

---

**Contribution**  
**Sur la question du financement de la prise en charge du handicap dans le cadre d'un**  
**groupe de travail du Sénat**

**Séance du 23 mai 2018**

---

La Commission des affaires sociales du Sénat a lancé le 25 janvier dernier un groupe de travail sur la question du financement de la prise en charge du handicap. Ce groupe de travail est présidé par M. Philippe Mouiller, Sénateur des Deux Sèvres, et composé de M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales (Vaucluse), Mme Michelle Meunier (Loire-Atlantique), Mme Nassimah Dindar (La Réunion), M. Michel Amiel (Bouches-du-Rhône), M. Stéphane Artano (Saint-Pierre-et-Miquelon), M. Dominique Watrin (Pas-de-Calais) et M. Daniel Chasseing (Corrèze).

Dans ce cadre, Mme Dominique Gillot, Présidente du CNCPH a été auditionnée le 18 avril dernier. En amont, elle a sollicité la Commission « Organisation et cohérence institutionnelle » du CNCPH pour préparer son audition en répondant au questionnaire transmis par le groupe de travail sur la question du financement de la prise en charge du handicap (confère annexe 1). La Commission propose ainsi une contribution écrite au CNCPH qui sera transmise au Président du groupe de travail.

A la lecture de toutes ces questions, les membres de la Commission s'étonnent, au préalable, de :

- L'absence de questions sur le financement de la compensation du handicap
- L'absence de questions sur les ressources des personnes en situations de handicap et de leurs aidants
- Du terme employé « de prise en charge » au lieu « d'accompagnement »
- D'une représentation stéréotypée de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, omettant une vision « prospective » pourtant déjà enclenchée, notamment, dans le cadre de la transformation de l'offre sociale et médico-sociale.

En Conséquence, les membres de la Commission souhaite rappeler en introduction que :

- La Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, entrée en vigueur en France le 20 mars 2010, a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap. **A ce titre, la Convention devrait nourrir toute réflexion de l'Etat concernant les mesures à mettre en œuvre afin de garantir l'effectivité des droits des personnes handicapées.**
- Les droits et libertés ne sont, pour la plupart, pas appliqués. **Un écart très important existe entre ces droits écrits et affirmés dans les textes et les réalités vécues par les personnes en situation de handicap et leurs proches.**
- **La Solidarité nationale, et son financement, doit être affirmé et confirmé pour appliquer ces droits en les rendant accessibles** car « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté » (Article L114-1, Loi 2005)
- Les réponses à la question de l'accompagnement global des personnes en situation de handicap doivent être mises en synergies pour éviter les réponses « en silo ». **Aujourd'hui le morcellement engendre de profondes inégalités territoriales amenant des ruptures.**
- Les ruptures de parcours le plus fréquemment repérées dans la vie des personnes en situation de handicap se situent entre l'enfance et l'âge adulte puis entre l'âge adulte et la vieillesse. Ces ruptures de parcours interviennent d'ailleurs plus particulièrement lorsqu'il y a une transition d'un établissement à un autre (exemple de la crèche à l'école ; de l'Institut Médico-Educatif à un foyer de vie ...), lors de l'accès à un logement, lors de la fin d'activité professionnelle à la retraite ou lors des sorties d'hospitalisation.
- Par ailleurs, il est important de ne pas opposer le médico-social, outil au service des personnes en situation de handicap et de leurs proches, et la désinstitutionalisation. Il est nécessaire d'accompagner les ESSMS dans ce virage de société inclusive, sans aller dans le clivage et le manichéisme.
- **Il y a aujourd'hui un manque de données chiffrées et fiables dans le champ du handicap** qui ne permet pas d'anticiper les besoins nécessaires quant à l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs proches (exemple de la prise en compte du vieillissement, exemple du non recours au droit...)

