



**Mieux répondre aux besoins et attentes des
personnes en situation de handicap :**

Enjeux et perspectives des réformes en cours

Mardi 10 janvier 2017

au Triangle à Rennes

— Programme

- Introduction de la matinée
- SERAFIN-PH : pour une adéquation des financements aux parcours : quels enjeux, quel état d'avancement du projet ?
- Table ronde sur la « Réponse accompagnée pour tous » en Bretagne
- Vers une offre plus modulaire : exemple de mise en place d'un pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

— Introduction

- **Stéphane MULLIEZ**, ARS Bretagne, Directeur général adjoint et Directeur des coopérations territoriales et de la performance
- **Anne-Yvonne Even**, ARS Bretagne, Directrice adjointe en charge des parcours

— **SERAFIN-PH : pour une adéquation des financements aux parcours : quels enjeux, quel état d'avancement du projet ?**

— **Annick DEVEAU**, DGCS, Directrice du projet SERAFIN-PH

Parcours de vie, Politiques publiques, réformes en cours
10 janvier 2017 Creai Bretagne /ARS Bretagne

LE PROJET SERAFIN-PH

**Services et Etablissements: Réforme pour une
Adéquation des FINancements aux parcours des
personnes handicapées**

Annick DEVEAU



Déroulé

- ▶ **PRESENTATION DE LA REFORME : OBJECTIFS, CALENDRIER, PERIMETRE, METHODE**
- ▶ **ETAPES REALISEES ET EN COURS : LES NOMENCLATURES ET LE PROGRAMME DE TRAVAIL 2016, LES ORIENTATIONS 2017**
- ▶ **LE LIEN AVEC LES AUTRES CHANTIERS STRUCTURANTS DU SECTEUR**

Déroulé

- ▶ **PRESENTATION DE LA REFORME : OBJECTIFS, CALENDRIER, PERIMETRE, METHODE**
- ▶ **ETAPES REALISEES ET EN COURS : LES NOMENCLATURES ET LE PROGRAMME DE TRAVAIL 2016**
- ▶ **LE LIEN AVEC LES AUTRES CHANTIERS STRUCTURANTS DU SECTEUR**

Un consensus sur les limites du système actuel et sur les objectifs d'évolution

Le rapport Vachey-Jeannet Octobre 2012

➤ **Tarifification actuelle : facteur de lourdeur et de complexité**

1. Les modes de catégorisation des ESMS sont des obstacles à la continuité des prises en charge
2. Pas de lien objectif entre le niveau de financement d'un établissement et le degré d'autonomie des personnes accueillies

➤ **Programmation des créations de places qui n'est pas dictée, du côté des financeurs, par une objectivation, sur un territoire donné, des besoins**

1. Les sources de connaissance des situations de handicap et de leurs évolutions sont insuffisantes
2. Il n'existe pas d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement en ESMS

Objectifs du projet SERAFIN-PH : un projet d'envergure issu du rapport Vachey - Jeannet

Construire les outils qui permettront une allocation de ressources aux établissements et services pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap:

- ▶ **...qui soit équitable**
- ▶ **...dont les processus soient simplifiés**
- ▶ **...qui permette des parcours de vie sans rupture pour les personnes (ce point a été renforcé par 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 » , et sa traduction opérationnelle « une réponse accompagnée pour tous »)**

Objectifs du projet SERAFIN-PH : un projet d'envergure issu du rapport L. Vachey; A. Jeannet

Mettre en œuvre un nouveau dispositif d'allocation de ressources aux établissements et services pour l'accompagnement des personnes handicapées.

UN PROJET QUI SE DÉCLINE EN TROIS PHASES - UN PROJET AU MOYEN TERME AVEC DES ETAPES A FRANCHIR

- **Phase 1 : Construire les outils qui permettront une allocation de ressources rénovée = c'est la phase actuelle**
- **Phase 2 : Choisir un modèle de tarification, en simuler les impacts**
- **Phase 3 : Déployer le modèle**

Périmètre du projet

L'ensemble des ESMS

- ...accueillant ou accompagnant des enfants ou des adultes en situation de handicap
- ...et pour lesquels une **orientation de la MDPH** est nécessaire

Notre approche doit être **transversale** : pas de segmentation par catégories d'établissements et de services ou par public

Périmètre du projet

| inclus dans le périmètre de la réforme | exclus du périmètre de la réforme |
|--|-----------------------------------|
| divers | |
| Centres de ressources | |
| établissements pour enfants | |
| IME | CAMSP |
| IEM | CMPP |
| ITEP | BAPU |
| EEAP | |
| ETAB. POUR DEF. SENSORIELS | |
| SESSAD | |
| CAFS | |

| inclus dans le périmètre de la réforme | exclus du périmètre de la réforme |
|--|-----------------------------------|
| établissements pour adultes | |
| ESAT | SSIAD |
| CRP (incluant travaux en cours) | SAAD |
| CPO | SPASAD |
| UEROS | |
| SAVS | |
| SAMSAH | |
| MAS | |
| FAM | |
| FV-FO | |
| FH | |

Méthode de travail

➤ **Un projet porté par une équipe projet mixte DGCS/CNSA (Daphné Borel)**

Co-construit avec le groupe technique national composé

D'unions et de fédérations de gestionnaires D' associations représentant des personnes handicapées

D'associations nationales du secteur médico-social

De représentants de l'ADF

De la CNAMTS

De deux ARS (Pays de Loire et Centre-Val de Loire)

D'une MDPH (Meuse)

De l'ANAP, l'ANESM et l'ATIH

De l'ANCREAI

De l'EHESP

De différentes directions de l'Etat (Direction de la sécurité sociale , Direction générale de l'offre de soins , Direction du budget..)

Co-piloté par la DGCS et la CNSA (comité de projet)

avec l'appui d'un comité scientifique

Un rendu compte au **comité de pilotage** et au **comité stratégique** qui valident en **dernier ressort**

Déroulé

- ▶ PRESENTATION DE LA REFORME : OBJECTIFS, CALENDRIER, PERIMETRE, METHODE
- ▶ **ETAPES REALISEES ET EN COURS : LES NOMENCLATURES ET LE PROGRAMME DE TRAVAIL 2016, LES ORIENTATIONS 2017**
- ▶ LE LIEN AVEC LES AUTRES CHANTIERS STRUCTURANTS DU SECTEUR

Les nomenclatures des besoins et des prestations

➤ Ce sont les premiers outils de la réforme

Il s'agit de décrire de façon commune et partagée (soit sur la base d'un « dictionnaire commun »):

- **Les besoins** : il n'existait pas de « liste » partagée des termes décrivant les besoins (ni de définition commune de la notion de besoin)
⇒ Le besoin est souvent confondu avec la réponse: « *il ou elle a besoin d'une place en ESMS* »
- **Les prestations** délivrées par les ESMS en réponse à ces besoins: il n'existait pas de définition partagée permettant de décrire ce que « fait » le secteur médico-social accompagnant les personnes en situation de handicap

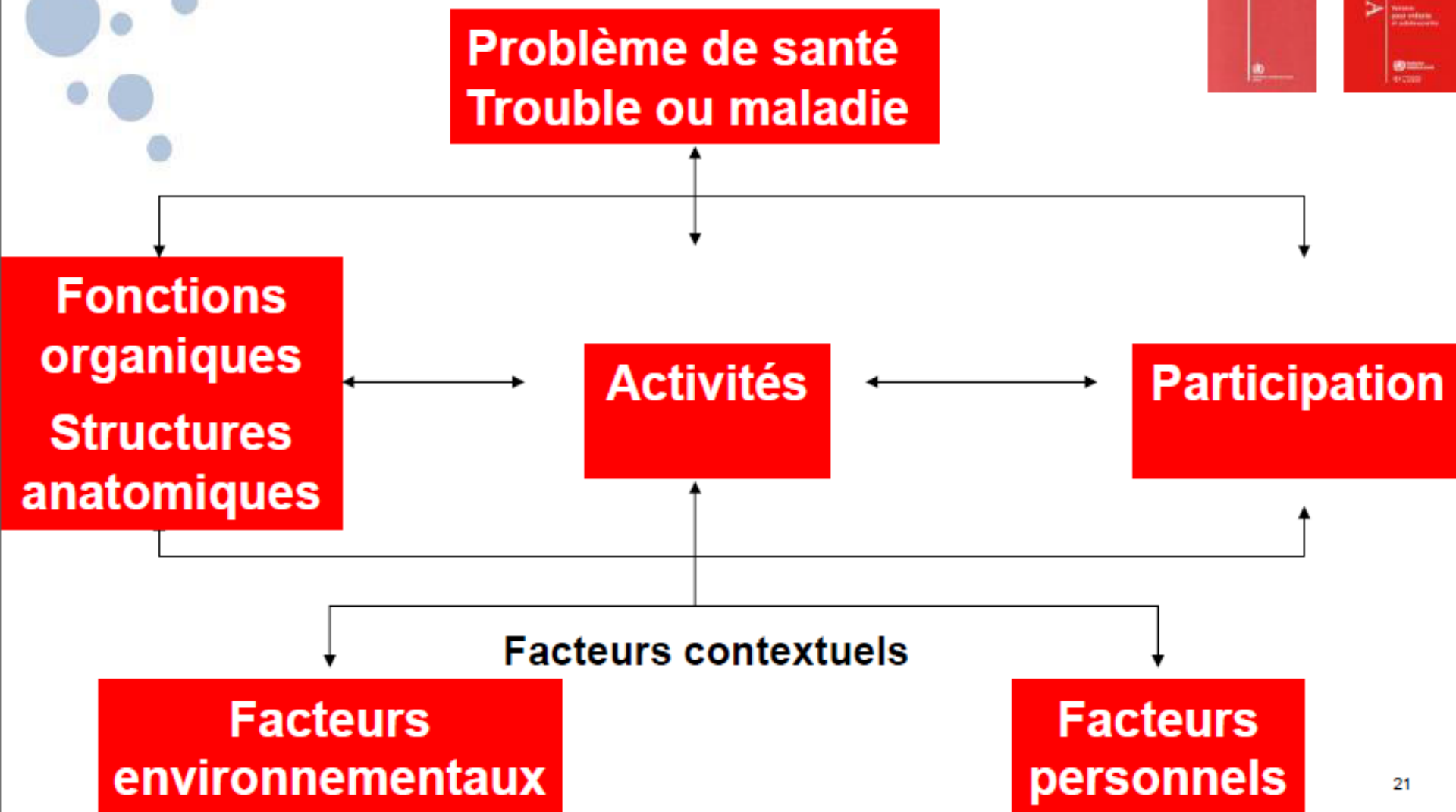
Ce n'est donc pas encore , à ce stade des travaux, un « référentiel tarifaire »

La définition des besoins

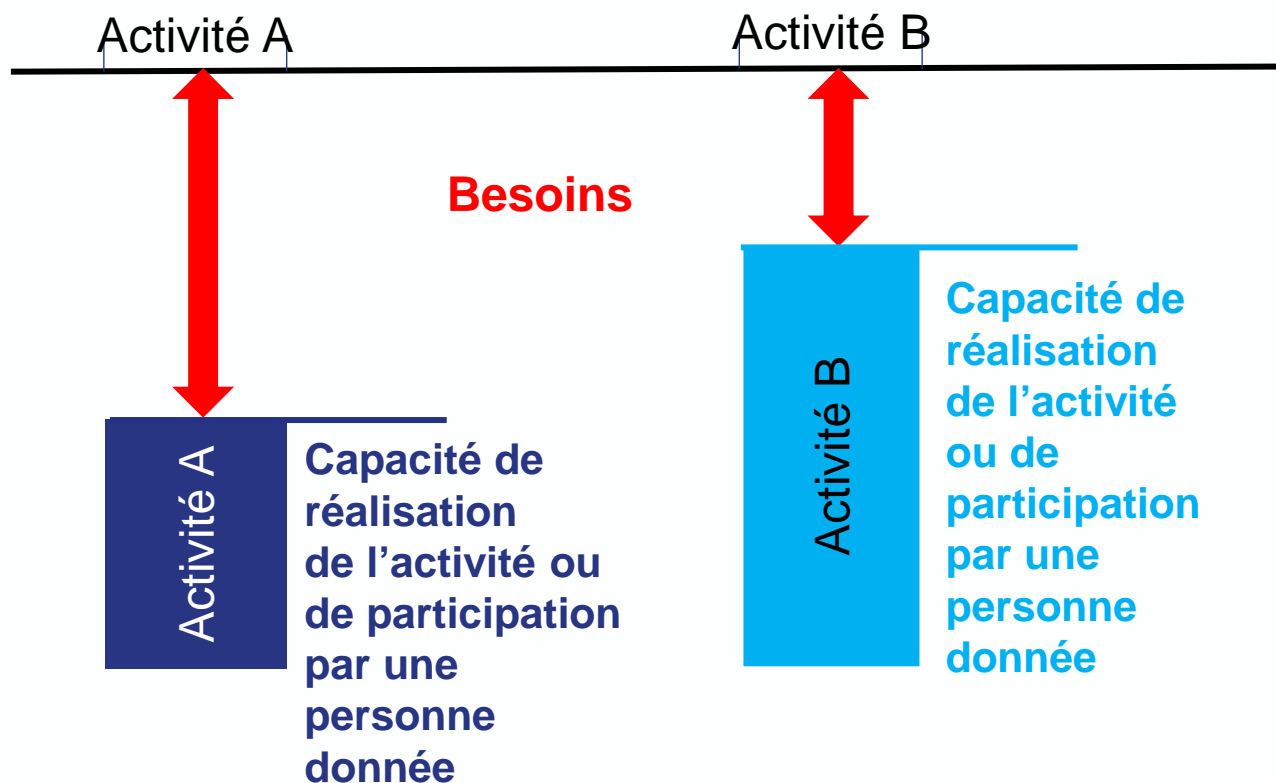
- **Approche sociétale du handicap** : cf loi 2005 et références internationales (facteurs personnels et environnementaux)
- **Le besoin se définit dans l'écart à la norme de réalisation en s'appuyant sur les capacités et potentialités, les habitudes et le projet de vie de la personne.** Une attention particulière à la situation des enfants pour lesquels il s'agit de repérer les besoins en fonction de la situation actuelle, mais aussi dans une démarche dynamique en tenant compte de l'évolution même de la situation prévisible en l'état des connaissances.
- Le besoin est identifié à l'issue d'une double approche: les attentes de la personne et l'évaluation des professionnels

De quoi ai-je besoin pour, comme les autres de mon âge, me soigner, aller à l'école, avoir une activité professionnelle ? Etc..

Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (C.I.F., OMS, 2001 & C.I.F.-E.A., 2008)



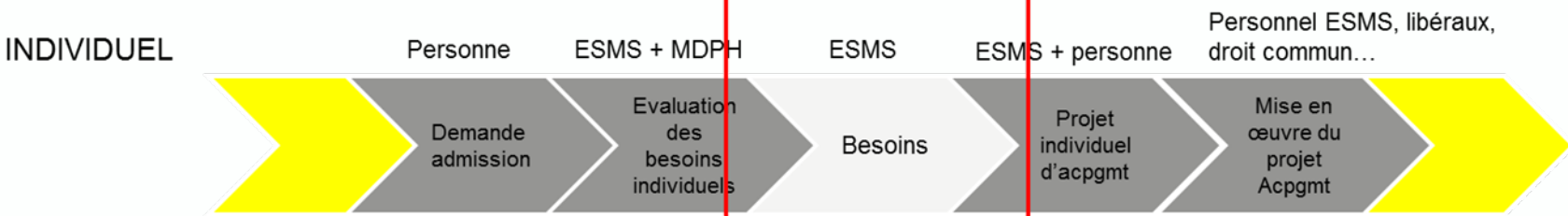
Schématisation de la définition du besoin



Norme de réalisation d'une l'activité (ou participation) dans une population donnée : capacité d'une personne sans problème de santé à réaliser cette activité (ou participation) dans un environnement normalisé



Nomenclature de besoins dans le cadre du référentiel tarifaire SERAFIN-PH



Principes de construction et d'utilisation des nomenclatures

Les nomenclatures ont été construites avec une triple exigence :

- la **non ambiguïté** des définitions ;
- l'**exhaustivité** des composantes ;
- l'**exclusivité** de ces composantes les unes par rapport aux autres.

Les nomenclatures servent à décrire les besoins et les prestations dans un **langage partagé et de manière organisée** :

- **Elles ne sont pas des outils d'évaluation, donc pas de cotation (intensité, etc...)**
- Elles ne préjugent pas du modèle tarifaire
- Elles servent à classer les besoins et les prestations
- Elles sont les outils de description qui vont être utilisés dans différents travaux avec plusieurs finalités

La structuration des nomenclatures : trois domaines

Santé

La santé somatique et psychique, les besoins en lien avec la déficience de la personne, une maladie ou tout autre problème de santé lié ou non à sa déficience

Autonomie

Les activités de la vie quotidienne (entretien personnel), la communication et la prise de décision, la mobilité

Participation sociale

C'est l'implication des personnes dans des situations de vie réelle, notamment l'école, l'université, le travail, un logement, la gestion des ressources...

Logiques des nomenclatures Serafin-PH

Besoins

Autonomie

Santé

Participation sociale



Prestations

Fonctions logistiques

Participation sociale

Autonomie

Soins

Gérer – manager - coopérer

Nomenclature des besoins

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de **santé somatique ou psychique**

1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux

1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles

1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur

1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire

1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire

1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne

1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives

1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices

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'**autonomie**

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

1.3 - Besoins pour la **participation sociale**

1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté

1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté

1.3.2 – Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques

1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement

1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques

1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport

1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale

1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport

1.3.3 – Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux

1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante

1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi

1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages

1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle

1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant

1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

Nomenclature des prestations directes – Soins et accompagnement

2.3 - Prestations pour la **participation sociale**

2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits

2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnalisé

2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés

2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale

2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage

2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs

2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements

2.3.4.4 – Accompagnements après la sortie de l'ESMS

2.3.2 – Accompagnements au logement

2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement

2.3.2.2 - Accompagnements pour accomplir les activités domestiques

2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion

2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits

2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources

2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes

2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux

2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève ou d'étudiant

2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle

2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle

2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées

2.3.3.5 – Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle

2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance

2.2 et 2.2.1 - Prestations en matière d'**autonomie**

2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes essentiels

2.2.1.3 – Accompagnements à l'extérieur avec déplacement d'un professionnel pour mettre en œuvre une prestation en matière d'autonomie

2.2.1.4 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

2.2.1.2 – Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui

2.1 – Prestations de **soins**, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

2.1.1 - Soins somatiques et psychiques

2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative

2.1.1.2 – Soins des infirmiers, des aides soignants et auxiliaires de puériculture à visée préventive, curative et palliative

2.1.1.3 – Prestations des psychologues y compris à destination des fratries et des aidants

2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie

2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle

2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistes

2.1.2.2 – Prestations des superviseurs non psychologues

Nomenclature des prestations indirectes – Pilotage et fonctions supports

3.1 - Fonctions gérer, manager, coopérer

3.1.1.1 - Pilotage et direction

3.1.1.2 - Gestion des ressources humaines et du dialogue social

3.1.1.3 – GPEC, formation professionnelle continue, conditions de travail et dialogue social

3.1.1 - Gestion des ressources humaines et du dialogue social

3.1.4.1 - Démarche d'amélioration continue de la qualité

3.1.4.2 - Analyse des pratiques, espaces ressource et soutien au personnel

3.1.4 - Qualité et sécurité

3.1.5.1 - Coopérations, conventions avec les acteurs spécialisés et du droit commun

3.1.5 - Relations avec le territoire

3.1.2.1 – Gestion budgétaire, financière et comptable

3.1.2.2 – Gestion administrative

3.1.2.3 - Transports liés à gérer, manager, coopérer

3.1.2 - Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable

3.1.3.1 - Communication (interne et externe), statistiques, rapport annuel et document collectifs 2002-2

3.1.3.2 - Gestion des données des personnes accueillies

3.1.3.3 - Système d'information, informatique, TIC, archivage informatique des données, GED

3.1.3 – Information et communication

3.1.5.2 - Appui-ressources et partenariats institutionnels

3.2 - Fonctions logistiques

3.2.1 - Locaux et autres ressources pour accueillir

3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour héberger

3.2.1.2 – Locaux et autres ressources pour accueillir le jour

3.2.1.3 - Locaux et autres ressources pour réaliser des prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

3.2.1.4 - Locaux et autres ressources pour gérer manager, coopérer

3.2.1.5 - Hygiène, entretien, sécurité des locaux, espaces extérieurs

3.2.3 - Entretien le linge

3.2.3.1 - Matériels de blanchissage

3.2.3.2 - Traitement du linge

3.2.2 - Fournir des repas

3.2.2.1 - Matériels de cuisine

3.2.2.2 - Production de repas

3.2.2.3 - Mise à disposition des repas

3.2.2.4 - Transports des biens et matériels liés à la restauration et à l'entretien du linge

3.2.4 - Transports liés au projet individuel

3.2.4.1 - Transports liés à accueillir (domicile-structure)

3.2.4.2 - Transports liés aux prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles

3.2.4.3 - Transports liés à l'autonomie

3.2.4.4 - Transports liés à la participation sociale

Les « préalables » des nomenclatures

- ▶ Elles s'inscrivent à ce stade dans la première phase de la réforme SERAFIN-PH : elles ne sont pas un « référentiel tarifaire »
- ▶ Elles reposent sur le principe général que **la personne en situation de handicap doit être en permanence associée / actrice** du projet d'accompagnement qui lui est proposé: Les besoins tiennent compte des attentes de la personne.
- ▶ Elles ne visent pas à « découper » l'accompagnement de la personne, mais à l'explicitier : **le projet d'accompagnement global reste pertinent** (y compris par des modalités partenariales, et de droit commun)
- ▶ Elles permettent d'approcher **la complexité et l'intrication** de l'accompagnement médico-social

« Statut » des nomenclatures

- Stabilisées jusqu'à la fin 2017
- Validées dans leur version actuelle par la ministre au comité stratégique du 21 janvier 2016
- Probable actualisation (intitulé, regroupement,...) après la première enquête de coût
- Mise en ligne sur le site de la CNSA et de la DGCS
- Formulaire en ligne sur les usages (lien sur le site de la CNSA/plaquette de présentation)

Programme de travail 2016

Trois chantiers principaux :

- Enquête de coût confiée à l'ATIH avec l'appui de l'équipe projet SERAFIN-PH
- Le tableau de bord médico social de la performance à l'aune des nomenclatures SERAFIN-PH en partenariat avec l'ANAP
- Etablir les liaisons entre besoins et prestations dans un objectif tarifaire

Ces chantiers sont conduits avec l'appui de **comités ad hoc, du groupe technique national et du comité scientifique**

L'enquête de coût 2016

Première enquête de coûts (EDC) dans le secteur des personnes handicapées

- Enjeu: mieux connaître puis comprendre les coûts des prestations délivrées par les ESMS (selon la nomenclature Serafin)
- Réalisée par l'ATIH avec l'appui de l'équipe projet– confidentialité des données (comptes 2015)
- 120 ESMS: 100 enfants (hébergement et services: 40 SESSAD / 30 IME / 9 ITEP / 9 IEM / 8 polyhandicap / 2 déficients auditifs / 2 déficients visuels) + 20 adultes (uniquement hébergement: 5 MAS / 5 FAM / 5 Foyer de Vie / 5 Foyer d'hébergement)
- Formation des ESMS volontaires en juin 2016
- **Enquête : juillet – septembre 2016**
- Premiers résultats qualitatifs fin 2016 / quantitatifs 2017
- Une 2^e Enquête est prévue en 2017, puis une Etude Nationale de Coût en 2018

Le tableau de bord médico social de la performance

Tableau de bord généralisé en **2018**, porté par l'ANAP

=> Pour Serafin : repenser les données et indicateurs du tableau de bord (TBD) à l'aune des nomenclatures, et en améliorant la caractérisation de l'activité des structures

- Groupe de travail ad hoc de mars à juin :
 - harmonisation des terminologies SERAFIN-PH /Tableau de bord (exemples: « fonctions administratives et de gestion » du tbd devient « prestation piloter, manager, coopérer » selon SERAFIN-PH)
 - création d'une donnée de caractérisation dans le tbd: « appui-ressource et partenariats institutionnels » (correspond à une prestation SERAFIN) pour montrer le rôle de l'ESMS sur son territoire
- 57 ESMS ont testé les modifications proposées (sur la base du volontariat) en 2016 .

