



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

# RAPPORT INTERMEDIAIRE DU PROJET SERAFIN-PH

## ÉLABORATION DES NOMENCLATURES

JANVIER 2016



Contexte et enjeux de la réforme SERAFIN-PH .....	4
1. Calendrier des travaux .....	11
2. Principes et modalités de travail : co-construction avec le groupe technique national .....	13
3. Préalables pour l'élaboration des nomenclatures : un langage commun .....	14
3.1 Notions de référentiel tarifaire et de nomenclatures .....	14
3.2 La notion de besoin .....	15
3.3 La notion de prestation .....	17
4. L'architecture et les logiques de fonctionnement des nomenclatures .....	19
4.1 Identification d'outils existants et confrontation avec les exigences du projet .....	19
4.2 Principes ayant guidé la construction des nomenclatures .....	20
4.2.1 Les prestations directes interviennent en réponse à des besoins .....	20
4.2.2 Les nomenclatures ont une vocation descriptive de l'activité de tous les ESMS .....	20
5. Contenu de chacune des composantes des nomenclatures de besoins et de prestations.....	22
5.1 Les besoins en matière de santé .....	22
5.2 Les prestations en matière de santé .....	25
5.3 Le domaine de l'autonomie .....	25
5.4 Le domaine de la participation sociale .....	25
5.5 Des précisions sur les prestations en matière d'autonomie et de participation sociale.....	26
5.6 La fonction gérer, manager, coopérer.....	27
5.7 Les fonctions logistiques.....	28
6. Représentation schématique des nomenclatures.....	29
7. Les autres chantiers du projet.....	32
7.1 Conduite du changement .....	32
7.2 Réalisation d'une enquête de coûts .....	32
7.3 Implémentation du tableau de bord de la performance.....	32
7.4 Liaisons avec les outils des MDPH .....	33
7.5 Liaisons avec les évolutions en matière d'autorisation et de description des établissements et services33	
7.6 Liaisons avec l'élaboration des CPOM.....	33

8. Annexes .....	34
Liens utiles .....	34

## CONTEXTE ET ENJEUX DE LA REFORME SERAFIN-PH

Le comité stratégique réuni le 26 novembre 2014 sous la présidence de Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, a adopté la feuille de route de la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap.

Cette feuille de route est largement inspirée par les rapports rendus en octobre 2013 et juillet 2014 par Laurent Vachey (inspecteur général des finances) et Agnès Jeannet (inspectrice générale des affaires sociales).

Un an après cette mise en chantier, il est apparu utile de produire un rapport d'étape permettant à la fois de rappeler les objectifs, retracer la méthodologie utilisée, les avancées du chantier qui s'est déroulé de manière consensuelle, les perspectives des prochains mois. Il est également nécessaire de situer ce chantier dans un environnement plus large, comme une contribution à la mise en œuvre d'une politique inclusive en faveur des personnes en situation de handicap, avec notamment le chantier « une réponse accompagnée pour tous ».

La réforme de la tarification a pour objectif d'arrêter des modalités d'allocation de ressources plus équitables, plus simples et qui facilitent les parcours. C'est aussi un outil au service d'une politique, dont le virage a été amorcé par la loi du 2 janvier 2002, qui donne aux personnes handicapées toute leur place dans la définition et la mise en œuvre de leur projet de vie. De façon subséquente, les établissements et services ont été amenés à faire évoluer leurs modalités d'accompagnement aux différentes étapes du projet de vie pour s'ajuster au plus près des besoins des personnes concernées à travers des réponses très individualisées.

En conformité avec la loi du 11 février 2005, le Gouvernement affirme le droit à l'égalité des chances et à la participation sociale des personnes handicapées et inscrit la nécessité de faire évoluer l'environnement pour rendre la société plus inclusive. L'objectif partagé est bien de contribuer à développer simultanément l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale et l'exercice de la citoyenneté pour prévenir toute forme d'exclusion.

En prenant en compte cette nécessité, les établissements et services accueillant et accompagnant des personnes handicapées sont, de fait, amenés à modifier leurs pratiques : ils interviennent auprès des personnes accompagnées et, de plus en plus fréquemment, auprès et avec l'environnement des personnes, qu'il soit familial ou extrafamilial (crèche, école, emploi, centres de loisirs, centres sportifs ou culturels et, plus globalement, la cité). Ils ont vocation à transférer leur savoir et leur savoir-faire et à tirer profit des compétences des parents, des personnes elles-mêmes et des autres professionnels. Enfin, ils bénéficient de l'expérience collective et des consensus qui peuvent se dégager dans les recommandations de bonnes pratiques.

Les ESMS développent aussi des modes d'organisation qui restent pour partie collectifs, fondés sur une équipe pluridisciplinaire. Cette dualité entre un accompagnement très individualisé et une organisation plus collective impose des décloisonnements entre établissements et services, entre secteur médico-social, secteur sanitaire et secteur social au sein de territoires. Ainsi, les établissements et services sont-ils amenés à faire de plus en plus appel aux différentes ressources de leur environnement (dans le domaine de la santé, pour les transports...).

De nouvelles formes d'organisation et d'accompagnement se développent donc depuis plusieurs années. Mais elles se heurtent aux normes administratives et à des modalités de financement inadaptées. Il convient de trouver maintenant les voies et les moyens pour que de nouvelles formes d'organisation et de tarification, plus à même de favoriser la continuité des accompagnements, soient mises en œuvre. Le projet SERAFIN-PH doit non seulement permettre aux ESMS de fonctionner comme ils le font actuellement, mais aussi d'être en capacité de contribuer aux évolutions attendues du secteur.

## **Sortir d'une organisation qui repose actuellement sur la segmentation des réponses pour aller vers une organisation plus souple permettant des parcours individualisés**

Actuellement, 450 000 personnes en situation de handicap sont accompagnées par les services ou accueillies dans les établissements médico-sociaux. Pour répondre à leurs besoins, ont été créées au fil des décennies des structures proposant un accompagnement en fonction des caractéristiques des personnes fondées sur leur âge (enfants, adolescents et jeunes adultes, adultes, personnes handicapées vieillissantes) et sur les types de déficience présentée (intellectuelle, motrice, sensorielle, polyhandicap, surdité, handicap rare) ou de diagnostic (autisme, épilepsie, sclérose en plaques, traumatisme crânien, handicap psychique, myopathie...).

Cette évolution a été largement liée à une différenciation progressive des réponses en fonction des caractéristiques des personnes, chaque fois que les progrès dans la connaissance ont permis une amélioration du diagnostic ou une meilleure définition des modalités d'intervention (exemple de l'autisme). Cette approche par typologie de déficience ou de diagnostic et par âge repose sur l'idée implicite que, pour chaque âge et chaque catégorie de déficience ou de diagnostic, les besoins des personnes seraient globalement identiques. Ils justifieraient alors l'organisation de réponses collectives fondées sur ces caractéristiques communes. Cependant, ces caractérisations ne sont pas toujours opérantes :

- d'une part, ces catégorisations en types de déficiences et de diagnostics se heurtent à des situations qui sont multiples et parfois intriquées : il n'est pas rare qu'une personne autiste soit également porteuse d'une déficience intellectuelle ou qu'une personne déficiente intellectuelle souffre de troubles associés ;
- d'autre part, cette approche ne tient pas suffisamment compte de la nécessaire individualisation des besoins des personnes en situation de handicap, introduite par la définition du handicap de la loi du 11 février 2005 : si le handicap consiste en une limitation d'activité due à l'interaction entre un trouble de santé (ou une déficience) et un environnement, alors chaque situation est forcément particulière. D'une personne à l'autre, les besoins sont variables dans les différents domaines de la vie, en fonction de ses attentes, d'un environnement plus ou moins facilitant pour y répondre au mieux. L'évaluation de ces besoins doit être faite finement au niveau individuel pour ajuster les réponses qui doivent être mises en œuvre.

À la typologie par âge et déficience, qui vise à différencier les réponses, s'ajoute un cloisonnement par typologie d'établissements et services. Ainsi, après une phase marquée par le développement d'établissements médico-sociaux proposant un hébergement collectif et un accompagnement global dans la durée, l'évolution des attentes des personnes et de leur entourage et le dynamisme des opérateurs et des professionnels au cours des deux dernières décennies ont induit le développement de services afin de faciliter l'accompagnement « en milieu ordinaire ». C'est ainsi que, pour les enfants, près de 65% des places créées depuis 2008 sont des places de services<sup>1</sup>.

Les catégories d'établissements puis de services se sont multipliées au fil des ans. Aux nombreuses typologies administratives de structures (on compte plus d'une vingtaine de catégories administratives) se sont ajoutées les caractérisations de plus en plus spécialisées par type de public. Cette fragmentation a pour corollaire une

---

<sup>1</sup> Source : CNSA, La mise en œuvre des plans au 31/12/2014 et la programmation des places nouvelles en faveur des personnes handicapées entre 2015 et 2018, bilan d'octobre 2015

difficulté à organiser des réponses territorialisées cohérentes et favorise l'éloignement des personnes de leur lieu de vie. Elle ne garantit en aucune manière une réponse aux situations complexes. Bien au contraire, elle peut être facteur d'exclusion.

Or, passer d'une logique de place à une logique de parcours implique un changement explicité notamment dans le rapport de Denis Piveteau, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*.

« L'offre sanitaire, médico-sociale et sociale doit se réorganiser pour ne plus simplement proposer des "places", mais des "réponses". La place est une case dans laquelle ne rentrent que les profils qui lui correspondent. La réponse est un dispositif modulaire, capable de combiner plusieurs prises en charge médico-sociales, sanitaires, éducatives, et d'épouser les situations complexes ou évolutives ».

La fragmentation est en effet génératrice de rigidités que le secteur souhaite voir levées. Elle ne permet pas de répondre de manière satisfaisante à l'évolution de la demande, à des projets de vie nécessairement évolutifs dans le temps.

Tout ceci invite à organiser les découloissements, à faciliter les parcours de telle manière que les réponses construites soient régulièrement réajustées à l'évolution des besoins des personnes. Ceci invite également à construire des réponses individualisées, sur mesure, par la mobilisation éventuelle de différents acteurs. Cette évolution est rendue indispensable notamment pour les situations appelant des réponses complexes à travers la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement global (loi de modernisation du système de santé). Elle est également nécessaire pour les situations dites « charnières » telles que le passage de l'adolescence à l'âge adulte (personnes relevant de l'amendement Creton notamment). Elle aura très certainement pour corollaire des organisations comparables à plus grande échelle. C'est le chantier « Réponse accompagnée pour tous », coordonné par Marie-Sophie Desaulle, et notamment l'axe 1 de ce chantier. Or, l'une des difficultés pour organiser ces réponses complexes qui mobilisent des professionnels de différents champs est de développer des repères communs à tous, un vocabulaire partagé, une structuration de l'évaluation des besoins et de la construction des réponses sur un socle commun. Les travaux de SERAFIN pourront être une contribution à la construction de ce vocabulaire partagé, voire de ce socle commun, et dépassent de fait la construction d'outils à de seules fins tarifaires.

Une réponse accompagnée pour tous impose également de repenser l'organisation territorialisée. La réflexion conduite tout au long de l'année 2015 au sein du groupe technique national sur les notions de besoins ou de prestations et l'adoption progressive d'un vocabulaire partagé rejoignent les travaux actuellement conduits sur la territorialisation des réponses et la contractualisation entre établissements et services, entre organismes gestionnaires, entre acteurs territoriaux de différents champs. Ces travaux rejoignent l'axe 2 du chantier « Réponse accompagnée pour tous ».

Cette démarche entend aussi créer une dynamique d'accompagnement par les pairs (Axe 3) : l'expérience du handicap, la connaissance qu'ont les personnes de leur environnement immédiat et quotidien créent une forme d'expertise. Cette « expertise d'usage » doit être valorisée. Elle doit s'additionner à celle des professionnels et contribuer à l'élaboration de la politique publique, en particulier dans l'expression des besoins des personnes. A ce titre, cette dynamique rejoint le projet Serafin.

