

SERAFIN PH

La T2A arrive dans le secteur social et médico-social

Ce projet de financement à l'acte des établissements sociaux et médico-sociaux fait parti intégrante des projets de déstructuration de la protection sociale dans notre société, projets qui se mettent en place progressivement, comme un puzzle aux finalités libérales bien établies.

INTRODUCTION

La mise en place des ARH (1997) en application des ordonnances Juppé de 1996. La loi de 2002 puis celle de 2005 pouvaient laisser à penser à certains qu'un souffle nouveau allait redonner du sens à la prise en charge, par et dans la société, des personnes souffrant de maladie mentales et personnes handicapées. Loin s'en faut : la mission Massé pour la psychiatrie se mit en œuvre pour casser la psychiatrie publique et transférer dans les ESMS les patients que l'on définira comme personnes handicapées.

Pendant que les structures hospitalières MCO, avec le plan hôpital 2007, passaient d'un budget global à la T2A, la volonté de traduire le paiement à l'acte en psychiatrie, pour des raisons de contraintes professionnelles, ne put voir le jour.

La création des MDPH (2008) a organisé le transfert des prérogatives des anciennes CDES et COTOREP, sous l'autorité de gestion des Conseil Généraux puis départementaux, traitant alors des mesures et placements en faveur des enfants et adultes dans chaque département.

Les ARS, mises en place en 2010 en remplacement des ARH, ne sont plus que les relais des politiques gouvernementales en région.

Luc Cadillon

*Ancien infirmier de secteur psychiatrique,
Ancien président de CPAM
Animateur groupe de travail sérafin ph
UFAS CGT.*

Des textes internationaux (ONU, OMS, DSM) nationaux (GEVA) ont de plus permis de présenter chaque nouvelle mesure mise en œuvre comme étant reconnue, scientifiquement et politiquement, par la communauté internationale, et de par ce fait difficilement discutable, sinon à passer pour un refus de modernité, de progrès.

I – RÉDUIRE LA « DETTE SOCIALE »

Le coût financier et sociétal de la prise en charge des malades et personnes porteuse de handicap est donc inscrit dans cette seule logique intellectuelle d'alourdissement de la dette sociale qu'il faut à tout prix réduire. Fini «l'Etat providence, les trente glorieuses » !

Le soin, le prendre soin n'est plus un investissement, mais une charge.

Le pouvoir politique (quel qu'il soit) a cru bon de présenter toutes ces réformes comme étant justifiées économiquement et socialement, s'appuyant notamment sur le travail des associations, afin de leur faire « partager » ces nouvelles mesures, toujours présentées comme émancipatrices et humanistes. Il n'hésite pas à utiliser une sémantique bien précise et rassurante, incontournable, telle une novlangue (rétablissement, inclusion etc....)

Des agences (CNSA, ATHI, ANSM, HAS) ont été créées. Contrairement aux sociétés savantes, dont les membres sont nommés par leurs pairs (donc les « meilleurs » d'entre eux), ces agences voient leurs membres « experts » nommés par le pouvoir politique (donc redevables), en vue de traduire les ordres de missions et autres commandes. Il arrive aussi que la représentation nationale (Assemblée Nationale, Sénat) ou des sommités (rapports Piveteau 2014, Laforcade 2016) commettent des rapports répondant à une demande précise.

Aujourd'hui on nous parle d'un nouveau modèle de protection sociale, d'acculturation !¹

Il était donc important, après avoir institué la T2A pour les hôpitaux, de trouver un nouveau système de financement pour les ESMS qui permette dans un futur proche d'organiser des réductions financières drastiques.

En octobre 2012, un rapport de l'IGAS notait que le système actuel de financement des ESMS, basé sur un système dit rétrospectif, permettait de financer des dépenses constatées et proposait un système prospectif reposant sur une détermination des ressources, enveloppe fermée de dépenses qui permet une bonne visibilité

¹ Voir le rapport de la CNSA de juillet 2018 sur l'inclusion

En 2014, à partir d'une feuille de route pilotée par la CNSA (Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie) et la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale), se crée un groupe de travail alliant l'État 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 des représentants, les Associations représentant les personnes handicapées, les CREA.

Il n'y a bien entendu aucune présence des représentants des personnels à travers leurs organisations syndicales.

