



SANTÉ, SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL TARIFICATION TOXIQUE !

TARIFICATION À L'ACTE, CPOM, SERAFIN-PH MÊME COMBAT !



1 - Au début, c'est la Santé avec l'hôpital qui essuie les plâtres :

Les hôpitaux français ont connu trois modes de financement : d'abord « le prix de journée », comme à l'hôtel, de 1945 à 1982, ensuite « le budget global », de 1983 à 2004 – chaque hôpital recevait une dotation globale qu'il répartissait en fonction des besoins. Enfin, la « tarification à l'activité (T2A) » (encore appelée tarification à la pathologie), introduite en 2005 et venue des États-Unis. Le principe de la T2A est le suivant :



Il est défini au niveau national, par acte, un coût moyen mesuré sur la base d'un Groupe Homogène de Malades (GHM). C'est ce qu'on appelle un référentiel tarifaire. Dès lors, pour la prise en charge de chaque acte (une appendicectomie par exemple), tous les hôpitaux seront rémunérés sur la base de ce tarif.

Ce mode de financement, vendu comme étant « juste et équitable », entraîne dans les faits de nombreux effets pervers. D'abord, si la T2A peut sembler adaptée à des actes bien précis, en particulier chirurgicaux, elle ne fonctionne pas pour la prise en charge de maladies chroniques, ou des personnes âgées, qui reposent moins sur des actes médicaux que sur un accompagnement interdisciplinaire, thérapeutique, mais aussi social. **Au final, la T2A a créé des « bonnes » et des « mauvaises » maladies : celles qui rapportent et celles qui coûtent.**

Depuis des années les professionnels dénoncent les effets pervers de la tarification à l'acte, sur les patients, les salariés et sur

tout le système de santé. La tarification à l'acte ne prend en compte ni la complexité, ni la gravité, ni même l'innovation ! Pour les médecins, la tarification doit être adaptée aux besoins de chaque service : certains services au tarif journalier (comme les soins palliatifs), d'autres au global et encore d'autres (comme la chirurgie « à la chaîne ») à l'acte.

Cette tarification à l'acte viserait une meilleure « orientation stratégique ». **Elle n'a véritablement qu'un seul but avoué par ailleurs : maîtriser les dépenses au nom de restrictions budgétaires imposées par les politiques économiques libérales.**

Aujourd'hui, en 2018, le constat est effrayant : le système de santé français est en péril, les agents et les salariés sont épuisés, des scènes d'un autre âge sont vécues par les patients sous l'œil impuissant des soignants.

2 - Ensuite, ce sont les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) qui ont été passés à la même moulinette :

La réforme de la tarification des EHPAD a été officiellement engagée avec la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2009, par la mise en place de ressources forfaitaires pour les soins et l'hébergement.

Ce sont tout d'abord des conventions tripartites (Établissement, Agence Régionale de Santé, Conseil Départemental) qui encadrent les financements de chaque EPHAD, auxquelles vont se substituer progressivement, puis de façon obligatoire en 2017, les fameux CPOM (Contrat Pluriannuel

d'Objectifs et de Moyens). La logique est toujours la même, l'enveloppe fermée pour « maîtriser les dépenses publiques ».

Cette logique, comme pour l'hôpital, a conduit à une situation très difficile pour les salariés (réduction drastique du personnel, conditions de travail inhumaines), comme pour les personnes âgées où des situations de maltraitements institutionnelles sont dénoncées depuis des années.

Aujourd'hui, la résistance dans de nombreux EHPAD est en cours. Les salariés résistent, y compris par la grève et revendiquent a minima l'application d'un ratio d'un agent par résident conformément au plan Solidarité grand âge de 2006.

Comme pour l'hôpital, la situation catastrophique des EHPAD est connue du public, des gouvernements successifs, des législateurs. Pour autant, elle continue de s'aggraver.



3 - Cette logique purement économique s'étend au secteur médico-social.

Les autorités de tarification sont les mêmes que pour les EHPAD (ARS et CD).

Pour arriver à leurs fins, les autorités de tarifications ont besoin d'un référentiel des « actes » et des « prestations » des établissements du médico-social. C'est là qu'entre dans la danse le projet SERAFIN-PH (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées). Sous cette formule pompeuse, il s'agit de transformer l'accompagnement éducatif et social auprès des personnes handicapées en un référentiel tarifaire (nomenclature). À nouveau, l'ambition serait louable d'après les chefs d'orchestre. Il s'agirait de « prendre en compte les besoins des personnes, les réponses apportées, tout en facilitant leur

parcours ». **Bla-bla connu, personne n'est dupe** : les vrais objectifs sont ailleurs et la réalité sur le terrain est toute autre.