En outre, les membres de la Commission proposent les réponses suivantes aux questions du groupe de travail sur la question du financement de la prise en charge du handicap :

#### 1. [Comment qualifieriez-vous le financement de la prise en charge médico-sociale du handicap actuellement ?](#)

La tarification et le versement des recettes provenant de l'assurance maladie et des conseils départementaux aux établissements et services médico-sociaux sont définis par différents textes du code de l'action sociale et des familles ou du code de la sécurité sociale. Leur

interprétation est rendue difficile compte tenu de la complexité des financements de ces structures : l'État, l'assurance maladie, le conseil départemental, ainsi que la participation des usagers.... Le cloisonnement des dispositifs, l'inadéquation des financements par rapport aux besoins réels et les inégalités de territoire ont été maintes fois pointés du doigt comme une des raisons majeures de la persistance de personnes sans solution ou mal accompagnées.

Globalement, les membres de la Commission sont en accord avec les constats posés par le rapport dit « VACHEY-JEANNET », publié en octobre 2012 et intitulé « établissements et services pour les personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement »

Actuellement, et faisant suite à ce rapport, la Commission rappelle que le chantier SERAFIN PH permet de travailler collectivement pour un financement équitable et objectif, en fonction des besoins des personnes accompagnées, de leur projet, de leur aspiration de vie et des réponses qui leurs sont apportées.

*Le préambule de la présentation de la réforme sur le site handicap.gouv.fr précise que « la réforme de la tarification est une opportunité pour favoriser l'évolution des réponses proposées par les services et établissements médico-sociaux (ESMS) vers des réponses plus souples dans le temps, s'ajustant mieux aux besoins et attentes des personnes concernées et de leur entourage. Elle doit faciliter les parcours, le recours à différentes modalités d'accompagnement et de soins, simultanément ou successivement (...)*

Il nous paraît important dans cette logique de mettre le besoin des personnes au centre de la réforme afin de dessiner les réponses à leur apporter. Or il semble aujourd'hui que la logique d'analyse de l'offre existante devient le moteur principal de cette réforme. L'étude nationale de coût menée actuellement est destinée à mesurer les coûts actuels des ESMS sous le prisme des prestations en prenant en compte les caractérisations des personnes. Elle ne peut donc aboutir qu'à des résultats basés sur la situation actuelle (quel coût pour quelle prestation aujourd'hui). Si on se base uniquement sur cette analyse, la réforme de la tarification ne pourra au mieux que corriger quelques anomalies de variation entre établissements de même type, répétant les dysfonctionnements accumulés historiquement. La Commission recommande d'approfondir l'étude de l'environnement général et des besoins des personnes, y compris en les associant à cette étude. A cette condition, il sera plus aisé de concilier les deux approches et imaginer un système de tarification plus proche des besoins.

## 2. Quel regard portez-vous sur les modes de solvabilisation de la personne handicapée et non de l'établissement ? Les estimez-vous souhaitables et compatibles avec le financement actuel des établissements d'accueil ?

Dans l'hypothèse d'un mode de solvabilisation de la personne, les membres de la Commission évoque les points de vigilances suivants :

- Elle amènerait à une augmentation du reste à charge et une diminution du reste à vivre pour un public déjà fragile
- Elle amènerait la personne d'un statut « d'utilisateur » vers un statut de « client »

L'intérêt pour un modèle polymorphe (part fixe / part variable) et progressif (dans sa mise en œuvre) devrait aussi être pris en compte et pas uniquement soit un mode de solvabilisation total de la personne handicapée ou un mode de solvabilisation totale de l'établissement.

#### 4. Quel regard portez-vous sur les établissements et services gérés par des associations de petite taille ? Voyez-vous un moyen de fortifier leur modèle économique ?

Le secteur associatif est très attaché à cette diversité, qui témoigne de la richesse de leurs missions, de leurs modes de fonctionnement, de leurs territoires et de leurs histoires.

Depuis de nombreuses années, le secteur associatif se rapproche pour mutualiser leurs moyens, coopérer et se regrouper sur les territoires ou encore pour élaborer de nouvelles synergies, pour améliorer les parcours de santé et de vie de leurs usagers.

Il est sans doute possible de fortifier leur modèle en renforçant l'accompagnement dans les CPOM pour les associations de petite taille, ou par des GCSMS, ou encore par des regroupements dans les fonctions supports.

Néanmoins, la caractéristique de « petite taille » ne doit en aucun cas être interprétée comme un gage de mauvaise gestion. Il n'y a pas à notre connaissance de littérature ou de critères objectivés qui permettent de le justifier.

