Le devenir des SESSAD au regard des réformes en cours

Présentation pour
L'Association des SESSAD d'OCCITANIE / Pyrénées-Méditerranée

LES LOIS STRUCTURANTES DE 2002 ET 2005

- L'action sociale et médico-sociale promeut l'autonomie, la protection des Personnes, l'exercice de la citoyenneté, prévient les exclusions et en corrige les effets

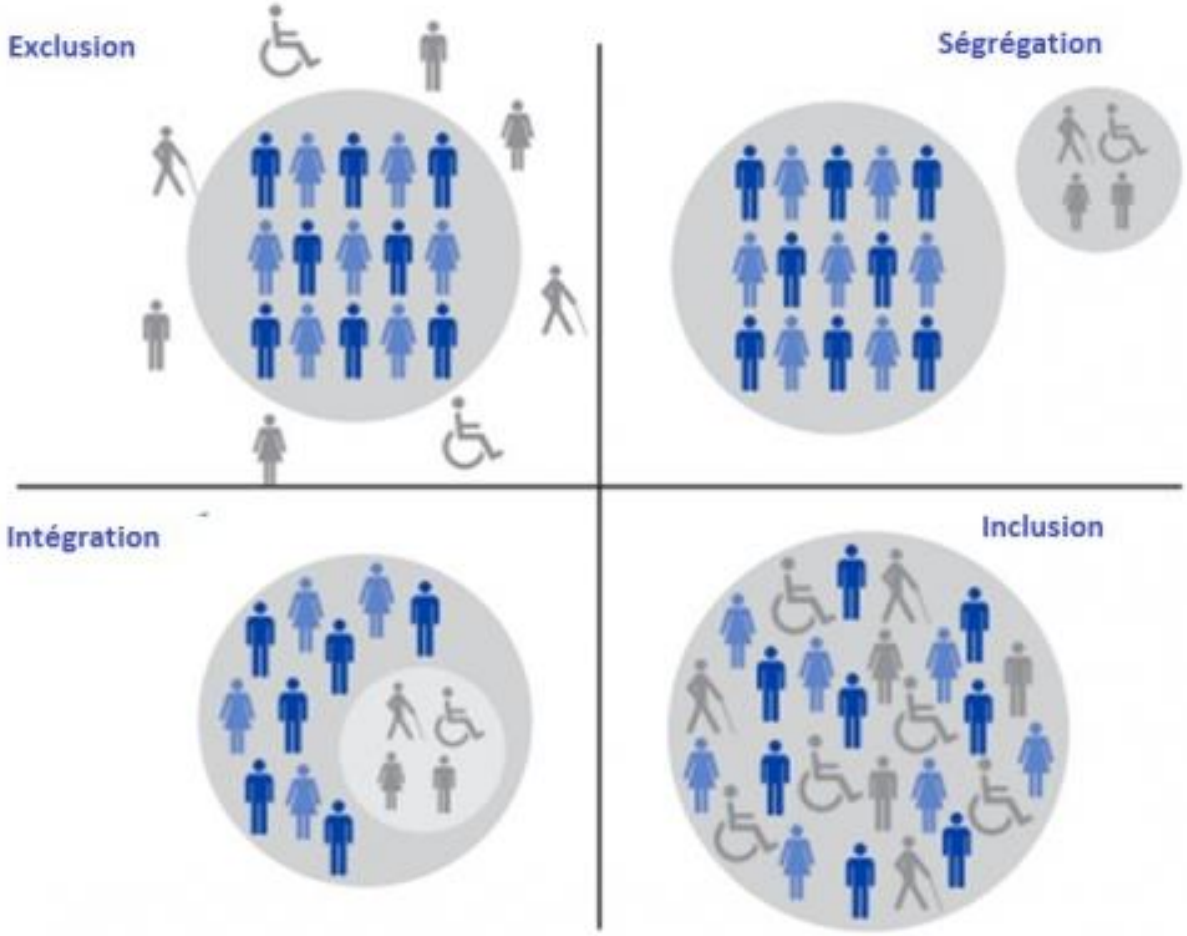
- Prise en compte des environnements comme obstacles ou facilitateurs de la participation de la Personne, introduction d'une logique de compensation, d'une représentation pluridimensionnelle de la santé renvoyant également à la citoyenneté : la Personne en situation de Handicap ou en perte d'autonomie doit pouvoir rester acteur de sa santé et, dans toute la mesure du possible, maître de ses choix (art. L114 CASF + Convention ONU)

- Les ESSMS constituent des outils de la **compensation** du handicap consistant *« à répondre à des besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité (…) du développement de places en établissements spécialisés »*

- Consécration du principe de subsidiarité entre « accessibilité » et « compensation » (accès en priorité au droit commun dans tous les domaines, développement des dispositifs spécifiques en dernier recours seulement).

