

Rapport : Etablissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement

IGF-IGAS, octobre 2012

VACHEY L., *Inspecteur général des finances* ; VARNIER F., *Inspecteur des finances* ;
JEANNET A., *Inspectrice générale des affaires sociales* ; AUBURTIN A., *Inspectrice des affaires sociales* ;
Avec la contribution de FOULQUIER GAZAGNE C-M., *Stagiaire*

Synthèse du Rapport

Les établissements et services qui accueillent les personnes en situation de handicap offrent près de 450 000 places, pour une dépense globale publique, tous financeurs confondus (État, Conseils généraux, assurance maladie) de 16 milliards d'euros. Leur capacité d'accueil a connu récemment un développement ambitieux : le « programme pluriannuel de création des places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 » a prévu la création de 50 950 places supplémentaires dans un contexte marqué par des évolutions législatives fortes. La loi du 2 janvier 2002, tout en redéfinissant les relations entre les établissements et les pouvoirs publics a renforcé le droit des personnes accueillies. La loi du 11 février 2005 *pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* a modifié la vision de la place des personnes en situation de handicap dans la société. Elle a en outre précisé les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) créée en 2004 à l'occasion de l'instauration de la journée de solidarité. Celle-ci assure un pilotage des financements publics destinés à la compensation du handicap.

C'est dans ce contexte de profondes réformes de la politique en faveur des personnes handicapées que se situe l'évaluation confiée aux inspections générales par les ministres en charge du budget et de la solidarité et portant sur deux thèmes : l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes d'une part, les voies et moyens pour entreprendre une réforme du financement du secteur d'autre part.

Concernant l'offre d'accueil en établissement et services, le constat majeur de la mission est de pointer l'absence d'outils pertinents qui permettraient d'adapter l'offre aux besoins des personnes accueillies.

- La programmation des créations de places est dictée par l'offre plutôt que par les besoins des personnes.

Si sa diversification progresse au profit des services, l'offre reste qualifiée de façon grossière par les taux d'équipement, ce qui met en évidence de fortes inégalités territoriales, qui se réduisent lentement. Mais ces inégalités ne peuvent être interprétées correctement en l'absence de données sur les disparités des prévalences des handicaps.

La mission recommande de **privilégier une démarche de redéploiement de l'offre ; et de reconsidérer les objectifs de convergence des taux d'équipement au profit d'une péréquation en fonction des besoins identifiés dans les territoires.** Pour accompagner ces transformations il convient de concevoir :

- Un outil organisé et homogène de gestion des listes d'attente ;
- Un outil de mesure des inadéquations des situations ;
- La possibilité juridique d'acter ces transformations dans le cadre de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sans passer par des appels à projet ;
- Des moyens financiers ciblés.

Les méthodes et procédures de programmation tant au niveau national que régional souffrent de carences dans l'observation des situations de handicap et de leurs évolutions.

Les priorités d'action sont pour la mission de formaliser et organiser des pôles d'observations coordonnés entre les acteurs au niveau régional et au niveau national, et **d'entreprendre sans tarder la redéfinition des prestations servies par les établissements et services**. La refonte des « annexes XXIV » du code de l'action sociale et des familles est ainsi une priorité, de même que la construction d'un référentiel national et partagé d'activités pour tous les établissements et services.

La mission a **identifié certains besoins** sans qu'il soit possible de les mettre en perspective dans un ensemble hiérarchisé en termes de priorités :

- **Les jeunes adultes relevant de l'amendement « Creton »**, maintenus en établissement pour enfants faute de places adaptées à leur situation : leur nombre a encore progressé par rapport à 2006, à 6 300 fin 2010. La mission recommande que chaque ARS recense ces situations et lance des appels à projet pour trouver des solutions ;
- **Le dépistage précoce** a fait l'objet d'une recommandation récente de la Conférence nationale de santé consistant à garantir un premier contact dans un délai maximum de 3 mois après la première orientation. Pour sa mise en œuvre il est nécessaire de pouvoir cibler l'adaptation de l'offre de prise en charge aux besoins, sur la base de remontées d'information que la CNSA devrait organiser ;
- **Le handicap psychique** est une thématique reconnue très récemment par la loi de 2005 et qui appelle une meilleure coordination entre les champs sanitaire, médico-social mais aussi social. Les ARS ont été créées dans cette perspective, mais les résultats ne sont pas encore tangibles.
- **Les placements en Belgique** sont encore en nombre important, de l'ordre de 2 000 enfants et 1 200 adultes. La mission recommande que l'administration coordonne les acteurs concernés afin qu'un suivi de ces situations soit assuré de façon fiable et qu'une stratégie de moyen terme soit définie ;

- **Le vieillissement des personnes en situation de handicap** constitue une question de plus en plus prégnante, numériquement et qualitativement. La mission recommande qu'une expertise des solutions adaptées soit réalisée afin de diffuser les bonnes pratiques identifiées.