Enfin, les bouleversements structurels à l'œuvre actuellement nécessitent une conduite du changement et une évolution des pratiques professionnelles. Ils croisent les problématiques de l'axe 4 du chantier « Réponse accompagnée pour tous » ainsi que les travaux conduits lors des États généraux du travail social et le plan d'action qui en résulte.

## **Favoriser l'accès au droit commun en intervenant aussi sur l'environnement des personnes**

La loi du 11 février 2005 repose sur la non-discrimination tout en développant les compensations nécessaires pour accéder au droit commun dès lors que la mise en accessibilité ne suffit pas. C'est particulièrement le cas pour la scolarisation des enfants et des adolescents handicapés ou pour l'accès à l'emploi.

Faut-il rappeler en effet que les ESMS pour enfants et adolescents handicapés étaient également dénommés « établissements d'éducation spéciale » ? Ils reposent sur la nécessité de mettre en œuvre des méthodes éducatives et pédagogiques particulières que l'Éducation nationale n'apporte pas et qui justifient des équipes pluridisciplinaires spécifiques. Cela avait comme corollaire jusqu'à une date récente une mise à l'écart dans des ESMS spécialisés. La scolarisation en milieu ordinaire devient maintenant la règle tout en respectant les besoins particuliers des jeunes qui bénéficient de la complémentarité du champ médico-social et de celui de l'Éducation nationale. C'est ainsi que se sont développés les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (intervenant le plus souvent en milieu scolaire), les auxiliaires de vie scolaire. Ont également été créées des unités d'enseignement, au sein même des établissements scolaires pour les plus récentes.

Dans le domaine de l'emploi, le mouvement est comparable : historiquement, des centres d'aide par le travail ont été créés. Puis, ceux-ci ont pu développer des services (établissements et services d'aide par le travail – ESAT). L'organisation institutionnelle collective évolue de plus en plus fréquemment vers des ESAT hors les murs et un accueil en entreprise. Les travailleurs handicapés, selon leurs difficultés, trouvent également des possibilités d'insertion professionnelle en entreprise adaptée. Rompant peu ou prou avec les pratiques de réadaptation au travail et d'aide à la réinsertion professionnelle, de nouvelles modalités d'accompagnement se font jour sous des appellations diverses de « soutien à l'emploi » (*job coaching*), de programme d'insertion dans l'emploi et de soutien individualisé ou encore d'emploi assisté. Ces nouvelles modalités d'accompagnement, qui s'appuient sur les capacités résiduelles des personnes, leur autodétermination et leur capacité à exercer des choix, appellent de nouveaux types d'emplois. Les professionnels interviennent au moins autant au sein de l'entreprise qu'auprès de la personne accompagnée. Enfin, il est nécessaire de rappeler que la majorité des personnes handicapées ont une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail, sans que leurs besoins particuliers appellent des adaptations majeures de leur environnement si ce n'est, *a minima*, la sensibilisation de leur entourage professionnel à leurs besoins particuliers.

On pourrait également citer l'action conduite par les centres de préorientation (CPO), les centres de rééducation professionnelle (CRP) ou les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (UEROS) qui développent de nouvelles formes d'accompagnement à la réinsertion professionnelle. Ils sont de plus en plus souvent amenés à intervenir en lien avec le droit commun.

## **Faciliter les articulations entre les champs sanitaire et médico-social et faciliter leur complémentarité**

Le chantier SERAFIN-PH qui s'est engagé doit également prendre en compte d'autres chantiers structurants pour le secteur médico-social. En tout premier lieu, comme évoqué précédemment, celui d'une « réponse accompagnée pour tous ». Ce chantier invite les territoires pionniers à trouver les organisations qui permettent aux établissements et services de s'adapter au mieux au parcours des personnes, de répondre aux situations les plus complexes en qualité et en quantité et au plus grand nombre d'entre elles pour atteindre l'objectif de « zéro sans solution ». Ce chantier amène de fait et en particulier à organiser les articulations entre le champ sanitaire et le champ médico-social.

C'est cette même logique que le chantier SERAFIN-PH veut pouvoir soutenir afin de veiller à l'accès à la prévention, aux soins curatifs et palliatifs tant pour les soins liés très directement au handicap que pour ceux qui sont liés aux affections intercurrentes. Or le handicap est lui-même encore trop souvent générateur d'inégalités en santé. Lutter contre ces inégalités passe par un ensemble d'actions qui mobilisent l'ensemble des professionnels et pas seulement les professionnels de santé : ouverture des droits, informations sur la santé, repérage des troubles, capacité à exprimer une demande, accès aux professionnels de santé, compréhension des actes, du traitement, observance...

L'existence même du champ médico-social, spécifique à notre pays, repose sur la nécessité d'une étroite collaboration entre les professionnels du soin et les professionnels de l'accompagnement au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Mais, en même temps que cette intrication est réaffirmée par le secteur médico-social au sein même de la structure ou du service, il y a nécessité d'organiser les modalités d'accompagnement sans rupture, les passages parfois indispensables du champ sanitaire au champ médico-social et réciproquement, voire les accompagnements simultanés des deux champs.

Ces évolutions auront vocation à se développer dans les années à venir du fait de l'accompagnement par le secteur médico-social de nouveaux publics, en particulier les personnes qui trouvent actuellement des réponses au long cours dans le secteur sanitaire : l'hôpital n'est pas conçu comme un lieu de vie, et le virage ambulatoire mobilisera le secteur médico-social dans les réponses à apporter à des personnes ayant parfois besoin de soins pluriquotidiens. Or, tel qu'il est conçu actuellement, le secteur médico-social n'est pas nécessairement équipé pour répondre à cette nouvelle demande et peine parfois à recruter des soignants.

Ces évolutions sont également pour partie liées au vieillissement des personnes handicapées qui peuvent évoluer avec l'appui ou au sein du secteur médico-social, mais qui doivent aussi pouvoir avoir recours aux soins chaque fois que nécessaire, du fait des pathologies liées au handicap initial ou de l'apparition de nouveaux troubles de santé (vieillesse prématuré ou non).

## **Habiter ? Ou être hébergé ?**

Ne pas opposer les réponses en établissements aux réponses d'accompagnement plus souples nécessite aujourd'hui d'opter plutôt pour le développement d'institutions (au sens juridique du terme) proposant des réponses graduées.

Ainsi, les pouvoirs publics n'entendent pas supprimer des organisations institutionnelles collectives dès lors qu'elles sont choisies par les personnes, qu'elles répondent à leurs besoins et à ceux de leur entourage et correspondent à une indication précise. Cette forme d'accompagnement est bien souvent rendue nécessaire lorsque le handicap de la personne nécessite l'intervention d'équipes pluridisciplinaire tout au long de la journée voire une surveillance de nuit qui fait peser sur l'entourage de la personne une charge particulièrement importante. Elle peut permettre à la fois une mise en sécurité et la lutte contre l'isolement.

A *contrario*, elle génère des contraintes qui ne peuvent être mésestimées et, dans une certaine mesure, conduisent à une restriction partielle de liberté d'aller et venir liée à la vie en collectivité. Recourir à des réponses collectives très intégrées doit donc être le fruit d'une analyse précise des besoins et attentes. Cela ne saurait être une orientation par défaut ou par habitude.

D'autres réponses sont parfois possibles, y compris dans le droit commun, avec des formes d'accompagnement adéquates : de nouvelles formes d'habitat (logement accompagné) se sont fait jour plus récemment, respectant à la fois l'évolution des projets de vie des jeunes adultes puis des adultes. Ces nouvelles formes d'habitat peuvent être organisées selon des modes plus ou moins intégrés, plus ou moins institutionnels.

La question du « où et comment habiter » doit donc être posée : quels sont le lieu et le mode d'habitation les plus pertinents pour chaque personne ? Quelle place le secteur médico-social a-t-il ou se donne-t-il dans le développement de ces nouvelles formes d'accompagnement vers un logement autonome, un logement accompagné ou toute autre forme d'habitation ?

Le projet SERAFIN-PH a l'ambition de concourir à l'évolution du rôle des établissements et services médico-sociaux :

- un rôle pour le développement de l'**autodétermination** des personnes c'est-à-dire de leur capacité à faire des choix de vie sans être influencées par des facteurs extérieurs (définition issue des travaux de Wehmeyer, 1992, 1996) ;

- un rôle pour favoriser l'**accès au droit commun** ; cet accès au droit commun nécessite d'intervenir auprès des personnes handicapées, mais aussi de leur environnement pour augmenter leur compétence ;

- un rôle en matière de développement de **réponses graduées** pour l'accompagnement de l'ensemble des situations, notamment les plus complexes pour lesquelles la notion d'équipe pluridisciplinaire a tout son sens et pour lesquelles la mobilisation de plusieurs acteurs est souvent indispensable.

## Un accompagnement dans la durée

L'une des grandes caractéristiques du secteur médico-social est qu'il doit penser les réponses qu'il apporte et donc son organisation pour des périodes de vie particulièrement longues. Ces longues périodes obligent cependant à une vigilance permanente pour s'adapter au plus près des besoins des personnes, pour s'ajuster en fonction des modifications de l'environnement familial et social, pour éviter les ruptures par des changements trop brutaux, prévenir le vieillissement des personnes et anticiper ses conséquences, demeurer innovant et préserver le dynamisme et l'engagement des équipes. En cela, le secteur médico-social ne peut se confondre avec le secteur sanitaire ou le secteur social. « Son fondement de l'accompagnement repose sur le projet de vie. Celui-ci s'inscrit généralement dans une séquence d'une vie entière ou d'une longue séquence de vie d'où une durée moyenne de séjour qui ne peut servir de référence alors qu'elle constitue un repère majeur pour les soins<sup>2</sup>. »

La prise en compte de ces particularités impose de construire une réforme adaptée à la notion fondamentale de projet de vie. L'accompagnement dans la durée ne signifie cependant pas une réponse unique tout au long de la vie ni même un accompagnement tous les jours de la semaine, du mois ou de l'année et justifie pleinement un ajustement permanent des réponses aux besoins de la personne.

## Des réformes dans un contexte budgétaire contraint

Les évolutions à venir sont marquées par un contexte de contraintes budgétaires fortes : le financement des établissements et services est assuré par différents financeurs, principalement l'assurance maladie, les conseils départementaux, l'État, selon des modalités variables en fonction des catégories (dépense globale publique estimée à 16 milliards d'euros). Quel que soit le financeur, l'évolution de la dépense au cours des dernières années a été plus rapide que l'évolution du nombre de places, sans pour autant atteindre une bonne adéquation entre les besoins de l'ensemble des personnes handicapées et les réponses apportées. Il est régulièrement souligné que la tarification est liée à une allocation historique des ressources, sans que l'on

---

<sup>2</sup> Voir le document de l'ANAP : *Le secteur médico-social : comprendre pour agir mieux*. Juillet 2013, page 10.

puisse objectiver la constitution du coût ni son rapport à la perte d'autonomie, à la lourdeur de l'accompagnement ou à toute autre caractéristique des personnes accompagnées. En outre, trop souvent encore, des personnes restent sans solution.

Cette réforme de la tarification doit avoir l'ambition de rechercher l'utilisation la plus appropriée des ressources disponibles pour répondre au mieux à l'ensemble des personnes concernées. Cette réforme est une nécessité, y compris budgétaire : pour la Cour des comptes il s'agit de réformer le processus de la tarification et de faire en sorte qu'il soit « fondé sur des références objectives et des outils performants : un ajustement efficace des ressources en fonction du coût de la qualité des prestations effectuées ».