Initier la liaison entre besoins et prestations dans un objectif tarifaire

Quel que soit le modèle tarifaire qui sera retenu in fine, **un lien entre les besoins des personnes et les prestations (en particulier directes) servies** doit pouvoir être établi, **afin de garantir un financement équitable.**

Plusieurs étapes à franchir, marches à construire, avant d'intégrer cette liaison dans le futur modèle tarifaire

Première 'marche' => Recherche de variables discriminantes « à dire d'experts », des « marqueurs de charge en accompagnement »

Méthodologie de focus group : appui sur le savoir empirique des acteurs médico-sociaux. Groupe d'experts (membres du GTN et autres : gestionnaire, cliniciens et personnes qualifiées) développé en 2017

Déroulé

- ▶ PRESENTATION DE LA REFORME : OBJECTIFS, CALENDRIER, PERIMETRE, METHODE
- ▶ ETAPES REALISEES ET EN COURS : LES NOMENCLATURES ET LE PROGRAMME DE TRAVAIL 2016
- ▶ **LE LIEN AVEC LES AUTRES CHANTIERS STRUCTURANTS DU SECTEUR**

Serafin-PH au service de l'évolution de l'offre

Convergence des logiques d'interventions

- Virage inclusif
- Fluidification des parcours
- Modularité des accompagnements
- Participation des personnes en situation de handicap

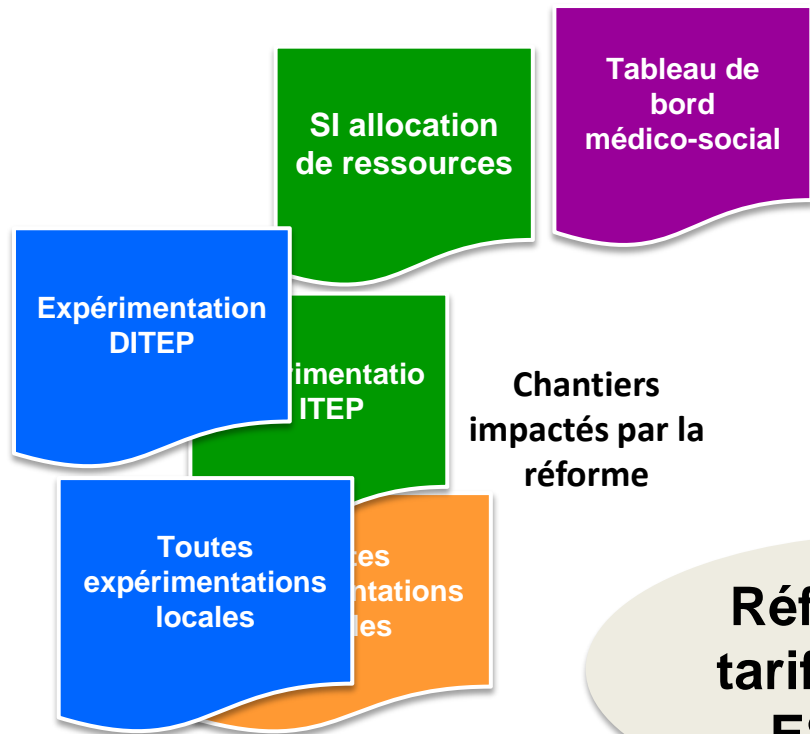
Convergence des « projets »

- Réponse accompagnée pour tous
- SI MDPH
- Réforme des autorisations
- Contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens
- ROR – Répertoire Opérationnel des Ressources – Début des travaux
- Instruction Pôles de compétences et de prestations externalisées autisme ...

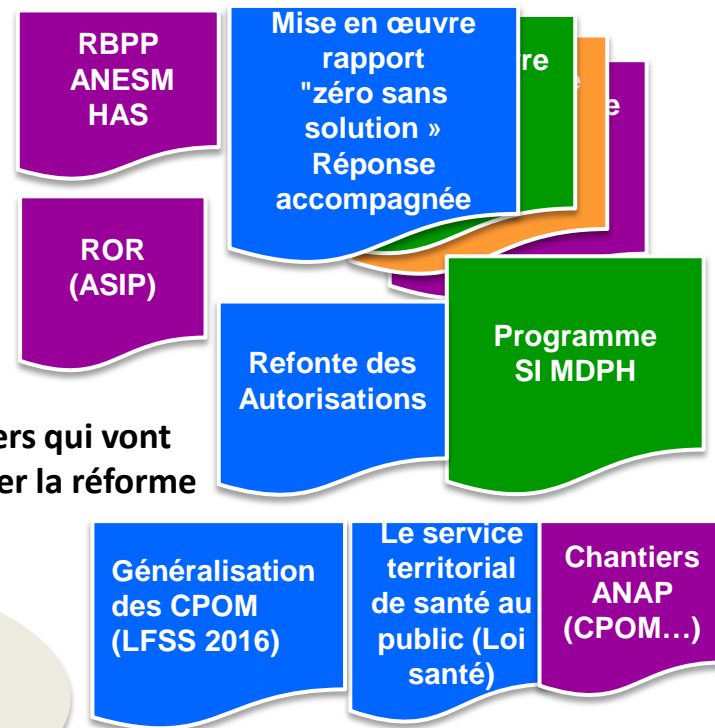
Une diffusion et une appropriation des nomenclatures par différents acteurs

Réforme de la tarification des ESMS - PH

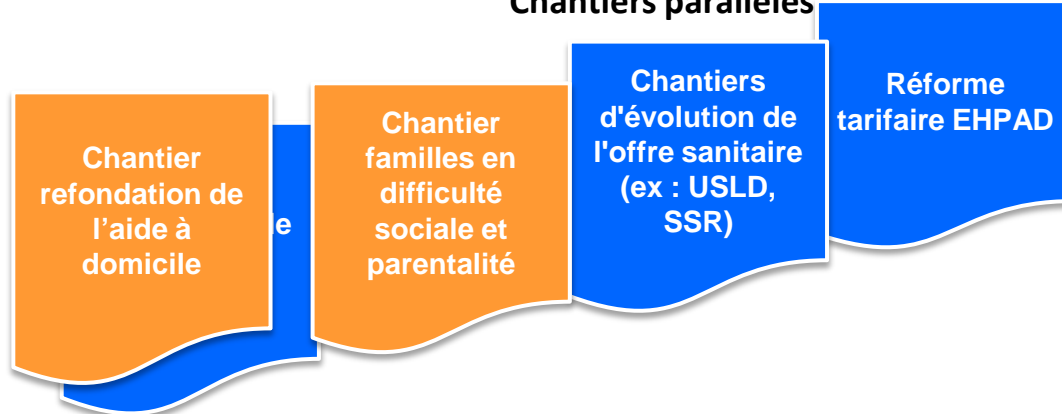
Chantiers impactés par la réforme



Chantiers qui vont impacter la réforme



Chantiers parallèles



Chantiers ministère

Chantiers CNSA

Chantiers agences

Chantiers ADF voire départements

Les nomenclatures Serafin : 2 «vies parallèles »

2 objectifs distincts dans les usages

- ▶ Ce pour quoi elles ont été élaborées = **outils de la réforme tarifaire** (Indicateurs, Enquête puis étude nationale de coût)
- ▶ Ce pour quoi elles servent car le secteur médico-social a besoin d'un langage commun pour décrire un même public, et des mêmes accompagnements dans leur diversité = **outil de description**

Description à visée individuelle

Plan d'accompagnement global
(axe 1)

Lien entre le GEVA et le Plan personnalisé de compensation : description des besoins et prestations en réponses

Dossier partagé

Description à visée collective

Diagnostic territorial (Axe 2)

Diagnostic des ressources (handicap rare)

Prestations des ESMS sur le territoire

Système d'information

Répertoire opérationnel des ressources ROR

SI MDPH

SI suivi des orientations

Espaddom

Gestion de l'offre

Autorisations

CPOM

Contrôle de gestion

Proximité SERAFIN-PH et réponse accompagnée

L'utilisation des nomenclatures Serafin-Ph facilitera la fluidification des parcours par le partage et l'harmonisation des principes et du langage utilisé tant au niveau des institutions (MDPH, CD, ARS) que des ESMS.

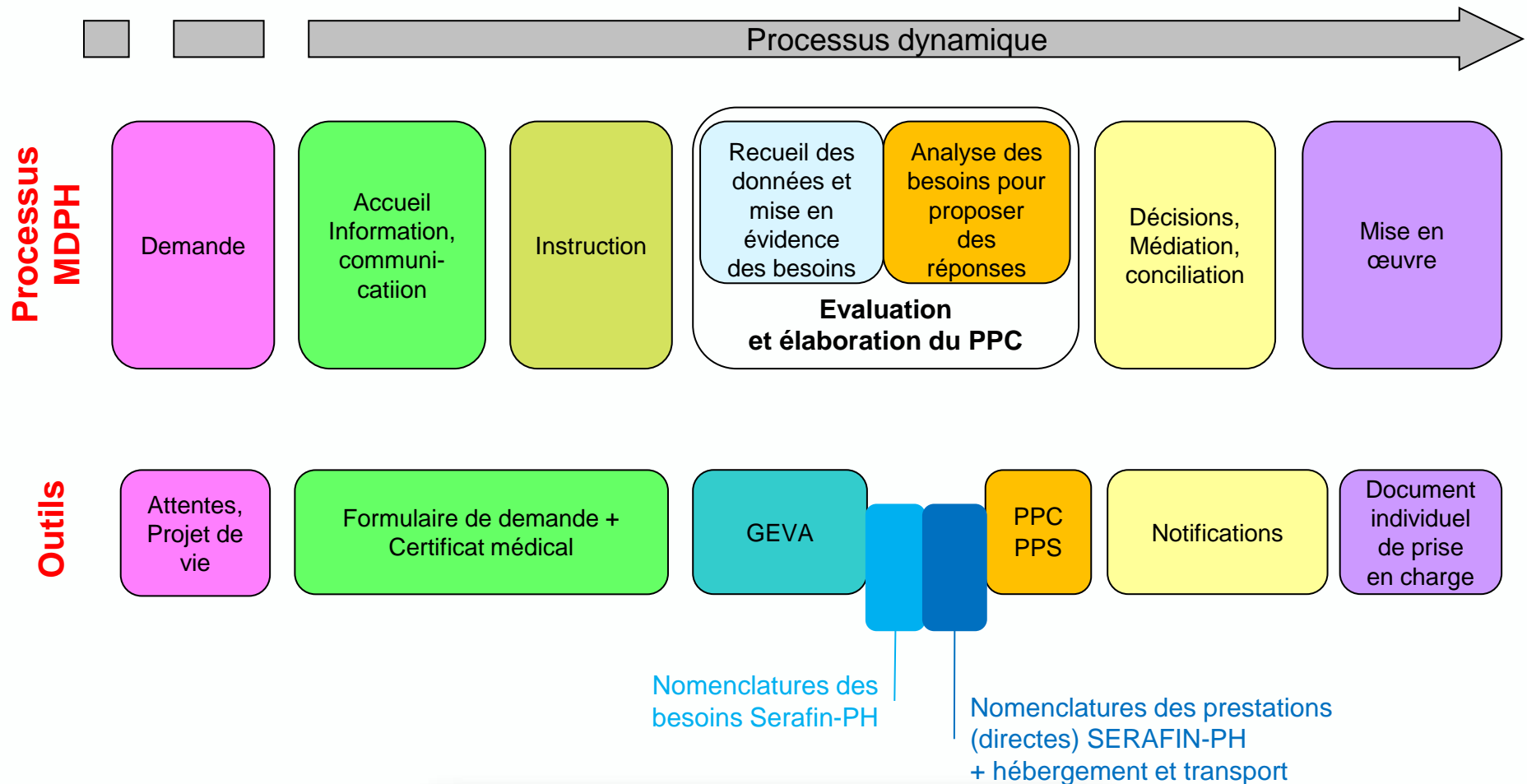
Les nomenclatures permettent un double usage descriptif :

- des situations individuelles qu'il s'agisse des besoins des personnes comme des réponses qui leur sont apportées ;
- à visée plus collective, voire territoriale, dans une logique de description de l'offre médico-sociale intervenant en réponse à des besoins.

⇒ **Utilisation des nomenclatures pour l'élaboration du plan d'accompagnement global (PAG) prévu à l'article 89 de la Loi Modernisation de notre système de santé (axe 1 du chantier réponse accompagnée) – effectif dans certains territoires pionniers**

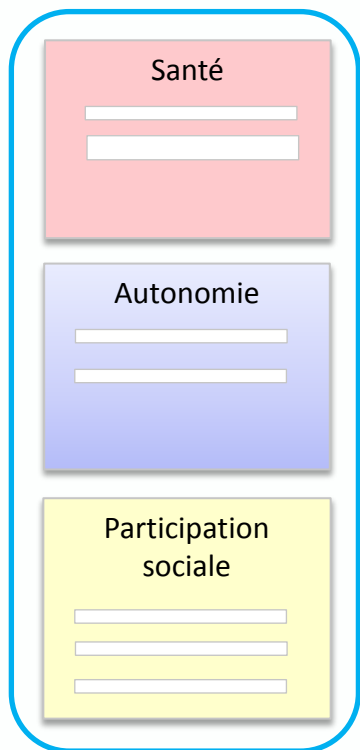
⇒ **Eventuellement support du diagnostic territorial (axe 2 du chantier réponse accompagnée pour tous)**

Programme SI MDPH et utilisation de la logique SERAFIN-PH dans les processus MDPH

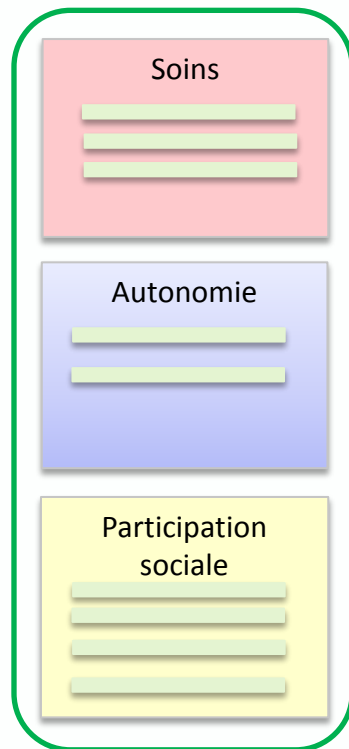


Proposition de la description des besoins, des prestations et des intervenants du PAG avec l'appui des nomenclatures SERAFIN-PH

1 Besoins

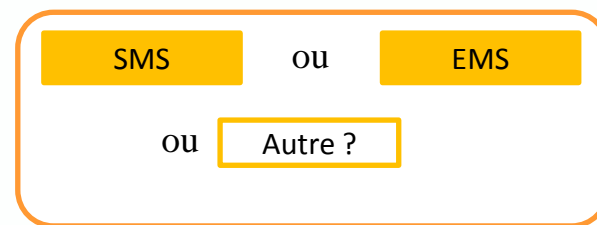


2 Prestations



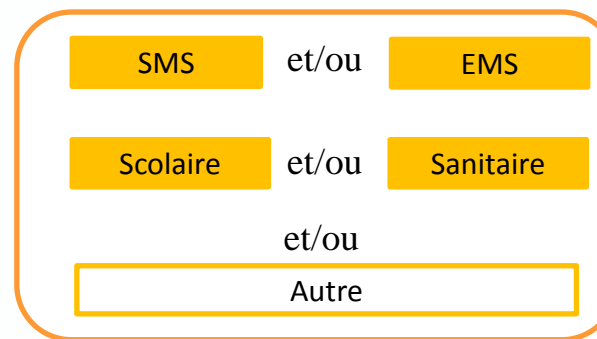
3 Intervenants

= engagement des acteurs (qui met en œuvre quelle prestation ?)