→ Il ne peut y avoir de politique du handicap sans connaissance de la population concernée et des origines du handicap. Trois carences méritent d'être traitées :

L'insuffisance des sources de connaissance des situations de handicap et de leurs évolutions d'une part :

- Les délais d'exploitation des enquêtes nationales ne sont pas en phase avec le rythme des décisions publiques, qu'il s'agisse de l'enquête dite ES quadriennale (qui décrit les publics accueillis et les structures ainsi que les moyens humains mobilisés), ou de l'enquête de longue période « Handicap-Santé » (qui évalue dans la population générale le nombre de personnes, en situation de handicap ainsi que les moyens de compensation). La mission recommande que le volet institutionnel de l'enquête HS soit rapidement exploité, et que l'enquête ES se recentre sur la connaissance des personnes et de leurs parcours ;
- Les sources de nature médicale sont hétérogènes et ne sont pas utilisées par l'administration afin de construire une vision prospective organisée des pathologies invalidantes sur la vie des personnes concernées et leurs besoins de prise en charge ;
- Enfin, si la recherche en sciences sociales sur le handicap se structure (maison des sciences sociales du handicap), ce qui permettra à terme de produire des données utiles aux décisions publiques, la question des observatoires régionaux reste pendante faute d'une organisation cible coordonnée avec les conseils généraux et de moyens suffisants.
La mission recommande sur ce point de garantir cette fonction d'observation afin de fonder la planification régionale [schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)] sur des données relatives aux besoins présents et futurs des publics accueillis en établissements ou services.

L'absence d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement d'autre part.

Cet outil existe en France pour les établissements du champ des personnes âgées (AGGIR/Pathos), un outil spécialement conçu pour le secteur du handicap fonctionne dans la région de Bruxelles –Capitale depuis près de cinq années, montrant que la démarche est à la portée des pouvoirs publics. Il reste à concevoir à partir des nombreux outils qui existent et que la mission a recensés. C'est un pré requis pour mesurer les inadéquations de l'offre et permettre une allocation de ressources équitable entre les différents établissements.

Enfin, le potentiel des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) doit être mieux mobilisé pour que les décisions d'orientation puissent servir à mesurer les défaillances de l'offre. Sur ce plan la mission recommande de revoir la conception du système d'information des maisons départementales (en réinterrogeant la stratégie qui vise à permettre la remontée nationale des données ; en rendant compatible obligatoirement les systèmes d'information des établissements avec ceux des administrations et des MDPH ; en harmonisant les formulations des décisions d'orientation), mais aussi de structurer la gestion des listes d'attente afin de les rendre exploitables et d'organiser les liens entre MDPH et établissements dans l'évaluation des situations.

- **Concernant les voies et moyens pour conduire une réforme du financement du secteur**, la mission relève que si le système actuel, basé sur des prix de journée et des forfaits, ne permet pas une bonne allocation des ressources, et n'est plus adapté à l'évolution des modes d'accompagnement des personnes, plusieurs modèles sont concevables, avec leurs avantages et leurs inconvénients. C'est la méthode de conduite du changement qui entraîne le succès de la démarche, comme l'analyse des différentes réformes tarifaires réalisées ou en cours le montre.

→ Le système actuel est inadapté à plus d'un titre.

L'allocation budgétaire aux coûts des facteurs (forfaits ou prix de journée) se caractérise par une **grande dispersion des coûts**, ce qui

révèle un mécanisme d'allocation de ressources qui n'est pas forcément corrélé avec les lourdeurs de prises en charges. **Le système est de plus chronophage** mobilisant des équipes importantes **au détriment des fonctions de contrôle de l'utilisation des ressources**.