## **La réforme de la tarification des ESMS, une obligation**

Pour l'ensemble des points rappelés précédemment, la réforme de la tarification doit donc être **une opportunité** pour favoriser l'évolution des modalités d'organisation des établissements et services médico-sociaux vers des réponses plus souples dans le temps, s'ajustant mieux aux besoins des personnes concernées et de leur entourage. Elle doit faciliter les parcours, le recours à différentes modalités d'accompagnement sanitaire, médico-social ou social, simultanément ou successivement.

Cette réforme de la tarification est donc ambitieuse, car elle interroge sur ce que chacun attend des établissements et services médico-sociaux : quelle organisation privilégier pour que les établissements et services répondent aux besoins des personnes dans leur environnement ? Quels freins faut-il lever pour atteindre cet objectif ? Elle doit nous engager dans une réflexion sur l'avenir, sur l'évolution de la demande qualitative et quantitative.

Elle vient compléter le passage en contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en dotant ces contrats d'outils d'objectivation de l'allocation budgétaire.

## **Des objectifs partagés, une méthode coconstruite**

L'objectif du projet SERAFIN-PH est de construire les outils d'une tarification rénovée. Il comprend plusieurs phases qui sont rappelées dans ce rapport d'étape. La première étape était de construire une nomenclature des besoins et une nomenclature des prestations, gages d'un vocabulaire partagé entre tous. L'objet de ce rapport d'étape est de rendre compte de la méthodologie utilisée, des choix que le groupe technique a pu faire et des résultats obtenus. Cette co-construction avec les représentants du secteur amorce une mise en mouvement résolue vers l'objectif à atteindre. Mais cette co-construction va plus loin que les premiers éléments d'un outil tarifaire. Elle constitue un travail de fond pour faire évoluer les modalités de l'évaluation individuelle des besoins des personnes et l'organisation des réponses qui leur sont apportées.

C'est de ce travail de co-construction que nous souhaitons rendre compte en explicitant à la fois les choix et les partis pris qui ont été opérés.

## 1. CALENDRIER DES TRAVAUX

Conformément à la feuille de route validée lors du comité stratégique du 26 novembre 2014, la première phase du projet SERAFIN-PH s'étend sur trois années. Durant cette période, l'équipe-projet s'engage sur les chantiers suivants :

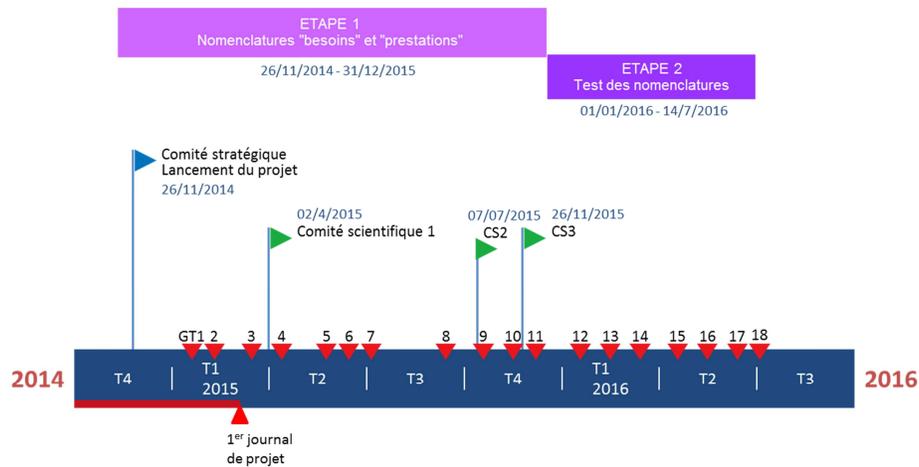
- trois chantiers principaux structurants : construire une nomenclature des besoins, une nomenclature des prestations et réaliser une enquête de coûts ;
- un chantier à ouvrir du fait de l'impact généré par les nomenclatures : une réflexion sur les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des ESMS et le contenu des autorisations ;
- un chantier à engager, structurant pour la réforme : celui de la consolidation de la dépense de tous les financeurs ;
- trois chantiers transversaux : celui de l'impact sur les systèmes d'information et deux chantiers de conduite du changement, à savoir la communication et la formation.

Afin de conduire ces différents chantiers, une **comitologie ad hoc du projet a été mise en œuvre.**

	Pilotes	Participants	Rôles
<b>Comité stratégique</b>	La ministre et la secrétaire d'Etat	AC (SGMCAS, DGCS, DSS, DB, DREES), ANESM, ATIH, CNAMTS, CNSA, ARS, ADF, fédérations gestionnaires, fédérations PH, EHESP	Suivi de l'avance des travaux et validation des grandes étapes de la réforme
<b>Comité de pilotage</b>	Le cabinet de la ministre	Cabinet, SGMCAS, DGCS, CNSA, ADF, DSS, CNAMTS, équipe projet	Arbitrage des décisions dépassant le champ de compétence strict de DGCS et CNSA
<b>Comité de projet</b>	Directeur DGCS + directrice CNSA	Directeur DGCS + directrice CNSA + directrice de projet + adjointe + le chef de service DGCS + le chef de service DESMS ou son adjoint	Rendu-compte conjoint et simultané aux deux lignes hiérarchiques et arbitrages des décisions relevant des compétences respectives et/ou croisées
<b>Comité transverse</b>	Directrice de Projet	DGCS (SD3, SD5), CNSA (DCOMP, DESMS), équipe projet	Echange de manière transversale des informations sur la conduite du projet
<b>Groupe technique national</b>	Directrice de projet	Administrations, opérateurs, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, fédérations et gestionnaires	Co-construction des outils de la réforme
<b>Comité scientifique</b>	Directrice de projet Président du comité	Comité ad-hoc constitué de scientifiques et d'experts, présidé par le Docteur Alain Colvez	Apporte un appui au scientifique aux travaux SERAFIN, émet des avis et propositions, identifie des expériences étrangères

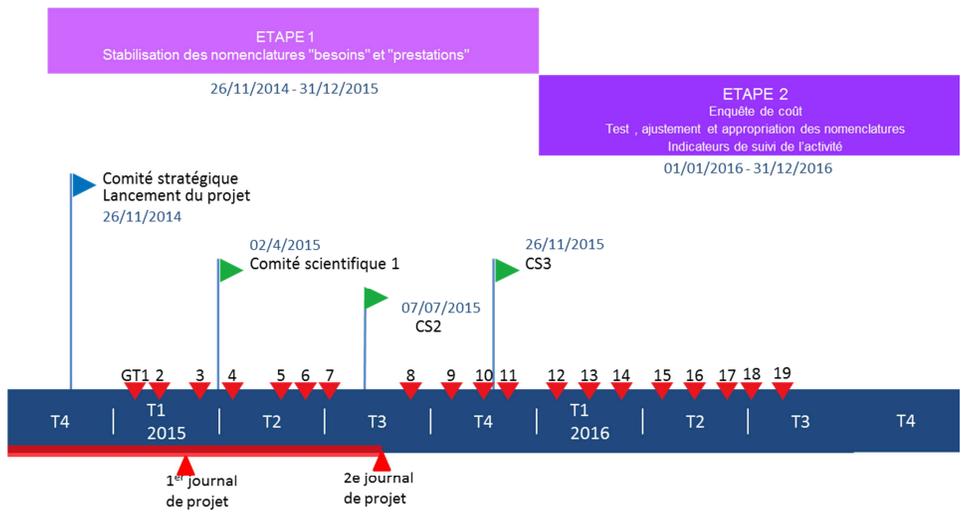
La réalisation du premier chantier, à savoir l'élaboration des nomenclatures, nécessitait un large consensus. À cet effet, le groupe technique national s'est réuni mensuellement tout au long de l'année 2015. Le comité scientifique quant à lui s'est réuni à trois reprises.

Le calendrier initial du projet, ci-après, comprenait une stabilisation des nomenclatures en juillet 2016 :



Calendrier des travaux novembre 2014 – juin 2016

Compte tenu du **caractère très structurant des nomenclatures** pour les autres chantiers du projet SERAFIN-PH ainsi que pour un certain nombre de chantiers connexes, **il a été décidé d'avancer de six mois le calendrier relatif à l'élaboration des nomenclatures**. Les nomenclatures de besoins et de prestations sont donc rendues disponibles dans une version stabilisée fin 2015 en vue d'engager un certain nombre d'autres chantiers. Le **nouveau calendrier** est le suivant :



Calendrier des travaux novembre 2014 – décembre 2016

## 2. PRINCIPES ET MODALITES DE TRAVAIL : CO-CONSTRUCTION AVEC LE GROUPE TECHNIQUE NATIONAL

La feuille de route du projet SERAFIN-PH, validée par le **comité stratégique de la réforme le 26 novembre 2014**, a **acté le principe d'une méthode participative** pour construire les nomenclatures de besoins et de prestations, socles de la réforme.

Un **groupe technique national composé de différents acteurs** concernés par la réforme a été constitué en janvier 2015 :

	REPRÉSENTANTS
<b>État</b>	SGMAS, DSS, DGOS, DGCS, DGCL, DB
<b>ARS</b>	Pays de la Loire, Centre- Val de Loire
<b>Départements</b>	Assemblée des départements de France
<b>MDPH</b>	MDPH de la Meuse (55)
<b>Agences, établissements publics de l'État, caisse de sécurité sociale</b>	ANAP, ANESM, ATIH, CNSA, EHESP, CNAMTS
<b>Fédérations gestionnaires</b>	FEGAPEI, FEHAP, FHF, UNIOPSS, GNDA, Croix-Rouge française, Mutualité française, ANDICAT, FISAF, GEPSO
<b>Représentants des associations et des gestionnaires, désignés par le CNCPH en janvier 2015</b>	AFM-Téléthon, APAJH, APF, Autisme France, CFPSAA, CLAPEAHA, FFAIMC, UNAPEI, UNAFAM, Trisomie 21 France, L'ADAPT
<b>Autres opérateurs</b>	ANCREAI

L'objectif du groupe était de **coconstruire les nomenclatures de besoins et de prestations**. La méthode de travail a été la suivante : **une réunion d'une journée par mois, planifiée dix-huit mois à l'avance**. Les participants désignés devant s'engager :

- à avoir la compétence technique et une connaissance du sujet ;
- à être présent pour toute la durée des travaux ;
- à communiquer vis-à-vis des acteurs qu'ils représentent dans le groupe pour les informer de l'avancement des travaux ;
- à mobiliser le cas échéant d'autres acteurs de leur champ.

Le **groupe technique national s'est réuni onze fois en 2015** (tous les mois sauf en août). La méthode qui a systématiquement prévalu a consisté à présenter au groupe une proposition élaborée par l'équipe-projet pour amendement en séance et validation à la séance suivante. **Le principe était celui d'un accord le plus large possible si ce n'est un consensus**. Ce dispositif de concertation permanent permet d'aboutir, fin 2015, à une **stabilisation des principaux contenus des nomenclatures**. Les positions de principe intermédiaires des différents membres ont été rendues publiques et transmises à l'ensemble des membres du groupe.

### 3. PREALABLES POUR L'ELABORATION DES NOMENCLATURES : UN LANGAGE COMMUN

Préalablement à la construction de ces nomenclatures, propres au secteur de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées, ont été **définis, dans trois notes successives**, les concepts qui allaient être utilisés tout au long des travaux. **Ces concepts, débattus et tranchés en groupe technique national**, ont également fait **l'objet d'une présentation et d'échanges au sein du comité scientifique**.

#### 3.1 NOTIONS DE REFERENTIEL TARIFAIRE ET DE NOMENCLATURES

L'équipe-projet a, dans un premier temps, proposé au groupe technique national des définitions des notions génériques de nomenclatures et de référentiels. Il s'agissait alors de s'accorder sur les objectifs mêmes des outils à construire. Les éléments qui suivent sont le reflet des définitions qui ont été partagées avec le groupe.