D'autant plus qu'à travers une entrée gestionnaire, il ne faudrait pas remettre en cause le modèle associatif (confère loi de 1901 sur la liberté d'association) et mettre de côté, le rôle socio-politique des associations.

En effet, la Commission rappelle que les associations de « petites tailles » peuvent avoir l'avantage d'offrir une meilleure proximité et une meilleure agilité en proposant des accompagnements très spécifiques. La Commission note la capacité d'innovation des associations avec notamment des créations encore récentes qui prouvent le besoin de réponses et la capacité de réponses apportées par celles-ci (cf. projets d'habitat inclusif ...)

#### 5. Quel regard portez-vous sur les structures (établissements et services) cofinancées ? Que pourrions-nous proposer pour y remédier ?

Les textes ne sont parfois pas suffisamment explicites, notamment pour les FAM.

La Commission recommande que les ARS et les CD communiquent mieux pour travailler et articuler ce co-financement. La Commission demande que le rôle d'accompagnement de la CNSA soit renforcé pour limiter les disparités territoriales liées aux co-financements qui peuvent engendrer des inégalités d'accès à l'accompagnement du handicap dans certains territoires.

#### 6. Que pensez-vous du recours à des financements d'origine privée de la prise en charge médico-sociale du handicap ?

Il est nécessaire que les acteurs du secteur non lucratif de santé-solidarité puissent continuer d'exercer leurs missions d'accompagnement de qualité des personnes en situation de handicap mais aussi de les développer au service de cette population.

Le recours à des financements d'origine privée de la prise en charge impacterait encore le reste à charge pour les personnes ou leur famille. Dans le respect d'un droit à la Compensation intégrale des conséquences d'un handicap, la Commission souhaite que le « zéro reste à charge » s'applique pour les personnes en situation de handicap.

#### 7. Comment expliquez-vous que la dynamique de signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ne soit pas plus importante ?

On estime à 9000 CPOM « personnes âgées et personnes handicapées » à signer d'ici 2022. Pour autant, au niveau national, seulement 55% des CPOM cibles ont effectivement été signés.

Il est possible de considérer ce résultat comme insuffisant. Toutefois, les fédérations constatent une activité intense auprès de leurs adhérents pour les accompagner dans la négociation de la contractualisation avec leurs autorités de tarification et de contrôle, ce qui tend à démontrer que la dynamique est maintenant bien engagée dans les territoires, et que la progression devrait se poursuivre.

Plusieurs facteurs peuvent toutefois expliquer que la dynamique ne soit pas plus importante à ce jour :

- Dans le champ du handicap, les organismes gestionnaires ont connu une période d'incertitude sur le plan budgétaire et comptable lorsqu'ils signaient un CPOM, concernant les modalités d'affectation de leurs résultats d'exploitation. Cette situation devrait positivement évoluer de par les dispositions de la LFSS pour 2018 qui devraient donner lieu à la publication prochaine d'un décret ;
- Les organisations citent l'exemple de recommencement dans le cas où les personnes au sein des autorités de tarifications changent.
- des freins de la part de certains Conseils départementaux, qui ne souhaitaient pas s'engager dans la signature de ces contrats, sont régulièrement remontés par des associations.
- Les nouvelles ARS semblent embolisées pour mener toutes les contractualisations.

#### 8. La procédure des appels à projet a connu plusieurs allègements récents. Pensez-vous qu'il faille aller encore plus loin ?

Pas particulièrement car le CPOM est actuellement un espace de négociation et il faut aussi prendre en compte les nouveaux modes de financement prévu par l'article 51 de la LFSS qui propose un cadre expérimental pour encourager, accompagner et accélérer le déploiement de nouvelles organisations en santé et médico-sociale.

En outre, l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018 ouvre la possibilité à des financements innovants, dérogoratoires aux règles actuelles de tarification pour des "expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé".

Ces expérimentations auront pour objectif de permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration du parcours des patients, en visant une meilleure coordination des parcours de santé et la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale.

