

**Mai 2018**

## Synthèse de l'étude « Repères »

Perception des « marqueurs de charges en accompagnement » au sein des établissements et services médico-sociaux. Les premiers enseignements

**Analyse réalisée par Pauline MUTUEL, sous la coordination de Daphné Borel, responsable de l'équipe projet SERAFIN-PH à la CNSA et de Brigitte Bernex, directrice du projet SERAFIN-PH à la DGCS.**

# Sommaire

<b>Contexte</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Méthode</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Échantillon</b> .....	<b>6</b>
<b>3 Quelques résultats</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Des publics accueillis et des situations plus complexes</b> .....	<b>7</b>
1.1 Une demande croissante et complexe.....	7
1.2 Une diversification des publics accueillis .....	7
1.3 Un public vieillissant.....	8
<b>2. Les inégalités territoriales</b> .....	<b>8</b>
2.1 Inégalités territoriales d'accès à des services et à des activités.....	8
2.2 Inégalités territoriales d'accès aux soins.....	9
<b>En conclusion</b> .....	<b>10</b>

# Contexte

Le projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes handicapées, baptisé SERAFIN-PH, a été lancé en novembre 2014 par Ségolène Neuville, alors secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

La principale ambition de la réforme est de « fonder le financement des ESMS sur l'objectivation et la liaison entre les personnes accueillies et les réponses qui leur sont apportées ». Le projet SERAFIN-PH est organisé en trois phases :

- > la première phase des travaux, qui s'achève en 2018, visait à élaborer les outils afin de permettre une allocation de ressources rénovée ;
- > la seconde phase a pour objectif de déterminer un modèle de tarification et de simuler les impacts ;
- > une troisième phase permettra de déployer le modèle sur l'ensemble du territoire.

Une étude qualitative a été menée par l'équipe projet SERAFIN-PH en 2017. À partir d'une analyse des parcours des personnes accompagnées et d'un recueil de parole des divers professionnels exerçant au sein des établissements et services<sup>1</sup> échantillonnés, cette étude visait à :

- > accroître la base de connaissances des publics accompagnés et des réponses mises en œuvre par les professionnels pour répondre aux besoins et aux attentes des usagers ;
- > saisir les caractéristiques structurelles, environnementales et individuelles (les « repères »<sup>2</sup>) susceptibles d'expliquer les variations de coûts de prise en charge entre les usagers au sein d'un ESMS.

Les repères identifiés à travers cette analyse seront repris dans l'étude nationale de coûts (ENC) afin de valider les marqueurs qui expliquent effectivement des écarts de coûts entre les différents accompagnements et entre les structures.

---

<sup>1</sup> Le sigle ESMS est utilisé dans ce rapport pour désigner à la fois les établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes âgées et ceux accompagnant les personnes handicapées.

<sup>2</sup> Le vocable « repère » s'est progressivement imposé par rapport aux différents termes concurrents tels que « marqueurs », « discriminants » et « combinaisons d'éléments ». Un des éléments expliquant le choix de l'utilisation du terme « repère » est son caractère générique.

# 1 Méthode

Pour saisir les « repères » de charges en accompagnement, il fallait connaître les publics accueillis et les structures médico-sociales. Une approche qualitative, fondée sur un recueil de parole des professionnels qui accompagnent les personnes handicapées dans les ESMS, a été retenue. Les ESMS volontaires pour participer à l'enquête ont recueilli deux types de matériaux : la description des caractéristiques de l'établissement ou du service dans lequel ces professionnels travaillent (158 ESMS) et des descriptions de situations de personnes accompagnées au sein de la structure (551). Les professionnels ont repéré et décrit des situations individuelles qui entraînent, ou auraient entraîné pour les ESMS, des coûts moins ou plus importants, et ce au regard d'un standard<sup>3</sup>. Ces situations sont classées par les équipes pluridisciplinaires en quatre catégories :

1. Situation dite « typique » : elle concerne une personne dont la situation et les accompagnements mis en œuvre mobilisent des moyens estimés comme standards au sein de la structure.
2. Situation dite de « moyens inférieurs » : elle concerne une personne dont la situation et les accompagnements mis en œuvre représentent un poids financier ressenti comme moins important que la situation « standard ».
3. Situation dite de « moyens supérieurs » : elle concerne une personne dont la situation et les accompagnements sont ressentis comme mobilisant davantage de moyens.
4. Situation dite « exceptionnelle » : elle concerne une personne dont la situation semble devoir mobiliser des moyens extrêmement importants et qui n'a donc pas été admise au sein de l'ESMS. Ces situations correspondent également aux personnes accueillies par des établissements ou services dans des conditions spécifiques, par exemple, avec des crédits non reconductibles.

Type de situation	Nombre de situations individuelles
Situation 1 : « standard », « typique »	164
Situation 2 : « moyens inférieurs »	152
Situation 3 : « moyens supérieurs »	158
Situation 4 : « exceptionnelle »	77

Une analyse sociologique de chacune des descriptions a été menée afin de déterminer l'ensemble des « repères » ayant un impact sur les coûts de l'accompagnement. L'analyse sociologique permet de saisir les représentations sociales des individus. Les discours recueillis permettent de comprendre, à travers l'analyse argumentaire et linguistique, pourquoi un facteur semble, aux yeux des professionnels, déterminant dans le coût d'accompagnement.