- Passage de **l'intégration à l'inclusion**

PETIT DÉTOUR PAR L'INCLUSION



CONTEXTE ACTUEL DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Le concept de « parcours » comme clé de voûte de la compensation du handicap

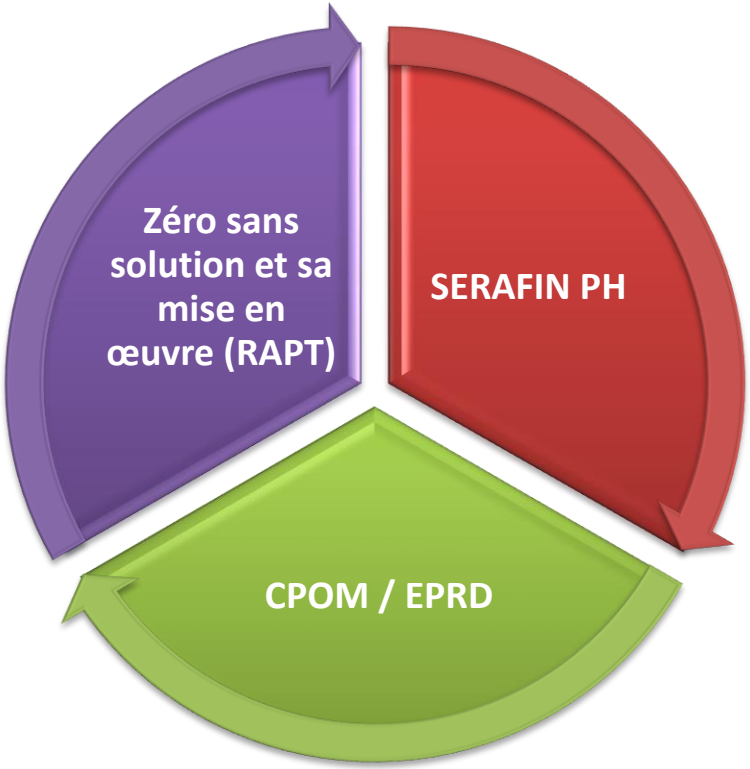
- **Des structures morcelées**
  - Un nombre conséquent d'ESMS
  - Une démultiplication des orienteurs, décideurs et financeurs et leur faible coordination (planification).

- **Un accompagnement morcelé**
  - l'âge
  - domicile –établissement
  - secteurs

L'incapacité à mesurer les besoins des personnes en situation de handicap

« On sait mesurer la répartition de l'offre, mais pas la réponse aux besoins »

LES 3 PILIERS DE LA REFONTE DU SECTEUR PH



Focus sur deux instruments concourant à la mise en place de ces piliers

- Le décret sur les nomenclatures
- Le décret sur le dispositif ITEP

PREMIER PILIER

Zéro sans Solution et la démarche RAPT

LE RAPPORT ZÉRO SANS SOLUTION

Le déclencheur : L'affaire Amélie Loquet

Objectifs du rapport

- **Répondre aux besoins des personnes handicapées confrontées à des ruptures dans leur parcours**
- **Proposer des réponses et orientations à la fois adaptées et durables à toutes les situations rencontrées par les personnes en situation de handicap**

Comment ?

- **En favorisant une meilleure connaissance, appréhension et un meilleur suivi des attentes, besoins et parcours des personnes en situation de handicap**
- **En faisant évoluer vers une plus grande flexibilité l'organisation de l'accueil et de l'accompagnement par les ESMS**
- **En ne raisonnant plus en termes de « place » mais en logique « modulaire »**

LA MISE EN ŒUVRE DU RAPPORT :« UNE RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS »

Attente vis-à-vis des acteurs: (les 3C)

- **Une CO-CONSTRUCTION des politiques.**
- **Une COOPÉRATION entre acteurs basée sur une interrogation de ses propres pratiques avant d'interroger celles des autres.**
- **Une COORDINATION avec et autour de la personne.**

Les axes du RAPT

- **Axe 1 : mise en place d'un dispositif d'orientation permanent (CNSA)**
- **Axe 2 : déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous**
- **Axe 3 : création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs**
- **Axe 4 : accompagnement du changement des pratiques**

RAPT: LE PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

Art 89 (Loi santé) sur le dispositif d'orientation des personnes handicapées par les MDPH