Réponse unique

— ou —



Réponse modulaire

Dépasser les contraintes liés aux autorisations « historiques »

Un chantier DGCS :

- Première étape à l'étude : proposer des nomenclatures simplifiées par rapport à celles utilisées actuellement dans les arrêtés d'autorisation permettant d'assouplir le cadre des autorisations
- Objectif : décroisonner rapidement le fonctionnement des ESMS
- A ce stade il n'est pas prévu d'utiliser les nomenclatures dans les arrêtés d'autorisations mais lien à faire avec les CPOM

<http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/les-reformes-tarifaires/reforme-des-etablissements-pour-personnes-handicapees>

<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/reforme-de-la-tarification-des-etablissements-et-services-pour-personnes/>

Merci de votre attention

serafin-ph@cnsa.fr

annick.deveau@social.gouv.fr

**SERAFIN
PH**



— Table ronde sur la « Réponse accompagnée pour tous » en Bretagne

En présence de Madame **Marie-Sophie Desaulle**, responsable de la mission « Une réponse accompagnée pour tous » auprès du Secrétaire général chargé des ministères sociaux

- **Nathalie LE FORMAL**, ARS Bretagne, Directrice de la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine
- **Robert DENIEUL**, Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine, Directeur du pôle Solidarité
- **Thérèse OLLIVAUX**, Directrice de la MDPH d'Ille-et-Vilaine
- **Jean-Yves COUDRAY**, Directeur de la Maison départementale de l'autonomie du Morbihan
- **Pierre MONEGER**, inspecteur de l'Education Nationale ASH

— Vers une offre plus modulaire : exemple de mise en place d'un pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

— **Michel MOGAN**, Fondation Ildys, directeur de l'EHPAD Saint-Vincent Lannouchen (29)



La performance dans le secteur médico-social : restitution des données du tableau de bord à travers les grands enjeux du secteur

Mardi 10 janvier 2017

au Triangle à Rennes

— Programme

- Introduction
- Présentation de la démarche
- Les réformes en cours : CPOM et réformes tarifaires
- Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

Introduction

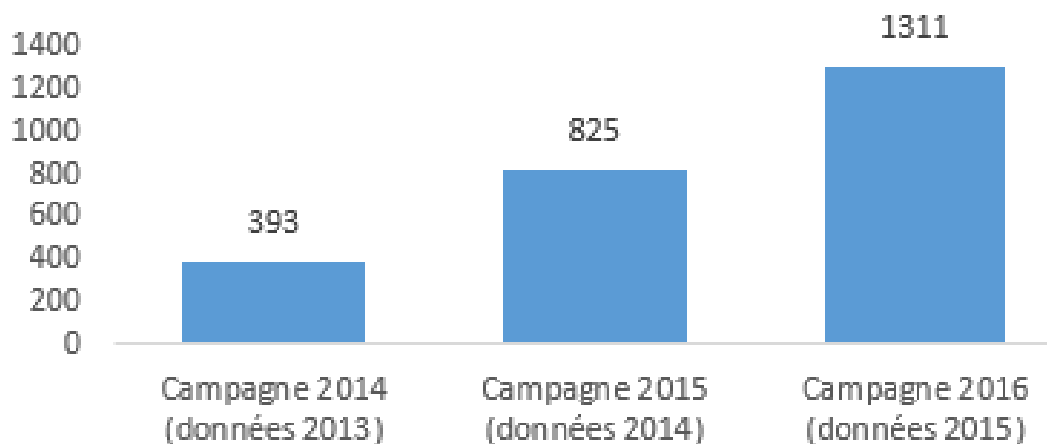
- **Stéphane MULLIEZ**, ARS Bretagne, Directeur général adjoint et Directeur des coopérations territoriales et de la performance
- **Anne-Françoise COURTEILLE**, Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine, Vice-présidente en charge des solidarités, des personnes âgées et du handicap

— Présentation de la démarche

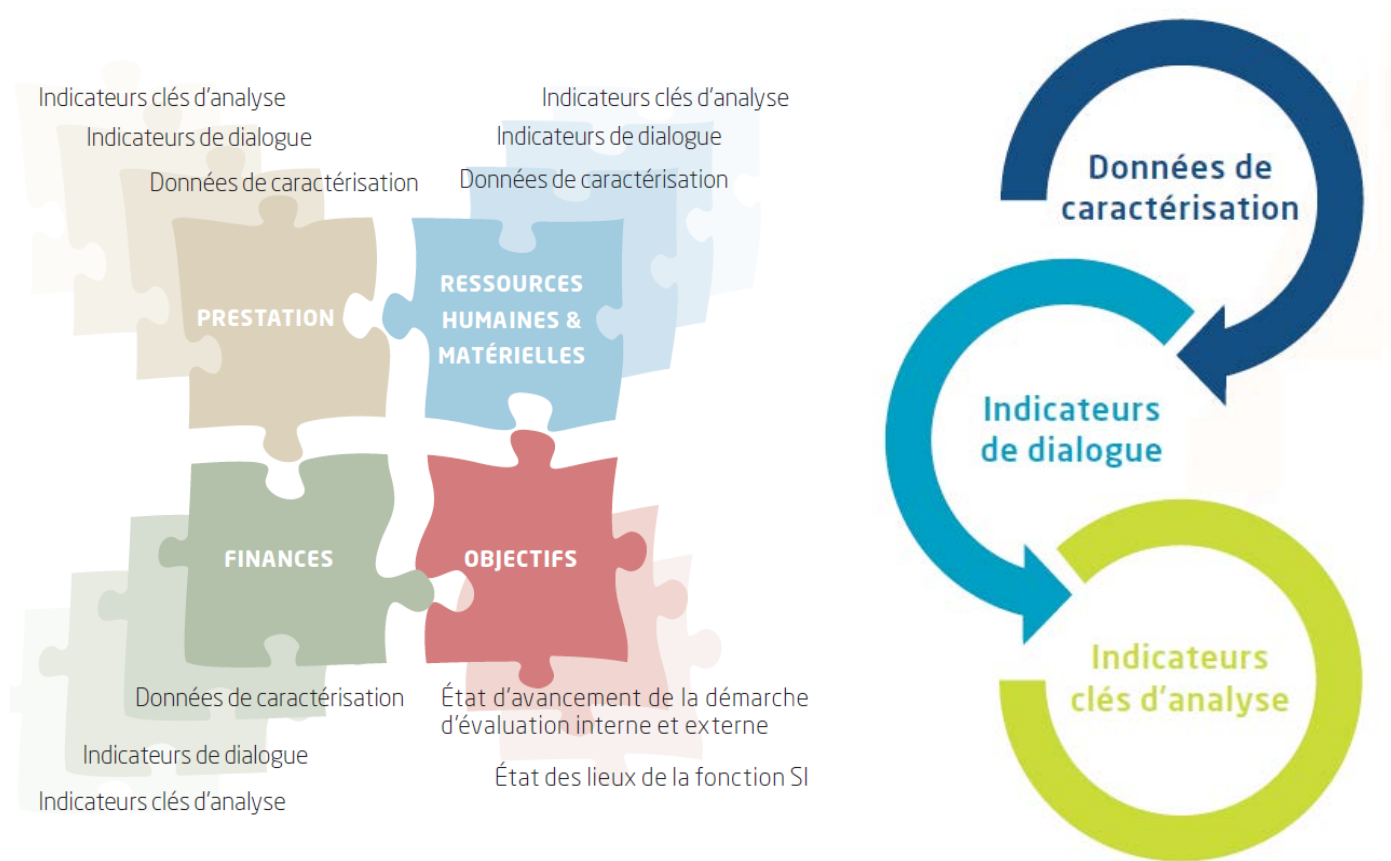
— **Mathilde HENRY**, ARS Bretagne (Siège), responsable du pôle allocation de ressources médico-sociales, Direction des coopérations territoriales et de la performance

— En 2016, le panel régional est composé de l'ensemble des 1 311 ESMS de la région, et des 303 ^[1] organismes gestionnaires (OG) correspondants, répartis sur 20 catégories d'ESMS.

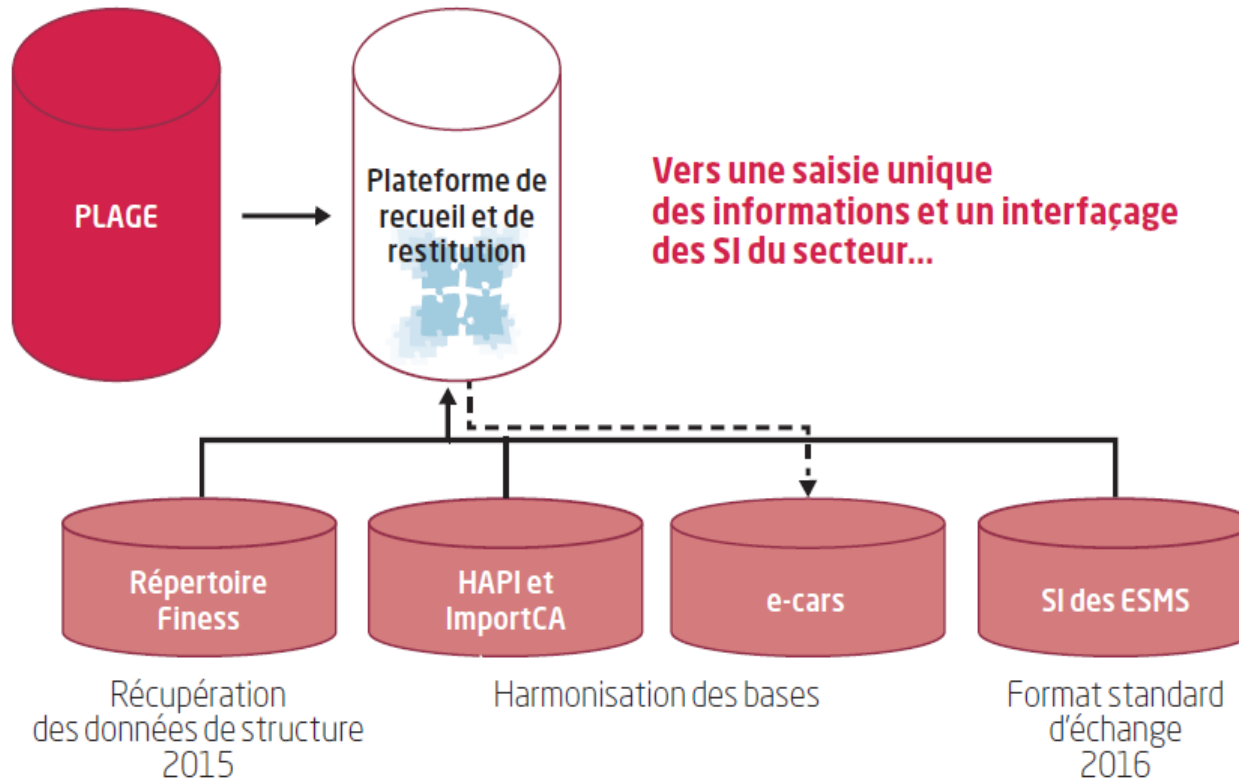
Evolution du nombre d'ESMS concernés par campagne en Bretagne entre 2014 et 2016



Architecture du TDB ESMS



Vers une saisie unique et harmonisée



L'objectif est de faire converger progressivement les référentiels et d'alléger la charge de la saisie en s'appuyant sur les SI existants.