Ce projet se décline en trois phases

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

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

Phase 3 : Déployer le modèle

II – LA PHASE 2 DU PROJET

Nous sommes dans la phase 2, étape qui semble avoir pris du retard, tant le sujet est complexe, et devrait se terminer fin 2019 par la transmission et le retraitement des données comptables 2018 par les 300 ESMS sélectionnés pour l'étude des coûts, étude conduite par l'ATIH (Agence Technique d'Information Hospitalière) par délégation de la CNSA.

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 décor est planté, sous couvert d'organismes internationaux, histoire de ne pas contester le projet.

Alors que le paiement à l'acte n'a pas été possible dans le champ de la psychiatrie, malgré de nombreuses tentatives faites depuis le début des années 2000, il 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 on est passé dans le sanitaire du concept de soin à celui de rétablissement².

Partant des besoins de la personne handicapée, deux questions émergent.

2 Cf. Rapport «Laforcade», octobre 2016.

- Quelles réponses donner pour que son handicap soit le plus possible réduit ?
- Quels financements à ces actes ?

L'idée que chaque prestation (acte qui répond à un besoin défini) puisse être codifiée puis traduite en valeur économique va servir de fil conducteur. C'est la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) et le GEVA (Guide d'évaluation) vont servir de base pour décrire pour chaque situation de handicap, les réponses à donner, et les moyens humains (en temps) pour chaque professionnel.

III – APPROCHE CRITIQUE DE LA NOMENCLATURE

L'analyse des besoins se fonde sur les orientations internationales (ONU, organisation mondiale de la santé, Europe).

La loi de 2005 définit le handicap comme suit.

« 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 en structurant la nomenclature en 3 blocs :

- nomenclature des besoins (bloc 1)
- nomenclature des prestations (bloc 2 et 3)

BLOC 1 : NOMENCLATURE DES BESOINS

Elle est divisée en trois sous-groupes :

- Santé
- Autonomie
- Participation sociale

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

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 à notre avis bien plus qu'une erreur.

Chercher à comprendre les origines complexes qui ont abouti à ce(s) processus, évite de nous enfermer dans 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 (CIF, GEVA, DSM) vise aussi à occulter toute autre forme de prise en charge psychothérapeutique.

Le protocole, sorti tout droit d'une norme cataloguée dans une nomenclature, remplacera demain les prises en charge, le soin à l'autre, occultant toute la relation tissée lors d'une prise en charge.

L'efficacité d'un acte ne peut pas être sans la relation entre celui qui reçoit et celui qui pose cet acte.

Nous avons vu les besoins, voyons les prestations. Voici ce qui en est dit dans le projet.

« 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). »

Nous noterons au passage cette **notion très politico-économique de valeur ajoutée**.

Les ressources humaines constituent plus de 75% du budget des ESMS, les charges qui sont nécessaires à la réalisation de leurs missions représentant les 25% restants.

BLOC 2 : LES PRESTATIONS DIRECTES - 3 THEMES

Les prestations se divisent en deux blocs (2et 3)

Il est bien précisé dans le projet que la nomenclature servira 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

1. 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.

On peut se poser la question du devenir des formations en cours d'emploi, des stagiaires.

2. La prestation pour la participation sociale

Elle comprend l'accompagnement pour exercer ses droits, pour participer à la vie sociale, l'accompagnement au logement, en matière de ressources et autogestion, pour exercer ses droits sociaux.

Ce type de prestations est dispensées par des enseignants, des AMP, ES, ME ...

3. La prestation en matière d'autonomie

Elle comprend l'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.

Ce type de prestations sera réalisé par des AMP, ES, ME, EJE, Educ technique, Moniteur d'atelier, Educateur scolaire, Assistants sociaux, CESF, maîtresses de maison....

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

BLOC 3 : LES PRESTATIONS INDIRECTES

Le texte du projet précise que:

« Les prestations de pilotage et de fonctions supports sont constituées de charges correspondant à du temps de travail de professionnels (personnels extérieurs compris) intervenant dans la structure, 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. »

Ces prestations comprennent le pilotage et les fonctions support.

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

On notera que le projet ne parle pas d'organisation(s) du travail mais de management, ce qui inclue donc la fonction d'efficience.

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

Il est noté dans ce projet que ces prestations indirectes ne sont pas liées au projet individuel et ne permettent pas de répondre aux besoins.

D'un trait de plume on délie le lien entre les fonctions directes et indirectes dans la prise en charge. *Quid*, alors, de la cohésion entre projet d'établissement, projet de vie, 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 brève échéance.

Ces prestations indirectes ne seront plus reliées aux projets.

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

IV - CONSÉQUENCES DE LA RÉFORME

On n'a jamais vu telle casse de ce secteur, une telle remise en cause des institutions sociales et médico-sociales, institutions 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 tout tracé : réduire les coûts des prises en charge des ESMS.