**Une nomenclature a vocation à classer des données** de manière homogène : elle consiste en un ensemble de mots en usage dans le domaine. Ces mots, relatifs à un sujet donné, sont alors présentés selon une classification méthodique et avec une définition la plus précise possible (sur la base de références scientifiques ou à défaut de consensus). Il s'agit donc d'un catalogue détaillé et ordonné des éléments d'un ensemble. **Les nomenclatures SERAFIN-PH sont donc des catalogues détaillés et ordonnés des éléments permettant de décrire les besoins et les prestations.**

**Les données que l'on souhaite classer** au moyen des nomenclatures sont des informations qui ont vocation à décrire la réalité, elles **doivent être choisies pour leur pertinence et leur disponibilité**. Il est ainsi essentiel de faire émerger un accord sur les données que l'on choisit de rendre visibles : ces données doivent être utiles à l'objectif fixé ; elles doivent également être disponibles et l'on doit être en mesure de les recueillir. À titre d'exemple, les données en matière de temps passé par les professionnels auprès des personnes accueillies, pour pertinentes qu'elles soient, ne sont pas d'emblée toutes forcément disponibles sans un recueil spécifique. Ces enjeux de pertinence et de disponibilité des données devront donc être abordés.

La **grille**, dans notre approche, est une **modalité d'administration** de tout ou partie des nomenclatures : elle permet, par le « chemin critique » qu'elle définit dans un objectif précis, d'organiser les nomenclatures pour recueillir, d'une manière standardisée ou non, les données. À noter qu'une grille peut également intégrer une **aide à la décision** dès lors que les données recueillies peuvent être organisées et croisées dans un objectif donné. La grille, en plus du recueil, permet alors une qualification des données en vue d'une aide à la décision, par exemple en intégrant des indicateurs, voire la notion de cotation ou de score. Dans des situations plus complexes, la grille peut également introduire un **algorithme** de soutien à la décision : un algorithme est alors une suite définie et non ambiguë (transparente) d'opérations ou d'instructions permettant de résoudre un problème.

La notion d'**indicateur** est essentielle dans notre réflexion : un indicateur est construit à partir d'un **agrégat de données**. C'est un outil qui permet d'évaluer, de **mesurer** une situation, une tendance, un état.

Ces différentes définitions permettent d'introduire **la notion de référentiel** : le **référentiel tarifaire**, en cours d'élaboration, a donc vocation à intégrer potentiellement l'ensemble des composants définis *supra* (des nomenclatures, organisées le cas échéant en grilles, complétées le cas échéant d'indicateurs voire d'un ou plusieurs algorithmes) dans un objectif précis.

Un référentiel, qui induit l'idée de « **faisant référence** », devient véritablement un référentiel parce que les acteurs qui en sont les parties prenantes en ont décidé ainsi : pour asseoir ce choix, l'enjeu de la **gouvernance** des référentiels est majeur. Dans la gouvernance, on devra retrouver la garantie des objectifs poursuivis (une

utilisation du référentiel exclusivement conforme à ses objectifs), le niveau de validation (niveau réglementaire, infraréglementaire), les conditions de son utilisation (modalités d'entrée et de sortie du référentiel, obligation faite à son utilisation...), ses modalités d'évolution.

**Enfin, un des enjeux des nomenclatures de besoins et de prestations, qui ont vocation à constituer les premiers éléments du référentiel tarifaire, est celui de leur compatibilité avec d'autres outils du secteur :** que ces outils existent (logique d'interopérabilité des systèmes d'information et de décloisonnement des processus de travail par exemple avec les outils d'orientation des MDPH) ou qu'ils n'existent pas encore (liaisons qu'il sera nécessaire d'établir entre les nomenclatures des prestations et le répertoire opérationnel des ressources, le ROR, qui a vocation à se déployer dans le champ médico-social ou encore avec des outils de planification des agences régionales de santé).

### 3.2 LA NOTION DE BESOIN

La notion de besoin est fréquemment utilisée dans le champ médico-social, sans être définie. Le groupe technique national a adopté les notions suivantes.

Les travaux SERAFIN-PH ont avant tout posé l'exigence d'une approche du besoin conforme aux concepts internationaux utilisés en France dans le domaine du handicap : c'est donc la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et la compatibilité avec le référentiel national d'évaluation utilisé par les MDPH (le GEVA)<sup>3</sup> qui ont prévalu dans les travaux. Il s'agit d'une approche permettant la synthèse entre approche individuelle et sociale en garantissant une approche multidimensionnelle du handicap. À noter que la spécificité des enfants doit nécessairement être prise en compte dans l'évaluation des besoins, et donc par extension dans la nomenclature des besoins à élaborer, conformément à ce que l'OMS précise<sup>4</sup>. Un des enjeux réside dans le fait qu'il s'agit de repérer les besoins en fonction de la situation actuelle, mais que l'évaluation des besoins se pratique dans une démarche dynamique en tenant compte de l'évolution même de la situation prévisible en l'état des connaissances.

En tout état de cause, pour définir la notion de besoin, il faut partir de la réalisation d'une activité (ou de la participation) dans une population donnée : elle est entendue comme ce que l'on peut attendre de la part d'individus n'ayant pas de problème de santé. Ainsi, une personne sans problème de santé est en capacité de réaliser une activité (ou de participer) dans un environnement humain, social, architectural normalisé. La limitation d'activité ou la restriction de participation peut alors être plus ou moins grande, tant en qualité qu'en quantité : **le besoin se définit dans cet 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.**

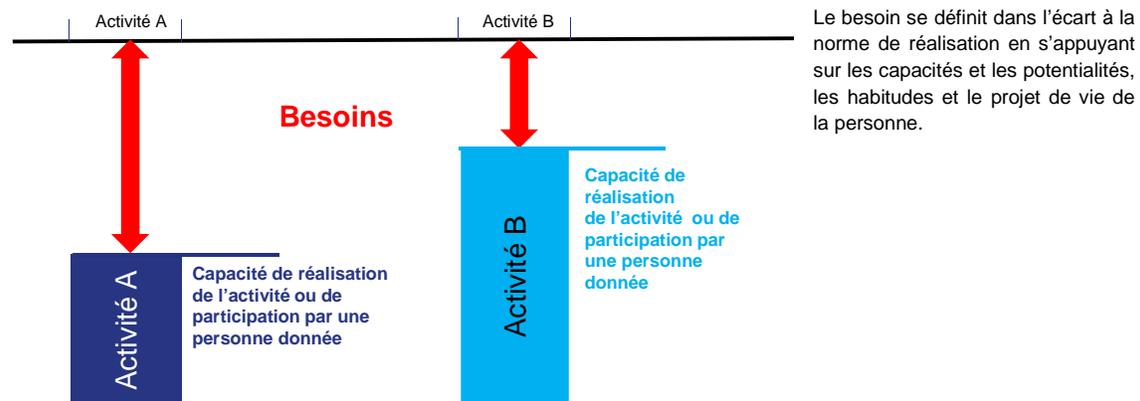
---

<sup>3</sup> Le Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées est l'outil de référence national pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH depuis le 6 février 2008. Il constitue le support de la démarche d'évaluation, multidimensionnelle et pluridisciplinaire, des situations et besoins des personnes handicapées, en vue d'assurer l'équité de traitement des situations sur l'ensemble du territoire. La logique du GEVA est centrée sur les limitations d'activité et les restrictions de participation sociale, conformément à la définition du handicap de la loi du 11 février 2005, elle-même issue de la CIF.

<sup>4</sup> Dans la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, version pour enfants et adolescents (Organisation mondiale de la santé 2012, Presses de l'EHESP), page IX, il est précisé : « Les vingt premières années de la vie se caractérisent par une croissance rapide et des transformations importantes au niveau du développement physique, social et psychologique des enfants et des adolescents. Parallèlement, les environnements des enfants changent de nature et de complexité tout au long de la vie tout au long de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence. Ces changements sont associés au développement de leurs compétences, de leur participation sociale et de leur autonomie. »

Il s'agit de prendre pour repère le niveau d'activité ou de participation de la majorité des personnes de même âge et de même sexe, c'est-à-dire celles qui ne sont pas considérées comme des personnes en situation de handicap. L'évaluation multidimensionnelle permet d'objectiver l'écart par rapport au fonctionnement d'une personne du même âge, du même sexe : cette question est délicate puisqu'elle renvoie à une « norme » sociale qui, elle-même, ne saurait être définie. Pour autant, cette notion ne peut être écartée, car elle constitue un repère. Ainsi les besoins de scolarisation d'un enfant ou d'un adolescent en situation de handicap sont bien identifiés parce que, dans cette tranche d'âge, les enfants et les adolescents doivent être scolarisés (obligation scolaire). De même, la question de l'emploi ne saurait se poser totalement en dehors des tranches d'âge dans lesquelles la population générale exerce un emploi.

La représentation schématique suivante de cette définition permet d'envisager la notion de besoin au regard d'un certain nombre de contraintes évoquées ci-dessous :



Ce que permet cette définition du besoin :

- la notion d'activité **renvoie bien à celle de participation et est donc conforme à une définition sociale et environnementale du handicap**, tout en pouvant contribuer à la synthèse envisagée par la CIF ; à titre d'exemple, elle permet de garantir que le besoin n'est pas uniquement celui « de la personne », mais bien celui de la personne au regard d'une activité dans un environnement. À cet égard, le comité scientifique a souligné l'importance de tenir compte de l'environnement familial et plus globalement des aidants des personnes accueillies et accompagnées ;
- cette approche, **conforme à l'état du droit français sur le sujet, permet de garantir une interopérabilité ou encore un langage partagé avec l'ensemble des acteurs** qui doivent s'appuyer sur cet état du droit, à commencer par les MDPH, même si l'utilisation des nomenclatures ne sera pas la même (logique tarifaire dans SERAFIN-PH) ;
- la notion de distance/écart, forcément présente pour exprimer le besoin comme un « **manque** », **permet aussi, dans une deuxième étape de la démarche, de renvoyer aux moyens à mettre en œuvre pour combler ce manque** (et donc aux prestations correspondantes) ;
- la **variabilité possible** du besoin en fonction de l'activité ou de la participation est susceptible d'être décrite (une même personne peut se situer à un niveau de besoin différent d'une activité à une autre) ; cette possibilité **permet en outre d'introduire les réponses possibles aux besoins** (les prestations ou, plus précisément, les liaisons besoins-prestations) **sous un angle plus modulaire** que la seule « place en établissement » comme aujourd'hui ;
- la **valeur zéro d'un besoin existe** : elle permet d'exprimer (dans une logique de traçabilité par exemple) une potentialité ou une autonomie acquise ou maintenue sur telle ou telle activité.

À ce stade, il est nécessaire de préciser que cette description des besoins ne préjuge pas des modalités de réponses qui sont apportées par les ESMS.

### 3.3 LA NOTION DE PRESTATION

L'institut national de la statistique et des études économiques définit la prestation comme un transfert, en nature ou en espèce, versé à des individus ou à des familles afin de réduire la charge financière que représente la protection contre un ou plusieurs risques. Cette approche, strictement individuelle, ne permet pas de comprendre l'action médico-sociale dispensée par les établissements et services et ne peut constituer une définition sur laquelle s'appuyer pour constituer la nomenclature des prestations. Le groupe technique national, sur proposition de l'équipe-projet, s'est donc appuyé sur d'autres approches de la notion de prestation.

D'autres définitions, notamment celles que le code de l'action sociale et des familles utilise pour décrire l'action sociale et médico-sociale, permettent en effet d'envisager **les prestations comme suit** :

- des prestations réalisées auprès des personnes elles-mêmes : à titre d'exemple, le code de l'action sociale et des familles évoque la distinction entre les soins, l'accompagnement ou l'enseignement, reprise dans le triptyque « éducatif, pédagogique et thérapeutique » ;
- le code évoque aussi, parmi les missions d'intérêt général et d'utilité sociale des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des actions d'évaluation, de prévention, d'information, d'investigation, de contribution au diagnostic territorial, de renforcement de la performance du dispositif territorial par l'articulation avec les autres acteurs de la prévention, du soin et du médico-social, et de contractualisation de ces coopérations et complémentarités dans l'intérêt des personnes handicapées.

