées et des ESMS.*

## En synthèse

- ◆ **Un constat sévère sur l'absence d'outils pertinents permettant d'adapter l'offre aux besoins des personnes accueillies**

### **La programmation des créations de place est dictée par l'offre**

En premier lieu, la mission fait **le bilan de la loi de 2005, qui a renouvelé les outils de planification et de programmation de l'offre médico-sociale mais n'a pas satisfait tous les objectifs qui lui étaient assignés**. Ainsi de nombreux écarts subsistent entre la planification et la réalisation.

Par ailleurs, **l'offre reste qualifiée par l'analyse du taux d'équipement, qui n'est pas un indicateur suffisamment précis**. D'après ces données, les fortes inégalités territoriales en matière d'offre se résorbent lentement. Cependant, l'équité territoriale ne peut être entendue qu'en prenant en compte la notion de prévalence du handicap.

La mission a repéré des besoins d'accompagnements non satisfaits (jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, vieillissement des personnes en situation de handicap, dépistage précoce, handicap psychique et placements en Belgique) ; cependant **vu l'état du système d'information elle n'est pas en mesure de hiérarchiser ces besoins dans un ensemble global**.

Si la mission estime qu'un redéploiement de l'offre est nécessaire, celui-ci doit pouvoir s'appuyer sur des évolutions législatives et réglementaires, qui se traduiraient principalement par :

- **L'assouplissement de la procédure juridique de transformation des établissements** en rendant possible leur réalisation dans le cadre d'un CPOM sans passer par un appel à projet. Par ailleurs, le régime d'autorisation par type d'accueil ne paraît pas adapté aux évolutions et innovations du secteur. Afin qu'il ne constitue pas un frein, ce système devrait être redéfini.
- **La redéfinition des prestations de services des ESMS**. Les annexes XXIV qui constituent la référence réglementaire des établissements pour enfants handicapés sont imprécises et inégales, et le contexte réglementaire concernant les ESMS pour adultes handicapés est lacunaire.
- **L'élaboration d'un référentiel commun d'activité**. L'élaboration d'un référentiel d'activité commun aux ESMS paraît indispensable afin de disposer d'un outil de pilotage des structures médico-sociales.

Il devrait être adapté à différents types de structure, et permettre de vérifier la cohérence avec les normes réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques.

### L'évaluation des besoins ne s'appuie pas sur des sources de connaissances coordonnées

**L'IGAS et l'IGF soulignent une connaissance insuffisante des situations de handicap et de leurs évolutions.** En effet, les enquêtes nationales (INSEE et DREES) ne répondent pas aux nécessités de l'action publique en termes de fréquence, de délais et de champs des données, et si la recherche en sciences sociales sur le handicap se structure (maison des sciences sociales du handicap), les observatoires régionaux sont menacés dans leur activités, du fait d'initiatives multiples et non coordonnées et de la diminution de leur financement. La mission recommande de réorganiser cette fonction d'observation afin de fonder la planification régionale et l'écriture des SROMS sur des données précises sur les besoins présents et futurs des publics accueillis.

**La mission pointe également l'absence d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoin d'accompagnement.** De manière générale, la description des situations de handicap est complexe au vu de la diversité des types de handicap et des contextes divers (cumul de handicap, limitations d'activités variables, liens avec l'environnement de vie). De plus, la corrélation entre lourdeur du handicap et besoins en matière d'accompagnement n'est pas toujours évidente. **Pourtant, la mise en place d'un outil d'évaluation est un prérequis indispensable pour mesurer les inadéquations de l'offre et permettre une allocation des ressources équitables entre les différentes structure.** A ce titre, la mission recense plusieurs outils d'évaluation performants (AGGIR/PATHOS) et préconise ainsi l'élaboration d'un outil de description des besoins d'accompagnements et de soins dont l'application obligatoire par les ESMS.

**En dernier lieu, le potentiel des MDPH doit être mieux mobilisé afin de pouvoir contribuer à l'évaluation territoriale des besoins.** En effet, le système d'information ne permet de remonter et de consolider les données recueillies au niveau national et n'est pas obligatoirement compatibles avec ceux des administrations partenaires. De plus l'analyse est complexifiée par l'absence de procédure qui permettrait d'harmoniser les décisions d'orientations, puis de suivre et d'analyser leurs résultats (délai de réalisation, proportion de situations sans solutions..). La mission préconise également d'engager une réflexion associant MDPH et ESMS sur la mise en place de décisions d'orientations plus souples et l'évaluation communes des décisions d'autorisation, mais aussi de structurer la gestion des listes d'attentes en favorisant les échanges entre MDPH, ESMS, CG et ARS.

**Tirant conclusion des lacunes du système d'information actuel, la mission estime que la réponse aux besoins doit privilégier l'évolution de l'offre existante** et qu'il serait dommageable d'engager un programme massif de créations de place, sans pouvoir identifier et objectiver les besoins prioritaires. Il s'agit alors de consacrer les efforts des années à venir à l'adaptation et à la transformation de l'offre, ce qui suppose de disposer, en sus des outils évoqué (outil de gestion de liste d'attente, outil de mesure des inadéquations de situation, possibilité juridique d'acter les transformations de l'offre de service par un CPOM), des moyens financiers dédiés à l'accompagnement de ces transformations.