- Lorsqu'une orientation ne peut être satisfaite => Mise en place d'un plan d'accompagnement global (PAG)
- Intégré au plan personnalisé de compensation du handicap (Loi 2005)
- Elaboré "dans les situations où les réponses ne sont pas disponibles ou adaptées à la situation de la personne handicapée compte tenu de ses besoins".
- Consiste à pouvoir proposer "des solutions complémentaires quand il y a des difficultés pour [mettre en œuvre] l'orientation qui a été choisie" en première intention

- **Déploiement dans tous les départements au 1er janvier 2018**

Lien « RAPT » et CPOM

L'un des axes de la mise en œuvre du rapport est justement de mobiliser le CPOM comme outils à privilégier.

- Il s'agit d'intégrer dans la contractualisation des objectifs de mise en œuvre de réponses adaptées et de participation à la qualité du parcours de la personne en situation de handicap

DEUXIÈME PILIER

SERAFIN PH

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

Les éléments déclencheurs

Les Rapports d'Agnès JEANNET et Laurent VACHEY

- La création de places n'est pas dictée par la connaissance des besoins des personnes mais par la perception qu'en ont les différents acteurs, étayée par des enquêtes parcellisées
- Pas d'outils standardisés de connaissance des besoins des personnes

Préconise une réforme du financement du secteur médico social se basant sur les besoins de la personne

Référé de la cours de Compte

- ***« Si les évolutions annoncées sont souhaitables, il semble nécessaire de définir sans attendre les voies et moyens permettant de créer dès maintenant, en s'appuyant sur la réglementation existante, les conditions d'un processus d'allocation des ressources plus dynamique et plus objectif »***

LES RÉFORME DE LA TARIFICATION

PHASE N°1 : Elaboration des outils permettant une objectivation des besoins

PHASE N°2 : choix du modèle de tarification → Etablir le scoring à intégrer dans l'équation tarifaire et en simuler les impacts