— Les réformes en cours : CPOM et réformes tarifaires

CPOM

Introduction et animation de la table ronde : **Vincent MOREL**, ARS Bretagne (Siège), responsable du pôle contractualisation, Direction des coopérations territoriales et de la performance

Intervenants :

- **Anne SIMON**, Conseil Départemental des Côtes-d'Armor
- **Brigitte EVENNOU**, Conseil Départemental du Morbihan
- 2 représentants en charge de la contractualisation à l'ARS :
Marie-Haude SALAUN (DD 29) et **Laurence ROUX** (DD 35)

— Les réformes en cours : CPOM et réformes tarifaires

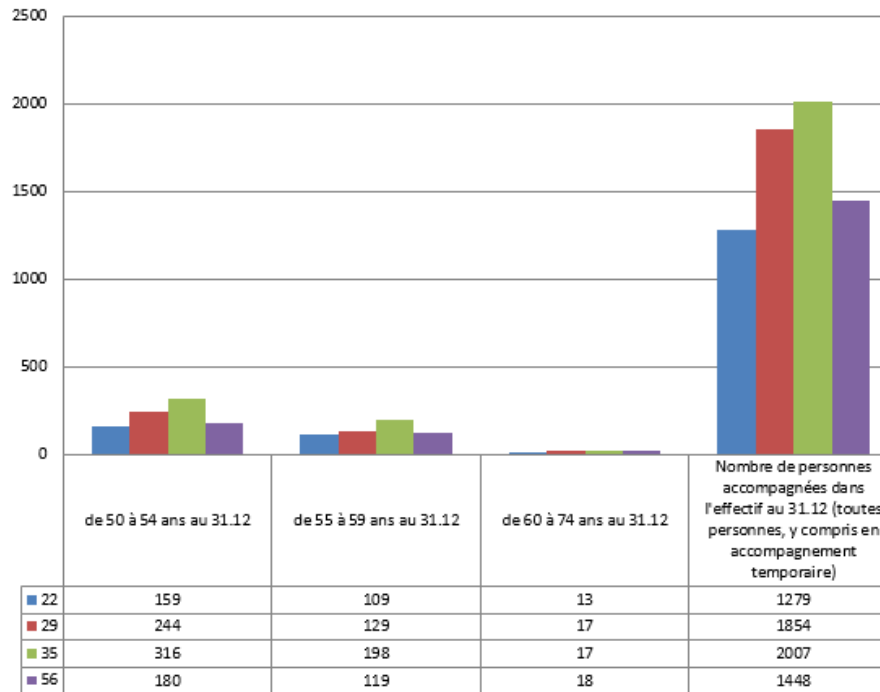
CPOM

Illustration : quelle passerelle vers la retraite pour les ESAT ?

— **Anne DELUCQ**, ARS Bretagne (Siège), responsable du pôle schémas et programmation, Direction des coopérations territoriales et de la performance

Quelle passerelle vers la retraite pour les ESAT?

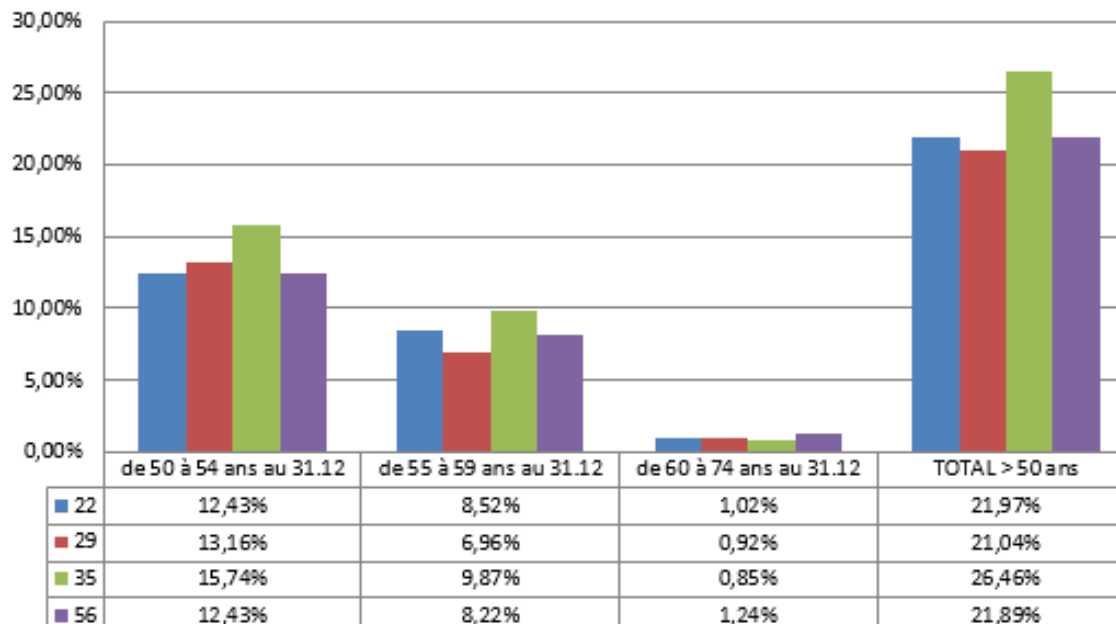
Les plus de 50 ans en ESAT



Le nombre de PH de plus de 50 ans, accueillis en ESAT est plus important dans le département d'Ille-et-Vilaine (531 PH de plus de 50 ans, pour 2.007 personnes accompagnées).

Quelle passerelle vers la retraite pour les ESAT?

Les plus de 50 ans en ESAT



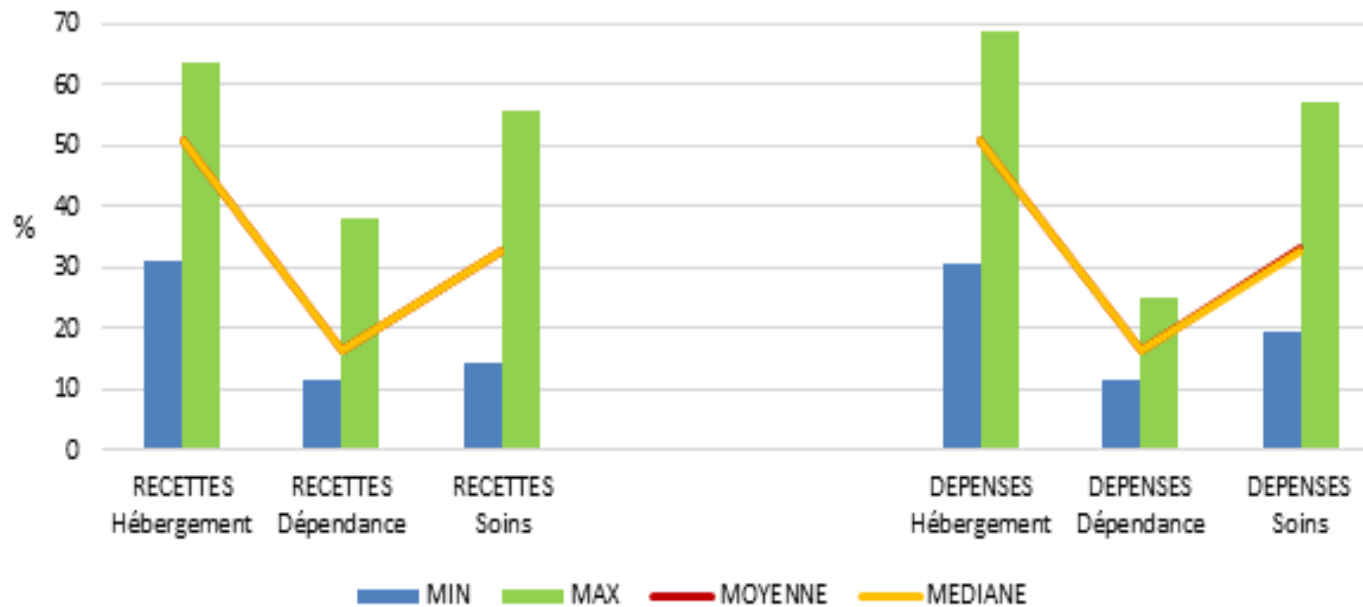
— Si l'on ramène le nombre de personnes accompagnées de plus de 50 ans au total, cela revient effectivement à plus de 26 % sur le département d'Ille-et-Vilaine

— Les réformes en cours : CPOM et réformes tarifaires

La Réforme de la tarification des EHPAD

- **Bernard ROUXEL**, ARS Bretagne (Siège), en charge de l'allocation de ressources personnes âgées, Direction des coopérations territoriales et de la performance
- **Anne-Françoise DOLAIS-LEGENTIL**, Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine

UN SYSTÈME ACTUEL REPOSANT SUR 3 SECTIONS TARIFAIRES « AUTONOMES »



LA REFORME DE LA TARIFICATION DES EHPAD : LES PRINCIPAUX TEXTES FONDATEURS

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) comporte plusieurs mesures relatives à la contractualisation et à la réforme de la tarification des EHPAD
- Décret du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification des EHPAD et des PUV
- Décret du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l'article L 312-1 du CASF.
- + différents arrêtés d'application portant notamment sur les cadres types EPRD et ERRD

LE CHANGEMENT DU MODE DE TARIFICATION SUR LA SECTION SOINS

- Mise en place d'une tarification automatique reposant notamment sur le niveau de dépendance moyen (GMP) et les besoins en soins requis des résidents (PMP), ces 2 niveaux étant regroupés en un indicateur synthétique dit GMPS.
- A partir de 2023, chaque EHPAD bénéficiera d'un forfait soins équivalent au résultat de l'équation tarifaire = $\text{GMPS} * \text{nb de places HP} * \text{valeur du point}$.
- De 2017 à 2023, correction progressive de l'écart entre le résultat de l'équation tarifaire et la dotation HP de l'EHPAD : versement de 1/7^{ième} de l'écart en 2017, versement de 1/6^{ième} de l'écart en 2018, 1/5^{ième} de l'écart en 2019, etc.
- Des financements complémentaires pour les modalités d'accueil particulières (AJ, HT, PASA, UHR) + sur des thématiques particulières (restructuration, actions de coordination, prévention...).

LE CHANGEMENT DE TARIFICATION SUR LA SECTION SOINS

- Réactualisation périodique du GMP et du PMP en lien avec la programmation CPOM.
- L'activité réalisée (dernier taux d'occupation connu) sur la partie HP pourra être prise en compte pour moduler, sur l'exercice en cours, le forfait soins sur la base d'un seuil fixé par arrêté ministériel. Pas d'application de cette mesure en 2017.
- Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 liste les charges pouvant être couvertes par chacun des tarifs mais supprime la clé de répartition fixe du financement des aides-soignants (AS) et des aides médico-psychologiques (AMP). Dans la limite des forfaits notifiés, le gestionnaire peut donc faire varier la répartition des charges communes entre financeurs.

LE CHANGEMENT DU MODE DE TARIFICATION SUR LA SECTION DEPENDANCE :

- Modalités de convergence vers le tarif dépendance
 - Convergence en 7 ans vers le point GIR Départemental
- Détermination de la valeur du point GIR départemental chaque année avant le 1/04/N
 - Pas de variation à la baisse de la valeur du point GIR départemental

LE MODE DE TARIFICATION SUR LA SECTION HEBERGEMENT

- Pour les structures couvertes par un CPOM : fixation pluriannuelle du tarif hébergement dans le contrat.
- Dans l'attente de la signature du CPOM : maintien de la procédure contradictoire.

— ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DEPENSES (EPRD)

Qu'est ce qu'un EPRD?

- Passage en EPRD systématique au 01/01/2017 pour l'ensemble des EHPAD sans lien avec la programmation CPOM.
- Passage d'une tarification «à la dépense» à une tarification «à la ressource».

ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DEPENSES (EPRD)

- Date de dépôt de l'EPRD

| Date de notification des dotations par ARS et CG | Date de dépôt des EPRD |
|---|---|
| Avant le 31/03 | 30/04 |
| Entre le 01/04 et le 31/05 | Dans un délai de 30j suivant la notification du dernier financeur |
| Si absence de transmission au 1 ^{er} juin par ARS et/ou CD | 30/06 |

- Possibilité pour un gestionnaire de regrouper dans un même EPRD les EHPAD implantés dans le même département.

ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DEPENSES (EPRD)

Le contenu de l'EPRD :

- Un compte de résultat prévisionnel (CRP) qui n'est pas subdivisé en section tarifaires.
- Des données financières : tableau de calcul de la CAF, tableau de financement prévisionnel, PGFP... (passage d'une logique budgétaire à une logique financière).
- Des documents annexes : un rapport budgétaire et financier, un tableau prévisionnel des effectifs, un tableau permettant d'identifier les charges couvertes par les différents financeurs.

ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DEPENSES (EPRD)

Les situations spécifiques :

- Les EHPAD relevant d'un Etablissement Public de Santé (EPS) : Dépôt d'un Etat Prévisionnel des Charges et des Produits (EPCP) : document à visée uniquement tarifaire ne se substituant pas aux documents budgétaires et comptables qui relèvent du Code de la Santé Publique (CSP).
- Les EHPAD privés non habilités à l'aide sociale : Dépôt d'un EPRD simplifié.
- Les EHPAD publics autonomes ou gérés par un CCAS : Pour l'exercice budgétaire et comptable 2017, l'EPRD est remplacé par un budget prévisionnel de transition.

ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DEPENSES (EPRD)

La validation de l' EPRD

- l'EPRD est réputé approuvé si les Autorités de Tarification (AT) n'ont pas fait connaître leur opposition dans un délai de 30 jours suivant sa réception.
- l'EPRD peut être refusé s'il est incomplet ou s'il n'est pas fixé conformément aux dispositions réglementaires prévues à l'article R 314-222 I du CASF notamment le respect des crédits notifiés, l'évaluation sincère des recettes et des dépenses, le respect des équilibres financiers...
- En cas de rejet de l'EPRD, un nouvel EPRD est proposé dans un délai de 30 jours en tenant compte des motifs du rejet opposé.

ETAT REALISE DES RECETTES ET DES DEPENSES (ERRD)

- Dépôt d'un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) avant le 30 avril N+1 (8 juillet pour les EHPAD gérés par EPS) selon un cadre type national et des annexes (rapport financier, activité, tableau des effectifs...).
- Des cadres spécifiques pour les catégories d'EHPAD ne déposant pas d'EPRD type : EPS, EHPAD non habilités à l'aide sociale.
- Suivi détaillé par section tarifaire uniquement dans les comptes d'emplois de l'ERRD.

ETAT REALISE DES RECETTES ET DEPENSES (ERRD)

- Suppression de l'affectation des résultats par les AT : libre affectation des résultats (en lien avec les dispositions retenues dans le CPOM)
- Pour l'exercice 2016, dépôt d'un compte administratif et affectation des résultats par les AT selon les modalités actuelles du CASF (article R 314-51).

— Les réformes en cours : CPOM et réformes tarifaires

Les CPOM et la réforme de la tarification des EHPAD

— Echanges avec la salle

— Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

Retour d'expérience des ESMS bretons

- **Emilie JOURDAN**, directrice de l'EHPAD de Corps-Nuds (35)
- **Laurence DE SOLMINIHAC**, responsable administratif et financier au Centre Hélio Marin de Plérin (22)

— Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

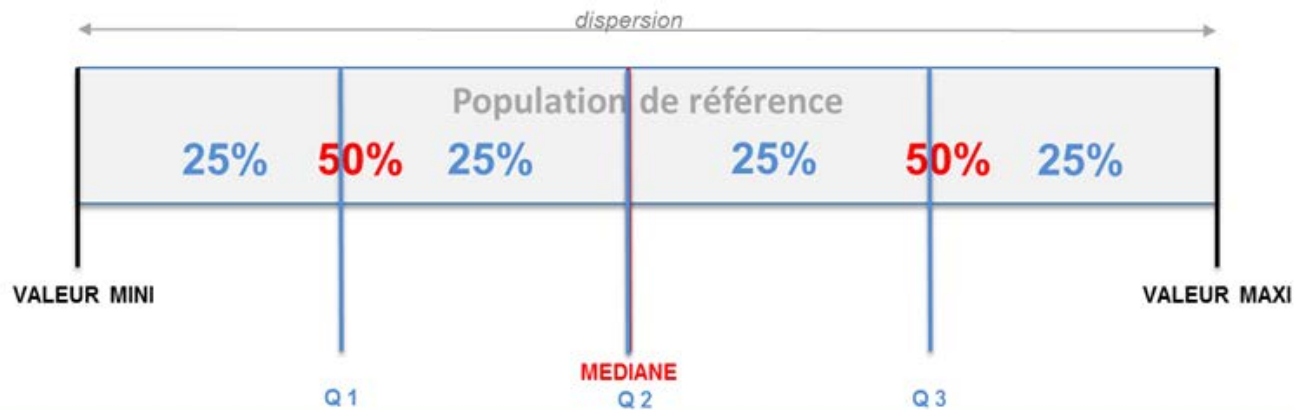
Illustration : l'exploitation des données RH

— **Michèle BODÉNÈS**, chef de projet TDB ESMS, Direction des coopérations territoriales et de la performance

L'exploitation des données RH

La boîte à moustache

Principe de lecture

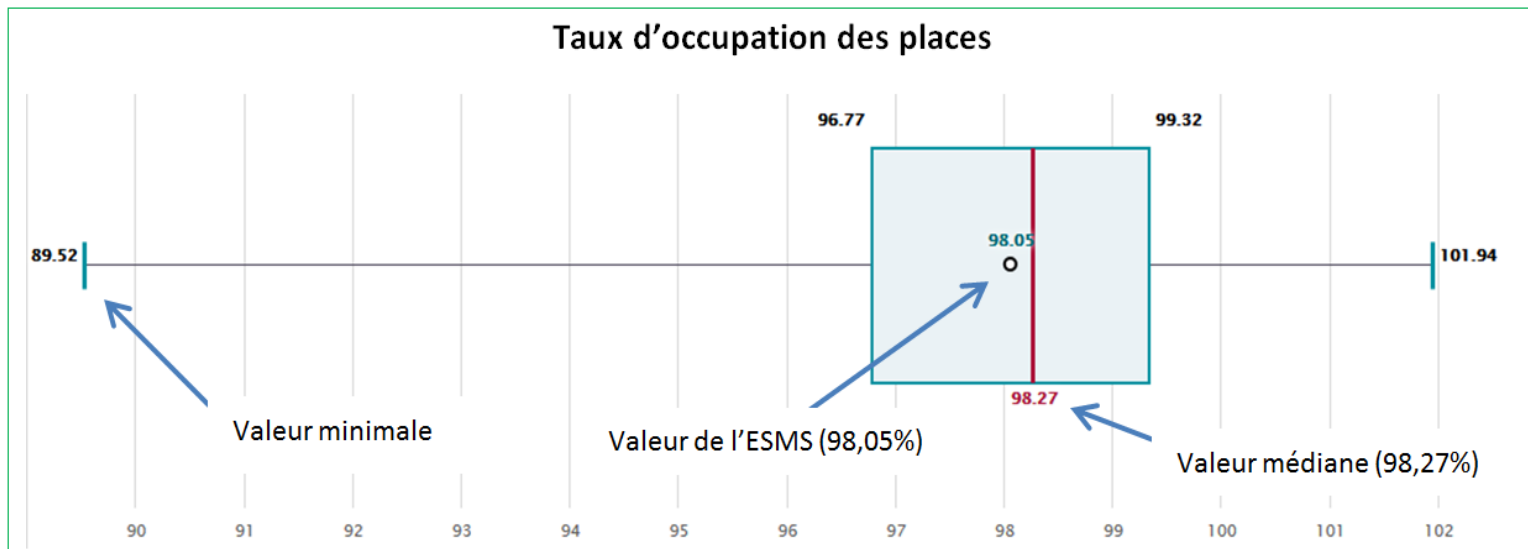


Notion de **quartile** : c'est chacune des 3 valeurs qui divise en quatre parties égales (25%-25%-25%-25%) une population ou un échantillon.

L'exploitation des données RH

La boîte à moustache

Illustration



L'exploitation des données RH

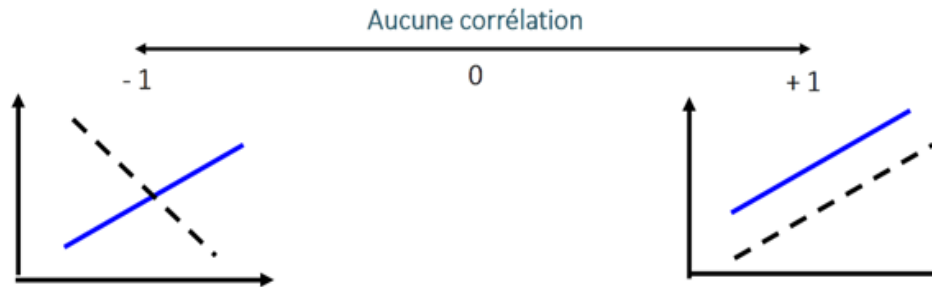
La boîte à moustache

Principe de lecture

FOCUS : LA CORRELATION

La recherche d'un coefficient de corrélation va permettre d'analyser les liens qui peuvent exister entre deux indicateurs (ex. : y a-t-il un lien entre l'absentéisme des personnels et le niveau de réalisation de l'activité ?), ou entre un indicateur et une donnée de caractérisation (ex. : existe-t-il un lien entre le taux d'occupation et le nombre de places ou de lits ?).

Une corrélation commence à se dessiner pour les coefficients proches de -1 ou de 1. Mais une corrélation n'implique pas forcément un lien de causalité.

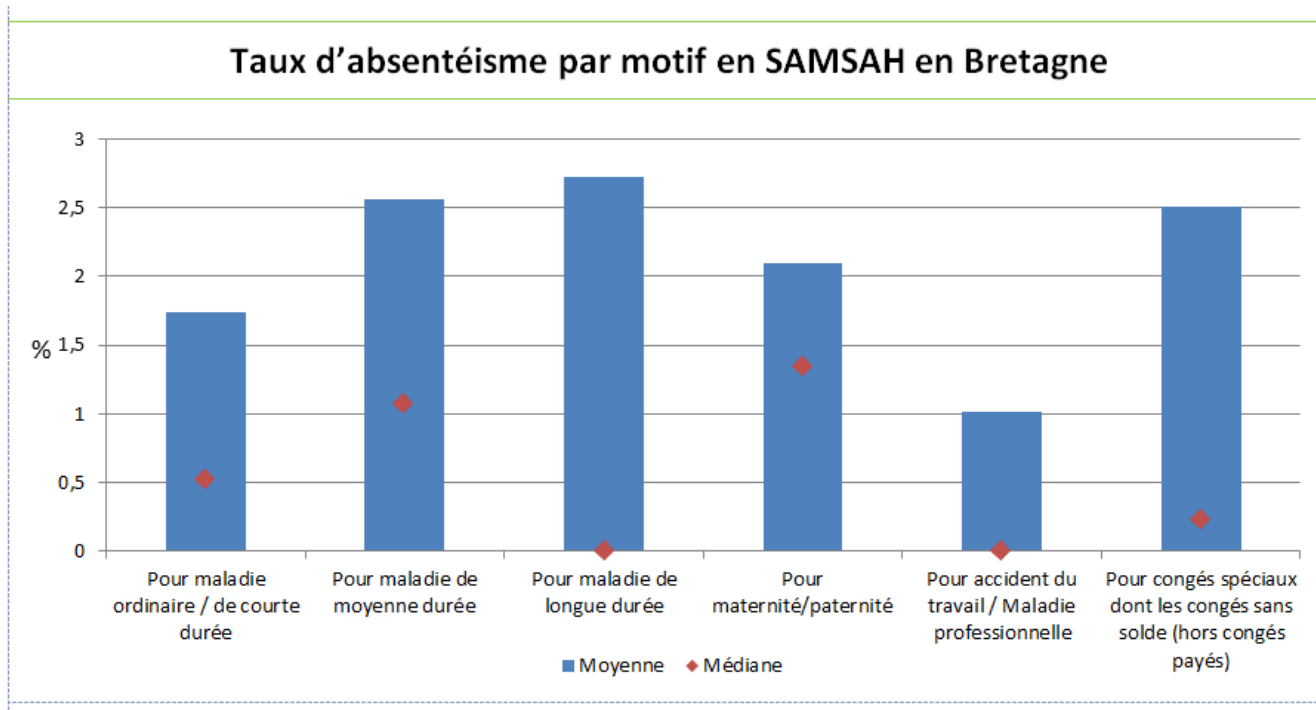


Source : ANAP

L'exploitation des données RH

Analyse

Exploitation des données et analyse



— Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

Utilisation lors des appels à candidature et dans le cadre des évaluations

— **Samantha DODARD**, chargée de mission à la Direction adjointe démocratie en santé et qualité, ARS Bretagne (Siège), Direction de la stratégie régionale en santé

Le tableau de bord des ESMS, un outil au service de la qualité

Le tableau de bord contribue aux enjeux actuels du secteur, notamment sur l'ancrage de la démarche qualité dans les ESMS (évaluation interne, évaluation externe, processus d'amélioration globale et continue...).

Les données disponibles annuellement permettent d'appréhender la dynamique des établissements en matière de qualité et ainsi identifier les thématiques sur lesquelles l'ARS Bretagne doit accompagner les établissements pour les aider à progresser.

Avec la généralisation du tableau de bord de la performance à tous les établissements médico-sociaux, l'utilisation des données par le pôle Qualité est amenée à se développer.

Utilisation du tableau de bord dans le cadre des appels à candidature

Dès 2016, l'ARS Bretagne a eu la volonté d'intégrer et d'exploiter certaines données du tableau de bord dans le cadre des appels à candidature.