L'équipe SERAFIN-PH a considéré qu'il existait par conséquent **plusieurs dimensions d'une prestation médico-sociale** :

1. Les prestations sont **des services réalisés au profit des personnes (notion de valeur ajoutée pour les personnes)**.
2. Il est **nécessaire de mobiliser un ensemble de fonctions pour mettre à disposition cette valeur ajoutée pour les personnes** (exemple des fonctions appelées parfois « fonctions support »).  
Enfin, il peut aussi s'agir des prestations réalisées en amont de la prestation directe auprès de la personne et indispensables à son bon déroulement, autrement dit les prestations plus organisationnelles (celles qui renvoient aux conditions nécessaires pour la bonne réalisation d'une prestation, comme la coopération, la coordination, l'implication dans le territoire...).

Les prestations médico-sociales dans le cadre du projet SERAFIN-PH s'entendent donc comme **toutes les missions des ESMS**. En ce sens, elles ne se confondent complètement ni avec la couverture des **besoins** des personnes (qui correspond à l'objectif dans lequel est réalisée la prestation) ni avec les **moyens** des ESMS (moyens avec lesquels doit être réalisée la prestation : c'est la différence entre *input* et *output*).

**Les prestations médico-sociales décrites dans la nomenclature SERAFIN-PH comportent deux dimensions : elles sont à la fois des prestations directes, apportant une valeur ajoutée aux personnes, et des prestations indirectes, de pilotage et de support, nécessaires au bon déroulement des prestations directes.**

La nomenclature des prestations se subdivise donc en deux catégories de prestations :

- prestations directes, de soins et d'accompagnement ;

- prestations indirectes, de pilotage et fonctions support, utiles à la mise en œuvre des prestations directes.

Les contenus des conditions techniques minimales de fonctionnement des ESMS dans le CASF, les nomenclatures du référentiel FINISS, les travaux de l'IGAS sur le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux, certains référentiels associatifs ou d'autres travaux réalisés sur le sujet ont également constitué une base de travail permettant de s'assurer de la couverture, par la nomenclature des prestations du projet SERAFIN-PH, de l'ensemble du champ des ESMS personnes handicapées. La nomenclature des prestations permet de décrire, à travers une combinaison de prestations, l'ensemble des établissements et services médico-sociaux du champ de la réforme. Pour aller plus loin, on peut même considérer que la combinaison de prestations permet de décrire à la fois l'intervention d'un établissement ou d'un service, mais également la combinaison d'interventions d'un établissement et/ou d'un service et d'un acteur y compris hors du champ médico-social (exemple des prestations en matière de soins).

Ainsi, les prestations directes constituent le cœur des prestations médico-sociales. Elles sont porteuses d'une valeur ajoutée pour les personnes, car elles répondent à un besoin. Les prestations indirectes, c'est-à-dire les prestations de pilotage et fonctions support, correspondent quant à elles à ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour garantir le bon déroulement des prestations directes. Elles ne répondent par conséquent pas à des besoins individuels, mais sont nécessaires à la mise en œuvre d'une réponse de qualité.

**Dans la même logique que pour la nomenclature des besoins, l'objectif est celui d'une interopérabilité des systèmes d'information et d'un langage partagé avec d'autres outils, y compris en dehors du champ de la tarification** : ainsi, la nomenclature des prestations permet-elle de décrire l'activité d'un ESMS et de construire des indicateurs de suivi et de pilotage de l'activité. Dans une logique territoriale, la compilation de données identiques constitue un outil d'aide à la réalisation de diagnostics territoriaux.

## 4. L'ARCHITECTURE ET LES LOGIQUES DE FONCTIONNEMENT DES NOMENCLATURES

Une fois que les définitions ont été posées et les domaines identifiés, l'équipe SERAFIN-PH a **coconstruit progressivement, avec le groupe technique national, le contenu des nomenclatures en suivant des principes qui ont été établis au fil des échanges. Ces principes ont permis au groupe de réaliser un état des lieux de l'existant tout en étant guidé par l'objectif de la plus grande opérationnalité possible. In fine, il apparaît que les nomenclatures SERAFIN constituent un outil pour mieux décrire la réalité de parcours d'accompagnement qui peuvent être complexes.**

### 4.1 IDENTIFICATION D'OUTILS EXISTANTS ET CONFRONTATION AVEC LES EXIGENCES DU PROJET

La première étape a consisté à identifier un maximum d'outils existants de description des besoins et des prestations. Les modalités pratiques de description des besoins et des prestations présentes dans ces outils ont alors été mises à plat.

Les différents items utilisés pour décrire les besoins et les prestations ont ensuite été confrontés aux exigences qui devaient sous-tendre la construction des nomenclatures :

- la nécessaire **compatibilité avec la CIF** et la correspondance avec le volet 8 du GEVA portant sur les besoins ;
- une approche des **besoins conçus comme un « écart » au sein d'un environnement donné avec les prestations à mettre en œuvre pour combler cet écart, sans préjuger de la réalisation de ces prestations en milieu ordinaire ou en milieu institutionnel** ;
- une définition des **prestations médico-sociales** comprenant les **prestations directes et indirectes** ;
- une description de la **valeur ajoutée des prestations** et non des processus mis en œuvre par l'ESMS pour réaliser cette valeur. Ainsi l'évaluation préalable à l'élaboration du projet d'accompagnement, le temps consacré à l'accueil et à l'admission d'une personne, les réunions liées à la constitution d'un livret d'accueil, à l'écriture d'un rapport d'activité ou à la construction de données de statistiques sont les processus constitutifs des prestations, mais ne figurent pas dans la nomenclature en tant que prestations ;
- la recherche de la **simplicité dans les découpages et les regroupements** opérés afin d'éviter au maximum la répartition des professionnels et postes de dépenses entre plusieurs composantes ;
- la recherche de l'**exclusivité** de chacune des sous-composantes (un même besoin ou une même prestation ne doit pas pouvoir se retrouver à deux endroits : **pas d'ambiguïté dans le classement**) ;
- La recherche d'une **exhaustivité** dans le modèle de description :
  - tous les besoins et prestations doivent être identifiés dans un premier temps, mais ceux qui seront discriminants du point de vue de la tarification seront identifiés dans un deuxième temps,
  - les niveaux les plus fins des besoins et des prestations, pourtant utiles pour les professionnels au contact quotidien des personnes accompagnées, ne peuvent forcément être tous écrits compte tenu du niveau de détail que cela sous-tend, mais doivent trouver leur place « intuitivement » dans la nomenclature,
- la recherche du **bon niveau de granularité** : si la nomenclature a vocation à être exhaustive (tous les besoins et prestations sont pris en compte), le niveau de description choisi, soit en vue de la tarification elle-même, soit, *a minima*, en vue de la réalisation d'un suivi d'activité par des indicateurs pertinents, doit être en lien avec les objectifs recherchés.

- la réalisation de **regroupements pertinents** : de manière complémentaire au paragraphe précédent, l'exhaustivité des nomenclatures nécessite d'opérer des regroupements d'items.

Rappel : cette démarche ne préjuge pas de la solvabilisation des prestations décrites dans la nomenclature.

## 4.2 PRINCIPES AYANT GUIDE LA CONSTRUCTION DES NOMENCLATURES

### 4.2.1 LES PRESTATIONS DIRECTES INTERVIENNENT EN REPONSE A DES BESOINS

**La première logique de fonctionnement des nomenclatures est de s'attacher aux besoins pour pouvoir en déduire les prestations en réponse** : les besoins sont entendus comme des écarts (par rapport à une norme d'activité ou de participation) ; les prestations, comme des réponses permettant de diminuer ou de combler ces écarts. Cette logique est bien celle de la compensation issue de la loi du 11 février 2015 et telle qu'elle a été promue par le comité scientifique de la réforme. Il s'agit de partir d'un (ou de plusieurs) besoin(s) et d'identifier une (ou plusieurs) prestation(s) en réponse. À ce titre, il est **essentiel de préciser que peuvent être mises en évidence de multiples liaisons entre les besoins et les prestations** : un besoin peut trouver une réponse parmi plusieurs prestations. Au contraire, des besoins multiples pourront trouver une réponse à travers la mise en œuvre d'une seule prestation.

Cette conséquence du **principe de fonctionnement qui veut que l'on parte des besoins pour définir les prestations est essentielle**. Elle **vaut pour l'ensemble des domaines de la nomenclature** : quels que soient le ou les besoin(s) identifié(s), une ou plusieurs prestation(s) de la nomenclature sont susceptibles d'être mobilisées en réponse.

### 4.2.2 LES NOMENCLATURES ONT UNE VOCATION DESCRIPTIVE DE L'ACTIVITE DE TOUS LES ESMS

**Une deuxième logique des nomenclatures est leur organisation, qu'il s'agisse des besoins ou des prestations, autour de trois domaines que sont la santé, l'autonomie et la participation sociale.**

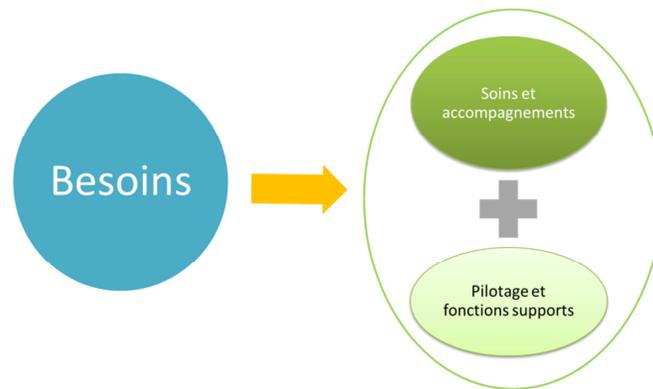
Ce principe est une expression directe et une modalité d'utilisation de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Celle-ci, tout en mettant l'accent sur la dimension environnementale du handicap, opère une synthèse entre plusieurs dimensions, dont les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Cela sera analysé ci-dessous. À ce stade, on peut identifier une conséquence de cette organisation : les nomenclatures s'affranchissent d'une description des ESMS par les catégories juridiques d'établissements ou de services ; de même, les seules déficiences ne peuvent suffire à cette description.

**Une troisième logique des nomenclatures consiste dans le découpage de la nomenclature des prestations en distinguant un bloc relatif aux prestations directes et un autre relatif aux prestations indirectes.**

Les prestations de pilotage et les fonctions support sont considérées comme indirectes, car elles ne répondent pas à des besoins individuels<sup>5</sup>, mais sont nécessaires à la mise en œuvre d'une réponse de qualité. Elles

<sup>5</sup> Par exception, parmi les prestations dites indirectes, les prestations relatives aux locaux et autres ressources pour héberger et les prestations de gestion (gestion des ressources humaines pour ce qui est des travailleurs d'ESAT et gestion des comptes des résidents) sont bien considérées comme des prestations de pilotage ou support, mais elles interviennent en réponse directe à des besoins des personnes. Les locaux pour héberger interviennent en réponse à un besoin pour vivre

contribuent à offrir une vision complète de l'ensemble des prestations réalisées par un établissement ou un service.



**Enfin, il existe une dernière logique propre à la nomenclature des prestations : chaque prestation directe de soins et d'accompagnement inclut les différents processus propres à l'accompagnement.**

En effet, il existe deux lectures complémentaires de la manière dont sont réalisées les prestations par un établissement ou un service médico-social : l'une envisage les prestations comme les différents processus mis en œuvre pour accomplir chacune des prestations, l'autre décrit les différentes prestations réalisées selon les domaines d'activité et de participation de la CIF. À ce stade, l'équipe-projet et le GTN ont fait le choix d'une approche descriptive des prestations par domaines pour permettre en particulier une liaison entre besoins et prestations. Elle ne préjuge pas des travaux ultérieurs qui mettront en relation les deux approches.