## 9. Quelles préconisations porteriez-vous pour améliorer la prise en charge médico-sociale des personnes handicapées ?

La Commission rappelle que les ESSMS sont engagés dans un processus de modernisation de l'offre médico-sociale allant justement dans le sens de l'inclusivité des personnes en situation de handicap, avec rappelons-le :

- La démarche « une réponse accompagnée pour tous »
- Les systèmes d'information au service de la coordination des parcours
- La réforme des nouvelles autorisations
- L'exemple du dispositif intégré ITEP
- Le dispositif autour de l'emploi accompagné
- Le plan d'accès aux soins (PASS)
- Lancement d'un observatoire de l'habitat inclusif
- Le chantier « SERAFIN PH » et ses études de coûts
- ...

Pour appuyer cette transformation de l'offre et ainsi améliorer la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de handicap, il est nécessaire de :

- Garantir des dispositifs souples, évitant les ruptures de parcours, et permettant de répondre à la diversité des aspirations de vie des personnes ;
- Ne pas proposer des obligations sans moyens (exemple des services de suite) ;
- Avoir un outil pour connaître l'offre existante et les places vacantes ;
- Mieux respecter les agréments et tenir compte de l'évolution des publics et des situations complexes ;
- Un accompagnement renforcé au changement dans les pratiques professionnelles ;
- Améliorer le budget dédié au financement de « la prise en charge complémentaire » qui s'avère aujourd'hui largement insuffisant pour permettre toutes les prises en charge nécessaires ;
- L'élargissement des critères d'accès à la PCH pour notamment les personnes en situation de handicap mental, psychique ou cognitif, ainsi que l'abrogation de la barrière d'âge des 60 ans et des 75 ans pour l'octroi de la PCH ;
- Une simplification administrative, basée sur l'expertise d'usage, pour les personnes en situation de handicap et de leurs proches ;
- ...

10. Avez-vous connaissance d'établissements ou d'expériences qui accompagnent la personne handicapée tout au long de sa vie, indépendamment de la frontière d'âge ?

L'accompagnement tout au long de la vie est nécessaire mais dans le même établissement, heureusement non ... La Commission émet toutefois un point de vigilance sur l'effet filière.

Par ailleurs, la Commission propose au groupe de travail du Sénat de prendre en compte, dans leur mission, des expériences d'accompagnement « tout au long de la vie » à domicile.

11. Quel bilan pouvez-vous tracer de la « réponse accompagnée pour tous » ? Êtes-vous récipiendaire de demandes relatives à la non-réalisation de « plans d'accompagnement globaux » ?

La réponse accompagnée pour tous se déploie depuis le 1er janvier dernier. En 2017, 2264 demandes et propositions de PAG ont été comptabilisées et 837 plans ont été signés.

Les membres de la Commission ont connaissance d'un département où il y a eu à ce jour seulement deux PAG de signés pour une estimation de 2 000 personnes sans solution ou encore d'un autre département qui choisit d'orienter la personne et sa famille vers la Belgique.

Il est donc nécessaire d'appuyer les Départements pour mener à bien le déploiement de la démarche.

Les membres de la Commission rappellent aussi que la réponse accompagnée pour tous contient quatre axes et ne peut se mesurer seulement au nombre de PAG :

Axe 1 : Dispositif d'orientation permanent, piloté par la CNSA.

Axe 2 : Réponse territorialisée, piloté par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

Axe 3 : Dynamique d'accompagnement par les pairs, piloté par le Secrétariat général du Comité interministériel du handicap (SGCIH).

Axe 4 : Conduite du changement, piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

**Au-delà des réponses proposées aux questions du groupe de travail sur la question du financement de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leur famille, les membres de la Commission soulignent l'importance de ce sujet qui impacte la vie des personnes et souhaiterait proposer une contribution avec une « vision plus prospective ». Cette réflexion s'ancrerait dans le cadre de la transformation de l'offre sociale et médico-sociale et ses différents chantiers, tout en proposant des études d'impacts afin d'objectiver les mesures et ainsi de mieux évaluer les coûts du virage**

**ambulatoire et de la société inclusive.** Ce travail sera mené dans l'année dans le cadre de la Commission « organisation et cohérence institutionnelle » du CNCPH.