- Deux appels à candidature à destination des EHPAD ont été lancés en 2016 ;
 - Dans le dossier de dépôt de candidature, il était demandé de renseigner un formulaire en ligne ;
 - Dans l'objectif de ne pas demander les données déjà renseignées par ailleurs, les établissements ayant complété le tableau de bord performance de 2015 n'avaient pas à compléter les données suivantes :
 - l'activité et les modalités d'accueil des structures ;
 - la population accueillie ;
 - les ressources humaines des établissements ;
 - les accidents de travail et les maladies professionnelles ;
- Lors de l'instruction, différents ratios régionaux émanant du TDB ont été utilisés pour objectiver la situation des établissements.

Le tableau de bord performance et les évaluations

Le tableau de bord performance des ESMS est un outil complémentaire aux évaluations internes et externes pour développer la démarche qualité dans les établissements

- La notion de « performance » du tableau de bord combine des objectifs de qualité des organisations et du service rendu aux personnes mais aussi d'efficience dans le pilotage et le management des structures.
- L'utilisation d'un tableau de bord de pilotage, dans ce cadre et cette dynamique, est un outil, un levier complémentaire d'évolution d'une structure.
- L'annualité du tableau de bord de la performance permettra ainsi à l'ARS d'avoir un suivi de la dynamique de chaque établissement sur la démarche d'amélioration de la qualité et viendra compléter l'information issue des rapports d'évaluations internes et externes dont la périodicité est plus espacée.

Utilisation du tableau de bord performance pour le pôle Qualité de l'ARS Bretagne

- Le pôle Qualité travaille à une fiche Qualité lui permettant d'avoir une vision globale et dynamique de la démarche d'amélioration continue de la Qualité au sein des ESMS et d'accompagner les établissements au plus de leurs besoins . Les données relatives au suivi des démarches d'évaluations interne et externe dans le tableau de bord de la performance seront intégrées dans cette fiche.
- Dans le cadre des CPOM, le suivi de certains objectifs Qualité s'appuiera sur des indicateurs issus du tableau de bord de façon à alléger la charge de travail des établissements et à valoriser le travail effectué.

— Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

L'instruction des projets d'investissement

— **Nelly CADIO-LEROUX**, chargée de mission au pôle performance et contrôle de gestion, ARS Bretagne (Siège), Direction des coopérations territoriales et de la performance

— 3 Etapes s'inscrivant dans le calendrier annuel :

1 - Information à l'ESMS qu'il est pré-sélectionné

2 - Envoi, par l'ESMS, d'un dossier type complet (données techniques et financières) pour fin juin

3 - Sélection des dossiers, en **novembre**, sur la base des enveloppes disponibles (PAI, FIR, CNR) et des conclusions des instructions

Méthodologie de la programmation régionale 2016

— Examen de 3 catégories de critères d'opportunités :

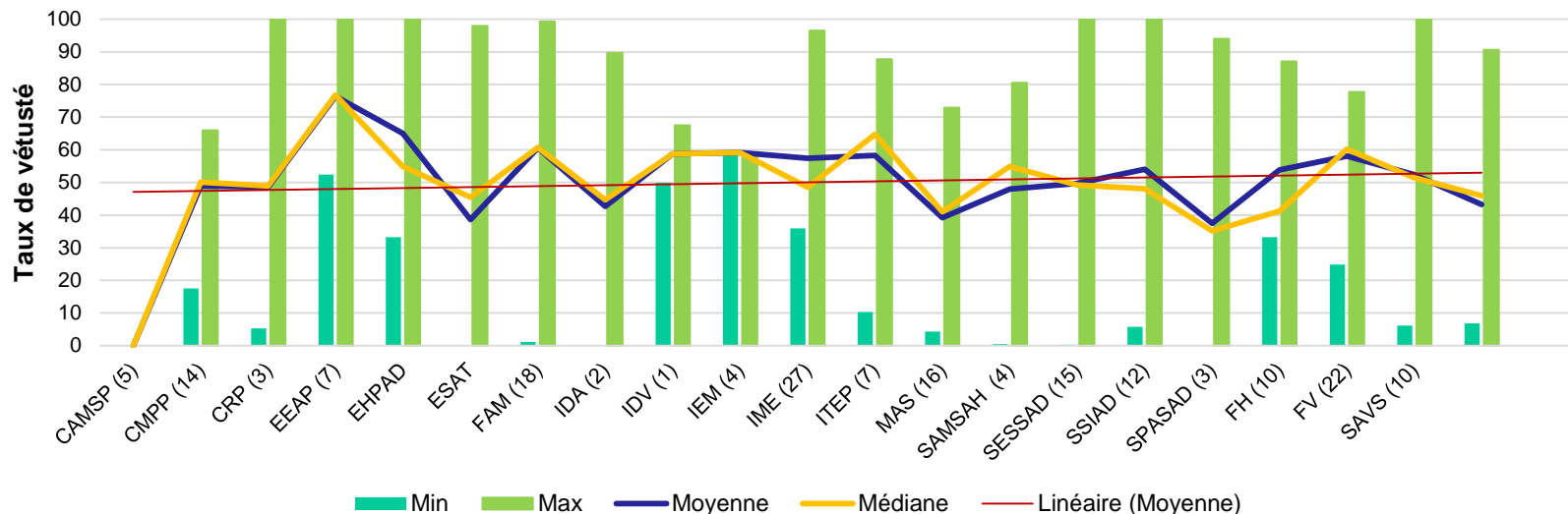
1 - Critères d'opportunités techniques :

- Vétusté, avis défavorable de la commission de sécurité, normes non respectées, locaux inadaptés aux besoins
- Nature des travaux (reconstruction, restructuration, rénovation.), ratios techniques et économiques
- Stade des études architecturales, calendrier prévisionnel de démarrage des travaux

— Dans le TdB, les informations concernant l'état du patrimoine (taux de chambres à deux lits, avis de la commission de sécurité...) sont exploitées.

Méthodologie de la programmation régionale 2016

Le taux de vétusté en région Bretagne :



En région Bretagne, la valeur médiane du taux de vétusté est de 50,6 % contre une moyenne à 48,2 %. Ces données sont à pondérer par le faible niveau d'échantillonnage par catégorie. Seuls les EHPAD et les ESAT sont représentés par plus de 33 structures différentes. D'ailleurs, pour les EHPAD, on observe un taux de vétusté médian légèrement inférieur de 45,5 %, alors que les ESAT ont un taux de 60,7 %.

Le taux de vétusté revêt une importance particulière, notamment dans le cadre de l'instruction des projets immobiliers sur le champ médico-social.

Méthodologie de la programmation régionale 2016

— Examen de 3 catégories de critères d'opportunités :

2 - **Critères d'opportunités stratégiques** : Réponse aux orientations régionales (capacités, mutualisation, regroupement...) et validation du projet par l'ARS et les CD (PA)

3 - **Critères de soutenabilité financière du projet** : Pertinence des données financières (PPI), l'impact du projet sur l'équilibre budgétaire et l'évolution du prix de journée (PA)

Les données du tableau de bord permettent la mise en cohérence des données financières transmises dans le cadre de l'instruction.

— Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

Les SAVS / SAMSAH : une offre renforcée dans le Finistère

— Yannick DEIMAT, Conseil Départemental du Finistère



En région Bretagne, les SAVS et SAMSAH concernés par la démarche TDB ESMS en 2015 sont respectivement de 78 et 15, dont 18 SAVS (23 %) et 4 SAMSAH (22 %) dans le Finistère.

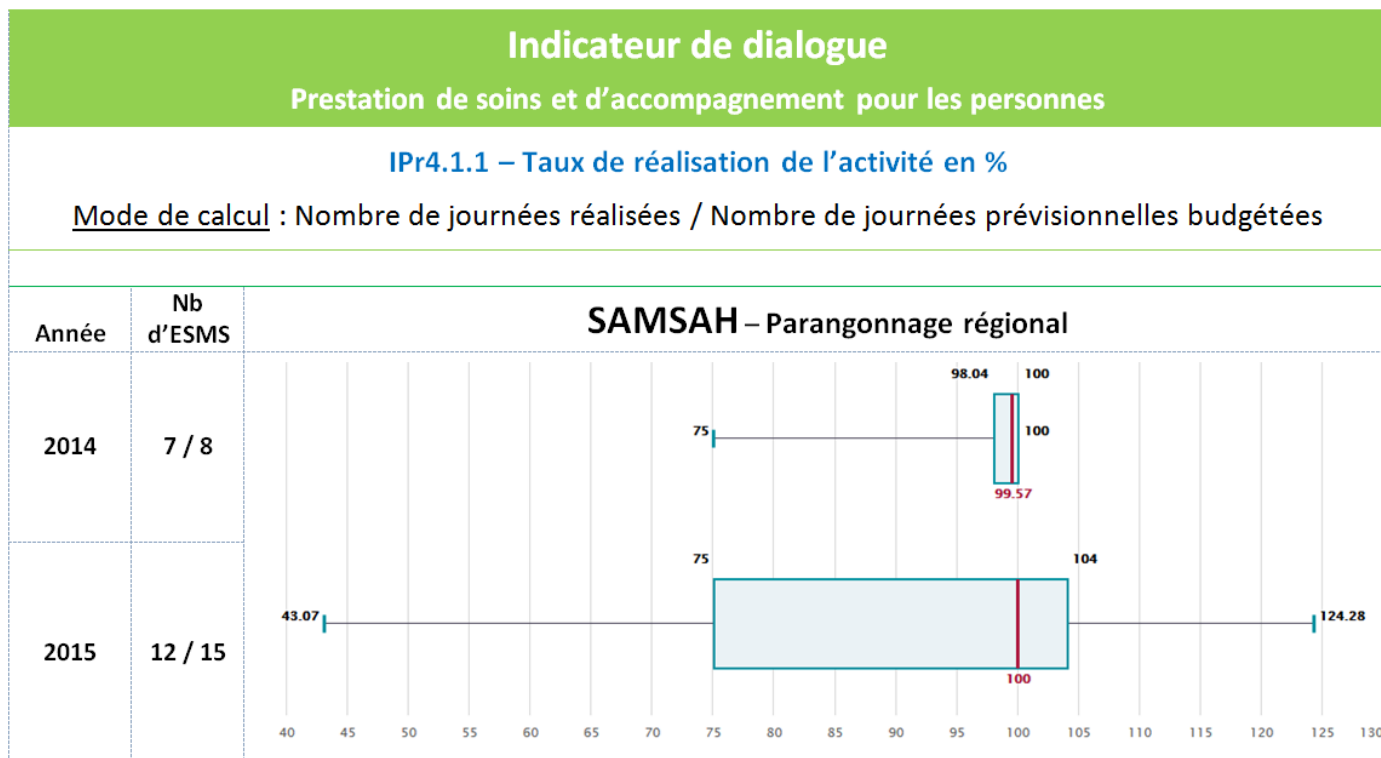
Les données saisies dans le TDB ESMS permettent de préciser que ces services ont cependant une file active non négligeable, avec :

- SAMSAH (tous répondants) : file active de 650 personnes en Bretagne dont 219 (33,69 %) dans le Finistère.
- SAVS (12 répondants) : file active de 2 778 personnes en Bretagne dont 1 026 (36,93 %) dans le seul département du Finistère.

Le taux d'activité observé dans le Finistère est présenté en diapos suivantes.



En SAMSAH, le taux d'activité médian régional est de 100 % en 2015, avec des valeurs minimales de 43,07 % et 124,28 %.

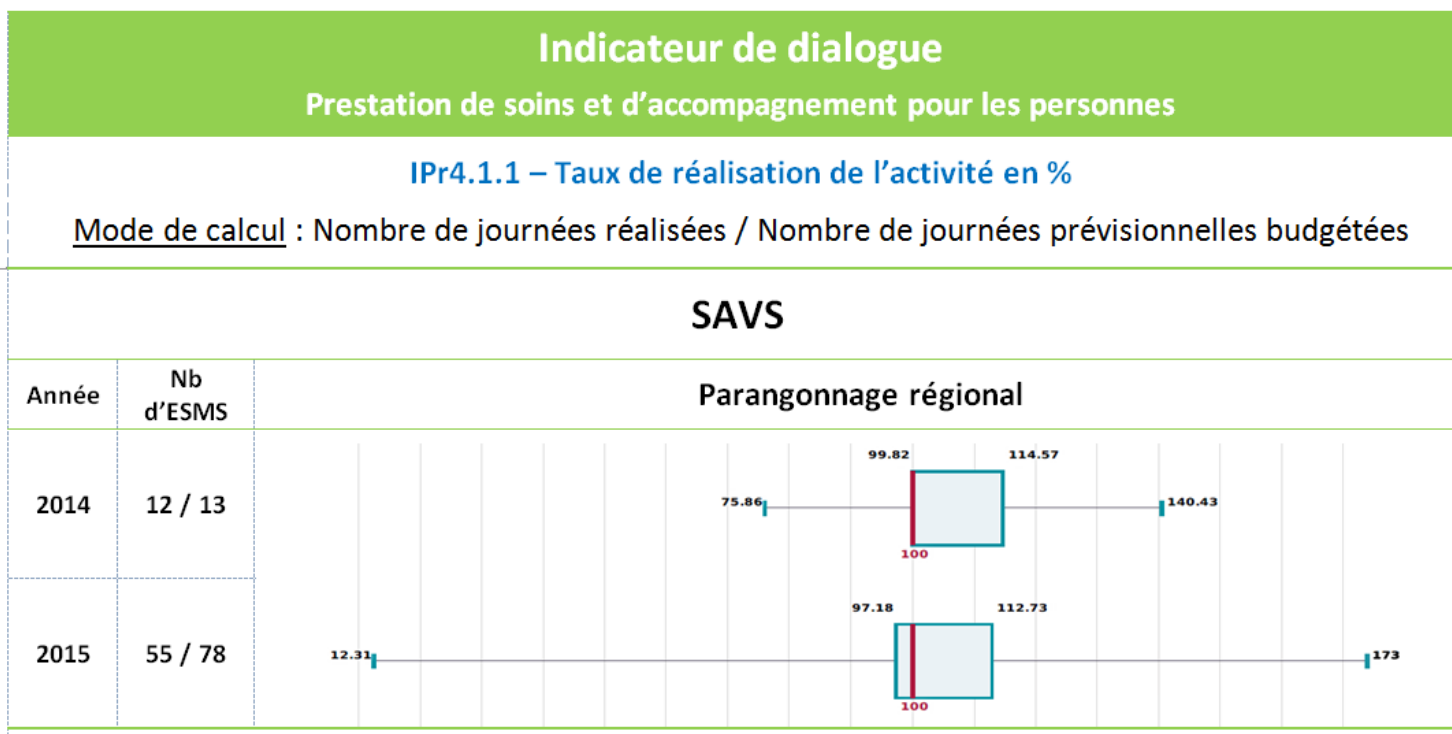


Dans le Finistère, le taux d'activité médian est de 77,83.