### ◆ Un système de financement aux défaillances multiples

#### Un système qui ne permet pas une bonne allocation des ressources disponibles

**D'une part, l'évaluation souligne la grande dispersion des coûts qu'induit le système de financement actuel.** En effet, l'allocation budgétaire aux coûts des facteurs (forfaits ou prix de journée) se caractérise par une grande dispersion des coûts, y compris au niveau infra-régional. Il est actuellement impossible de procéder à des analyses des écarts, en l'absence d'outils complets. La mission préconise alors la consolidation de l'outil actuel de la CNSA (Rébeca) et l'élaboration d'indicateurs médico-socio-économiques, sur la base du travail de l'ANAP, afin de constituer un outil de pilotage interne aux établissements et de dialogue avec les autorités de contrôle et de tarification.

**D'autre part, les règles de répartition des dépenses doivent être clarifiées,** en particulier pour les transports et les soins, où la répartition des dépenses entre budget de l'ESMS, prestations individuelles et soins de ville reste à préciser.

**En outre, les mécanismes de tarification actuels sont jugés anti-incitatifs ou trop rigides par l'IGAS et l'IGF.** Ces mécanismes de tarification « à la place » (prix de journée et dotation globale) apparaissent en décalage avec les orientations de la loi de 2005, puisqu'ils complexifient la mise en place d'un accompagnement individualisé et polyvalent s'appuyant sur plusieurs structures différentes. En revanche,

l'instauration des CPOM constitue une avancée en la matière, puisque ces contrats permettent au gestionnaire une liberté d'affectation des moyens et des charges, sous réserve que l'ensemble des solutions d'accompagnement soient sous une entité juridique unique.

**Le processus de tarification est exagérément complexe et chronophage** et représente une charge de travail importante pour les tarificateurs, et les modalités et niveaux de contrôle sont hétérogènes d'une région à une autre.

**En dernier lieu, le contrôle de l'utilisation des ressources paraît insuffisant.** Si le processus de dialogue budgétaire permet désormais au tarificateur d'apporter des modifications et des abattements au budget proposé, celui-ci est tenu, pour se faire, de motiver ces modifications au regard de la situation de chaque établissement. Il ne dispose pourtant d'aucuns indicateurs de référence lui permettant de comparer les coûts de l'ESMS au regard du service rendu et de ceux des établissements et services fournissant des prestations comparables.

### Différents types de modèles sont envisageables

**Si plusieurs modèles sont concevables, le contexte budgétaire est plutôt favorable aux systèmes de paiements prospectifs et au pilotage par la recette**, qui reposent sur une détermination des ressources ex ante (enveloppe fermée de dépenses) permettent une meilleure prévisibilité et tendent à se généraliser en raison des contraintes budgétaires.

Les modalités d'un financement à la personne ou au parcours sont complexes à mettre en œuvre. S'il s'agit d'un mode de financement particulièrement adapté à la diversité des personnes et des parcours, les freins méthodologiques à sa mise en œuvre sont nombreux. **En ce sens, la mission préconise de mettre en place des procédures de fluidification ou de coordination des parcours d'accompagnement.**

### La réussite d'une réforme passe par des conditions strictes en termes de techniques et de procédure

**Au niveau technique, la connaissance des personnes prises en charge et de leurs besoins est un prérequis indispensable, et la mission a démontré que les outils nécessaires à cette connaissance faisaient défaut.** Il faut par la suite disposer d'une description organisée du service rendu par les ESMS avant de pouvoir procéder à une étude nationale des coûts et de construire un outil de simulation des effets du nouveau mode d'allocation envisagé sur l'ensemble des ESMS. **Pour la mission, il est contre-productif d'envisager un nouveau modèle de tarification en l'absence de ces éléments.**

**Par ailleurs, un engagement politique fort et durable** est nécessaire pour mener à bien cette réforme. Malgré le consentement global des acteurs sur le principe d'une réforme, la diversité du secteur et de sa représentation laisse envisager des oppositions et des obstacles lors du lancement et de la mise en œuvre de la réforme. L'association des acteurs, en amont et tout au long de la démarche, doit permettre une élaboration partagée des outils techniques, ainsi que l'acceptation par l'administration de mesures permettant le consensus. L'ampleur du chantier à mener appelle des moyens suffisants en termes de délai et de moyens.

**Le financement des ESMS par l'assurance maladie, les conseils généraux et l'Etat est facteur de complexité voire de blocages**, principalement lors des co-financements. La mission préconise une rationalisation des périmètres de financement, avec la mise en place d'un financeur unique par type d'établissement. Cette réforme concernerait les CAMSP, MAS FAM, ESAT et SAMSAH.

### L'IGAS préconise l'amélioration de l'existant

Le rapport fait donc état de **9 propositions techniques** visant à aménager l'existant autour de deux axes :

- **la structuration d'un système d'information** permettant de mesurer les besoins existants ;
- **la transformation à la marge du système d'allocation des ressources** (généralisation de la dotation globale, mise en place de financeurs uniques...)