Deux points ont fait l'objet d'une analyse spécifique :

- Pour **les transports** dont la dépense fait l'objet de contestations ponctuelles de l'assurance maladie, la mission recommande que la réglementation fasse l'objet d'une révision afin de clarifier les cas de prise en charge ;
- Pour **les soins**, la mission propose qu'une procédure de croisement automatisée entre les listes de résidents et le système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) soit mise en place pour disposer d'une vision « tous ONDAM » de la dépense ; et que les directions régionales du service médical de l'assurance maladie soient associées à la définition du périmètre des dépenses de soins en établissements, afin d'optimiser le service rendu.

→ Si plusieurs modèles sont concevables, le contexte budgétaire est plutôt favorable aux systèmes de paiement prospectifs et au pilotage par la recette.

Le système actuel est un système rétrospectif en ce qu'il permet une couverture de dépenses constatées *ex post*. Les systèmes prospectifs reposent sur une détermination des ressources *ex ante* donc une enveloppe fermée de dépenses qui permet une bonne prévisibilité. Ils tendent à se généraliser en raison des contraintes budgétaires.

Les modalités d'un financement à la personne ou au parcours qui est dans l'absolu le plus adapté aux évolutions de l'accompagnement des personnes seraient complexes à mettre en œuvre, aussi faut-il lui préférer des procédures de fluidification ou de coordination du parcours d'accompagnement.

→ La réussite d'une réforme passe par des conditions strictes en termes de technique (outils et méthode) et de procédure (conduite du changement).

Les prérequis techniques sont de connaître les personnes handicapées et leurs besoins de compensation et d'accompagnement, de disposer d'une description organisée du service rendu, puis de réaliser une étude nationale de coûts et enfin de construire un outil de simulation des effets du nouveau mode d'allocation de moyens envisagé sur l'ensemble des établissements et services. L'expérience des réformes tarifaires récentes, que la mission a analysées, montre **qu'il faut se garder de déterminer ex ante le nouveau système de tarification**, avant d'avoir franchi les étapes techniques jusqu'à l'étude nationale de coûts.

Un engagement politique fort dans la durée est indispensable à la réussite de la réforme, comme **l'association des acteurs** (en amont, puis tout au long du déroulement du processus). L'ampleur des chantiers à conduire appelle **un délai suffisant** (plusieurs années). Une organisation en mode projet est indispensable pour la mener à bien, **avec une équipe dédiée, fonctionnant en interface avec les administrations, disposant de moyens adaptés, et d'un lien direct avec les cabinets** pour pouvoir lever les points de blocage.

→ Les partages actuels entre financeurs publics constituent un obstacle à la programmation des réponses et à la fluidité des parcours.

Les cofinancements des mêmes structures ou de structures complémentaires entre l'assurance maladie, les conseils généraux [maison d'accueil spécialisée / foyers d'accueil médicalisés (MAS-FAM), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)] et l'État [Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)] sont facteurs de complexité voire de blocages. La logique d'un financeur unique permet une meilleure programmation et un meilleur pilotage de la dépense.

Cette logique de financeurs uniques, qui satisfera mieux la qualité de l'accompagnement des personnes, devrait s'organiser par transferts, sans augmenter les dépenses en cause. Les enjeux sont de 38 M€ pour les CAMSP transférés vers l'objectif global de dépenses (OGD) ; 940 M€ pour les MAS-FAM également vers l'OGD et 2,6 Mds€ pour les ESAT (garantie de rémunération des travailleurs handicapés – GRTH- incluse) vers les conseils généraux.

Pour les CAMSP, le double financement (80 % OGD, 20 % CG) est historique, mais il complique voire freine le bon déploiement de ces structures sur les territoires pour satisfaire aux objectifs d'une prise en charge précoce, qui atténue la gravité des handicaps.

Pour les MAS-FAM, les études montrent que le public accueilli, lourdement handicapé en général, est identique, ce qui rend nécessaire l'unification des deux catégories d'établissements. Le financement par l'assurance maladie se justifie pour des raisons de doctrine (charge en soins importante) mais aussi technique : un seul payeur permet une meilleure coordination des différentes dépenses de soins et évite les blocages et doublons liés à la dualité des autorités.

Pour les ESAT, qui dans la réalité ne sont pas un passage vers l'emploi en milieu ordinaire, c'est le lien nécessaire pour les personnes entre lieux d'activité et hébergement qui dicte l'unification. De plus, l'optimisation des places d'ESAT justifierait, pour les travailleurs handicapés vieillissants, des solutions de temps partiel qui ne sont possibles que si des accompagnements occupationnels existent en complément.