Ce projet est aussi en lien avec, et en constitue un complément, les politiques en matière de psychiatrie (faussement traité sous le vocable de santé mentale) pour en réduire son coût social.

Le projet épouse les mêmes orientations politiques que celles qui traitent du soin.

Les prises en charge sociales et médico-sociales ne sont pas ici traitées comme des investissements, mais bien comme des éléments structurant de la dette sociale, une charge sociale à réduire à tout prix.

Un rapport de la CNSA de juillet 2018 sur l'inclusion, confirme ces analyses.

Selon ce rapport, un nouveau modèle de protection sociale est en cours. Il est question de nouveaux besoins, de nouvelles offres de services, de téléassistance, de géo-localisation, etc..., comme autant de besoins exprimés par les personnes vulnérables.

Cela aura aussi des conséquences concernant les politiques de financement par les Conseils départementaux de ces institutions sociales et médico-sociales. Est aussi évoqué le rôle que pourraient jouer les régions comme décideurs des actions à mener.

La tentation sera alors grande de choisir une politique du moins-disant au détriment de projets cohérents, dans un contexte de réduction des dotations d'État envers les départements et collectivités territoriales qui financent pour une grande part les ESMS (hors forfait soin).

Nous nous devons de dénoncer et de combattre ces orientations gouvernementales, qui s'inscrivent dans la continuité des précédentes, ne visant qu'à réduire les dépenses d'assurance maladie, les dépenses sociales, sans avoir à poser le problème de leurs besoins en financement pérenne.

Ce projet qui, actuellement, occupe nombre d'acteurs pour accomplir un travail de déstructuration économique des ESMS aura un certain nombre de conséquences graves.

- **On ne traitera désormais que du handicap et des déficiences**, centrant les prestations sur le seul symptôme du handicap à réduire, sans voir le sujet, la personne porteuse de déficiences.
- **Les réponses porteront uniquement en termes de symptomatologie**, occultant ainsi la dimension unique et plurielle de chacun dans son environnement sociétal.
- **Les acteurs professionnels seront pris dans un travail réducteur** de réponse à un besoin précis, non inscrit dans un ensemble cohérent pour une prise en charge globale.
- **Les établissements et service seront mis en concurrence entre eux**, ou avec le privé lucratif (qui pourra offrir un coût de prestation moindre).

- **Le passage d'un budget basé sur un prix de journée vers un financement à l'acte** empêchera des projets institutionnels à moyens et long terme.
- **Nombre de prestations (logistique, gestion) risquent de se trouver externalisées.**
- Les financeurs, ARS (il faut rappeler qu'il s'agit des 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 individuels et institutionnels.

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, ont amené 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 grégaire.

Il en sera de même concernant les prises en charge des enfants et adolescents. Il faut ajouter à cela la problématique supplémentaire de l'inclusion, définie comme la seule solution (miracle) possible, sans penser les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. L'inclusion : fin ou moyen ? Fin des IME, IMPro ...

CONCLUSION

Répondre aux besoins des personnes malades et/ou handicapées, nécessite des financements globaux pour élaborer des réponses globales, qui tiennent compte des besoins individuels et collectifs. Il y faut des réponses qui partent d'un projet de société, de projets institutionnels et individuels, pour que chacun, handicapé ou non, se trouve à égalité dans une société ouverte et plurielle, intégrant à tous les niveaux les différences.

Faut-il se résoudre à ce que les protocoles prennent le pas sur la qualité des accompagnements dus aux usagers ? Prôner la Démarche Qualité ou la Qualité de notre Démarche ?

Le secteur médico-social va devenir tellement formaté que l'accompagnement de l'utilisateur ne se fera plus que par la seule entrée du Handicap, et non plus par ses propres compétences, occultant dans le même temps celles des professionnels.

Pour notre organisation syndicale, ce projet, inscrit dans des politiques libérales ne visant qu'à réduire les coûts des prises en charge, ne peut qu'être combattu par les personnels, les usagers et leurs proches.

SERAFIN-PH va profondément modifier nos pratiques professionnelles, et éloigner la personne porteuse de handicap et de maladie psychique des prises en charge en adéquation avec ses besoins, dans le respect de sa singularité.

Ce projet menace directement l'existence des ESMS, la CNSA prônant une désinstitutionnalisation et une acculturation.

Toute notre histoire et nos savoir-faire seraient donc à jeter aux orties ?

Résistons !