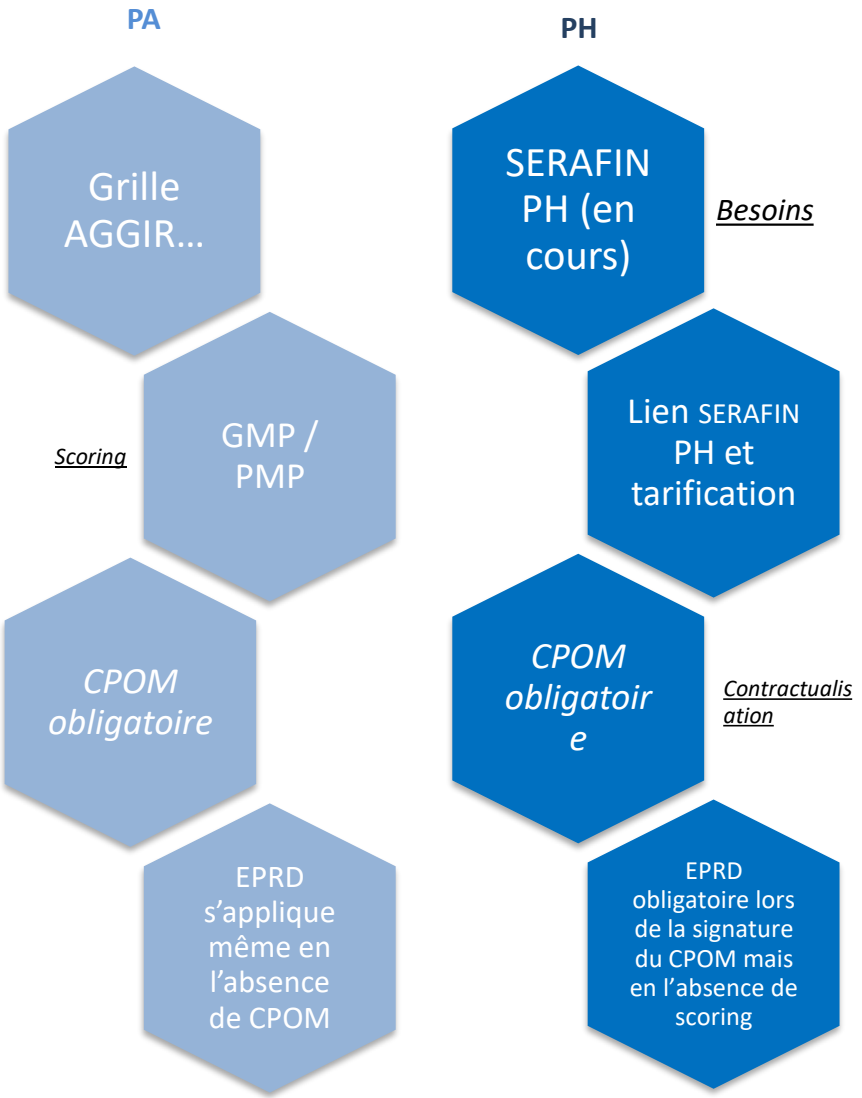
PHASE SUBSIDIAIRE

Rendre obligatoire la pluri-annualité budgétaire

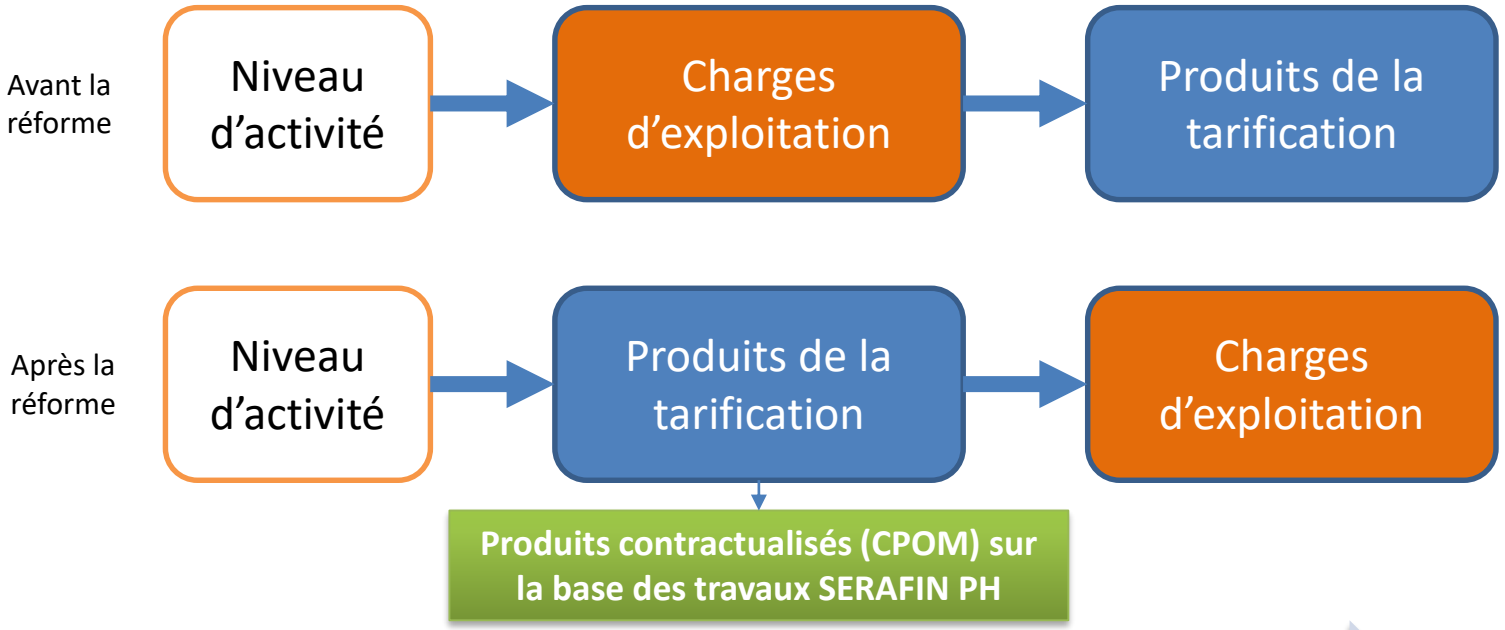
Mise en place du CPOM

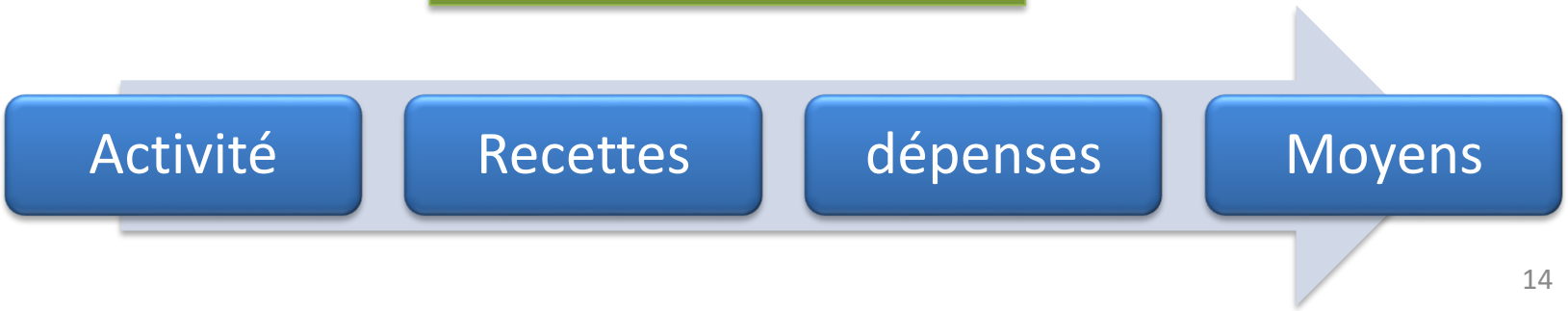
PHASE N°3 : Décret budgétaire