<sup>3</sup> Le « standard » correspond à l'estimation du coût moyen de l'accompagnement au sein de l'établissement ou du service.

## **2 Échantillon**

200 structures telles que des établissements et services, des établissements expérimentaux, des équipes relais et des MDPH ont été sélectionnées selon différents critères afin de recueillir des données. Cet échantillon a été élaboré en fonction du type, de la taille de la structure (nombre de places ou file active) et de son implantation sur le territoire. Au total, 169 structures ont remonté une fiche descriptive de l'ESMS et/ou des fiches de situations de personnes handicapées. 160 sont des établissements et services médico-sociaux : 97 structures pour adultes et personnes âgées, 61 pour enfants et adolescents et 2 établissements expérimentaux accompagnant des enfants et adultes. Le critère de « saturation » développé par des chercheurs en sciences humaines et sociales a permis de confirmer que la taille de l'échantillon était suffisante. Selon ce principe, l'échantillon est considéré comme représentatif lorsque les données recueillies ne fournissent plus de nouvelles informations. Ainsi, après l'analyse d'une soixantaine de situations, les « repères » et les éléments évoqués sont des répétitions.

### **3 Quelques résultats**

L'étude a permis d'identifier de multiples facteurs structurels, environnementaux et des caractéristiques individuelles qui, aux yeux des professionnels, influencent le coût des accompagnements des personnes. Le présent document propose une analyse synthétique de quelques facteurs issus du rapport « repères » qui sera publié et disponible sur le site de la CNSA en juin 2018.

#### **1. Des publics accueillis et des situations plus complexes**

##### **1.1 Une demande croissante et complexe**

Le secteur médico-social doit faire face à l'évolution et à l'intensification des besoins des individus et s'adapter pour apporter des réponses adéquates.

Les accompagnements et les situations se sont complexifiés puisque bien souvent les personnes cumulent les problématiques, les difficultés. De plus, une transformation des prises en charge est à l'œuvre au sein des établissements et services médico-sociaux. Ces derniers sont aujourd'hui encouragés à favoriser davantage l'inclusion des personnes handicapées en milieu ordinaire. Le « virage inclusif » s'inscrit dans la continuité des lois de 2002 (rénovant l'action sociale et médico-sociale) et de 2005 (relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Ainsi, les individus ayant les troubles les plus légers bénéficient des actions de droit commun. Les structures médico-sociales se recentrent sur les situations les plus complexes, dont l'accompagnement est ressenti comme plus lourd et plus coûteux.

##### **1.2 Une diversification des publics accueillis**

Les professionnels observent une plus grande diversité des publics avec l'émergence de nouveaux profils de personnes accompagnées dans certains établissements et services. Par exemple, les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les foyers d'hébergement accompagnent des nouveaux profils tels que des personnes ayant des troubles psychiques. L'arrivée et l'augmentation au sein des structures médico-sociales du nombre de personnes présentant des troubles, des caractéristiques, des besoins différents des publics accompagnés à titre principal interrogent les professionnels dans leurs pratiques. Les intervenants ont le sentiment que l'accueil et les accompagnements ne sont pas adaptés à l'évolution des publics. L'émergence et la plus grande hétérogénéité des profils (des parcours, des troubles) ont conduit à une mise sous tension des réponses apportées au sein des structures médico-sociales. De nombreux aménagements sont nécessaires, tels que la révision de l'organisation, le recrutement de professionnels, l'acquisition d'équipements et d'outils spécialisés... – afin de proposer un accueil et un accompagnement répondant aux besoins et aux spécificités des nouveaux publics. Pour mieux appréhender ces situations et mettre ainsi en œuvre un accompagnement adéquat, les professionnels suivent des formations qui sont perçues comme essentielles pour approfondir les connaissances sur ces publics, adopter les « bonnes pratiques » et développer de nouveaux outils.

## 1.3 Un public vieillissant

La France est confrontée au vieillissement de sa population, et les personnes handicapées vivent également plus longtemps. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap s'explique par les progrès de la médecine et par l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge. L'avancée en âge des personnes en situation de handicap apparaît comme une préoccupation majeure au sein des structures. Une situation dite de « moyens supérieurs » sur cinq est une situation de personne handicapée vieillissante. On observe, dans ce type de situation, l'aggravation somatique et/ou psychique ainsi que l'émergence de nouvelles déficiences, pathologies liées à l'âge, ce qui entraîne de nouveaux troubles tels que des troubles psychiques, moteurs, cognitifs, sensoriels... L'accroissement des besoins en matière somatique et/ou psychique et des besoins en matière d'autonomie engendre une augmentation du nombre d'accompagnements. Des adaptations sont nécessaires, telles que l'aménagement des locaux, l'acquisition de matériel adapté, la sollicitation de partenaires spécifiques, la révision de l'organisation et du projet d'établissement..., ce qui représente un investissement pour les structures.