Seules les économies, le contrôle de nos institutions et la transformation radicale des missions de service public sont visés.

La situation dramatique dans les EHPAD ne peut qu'inquiéter massivement les professionnels du secteur médico-social (et social puisque l'évolution de la tarification par la contractualisation en CPOM dans le secteur de la protection de l'enfance est en cours dans certains départements). **La gravité de la situation a pris un tour de vis supplémentaire avec le vote de l'article 70 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale qui vient mettre officiellement fin à l'opposabilité des conventions collectives et des accords collectifs, aux financeurs, pour tout établissement ayant contracté un CPOM.** De fait, la contractualisation des financements de nos établissements et services en CPOM englobe pour 5 années un budget qui, au nom de l'équité entre les établissements, de l'uniformisation des pratiques, etc., ne prendra plus en compte la spécificité des professionnels, et surtout pas leurs droits attachés à leurs diplômes. Le tarificateur s'en fout ! Le référentiel tarifaire est là pour dire combien ça coûte, pas comment on s'y prend pour le faire. Dans ce type de « contrat » (du dit CPOM), les différents budgets liés à l'établissement deviennent « fongibles » : le budget réservé à nos salaires pourra compenser des dépenses de fonctionnement, par exemple. Par ailleurs, le taux d'occupation est la préoccupation majeure des autorités de financement, au point que des pénalités pourront être opposées aux établissements en cas de nombre insuffisant d'usagers. C'est une usine à gaz !

Le secteur social et médico-social, déjà soumis aux restrictions budgétaires depuis des années avec les politiques d'austérité, va subir les mêmes punitions que les EHPAD. Les salariés seront encore plus la variable d'ajustement choisie par les employeurs ce qui aura pour effets : réduction drastique du personnel qualifié, maintien forcé à domicile,

perte du sens de l'action éducative, maltraitance institutionnelle, etc.



SERAFIN PH :

À l'origine de cette réforme, le gouvernement décrète que les dotations historiques négociées par les établissements médico-sociaux ne seraient pas « objectives au regard des personnes et des prestations apportées ». Même si aucune étude ne confirme cet a priori, le gouvernement décide d'y remédier : Au nom de l'égalité il faut uniformiser ! La première année du projet Serafin (2015) est ainsi consacrée à la fabrication d'un « dictionnaire » ou d'un « catalogue » rapprochant « besoins » et « prestations » médico-sociales dans les trois domaines de la santé, de l'autonomie et de la participation sociale.

Chaque personne handicapée doit correspondre à une classification normative, standardisée.

Pour la deuxième année du projet Serafin (2016) - *maintenant que tout le monde a le même vocabulaire bureaucratique, que chacun a le sentiment de parler de la même chose* - une enquête de coûts est lancée auprès des établissements toujours sur la base du volontariat en mode « bons élèves ». Et, en 2017, une deuxième enquête de coût est réalisée. L'objectif est d'évaluer la **répartition des coûts des établissements et services médico-sociaux selon les prestations** directes et indirectes définies dans la nomenclature des prestations Serafin-PH...

Le groupe projet Serafin souhaite intégrer des structures sous compétences des conseils départementaux, ainsi que des Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT). Tiens, tiens...

Sérafín-Ph est tout simplement l'autre nom pour dire « la réforme de la tarification ». Pas n'importe laquelle, celle qui permettra au gouvernement de mener à bien sa politique économique d'austérité, qui passe par la destruction de la sécurité sociale, des acquis des salariés et du service public.