C'est ce même département qui enregistre la valeur la plus faible de 43,07 %.



En SAVS, le taux d'activité médian régional est de 100 % en 2014 et 2015, avec des valeurs minimales de 12,31 % et 173 %.



Dans le Finistère, le taux d'activité médian est de 101 %, avec des valeurs oscillant entre 81 % et 116 %.

C'est dans ce contexte que le département du Finistère ...



1. **Les SAVS/SAMSAH : une offre renforcée dans le Finistère**
 - a. Un axe de la désinstitutionnalisation de l'accompagnement
 - b. La question de la spécialisation ou pas des agréments
 - c. Une offre moteur pour l'autonomie et l'inclusion

2. **Un enjeu : l'homogénéisation des projets de services**
 - a. Un pilotage de l'activité sur la base d'une file active
 - b. Une offre graduée d'interventions en fonction des projets de vie et des handicaps



- ❖ Un axe de la désinstitutionnalisation de l'accompagnement
 - ❖ Une culture forte de l'accompagnement du handicap en institution
 - ❖ Un volonté des familles soutenu par la reconnaissance récente du handicap psychique et l'évolution des pratiques professionnelles
 - ❖ La priorité donnée à l'inclusion à l'appui d'une programmation de 125 places dans le schéma « Vivre ensemble »
- ❖ La question de la spécialisation ou pas des agréments
 - ❖ Des agréments historiques dits « classiques » avec des équipes de professionnels « type »
 - ❖ Des travaux avec les gestionnaires et les associations d'usagers qui amènent à spécialiser les agréments et à intégrer des nouveaux métiers dans les équipes : SAVS « Troubles du spectre autistiques », SAVS « Troubles « dys » », SAVS pour les personnes handicapées vieillissantes, SAMSAH « Handicap psychique », SAMSAH pour l'accompagnement des travailleurs d'ESAT, SAVS pour les sourds et malentendants
- ❖ Une offre moteur pour l'autonomie et l'inclusion
 - ❖ Les exemples du SAVS du dispositif Tremplin géré par les Genêts d'Or



Un enjeu : l'homogénéisation des projets de services

- ❖ Un pilotage de l'activité sur la base d'une file active
 - ❖ Allocation actuelle des moyens sur la base d'un nombre de places
 - ❖ Profil des personnes accompagnées engendrent des interventions hétéroclites
 - ❖ Financement des moyens par dotation doit inciter à suivre l'activité d'un service sur la base d'une file active comptabilisant des mesures d'accompagnement
 - ❖ Travaux sur les CPOM permettent de convenir avec les gestionnaires d'un mode de suivi de l'activité (simple entretien téléphonique, rendez-vous de prise de contact, accompagnement à des entretiens/rencontres/activités, etc) : env 1,4 pers/place
- ❖ Une offre graduée d'interventions en fonction des projets de vie et des handicaps
 - ❖ Problématique des unités de vie extérieures et enjeu de faire de l'habitat un support éducatif
 - ❖ Diversification de l'offre de SAVS : SAVS «classique», SAVS «habitat regroupé», SAVS «renforcé»
 - ❖ Vigilance sur l'amalgame possible de l'aide humaine apportée par la PCH

— Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

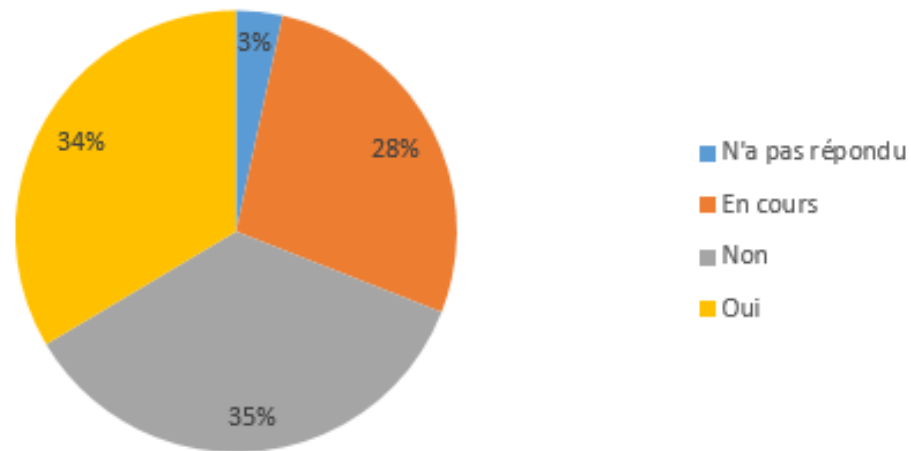
Présentation de l'exploitation des données SI du tableau de bord

- **Anne-Briac BILI**, responsable du Département Innovation en santé, ARS Bretagne (Siège), Direction des coopérations territoriales et de la performance
- **Guillaume LE DUFF**, chargé de mission au pôle performance et contrôle de gestion, ARS Bretagne (Siège), Direction des coopérations territoriales et de la performance

L'exploitation des données portant sur le SI

La gouvernance en matière de SI dans les ESMS

Un schéma directeur des systèmes d'information a été défini et formalisé



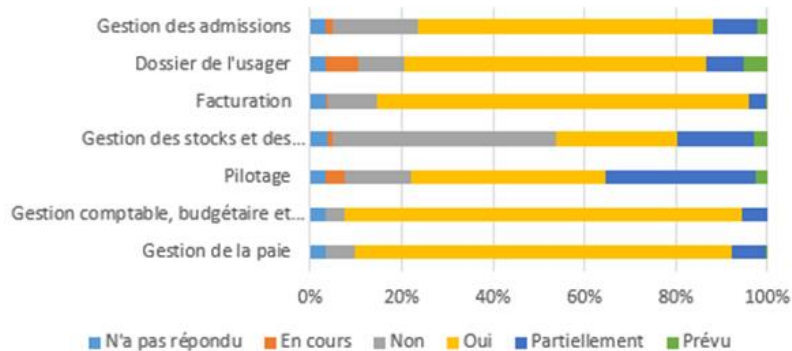
En 2015, **34 % des ESMS bretons** ont d'ores et déjà défini un schéma directeur des systèmes d'information

Ils étaient 28 % en 2013 soit une **augmentation de 6 points**.

L'exploitation des données portant sur le SI

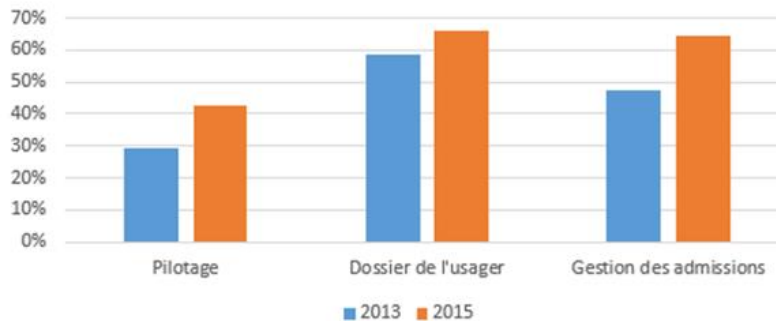
La couverture des fonctions par le SI dans les ESMS

Couverture des fonctions par le SI dans les ESMS bretons en 2015



En 2015, **couverture** par le SI **plus importante pour les fonctions supports** (paie, budget) que pour les fonctions de soins et d'accompagnement (dossier de l'utilisateur)

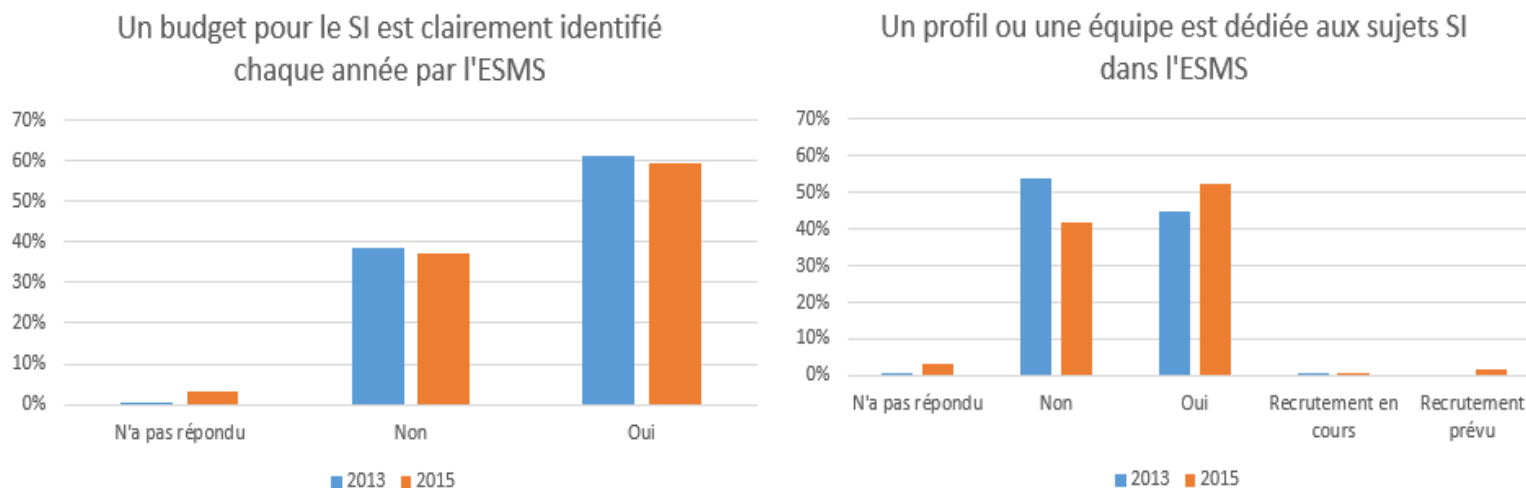
Evolution de la couverture totale par le SI de 3 fonctions dans les ESMS bretons entre 2013 et 2015



Evolution à la hausse entre 2013 et 2015 de la **couverture** par le SI des **fonctions de soins et d'accompagnement**

L'exploitation des données portant sur le SI

Les moyens (financiers, RH) mobilisés sur le SI



En 2015, **6 ESMS bretons sur 10** identifient clairement un **budget pour le SI** chaque année (proportion stable entre 2013 et 2015)

En 2015, un peu plus d'un ESMS sur deux dispose d'un profil ou d'une équipe dédiée sur les sujets SI (proportion qui est passée de 45 % en 2013 à 53 % en 2015)

L'exploitation des données portant sur le SI

Perspectives

Poursuivre le déploiement de l'informatisation de la production de soins et d'accompagnement en cohérence avec les initiatives en région et les orientations nationales :

- Participer au projet régional du système d'information des orientations des personnes en situation de handicap
- S'inscrire dans la démarche de mise en place du dossier médical partagé (DMP)
- Intégrer l'outil de télémédecine « STERENN » dans les projets
- Participer à la mise en œuvre du répertoire opérationnel des ressources...

Inscrire les projets « systèmes d'information » dans un cadre régional urbanisé :

- Une déclinaison des objectifs dans les CPOM PH à PA
- Un GCS Esanté Bretagne : architecte de la Esanté en région
- La mutualisation des démarches d'acquisition d'un SI

— Exploitation du tableau de bord ESMS en Bretagne

— Echanges avec la salle

— Clôture et Remerciements

ars-bretagne-tdb-esms@ars.sante.fr