## 2. Les inégalités territoriales

Les professionnels ayant participé à l'enquête ont particulièrement insisté sur les spécificités structurelles qui leur semblent avoir un impact sur les dépenses de fonctionnement. Les problématiques liées à l'implantation de la structure sur le territoire sont particulièrement mises en avant dans les descriptions. Il s'agit du facteur le plus cité pour expliquer les variations de coûts entre les structures.

### 2.1 Inégalités territoriales d'accès à des services et à des activités

Les disparités entre les établissements et services ruraux et urbains sont soulignées pour expliquer les différences de charges entre les établissements et services. Il existe, aux yeux des professionnels, des inégalités entre les territoires en termes d'accès aux soins, aux services de loisirs et de transports... En zone rurale, les distances et les durées de déplacements permettant à un usager d'accéder aux soins, aux activités culturelles et sportives sont ressenties comme plus élevées. Les intervenants déplorent l'accroissement du phénomène de désertification avec la disparition de certains services et activités. Les temps de trajet des professionnels pour se rendre sur les lieux d'intervention sont également ressentis comme plus importants en milieu rural. L'utilisation plus régulière des véhicules et les importantes distances parcourues accélèreraient sensiblement l'usure du matériel, ce qui entraînerait un renouvellement plus fréquent du parc automobile. Au sein des grandes agglomérations, les conditions de circulation difficiles engendrent des temps de déplacements et de transports ressentis comme plus importants.



## 2.2 Inégalités territoriales d'accès aux soins

Plusieurs ESMS ont déclaré devoir assurer le transport des personnes devant se rendre à une consultation de soins en centre hospitalier ou en ville. Cependant, les temps pour accéder à un professionnel de santé (médecin généraliste, masseur kinésithérapeute, orthophoniste<sup>4</sup>) varient en fonction des territoires. L'expression « désert médical » est régulièrement utilisée pour souligner les multiples difficultés pour accéder aux soins<sup>5</sup>, aux services de santé, et ce d'autant plus pour les personnes en situation de handicap.

Ce contexte amplifie les difficultés de recrutement des professions médicales et/ou paramédicales (médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes...) par les ESMS concernés. Ils indiquent également être confrontés à des difficultés de fidélisation des professionnels. Dans un contexte de vieillissement et d'évolution des publics au sein des établissements et services médico-sociaux, le phénomène d'épuisement professionnel est très souvent cité. L'agressivité des personnes accompagnées à laquelle les intervenants sont parfois confrontés et les situations dites « complexes », « lourdes » sont source d'usure et de renouvellement de professionnels épuisés par leur investissement dans l'activité. Le fort *turnover* au sein de certaines structures est perçu comme générateur de surcoûts en raison de la nécessité de remplacer les départs en recourant à l'emploi intérimaire. Les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel peuvent aussi entraîner un fonctionnement du service en sous-effectif, ce qui amène une redistribution des tâches au sein de l'organisation et/ou une interruption de certaines interventions.

---

<sup>4</sup> Les professions de santé les plus citées par les enquêtés.

<sup>5</sup> Les obstacles sont de divers ordres : les aspects spatiaux, les contraintes économiques, les dimensions sociales...

# En conclusion

De multiples spécificités environnementales et structurelles relatives à la localisation géographique, aux infrastructures, aux orientations des organismes gestionnaires, aux modes de fonctionnement sont citées par les professionnels comme pouvant générer des charges supplémentaires et expliquer les variations de coûts entre les structures médico-sociales.

Le type de public accompagné et les prestations délivrées au sein des établissements et services expliqueraient également les écarts de coûts interstructurels. Toutefois, on observe également des différences de coûts de prise en charge entre les personnes accompagnées au sein d'une même structure. Un public « type » se dessine au sein de chaque ESMS en fonction des personnes accueillies telles que les intervenants se les représentent. Dès lors, les situations de personnes ne correspondant pas à ce public « type » déstabilisent les modes d'organisation, de fonctionnement et interpellent les intervenants dans leurs connaissances, dans leurs pratiques professionnelles. Ces situations – classées comme exceptionnelles » ou de « moyens supérieurs » – concernent les personnes présentant une ou des caractéristiques perçues comme « atypiques » auxquelles les intervenants ne sont pas habitués. Les caractéristiques individuelles citées comme facteurs de charges sont variables selon les structures puisque la base de référence (le public « type ») est différente. Par exemple, accompagner un individu ayant des troubles moteurs dans un établissement accueillant principalement un public présentant des déficiences intellectuelles entraîne des dépenses supplémentaires puisque de nombreux aménagements sont nécessaires, tels que l'acquisition d'équipements et d'outils spécifiques, l'adaptation des accompagnements, des locaux... Au sein d'un établissement accompagnant des personnes présentant un polyhandicap, une situation similaire est perçue comme « standard » puisque le fonctionnement, l'organisation, le plateau technique et les prestations délivrées sont adaptés et destinés à ce type de public. L'ensemble des caractéristiques individuelles et structurelles identifiées comme marqueurs de charges par les professionnels est présenté par thématique au sein du rapport « Repères ».

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)  
[www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