Mise en place de l'EPRD



D’un pilotage par les dépenses à un pilotage par les recettes





Serafin PH (1)

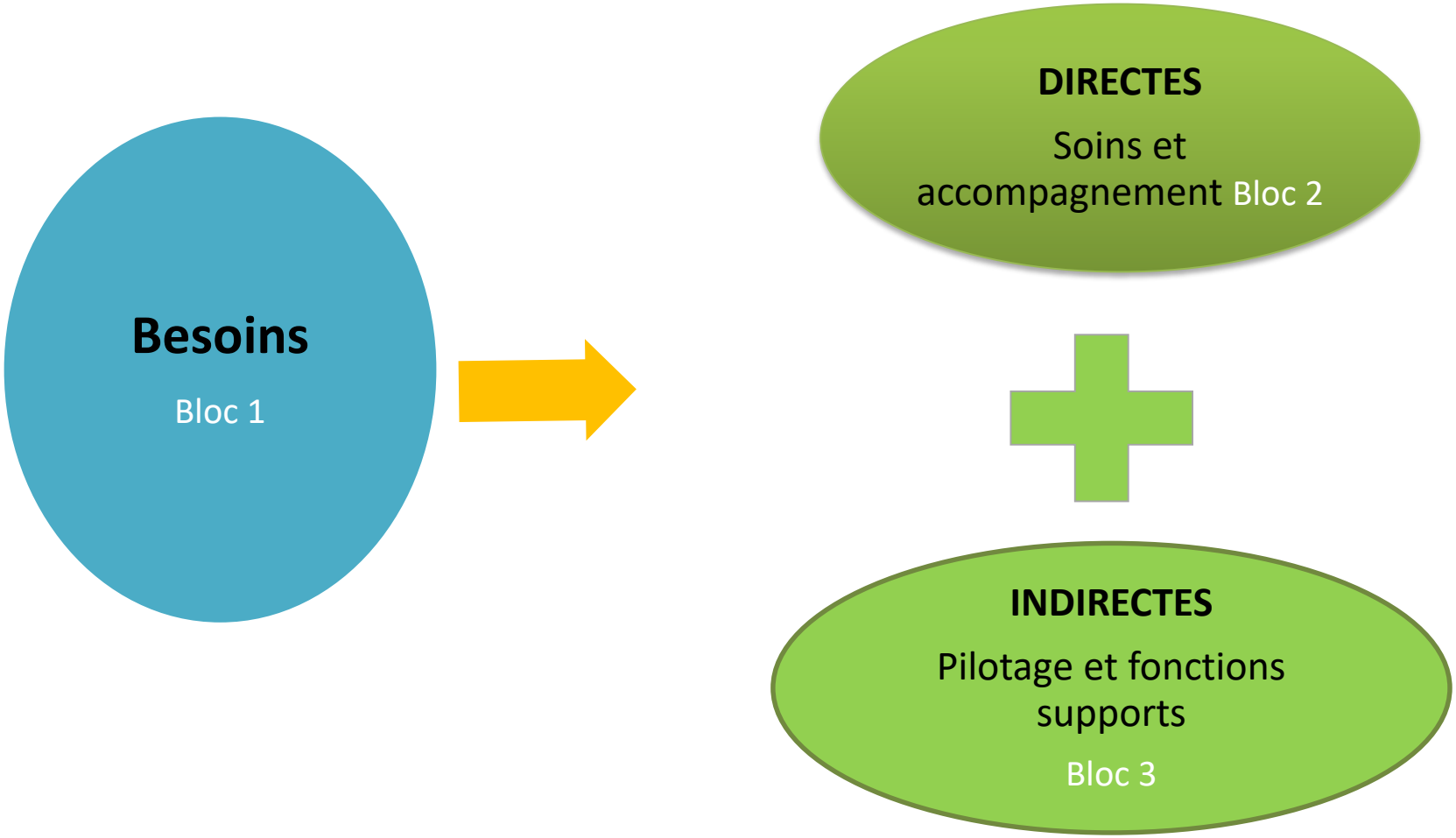
Le principe : Volonté de mettre en place une tarification basée sur les besoins des PH.