La lecture adoptée par le projet SERAFIN-PH permet de considérer les besoins comme des écarts et les prestations comme les réponses permettant de combler ces écarts ou de les contourner, ce qui est satisfaisant du point de vue d'une approche citoyenne du handicap.

Cette approche par les domaines d'activité et de participation ne permet pas d'emblée de détailler, pour les identifier spécifiquement, les différentes phases de l'accompagnement. La notion de phase n'est pas entendue ici dans un sens chronologique : ces différentes phases ne sont pas forcément linéaires ou successives dans le temps, mais peuvent être concomitantes. Il s'agit notamment de l'entrée/l'admission, la sortie, l'évaluation et la réévaluation régulière du projet, la définition du projet d'accompagnement, la mise en œuvre de la prestation en face à face avec la personne, la coordination du projet individuel, le fait d'en être le référent...

Pour autant, l'ensemble de ces processus est bien compris dans chacune des prestations directes de la nomenclature ; il s'agit en outre d'une demande qui a été formulée par le comité scientifique de la réforme. Les différents travaux qui vont s'engager au cours de l'année 2016 tiendront compte de la manière dont sont construites les prestations et du contenu de chacune d'entre elles. Des focus spécifiques pourront être faits sur certaines prestations ou sur certaines des actions qui les composent en fonction de l'avancement des travaux de documentation des différents contenus.

---

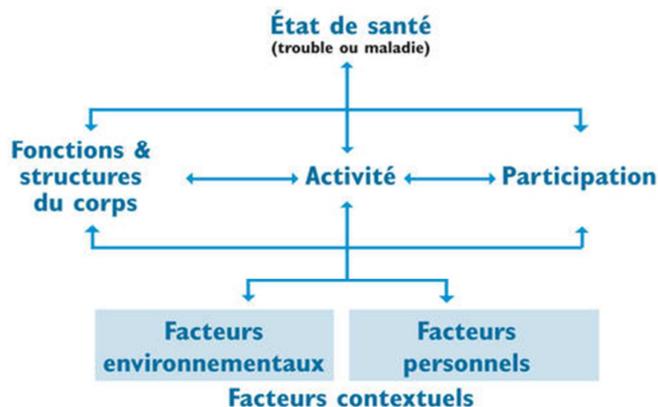
dans un logement ; la gestion des ressources humaines, pour ce qui est des travailleurs d'ESAT, et la gestion des comptes des résidents répondent aux besoins pour accéder à l'autosuffisance économique.

## 5. CONTENU DE CHACUNE DES COMPOSANTES DES NOMENCLATURES DE BESOINS ET DE PRESTATIONS

La nomenclature des besoins et celle des prestations directes de soins et d'accompagnement ont été élaborées conformément à deux principes :

- d'une part, le besoin est entendu comme un écart à une norme de réalisation ou de participation : cette définition permet de partir des besoins et d'identifier, pour diminuer ou combler cet écart, des prestations en réponse ;
- d'autre part, les besoins et les prestations directes servies dans les ESMS s'organisent autour de trois domaines que sont la santé, l'autonomie et la participation sociale.

Ces deux principes sont une expression directe et une modalité d'utilisation de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui, tout en mettant l'accent sur la dimension environnementale du handicap, opère une synthèse entre plusieurs dimensions, dont les facteurs personnels et les facteurs environnementaux :



Dans ce contexte, chaque grand domaine (au nombre de trois) des nomenclatures SERAFIN-PH (santé, autonomie, participation sociale) peut être décrit et défini comme suit.

### 5.1 LES BESOINS EN MATIERE DE SANTE

Pour décrire les besoins en matière de santé, la nomenclature s'appuie sur les facteurs personnels, à savoir les besoins relatifs aux fonctions et structures du corps qui permettent de mettre en lumière un/des besoins en matière de santé somatique ou psychique.

La composante des besoins en matière de santé somatique ou psychique se décompose de la façon suivante :

- besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux ;
- besoins en matière de fonctions sensorielles ;
- besoins en matière de douleur ;
- besoins relatifs à la voix et à la parole ;
- besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire ;
- besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne ;
- besoins en matière de fonctions génito-urinaire et reproductive ;

- besoins en matière de fonctions locomotrices ;
- besoins relatifs à la peau et aux structures associées ;
- besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé.

**Les besoins en matière de fonctions du corps sont une manière de prendre en compte la déficience.** La déficience constitue « l'écart » évoqué de manière systématique dès lors que l'on parle des besoins. Toutefois, il ne s'agit en aucun cas de restreindre la question des besoins à celle de la déficience. En effet, la description des besoins en matière de santé somatique ou psychique ne permet pas de connaître la totalité des besoins : ainsi, une connaissance partielle des besoins uniquement sous l'angle de la déficience des fonctions et des besoins en matière de santé ne permettrait pas d'apporter les réponses adéquates et efficaces en termes de prestations. En outre, les besoins de santé, comme les autres besoins (des composantes autonomie et participation sociale), peuvent ou non exister : ils ne sont pas prépondérants par rapport aux autres besoins pour justifier un accompagnement médico-social. *A contrario*, on peut noter que l'existence de besoins de santé importants, qui justifieraient qu'une réponse soit apportée en dehors d'un ESMS (en soins de ville ou en établissement de santé, en fonction de l'intensité des besoins et de l'intensité et de la technicité des prestations requises), ne permet pas d'exclure l'existence de besoins en matière d'autonomie et de participation sociale pour la même personne. Or, ces besoins justifient qu'une réponse soit apportée par un ESMS.

Prenons l'exemple d'une personne cérébro-lésée qui aurait des besoins importants pour les fonctions cognitives, locomotrices et également pour les fonctions génito-urinaires. Elle aura aussi d'importants besoins en matière d'autonomie : pour l'entretien personnel, dont la toilette, pour la communication et les relations avec autrui, pour se déplacer. Elle aura également des besoins importants en matière de participation sociale, par exemple pour obtenir ou conserver son emploi, et pour s'occuper de sa famille. Cet exemple montre que le besoin de santé, dans la perspective d'un accompagnement médico-social et de sa tarification, ne prime pas les autres besoins.

**De manière complémentaire, la déficience, même considérée comme principale, n'est pas forcément le trouble de santé qui entraînera les besoins les plus importants.** De même, les prestations pour répondre à l'ensemble des besoins de la personne ne se limiteront pas forcément à répondre aux besoins en lien avec la déficience principale.

Prenons un deuxième exemple, celui d'une personne avec une déficience intellectuelle, qui n'a pas ou plus de besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et de système nerveux. Elle peut par ailleurs souffrir d'un diabète déséquilibré impliquant des besoins en matière de santé. C'est le diabète qui sera prépondérant en matière de santé. Ce diabète, traduit en besoins de santé, pourra appeler des réponses en termes de soin, mais aussi en matière d'autonomie et de participation sociale (gestion autonome de son traitement dans le cadre de l'entretien personnel, cuisine dans le cadre d'un logement autonome). Cette même personne pourra par ailleurs avoir d'autres besoins qui s'exprimeront en matière d'autonomie ou de participation sociale.

**Enfin, un autre intérêt de cette entrée par les fonctions et structures du corps est qu'elle permet de mettre en évidence les multiaffections ou les troubles de santé ayant un impact important sur la situation de la personne.** En effet, la méthode consistant à s'appuyer principalement sur les déficiences pour approcher les besoins ne permet pas de rendre visibles les affections multiples ne relevant pas systématiquement d'une définition de la déficience principale et des déficiences associées.

Par exemple, les situations de handicap rare décrites à l'article D. 312-194 du CASF renvoient à des déficiences et affections multiples pour lesquelles la situation de handicap n'est pas la « simple addition » de plusieurs problématiques : la combinaison de l'ensemble des déficiences et affections génère une situation de handicap

qu'il est difficile de décrire en s'appuyant sur les nomenclatures aujourd'hui à l'œuvre. Ainsi, pour les personnes ayant des besoins importants en matière de fonction visuelle et de fonction auditive ou encore en matière de fonction visuelle et de fonctions cognitives (exemple des troubles du spectre autistique), il est important que chacun des troubles et *a fortiori* la combinaison de ces troubles puisse être mis en avant.

**En complément des besoins en matière de fonctions du corps, la nomenclature identifie les besoins en matière de santé dits « courants » ou encore les besoins liés à l'accès aux soins de premier recours<sup>6</sup>.** Ces besoins sont les mêmes que ceux qui s'expriment en population générale et qui renvoient à l'idée d'un égal accès aux soins.

Comme pour toutes les autres composantes de la nomenclature, l'identification de ces besoins s'appuie sur la CIF. L'enjeu est de pouvoir repérer les besoins, notamment en termes d'accès aux soins courants ou primaires, ou de premier niveau, tels que se rendre chez le médecin généraliste pour des maladies courantes, consulter régulièrement un dentiste, un gynécologue, un ophtalmologiste ou autre, mais aussi s'inscrire dans une démarche préventive telle que la vaccination ou les dépistages organisés.

La composante santé de la nomenclature des besoins prévoit une sous-composante permettant d'identifier ces besoins, qui s'intitule « Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé »<sup>7</sup>.

Pour la CIF, « prendre soin de sa santé »<sup>8</sup> correspond à « *assurer ou exprimer des besoins quant à son confort physique, sa santé, son bien-être physique et mental* », mais aussi « *prendre soin de soi en ayant conscience de ses besoins et en faisant ce qu'il faut pour prendre soin de sa santé et pour prévenir une mauvaise santé, par exemple en recherchant l'assistance d'un aidant ou de professionnels, en suivant l'avis d'un médecin et d'autres professionnels de santé, en évitant les risques pour la santé* ».

Ces besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé, classés dans la composante santé, peuvent naturellement appeler des réponses en matière de santé, d'autonomie et/ou de participation sociale.

Par exemple, une personne présentant une déficience intellectuelle peut n'avoir aucun besoin en matière de fonctions mentales et ne nécessiter ainsi aucune réponse en matière de soins à ce titre là. Cependant, cette

---

<sup>6</sup> **Les soins courants** sont notamment définis par l'IRDES dans son rapport *L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France* disponible à l'adresse : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>.

Il s'agit des soins dentaires, gynécologiques et ophtalmologiques ainsi que de cinq actes de dépistage et de prévention (le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal, la vaccination contre l'hépatite B et le test du cholestérol).

**Les soins de santé primaires**, également définis par l'IRDES (<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>), ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé et doivent garantir à tous un égal accès aux soins. S'il existe trois modèles types de soins primaires, la France s'inscrit dans le modèle professionnel non hiérarchisé, à savoir une organisation des soins primaires à l'initiative d'acteurs.

La HAS, dans son audition publique de 2008, définit **les soins primaires de santé** comme faisant référence aux soins non directement liés au handicap lui-même.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) donne une définition des **soins de premier recours** dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité ». Ils comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.

<sup>7</sup> Bien qu'« entretenir et prendre soin de sa santé » soit un besoin décrit dans le chapitre activité de la CIF dans le souci d'une plus grande compréhension et donc d'une optimisation de l'utilisation de la nomenclature, le GTN a fait le choix de classer cette sous-composante de niveau 4 dans la dominante santé.

<sup>8</sup> CIF, 2001, activité et sous activités D570.

personne peut avoir des besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé. Les réponses en termes de prestations pourront se trouver dans les prestations en matière de santé (soins médicaux à visée préventive et curative) ou d'autonomie (accompagnement pour l'entretien personnel, accompagnement pour la communication) ou de participation sociale (accompagnement pour le développement de l'autonomie à l'extérieur, accompagnement pour l'autonomie de la personne dans la gestion de ses ressources).