4 – Ces méthodes sont déjà bien connues dans le secteur de l'Aide à Domicile

Depuis 2004, tous les rapports parlementaires préconisent la mise en place de mutualisations, de fusions, de SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile fusionnant un Service de Soins Infirmier A Domicile – SSIAD - et un Service d'Aide A Domicile - SAAD), de CPOM. Bien souvent, on oppose à l'hébergement décrété trop coûteux, le maintien à domicile. Pas besoin de grandes études pour savoir que le maintien à domicile ne fonctionne que si les moyens nécessaires sont déployés. Or, la réalité est toute autre et malgré les économies déjà réalisées avec la mise en place de ces dispositifs, les structures ne sont toujours pas financées à hauteur du coût réel d'intervention. Conséquence, la dégradation des conditions de travail : les interventions à domicile sont découpées, minutées, réduites au minimum de leur coût, déplacées dans le temps... Les fonds de la CNSA (Commission Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) se sont révélés servir à éponger les déficits des structures, et la modernisation du secteur tant attendue ne change rien si ce n'est à améliorer les relations « numériques » avec les Conseils Départementaux (CD). Tous les frais professionnels ne sont pas indemnisés et les personnes aidées qui en dépendent, subissent un accompagnement qui ne respecte pas leur choix de vie avec un reste à charge de plus en plus conséquent, doivent payer de leur poche pour compléter l'aide qui n'est pas prise en charge en totalité par les CD. Dans ces conditions la recherche de solutions alternatives encore moins coûteuses comme l'habitat alternatif ou inclusif ne résoudra pas le désengagement de l'État face à la dépendance.

Depuis des années, les salariés résistent d'un bout à l'autre du pays et revendiquent des conditions dignes pour faire leur travail, y compris par la grève.



5 - Alors comment en est-on arrivé là ?

Comment est-on passé d'une pratique sociale, appuyée sur les valeurs fondamentales et historiques qui ont bâti les institutions sociales, médicosociales et la professionnalisation de leurs intervenants, à une logique purement économique et mécanique, appuyée sur une opinion politique prônant la fatalité de l'exclusion et du malheur ?

L'introduction d'une logique d'entreprise avec la prééminence de l'évaluation est sans doute la clé pour comprendre cette dérive. L'évolution des sciences sociales, humaines et économiques a introduit de nouveaux concepts, modernité oblige ! Par exemple, la sociologie des organisations va mettre en avant le tout utilitaire, le fonctionnel... Les politiques d'austérité vont pouvoir s'adosser à ces évolutions scientifiques et vont provoquer la remise en cause des institutions historiques. Ce que signifie « pratique sociale », « institutionnel » va être réduit à des éléments quantifiables, mesurables.

Une institution désigne une structure sociale (ou un système de relations sociales) complexe, habilitée, dotée d'une stabilité dans le temps. Elle est légitime ainsi de ses valeurs, de ses normes, de ses coutumes, de ses pratiques, et forme un cadre dans lequel les professionnels vont intervenir. C'est son caractère statutaire et normatif qui va donner intrinsèquement du sens aux actes éducatifs, pédagogiques ou thérapeutiques. Ce qui donne sens aux actes des professionnels est inscrit dans la durée, intégré, institutionnalisé. Nous comprenons ainsi pourquoi le sens de la pratique sociale ne peut pas être réduit à l'utilitaire et au fonctionnel.

Osons le dire, la tarification à l'acte comme la contractualisation budgétaire dans notre secteur avec les CPOM sont véritablement toxiques !

Elles gomment la rencontre, la relation, l'analyse, l'accompagnement, le soutien, le temps et l'espace de l'acte éducatif. Elle fait disparaître tout simplement ce qu'on appelle

la pratique sociale, c'est-à-dire la spécificité de nos métiers basée sur le professionnalisme des intervenants envers les personnes vulnérables. Elle réduit le professionnel à un exécutant, et le moins cher possible.

Défendons nos métiers, nos qualifications, nos moyens d'exercer.

Il est facile de reconnaître si sa propre association a « basculé », il suffit de s'attarder sur les éléments de langage utilisés par nos employeurs : *Tableau de bord, évaluation, démarche qualité, performance, Indicateurs tarifaires, Pilotage, Dialogue de gestion, logiques financières, EPRD (État Prévisionnel de Recettes et de Dépenses), démarche de contractualisation, conventions tripartites, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens....*

Ces méthodes de tarification sont des poisons pour mettre à mort l'humanité de nos métiers et le progrès social digne d'une république qui porte son nom, en passant par la destruction de nos droits collectifs et de nos qualifications.

Face à l'uniformisation, à l'inclusion et au maintien à domicile forcés,

La FNAS FO oppose son antidote, l'égalité des droits et rappelle ses revendications :

- **Des moyens à la hauteur des besoins**
- **L'opposabilité des conventions collectives et des accords d'entreprise respectant la hiérarchie des normes**
- **Une réelle revalorisation des métiers et donc des salaires**
- **Le retour à une tarification en lien avec la spécificité des établissements**

FNAS FO
7 passage Tenaille
75 014 Paris
T. 01 40 52 85 80
lafnas@fnasfo.fr
www.fnasfo.fr