## Les enjeux et problématiques

### ◆ Une volonté de temporisation

**Ce rapport met l'accent sur le retard du secteur en matière d'outils et de pilotage, et la structuration de cette fonction est jugée prioritaire**, préalable nécessaire à la réforme en profondeur du système de financement des ESMS du secteur handicap.

**En conséquence, le rapport préconise de ne pas poursuivre l'effort de créations de places** au rythme du plan de programmation pluriannuel 2008-2012, puisqu'en l'absence de système d'information, il est impossible de vérifier si les besoins d'accompagnement repérés sont effectivement prioritaires. Le rapport souligne ainsi au passage le risque d'instrumentalisation de l'agenda politique par des groupes de pressions et dans le contexte actuel de restriction des dépenses publiques, la question de la pertinence et de l'équité dans l'allocation des ressources est bien évidemment cruciale.

**L'optimisation de l'existant, dans un secteur profondément et régulièrement réformé, paraît sage.** Cependant la temporalité de la réforme, annoncée sur le moyen long-terme, et le blocage temporaire et conditionné des créations de place risque de se heurter aux urgences auxquelles font face les acteurs du secteur.

### ◆ Des conséquences sur la conception du secteur médico-social

**Le rapprochement du médico-social et du sanitaire : quelle prise en compte des spécificités du secteur ?**

**Le rapport amorce une remise en cause globale de la conception des prestations dans le secteur médico-social.** Ainsi, avec la mise en place proposée d'une échelle nationale des coûts dans le secteur du handicap, ce dernier se rapprocherait de la logique présente dans le sanitaire consistant à identifier des types d'actes, des profils de patients, dans la logique de comparaison, de standardisation, voire de normalisation.

**Cette harmonisation du financement entre sanitaire et médico-social viendrait entériner un processus de rapprochement** entre les deux secteurs, que la mise en place des Agences Régionales de Santé incarne au niveau institutionnel.

On connaît les réactions des acteurs du secteur face à ce processus de rapprochement avec le sentiment que leurs spécificités (importance du volet accompagnement) ne sont pas prises en compte, face à un secteur sanitaire prépondérant et déjà engagé dans une logique de pilotage plus structurée.

Par ailleurs, même envisagé à long terme en l'absence de système d'information existant, c'est bien la mise en œuvre d'un financement par la recette qui est prescrite par la mission. Ce système de financement est-il applicable dans un secteur où les prestations consistent souvent en l'accompagnement de personnes sur des durées longues, non découpables en une série d'actes ou de prestations différenciées ? Si l'objectif est bien de favoriser l'équité des ressources entre les établissements, en s'éloignant de l'indicateur du taux d'équipement jugé non efficient, la définition des indicateurs pertinents devra se faire dans le dialogue avec les gestionnaires des établissements sociaux et médico-sociaux.

### Vers une conception normative de l'évaluation externe

**En tant qu'organisme habilité pour mener des évaluations externes, cette évolution vers une normalisation des prestations, ne nous semble pas surprenante au regard des récentes orientations de l'ANESM** (cf. notamment l'obligation de joindre au rapport d'évaluation externe un abrégé et une synthèse dont les références sont imposées). Parmi ces orientations la prise en compte des Recommandations des Bonnes Pratiques par l'établissement doit systématiquement être évaluée.

Aussi, le rapport de l'IGAS souligne le caractère inégal du cadre réglementaire encadrant les prestations de services, et **les différentes préconisations de la mission préfigurent d'une meilleure définition des prestations de service attendus des ESMS**, avec la refonte des annexes XXIV et la création d'un référentiel commun pour chaque type de structure qui permette de mesurer la cohérence avec les exigences réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

**Ces mesures vont dans le sens d'une plus grande équité entre les établissements, dont le renouvellement de l'autorisation serait lié à un référentiel unique.**

**Néanmoins, avec la création d'un référentiel d'activités commun pour chaque type d'établissement et service se pose la question du sens donné à la démarche d'évaluation externe.** Définie comme un « diagnostic partagé » d'après le décret du 15 mai 2007, il semble néanmoins que la co-élaboration du cadre évaluatif entre l'ESMS et l'organisme habilité soit mise à mal par l'existence d'un référentiel-type. Le décret souligne que *« l'évaluation externe ne permet pas de comparer les établissements et services entre eux. Seule la comparabilité dans le temps entre les résultats des évaluations peut être recherchée, pour un établissement ou un service donné »*, alors même que la mise en place d'un système d'information plus structuré, vise justement à produire une analyse permettant de comparer les structures entre elles. En cas d'adoption de ces mesures, il faudra préciser les attentes en matière de démarche qualité dans le secteur médico-social et le rôle de l'évaluation externe dans la production de données. **Et face à la crainte des acteurs du secteur médico-social d'une « standardisation » de leurs pratiques, les évaluateurs externes devront faire montre de pédagogie et d'expertise afin de faire de l'évaluation externe un outil de dialogue, à même de valoriser les spécificités de chaque ESMS.**