## 5.2 LES PRESTATIONS EN MATIERE DE SANTE

Dans un contexte médico-social où les ressources humaines constituent plus de 75 % des budgets des ESMS, les prestations de soins et d'accompagnement recouvrent **exclusivement** des charges de personnel et du temps de travail. Les prestations en matière de santé sont organisées au regard des professions qui sont susceptibles de les réaliser. On identifie ainsi deux types de prestations :

- les soins somatiques et psychiques, qui sont réalisés par les professionnels médicaux, les professionnels de pharmacie, les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture (le cas échéant) et les psychologues ;
- Les soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, qui sont réalisés par les auxiliaires médicaux (hors infirmiers), les avéjistes et les instructeurs en locomotion.

Il est important de rappeler que, conformément à la première logique de fonctionnement des nomenclatures évoquée ci-dessus, la réponse apportée à des besoins en matière de santé pourra être multiple. Des prestations en matière d'autonomie, voire de participation sociale, pourront être mobilisées.

## 5.3 LE DOMAINE DE L'AUTONOMIE

Le domaine de l'autonomie, qu'il s'agisse des besoins ou des prestations, correspond aux activités (la notion d'activité signifie la réalisation d'une tâche) suivantes : l'entretien personnel, comme la toilette ou l'élimination ; les relations et les interactions avec autrui (communiquer) ; la mobilité (changer la position du corps, se déplacer) ; prendre une décision adaptée, permettant notamment de garantir sa sécurité et celle des autres. Ce domaine correspond à ce qui est par ailleurs appelé les activités de la vie quotidienne, auxquelles ont été ajoutées les activités en matière de communication et d'interactions avec autrui et en matière de prise des décisions adaptées, en particulier pour assurer sa sécurité et celle des autres.

Les besoins en matière d'autonomie qualifient pour les personnes les « écarts » en matière de réalisation des activités de la vie quotidienne et en matière de communication, d'interaction avec autrui et de capacité à prendre des décisions adaptées, notamment en vue d'assurer sa sécurité ou celle des autres.

De la même manière que pour le domaine de la santé, les réponses apportées à des besoins en matière d'autonomie peuvent être multiples. Le fonctionnement des nomenclatures des besoins et des prestations permet en effet que des prestations de soins, d'autonomie et de participation sociale soient mobilisées en réponse à des besoins en matière d'autonomie.

## 5.4 LE DOMAINE DE LA PARTICIPATION SOCIALE

La participation au sens de la CIF désigne l'implication d'une personne dans une situation de la vie réelle. À l'appui de cette définition et de la loi du 11 février 2005, la définition de la participation sociale dans le projet SERAFIN-PH a été entendue comme l'appartenance d'une personne à la société, l'exercice qu'elle y fait de ses droits, de ses rôles sociaux, de sa citoyenneté.

Les besoins en matière de participation sociale permettent de décrire les écarts en termes d'activités et de participation dans des situations de vie qui concernent essentiellement l'exercice de la citoyenneté. La participation sociale est donc un domaine de la nomenclature qui est subdivisé en cinq sous-composantes qui renvoient chacune à des situations de vie réelle :

- l'accès et l'exercice de ses droits ;
- le fait de vivre dans un logement et d'accomplir des activités domestiques, quelle que soit la forme de ce logement (individuel ou collectif, y compris les nouvelles formes de logement) ;
- l'exercice de rôles sociaux comme le fait d'être élève, de travailler, d'être en situation de s'occuper de sa famille, d'avoir une vie affective et sexuelle ;
- avoir une vie sociale, des relations avec des proches, une activité associative ou de loisir ;
- gérer son budget.

Les prestations pour la participation sociale ont pour objectif de promouvoir les personnes pour favoriser leur pleine participation dans une société inclusive.

Encore une fois, le fonctionnement des nomenclatures des besoins et des prestations permet que des prestations en matière de soins, d'autonomie et de participation sociale soient mobilisées en réponse à des besoins en matière de participation sociale.

## 5.5 DES PRECISIONS SUR LES PRESTATIONS EN MATIERE D'AUTONOMIE ET DE PARTICIPATION SOCIALE

Comme pour ce qui relève du soin, parce que les ressources humaines constituent plus de 75 % des budgets des ESMS, les prestations en matière d'autonomie et de participation sociale recouvrent **exclusivement** des charges de personnel et du temps de travail. Plusieurs principes ont été retenus pour cette « première génération » de nomenclatures descriptives de l'activité :

- ce sont les professionnels dont l'activité principale est le soin et l'accompagnement qui sont identifiés pour la réalisation des prestations de soins et d'accompagnement ;
- Les professionnels de santé, psychologues, avéjistés et instructeurs en locomotion voient leur temps de travail identifié uniquement parmi les prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles:  
cette approche qui vise à « spécialiser » les professionnels de santé dans la réalisation des prestations de soins pourra être amenée à évoluer au cours du temps dans le cadre des usages à venir des nomenclatures ; dans un premier temps, elle a vocation à bien identifier l'importance de ces professionnels au sein des établissements et services ;
- *a contrario*, les professionnels sociaux et éducatifs de l'accompagnement, quels qu'ils soient, peuvent voir leur temps partagé entre prestations en matière d'autonomie et prestations pour la participation sociale :  
il est d'ores et déjà à noter que, pour les différents usages qui seront faits des nomenclatures (notamment l'enquête de coûts et la construction d'indicateurs de pilotage, chantiers décrits ci-après dans le présent document), un équilibre devra être trouvé entre une approche simplificatrice (qui viserait à identifier le temps de travail des professionnels dans une seule composante, parce que c'est majoritairement dans cette composante que le professionnel intervient) et une approche visant un reflet précis de la réalité (mais qui aboutirait à un découpage très fin du temps de travail, avec un découpage potentiel du temps de professionnels en vingt et une composantes, ce qu'il est matériellement impossible de comptabiliser dans les faits) ;
- à noter que les aides-soignants et aides médico-psychologiques ne sont pas identifiés pour la réalisation des mêmes types de prestations : les AS sont rattaché(e)s aux soins infirmiers alors que les

AMP comptent parmi le personnel social et éducatif de l'accompagnement (donc pour la réalisation de prestations en matière d'autonomie et de participation sociale) :

cette approche pourra être amenée à évoluer avec les travaux de méthodologie pour les différents usages des nomenclatures. Elle a l'avantage d'être homogène, mais l'inconvénient de ne pas forcément refléter la réalité. Un accord précis sur ce que l'on souhaite décrire à travers l'identification de ces temps de travail devra être trouvé pour, le cas échéant, faire évoluer cette position.

## 5.6 LA FONCTION GERER, MANAGER, COOPERER

Au sein des prestations indirectes de pilotage et fonctions supports, la fonction gérer-manager-coopérer est principalement composée de charges de personnel et de temps de travail :

- elle est constituée de cinq composantes, qui ont vocation à représenter la charge de personnel et le temps de travail des professionnels réalisant ces missions : gestion des ressources humaines, gestion administrative, budgétaire et financière, information et communication, qualité et sécurité et relations avec le territoire ;
- les activités de pilotage et de direction ne concernent que le personnel-cadre qui bénéficie d'une délégation de pouvoirs de l'employeur (DUP) ou d'une subdélégation (cadres hiérarchiques) : cette activité est donc un indicateur du poids du commandement au sein de la structure ;
- les temps du personnel administratif polyvalent, assistants et secrétaires, y compris les secrétaires médicaux, sont regroupés dans la prestation d'administration générale ;
- pour plusieurs composantes des prestations gérer-manager-coopérer, comme la gestion des ressources humaines, la communication ou encore les relations avec le territoire, plusieurs cas de figure se présenteront : parfois, il n'existera pas de professionnels dédiés à la réalisation de ces activités. Dans d'autres situations (vraisemblablement dans les structures plus importantes), on trouvera ces professionnels dédiés :

Les modalités de mise en lumière de ces temps de travail, dans un objectif de connaissance, devront être définies pour les différents usages qui seront faits des nomenclatures (notamment l'enquête de coûts) : soit il s'agira d'un découpage réel du temps de travail de l'ensemble des professionnels réalisant ces missions, y compris de manière non principale, ce qui a l'avantage de refléter la réalité, mais comporte le risque d'un découpage matériellement difficile à réaliser, voire très subjectif, soit il s'agira de se conformer au principe selon lequel l'accessoire suit le principal et de n'identifier que les activités « principales » de ces professionnels (choix matériellement plus facile à mettre en œuvre, mais ne reflétant pas la réalité). Des approches intermédiaires seront possibles. La solution choisie devra en tout état de cause être concertée avec les acteurs du groupe technique national ;

- chacune des cinq composantes de gérer-manager-coopérer a vocation à intégrer l'ensemble des charges de personnel : en plus des professionnels de l'ESMS, il s'agira d'identifier également les « autres services extérieurs » qui seront alors imputés dans chacune des prestations auxquelles ils se rapportent ;
- Tous les coûts des systèmes d'information, de l'informatique, de la télématique, des autres technologies de l'information et de la communication seront regroupés dans la composante correspondante : cela concernera le temps de travail éventuel de professionnels dédiés, les amortissements des équipements informatiques (*hardware, software, réseaux* ; abonnements et consommations diverses).

À noter que la contribution des sièges administratifs des organismes gestionnaires se ventile dans les cinq composantes de niveau gérer-manager-coopérer mentionnées ci-dessus. Ainsi, certaines prestations au niveau de l'ESMS pourront être réalisées totalement ou partiellement par un apport de prestations du siège. Seuls les sièges autorisés par les autorités de tarification seront pris en compte.

## 5.7 LES FONCTIONS LOGISTIQUES

Les fonctions logistiques regroupent les quatre composantes (de niveau 3) suivantes :

1. Locaux et autres ressources pour accueillir les personnes.
2. Fourniture des repas.
3. Entretien du linge.
4. Transports liés au projet individuel.

Les « locaux et autres ressources » regroupent l'ensemble des charges d'investissement et de fonctionnement des immeubles dédiés à l'hébergement, à l'accueil de jour, aux soins et à la fonction gérer-manager-coopérer et toutes les autres charges de fonctionnement pour réaliser les activités.

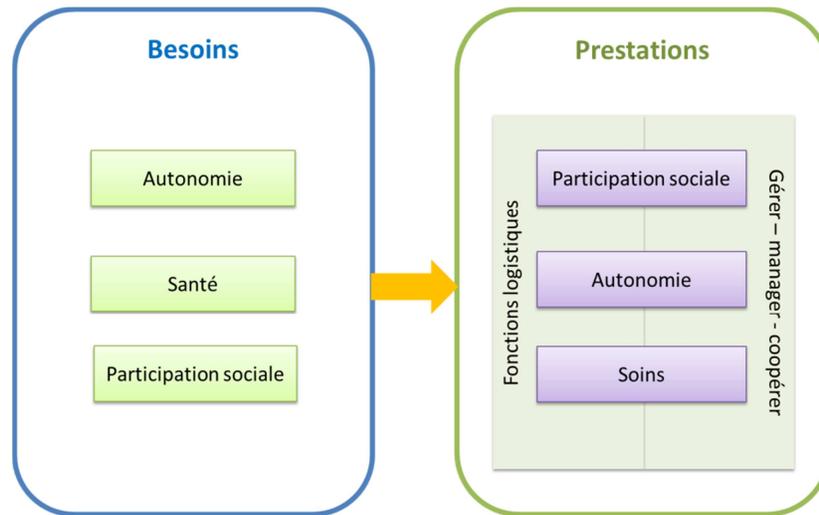
Le personnel dédié exclusivement aux fonctions logistiques émerge dans chacune des composantes (par exemple, le surveillant de nuit se situe dans les « locaux pour héberger », le personnel de surveillance de jour dans les « locaux pour accueillir de jour », les cuisiniers et agents de service dans la « production des repas » et la « mise à disposition des repas »).