Pour les SAMSAH, auxquels l'OGD consacre 75 M€, la mise en place d'un financeur unique nécessitera de redécouper ces structures selon la nature de leur activité : confier aux conseils généraux le financement des SAMSAH orientés sur l'accompagnement, et reconfigurer en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ceux qui assurent principalement des soins.

→ La fongibilité entre les enveloppes médico-sociale et sanitaire notamment psychiatrique doit être accrue.

Le traitement des inadéquations mises en évidence nécessite des redéploiements du secteur sanitaire vers le secteur médico-social. Ces redéploiements peinent à s'opérer pour diverses raisons, dont la réticence du secteur sanitaire à voir son champ se réduire. La mission juge utile de mettre en place au niveau régional un plan d'adaptation de l'offre qui prévoit, pour une meilleure qualité de vie des personnes, une articulation des réponses sanitaire, sociale et médico-sociale.

- **Neuf mesures immédiates sont recommandées** dans l'attente de la mise en œuvre d'une réforme, inévitablement longue, des outils de connaissance des besoins et du financement du secteur ;

→ Pour une meilleure connaissance et adéquation de l'offre et des besoins, cinq des recommandations formulées peuvent être engagées rapidement.

- 1. La généralisation d'un système d'échanges de données harmonisé entre les MDPH, les établissements et services médicosociaux (ESMS) et les responsables des programmations départementales et régionales.** Une harmonisation de la formulation des décisions d'orientation par les CDAPH est nécessaire et possible, et une gestion organisée des listes d'attente peut être déployée rapidement, sur la base du cahier des charges de l'expérimentation engagée par la MDPH du Pas de Calais avec le soutien de la CNSA.
- 2. L'organisation des échanges d'éléments d'évaluation entre MDPH et ESMS.** Ces échanges doivent être organisés, sous un format compatible avec le guide d'évaluation GEVA, au moment de la décision d'orientation et de la demande de renouvellement de la prise en charge.
- 3. L'exonération d'un appel à projets en cas d'adaptation de l'offre d'un ESMS existant dans le cadre d'un CPOM.** C'est un élément indispensable pour permettre une meilleure réponse aux besoins par adaptation de l'offre plutôt que par la création systématique de capacités nouvelles.
- 4. La redéfinition des enquêtes nationales, en particulier l'enquête ES,** en la recentrant sur la connaissance des personnes et de leurs parcours.
- 5. La redéfinition de l'architecture technique des remontées des MDPH vers le niveau national via le système d'information « SipaPH ».** Il convient de réexaminer avec les conseils généraux les scénarios possibles -pilotage national des prestataires, extracteur unique, système d'information national- pour fixer un cap d'évolution permettant d'atteindre l'objectif d'un système de données national sur le handicap par consolidation des flux des DPHIM.

Pour un système d'allocation de ressources plus simple et plus équitable, quatre évolutions peuvent être engagées rapidement

- 6. Généraliser un financement en dotation globale des ESMS.** Un système transitoire de dotation globale, en attendant la définition du système cible qui paraîtra le mieux adapté, est un facteur de simplification et de meilleure gestion des enveloppes.
- 7. Améliorer le contrôle de la ressource allouée par des indicateurs homogènes.** Il faut revoir les indicateurs socio-économiques dont l'administration centrale a abandonné il y a quatre ans l'exploitation, à la lumière également de l'expérimentation d'indicateurs de gestion de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), et en reprendre la publication. Il faut enrichir le système REBECA par des remontées de l'intégralité des comptes administratifs.
- 8. Sortir d'une vision de la dépense publique par financeur et par sous-ONDAM.** Il faut enrichir les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) de la loi de financement de la sécurité sociale par des tableaux consolidés de la dépense « tous financeurs ». Et il faut engager le même processus de croisement des listes des personnes handicapées accueillies en ESMS avec le SNIIRAM que ce qui a été fait pour les personnes âgées, afin d'avoir une vision consolidée « tous ONDAM » de la dépense de soins.
- 9. Transférer dans le champ de l'assurance maladie le financement intégral des foyers d'accueil médicalisés (FAM) et des centres d'action médicosociale précoce (CAMSP), et celui des ESAT dans le champ des départements.** Ce transfert, qui serait un premier facteur de clarification et de simplification administrative (à la faveur de l'acte III de la décentralisation), peut se faire sans charge nouvelle via la DGD.

Rapport en intégralité + annexes en ligne sur
www.ladocumentationfrancaise.fr