- Présume d'une nécessaire connaissance des besoins des PH

  « le besoin se définit comme un écart à la norme de réalisation, tout en s'appuyant sur les capacités et potentialités, les habitudes et le projet de vie de la personne. Il est entendu comme le besoin de la personne au regard de la réalisation d'une activité et dans un environnement donné. La limitation d'activité peut être plus ou moins grande tant en qualité qu'en quantité. »

- Les nomenclatures

Serafin PH (2)


Besoins
Bloc 1
DIRECTES
Soins et accompagnement Bloc 2
INDIRECTES
Pilotage et fonctions supports
Bloc 3

Lien SERAFIN PH - RAPT

- **l'utilisation de la nomenclature des besoins dans le cadre de l'élaboration des plans d'accompagnement globaux.**

Actualité Serafin PH

- Diffusion prochaine des résultats des premières enquêtes de coûts (juin 2017)
- Apprécier le lien entre besoins des personnes et prestations d'accompagnement dans un objectif tarifaire
- L'ajustement des nomenclatures de besoins et de prestations
- L'accompagnement au changement : la diffusion et l'usage des nomenclatures Serafin-PH

TROISIÈME PILIER

LES CPOM OBLIGATOIRES

LA PROMOTION DES CPOM DEPUIS 2006

- **Un outil de pluriannualité institué dès 2003**

Contrat : conclu entre des personnes physiques ou morales gestionnaires d'établissements et de services et les autorités chargées de l'autorisation et du financement.

Pluri annualité des budgets: 1 budget pour tous les ESMS et sur une durée maximale de 5 ans => mutualisation des procédures budgétaires et des moyens qui en découlent.

Ceci afin de permettre la réalisation d' Objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale

Le contrat fixe les obligations respectives des parties ainsi que les Moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis

LES FONDAMENTAUX DU CPOM AVANT 2016

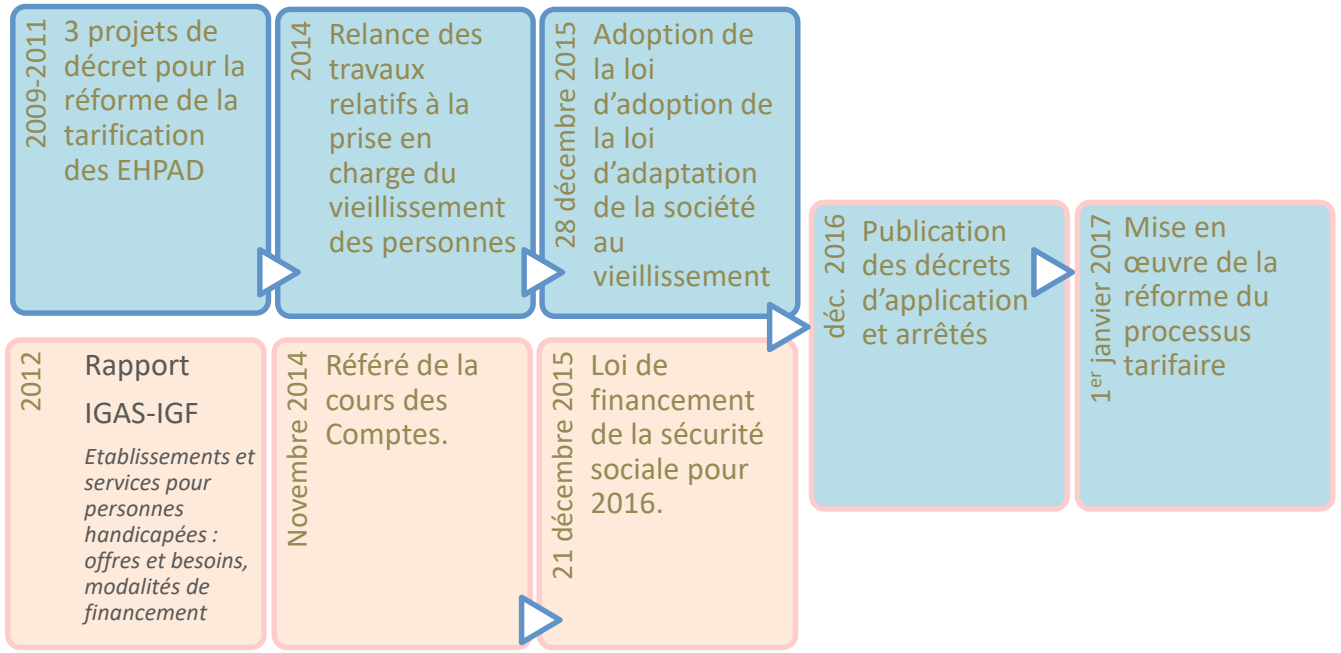
Eléments de base

- **Non obligatoire** (malgré la loi HPST)
- **Changement de référence** ⇨ Passage de la réglementation C.A.S.F. à une logique contractuelle
- ⇗ **LIBERTE** et ⇗ **RESPONSABILITE**
- Modification de **l'organisation interne**

Opportunités / Risques

- Sécurité et vision financière
- Latitudes de gestion
- Allègement de la procédure B.P. / C.A.
- Relations autorités de tarification
- Excédents / Déficits

LA REFORME 2016-2017



LA REFORME 2016-2017

- **Fin du principe du volontariat en matière de CPOM pour certains ESSMS.**

- **Fin de l'unité des règles budgétaires**
  - Règles E.S.S.M.S. E.P.R.D.
  - Règles autres E.S.S.M.S.

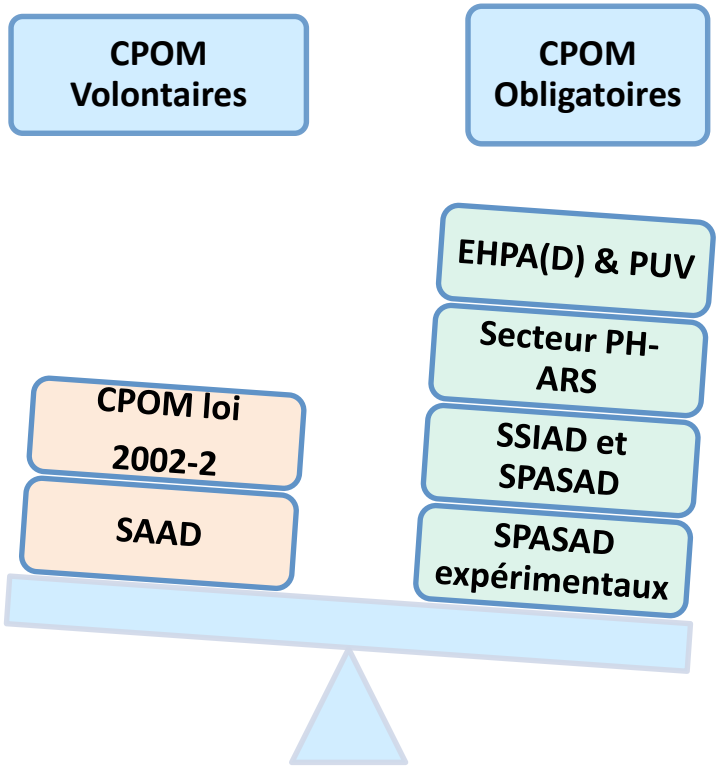
- **Augmentation de la technicité**
  - Approche financière renforcée (capacité d'autofinancement, tableau de financement prévisionnel)

LA REFORME 2016-2017

- **Changement de logique budgétaire pour les ESSMS E.P.R.D.**
  - Avant : Proposition ⇨ Tarification (logique reposant sur les charges de l'établissement)
  - Après : Tarification ⇨ EPRD

- **Introduction du financement à la personne**
  - Financements au forfait en fonction des personnes accueillies (E.H.P.A.D.)
  - Possibilité de fixation de tous les C.P.O.M. en fonction d'un scoring, d'une équation tarifaire

UNE CPOMISATION DE GRANDE AMPLEUR QUI CONCERNE LES SESSAD



CPOM OBLIGATOIRES : QUI ? QUAND ? COMMENT ?

Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'ARS et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un CPOM dans les conditions prévues à l'article L. 313-11

- Durée du CPOM : 5 ans

CPOM OBLIGATOIRES : QUI ? QUAND ? COMMENT ?