Les transports liés au projet individuel ont, en accord avec le GTN, été détaillés en quatre types de transports : les transports liés au fait d'accueillir (domicile-structure), les transports liés aux soins et au développement des capacités fonctionnelles, les transports liés à l'autonomie et ceux liés à la participation sociale.

## 6. REPRESENTATION SCHEMATIQUE DES NOMENCLATURES

Les nomenclatures, catalogues ordonnés des différents éléments constitutifs des notions de besoins et de prestations, se présentent de plusieurs manières :

- le schéma suivant permet de disposer d'une représentation schématique des principes des nomenclatures :



- les schémas suivants constituent une synthèse du contenu des domaines santé, autonomie et participation sociale des nomenclatures des besoins et des prestations (bloc des prestations directes). Ils se trouvent sur le site de la CNSA, à l'adresse [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr) :

### Nomenclatures besoins

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de <b>santé</b> somatique et psychique	1.3 - Besoins pour la <b>participation sociale</b>	
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et de système nerveux	1.3.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	1.3.3 - Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	1.3.2 - Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques	1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix et la parole et aux dents	1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement	1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hémato-poétiqé, immunitaire et respiratoire	1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques	1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne	1.3.4 - Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport	1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaire et reproductive	1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale	1.3.5 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées		
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé		
1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d' <b>autonomie</b>		
1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel		
1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui		
1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité		
1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité		

## Nomenclature des prestations – soins et accompagnements

2.3 - Prestations pour la <b>participation sociale</b>			2.1 – Prestations de <b>soins</b> , de <b>maintien</b> et de <b>développement des capacités fonctionnelles</b>
<p>2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits</p> <p>2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnalisé</p> <p>2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés</p> <p>2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale</p> <p>2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie dans les déplacements</p> <p>2.3.4.4 – Accompagnements après la sortie de l'ESMS</p>	<p>2.3.2 – Accompagnements au logement</p> <p>2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p> <p>2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion</p> <p>2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes</p>	<p>2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève et d'étudiant</p> <p>2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées</p> <p>2.3.3.5 – Accompagnements à la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>	
2.3 et 2.3.1 - Prestations en matière d' <b>autonomie</b>			
<p>2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes essentiels</p> <p>2.2.1.3 – Accompagnements à l'extérieur avec déplacement d'un professionnel pour mettre en œuvre une prestation en matière d'autonomie</p> <p>2.2.1.4 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptés et pour la sécurité</p>		<p>2.2.1.2 – Accompagnements pour la communications et les relations avec autrui</p>	

## Nomenclature des prestations indirectes – Pilotage et fonctions supports

3.1 - Fonctions <b>gérer, manager, coopérer</b>	3.2 - Fonctions <b>logistiques</b>
<p>3.1.1.1 - Pilotage et direction</p> <p>3.1.1.2 - Gestion des ressources humaines</p> <p>3.1.1.3 – GPEC, formation professionnelle continue, conditions de travail et dialogue social</p> <p>3.1.1 - Gestion des ressources humaines et du dialogue social</p> <p>3.1.4.1 - Démarche d'amélioration continue de la qualité</p> <p>3.1.4.2 - Analyse des pratiques, espaces ressources et soutien au personnel</p> <p>3.1.4 - Qualité et sécurité</p> <p>3.1.5.1 - Coopérations, conventions avec les acteurs spécialisés et de droit commun</p> <p>3.1.5 - Relations avec le territoire</p>	<p>3.2.1 - Locaux et autres ressources pour accueillir</p> <p>3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour héberger</p> <p>3.2.1.2 – Locaux et autres ressources pour accueillir le jour</p> <p>3.2.1.3 - Locaux et autres ressources pour prodiguer les soins, le maintien et le développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.1.4 - Locaux et autres ressources pour gérer manager, coopérer</p> <p>3.2.1.5 - Hygiène, entretien, sécurité incendie, espaces extérieurs</p> <p>3.2.3 - Entretien le linge</p> <p>3.2.3.1 - Matériels de blanchissage</p> <p>3.2.3.2 - Traitement du linge</p>
<p>3.1.2.1 – Gestion budgétaire, financière et comptable</p> <p>3.1.2.2 – Gestion administrative</p> <p>3.1.2.3 - Transports liés à gérer, manager, coopérer</p> <p>3.1.2 - Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable</p> <p>3.1.3.1 - Communication (interne et externe), statistiques, rapport annuel et document collectifs 2002-2</p> <p>3.1.3.2 - Gestion des données des personnes accueillies</p> <p>3.1.3.3 - Système d'information, informatique, TIC, archivage informatique des données, GED</p> <p>3.1.3 – Information et communication</p> <p>3.1.5.2 - Appui ressources et partenariats institutionnels</p>	<p>3.2.2 - Fournir des repas</p> <p>3.2.2.1 - Matériels de cuisine</p> <p>3.2.2.2 - Production de repas</p> <p>3.2.2.3 - Mise à disposition des repas : du service à table jusqu'au service à domicile</p> <p>3.2.2.4 - Transports des biens et matériels liés à la restauration et l'entretien du linge</p> <p>3.2.4 - Transports liés au projet individuel</p> <p>3.2.4.1 - Transports liés à accueillir</p> <p>3.2.4.2 - Transports liés aux prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.4.3 - Transports liés à l'autonomie</p> <p>3.2.4.4 - Transports liés à la participation sociale</p>

- enfin, les **nomenclatures détaillées** sont les descriptions détaillées de chaque composante des nomenclatures des besoins et des prestations. Cet outil est un livret complet contenant une fiche descriptive pour chaque besoin et chaque prestation. Ce document est consultable à l'adresse [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr) :



## Nomenclatures des besoins et des prestations



## 7. LES AUTRES CHANTIERS DU PROJET

Le déploiement du projet SERAFIN-PH en 2015 a principalement consisté dans la construction (partagée avec le secteur) de nomenclatures de description des besoins et des prestations. Ces nomenclatures ont été construites dans un objectif tarifaire ; pour autant, elles s'attachent à décrire de manière exhaustive les besoins et les prestations.

Compte tenu de l'exigence d'exhaustivité des nomenclatures, deux éléments sont apparus :

- malgré leur exhaustivité, c'est l'usage tarifaire de ces nomenclatures qui déterminera le poids de chacune de leurs composantes dans le futur modèle tarifaire ;
- du fait de leur exhaustivité, ces nomenclatures ont une vocation descriptive forte.

La compatibilité avec d'autres outils, notamment du fait de l'interopérabilité des systèmes d'information, est donc essentielle pour ces travaux.

L'équipe-projet a identifié un certain nombre de travaux à connecter au projet SERAFIN-PH. La liste ci-dessous n'est sans doute pas complète tant les nomenclatures sont susceptibles d'avoir un impact sur d'autres chantiers.

### 7.1 CONDUITE DU CHANGEMENT

Les nomenclatures élaborées par le GTN dans une perspective de référentiel tarifaire doivent, pour une utilisation optimale par les acteurs de terrain, bénéficier d'actions de conduite du changement auprès des futurs utilisateurs. La conduite du changement envisagée comporte différents aspects :

- adapter les outils de présentation du projet, des nomenclatures et de leur utilisation aux différents acteurs ;
- adapter ces outils afin qu'ils aident à la structuration des outils qui peuvent être construits dans le domaine du handicap.

Le chantier d'appropriation des enjeux et des nomenclatures (leur contenu mais aussi leur logique de fonctionnement) est une étape essentielle du projet SERAFIN-PH.

### 7.2 REALISATION D'UNE ENQUETE DE COÛTS

Les nomenclatures stabilisées, particulièrement la nomenclature des prestations, constituent la première étape d'un chantier d'observation analytique des coûts des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées. L'étape suivante doit consister en la réalisation d'une enquête de coûts : celle-ci permettra d'observer, de constater et d'analyser la répartition des coûts entre les différentes prestations identifiées par les nomenclatures.

Le dispositif permanent de concertation que constitue le groupe technique national permettra de stabiliser les éléments de base de la méthodologie de l'enquête.

### 7.3 IMPLEMENTATION DU TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE

Les nomenclatures doivent également permettre de construire des indicateurs de suivi de l'activité complémentaires de ceux existant déjà dans le tableau de bord de la performance. Ces « nouveaux » indicateurs devront être implémentés dans l'actuel tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social.

L'ATIH et l'ANAP sont dès à présent représentées au sein du groupe technique national qui a stabilisé les nomenclatures. L'ANAP doit être mobilisée dès 2016 pour travailler à l'élaboration de nouveaux indicateurs.

#### 7.4 LIAISONS AVEC LES OUTILS DES MDPH

Les nomenclatures qui seront utilisées dans les ESMS dans un objectif tarifaire doivent être interopérables avec les outils des MDPH : en effet, la tarification dans le secteur du handicap devra vraisemblablement pouvoir compter sur une évaluation des besoins réalisée par les MDPH préalablement à toute entrée en ESMS. Le niveau de détail et la granularité des outils d'évaluation utilisés par la MDPH et par l'ESMS peuvent être différents, mais les outils doivent être cohérents entre eux : l'interopérabilité des SI des MDPH et de ceux des établissements et services est un objectif à terme.

D'ores et déjà, les nomenclatures ont été construites en lien avec la direction de la compensation de la CNSA, qui est chargée du développement des outils des MDPH. Les liaisons avec le chantier « Réponse accompagnée pour tous » sont essentielles pour aider les MDPH, les ESMS et l'ensemble des opérateurs contribuant à cette réponse (dont les opérateurs du champ sanitaire). Il est en effet indispensable de trouver un langage commun permettant d'analyser d'une part les besoins, d'autre part les solutions apportées. Les nomenclatures telles que définies au sein du groupe technique national du projet SERAFIN-PH sont un outil permettant de structurer le contenu du plan d'accompagnement global (PAG) dans sa double dimension : analyse des besoins et description des réponses apportées. Besoins et réponses s'expriment alors dans les trois grands domaines que sont la santé, l'autonomie et la participation sociale. Cette approche permet d'envisager une objectivation de la complexité des besoins et une véritable modularité de la réponse. Les liaisons entre les nomenclatures SERAFIN-PH et les travaux des MDPH en matière de réponse accompagnée seront donc réalisées courant 2016.

#### 7.5 LIAISONS AVEC LES EVOLUTIONS EN MATIERE D'AUTORISATION ET DE DESCRIPTION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

Le souhait partagé de faire évoluer les réponses apportées par les ESMS grâce à un décloisonnement des structures d'une part et à une réponse plus modulable d'autre part se heurte à des autorisations parfois très segmentées. Aussi, le projet SERAFIN-PH contribuera-t-il à une éventuelle évolution des nomenclatures utilisées dans les arrêtés d'autorisation et en conséquence à une éventuelle évolution des nomenclatures utilisées dans le fichier FINESS. Ces évolutions devront être compatibles avec les solutions envisagées pour la construction des répertoires opérationnels de ressources (ROR), en lien avec l'ASIP.

#### 7.6 LIAISONS AVEC L'ELABORATION DES CPOM

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens amènent à décrire les évolutions attendues de l'activité des établissements ou services pendant la durée du contrat. Ces évolutions pourraient être décrites en utilisant tout ou partie de la nomenclature de prestations ; elles devraient être mises en relation avec une description plus ou moins fine des besoins des personnes accueillies ou accompagnées. Les CPOM pourraient, pour partie, être organisés en tirant profit de la structuration des nomenclatures à un niveau plus ou moins détaillé. L'équipe-projet contribuera aux chantiers portant sur l'aide à l'élaboration d'un CPOM.

## 8. ANNEXES

### LIENS UTILES

Feuille de route du projet SERAFIN-PH :

[http://www.cnsa.fr/documentation/ref\\_tarif\\_esmsph\\_feuillede route\\_271114.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/ref_tarif_esmsph_feuillede route_271114.pdf)