Article 75 de la LFSS 2016 *:*

le directeur général de ARS établit, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental, la liste des établissements et services devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et fixe la date prévisionnelle de cette signature. Cette programmation, ***d'une durée de six ans****, est mise à jour chaque année.*

Un **calendrier de signature** devait donc être élaboré par l'ARS avant le 31 décembre 2016

CPOM OBLIGATOIRES : QUI ? QUAND ? COMMENT ?

- Pas de CPOM-type réglementaire

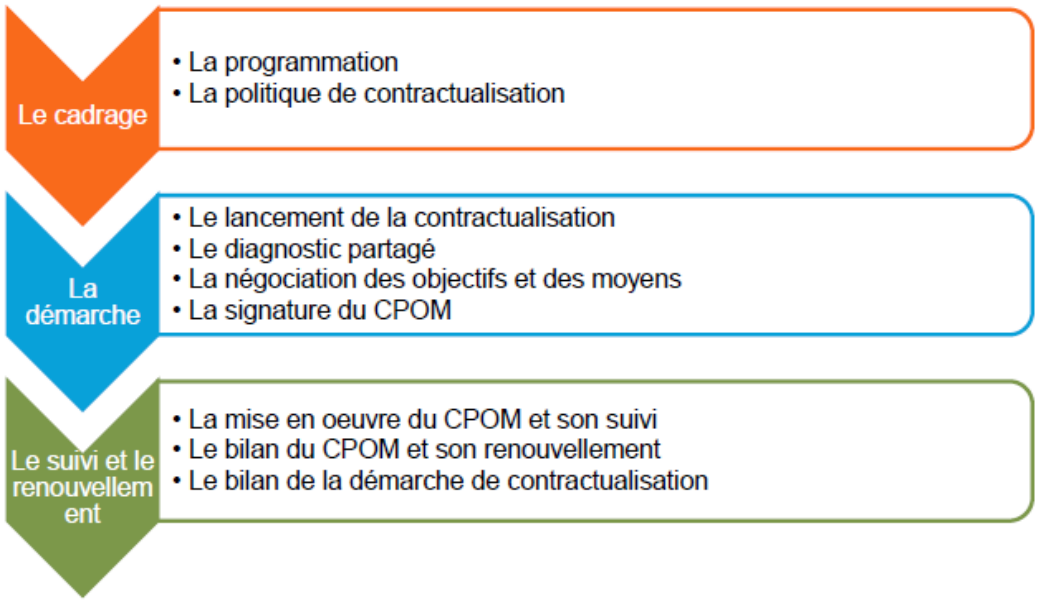
- Outil de l'ANAP mobilisable : « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation »

Méthode

La démarche de contractualisation

- **Préconisations**
  - La mise en place d'une gestion de projet
  - Un travail partenarial entre ARS et CD et entre ATC et OG/ESMS

- **Etapes**



2 OUTILS CONCOURANT À LA MISE EN ŒUVRE DES 3 PILIERS

LE DISPOSITIF ITEP

LA NOMENCLATURE SIMPLIFIÉE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES.

LE DISPOSITIF ITEP

De quoi s'agit-il?

Un ITEP et un SESSAD fonctionnant en dispositif intégré.

- **Une orientation de la CDAPH en « dispositif ITEP »**
- Une plasticité de l'accompagnement. (dans l'espace, dans les modalités et dans le temps)

Composantes du dispositif

- Un ensemble de moyens d'accompagnement
- Un ensemble de moyens humains organisés en services, unités, équipe ou autres formes articulées par le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) du jeune comportant une dynamique interdisciplinaire,
- Une égide institutionnelle
- Un engagement associatif net
- Une répartition territoriale des moyens,
- Une conception clinique
- Des instances de décision et de régulation
- Une stratégie partenariale
- Des instances de décision et de régulation
- Des possibilités de scolarisation ou de formation en milieu ordinaire
- L'accessibilité et la participation sociale des enfants ou adolescents
- une co-construction des PPA et PPS

Les incontournables au fonctionnement en dispositif

- Repenser le travail d'équipe
- Définir de nouvelles coopérations en interne et en externe

La nomenclature simplifiée des ESSMS

Une logique de plasticité des autorisations déjà engagée

- opérations de transformation d'ESSMS hors appel à projet
- La transformation de l'offre est l'un des objectifs des CPOM
- La démarche RAPT …

La concrétisation par le décret du 9 mai 2017

- Assouplissement des modalités de prestations
- Assouplissement quant aux types de publics accueillis
- Vers une fonctionnement en file-active généralisé?

Pose la question de l'admission en ESMS