



HAL
open science

La tarification du secteur médico-social peut-elle favoriser la participation sociale des personnes accompagnées ? L'exemple de la réforme Serafin-PH

Loïc Andrien, Mathilde Collinet-Ourthe

► To cite this version:

Loïc Andrien, Mathilde Collinet-Ourthe. La tarification du secteur médico-social peut-elle favoriser la participation sociale des personnes accompagnées ? L'exemple de la réforme Serafin-PH. ConfCap CapDroits 2021, CapDroits, Jul 2021, Lyon, France. hal-03381568

HAL Id: hal-03381568

<https://hal-inshea.archives-ouvertes.fr/hal-03381568>

Submitted on 17 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La tarification du secteur médico-social peut-elle favoriser la participation sociale des personnes accompagnées ?

L'exemple de la réforme Serafin-PH

Loïc Andrien, INSHEA, EHESS Programme Handicap et Sociétés

Mathilde Collinet-Ourthe, LIREM, UPPA

Résumé :

Le projet de réforme de la tarification Serafin-PH a pour objectif de mettre en œuvre un modèle tarifaire qui rompe avec un financement historique inéquitable sur le territoire. Cette réforme vise également à mieux prendre en compte les besoins des personnes accompagnées dans la conception de ce modèle, notamment en fixant un langage commun. Mais les mots renvoient à des réalités différentes et pour valoriser la participation sociale des personnes en situation de handicap, la tarification doit être support à discussion, à débat démocratique.

Mots-clés

Tarification ; Participation sociale ; Indexicalité ; Besoins

La tarification du secteur médico-social peut-elle favoriser la participation sociale des personnes accompagnées ?

L'exemple de la réforme Serafin-PH

(Version accessible)

Loïc Andrien, INSHEA, EHESS Programme Handicap et Sociétés

Mathilde Collinet-Ourthe, LIREM, UPPA

La tarification est la façon dont l'État attribue de l'argent aux établissements médico-sociaux. Serafin-PH est un projet de transformation de ces règles.

Ce projet veut mieux prendre en compte les besoins des personnes accompagnées.

Pour cela, le projet a défini les mots de « besoin » et de « prestation ».

L'équipe Serafin-PH a écrit une liste des types de besoins et une liste des types de prestations.

Le besoin est ce qu'il manque à une personne pour qu'elle soit normale.

Les prestations sont les actions réalisées pour répondre aux besoins.

Pour financer l'accompagnement, plusieurs solutions sont possibles.

L'État peut donner l'argent à la personne en situation de handicap directement.

Il peut aussi donner l'argent aux établissements qui proposent des prestations.

Le projet Serafin-PH étudie actuellement les coûts des prestations dans les établissements.

Mais le sens de notion de besoin n'est pas toujours clair.

Le mot besoin peut vouloir dire des choses différentes.

Les besoins sont définis par d'autres personnes que la personne en situation de handicap

Il est donc important que les listes des types de besoins soient discutées par les utilisateurs.

Donner de l'argent aux personnes en situation de handicap ne suffit pas.

L'objectif est de garantir la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Pour cela la tarification ne suffit pas mais elle peut inciter les établissements à les faire participer à leur pilotage.

La tarification du secteur médico-social peut-elle favoriser la participation sociale des personnes accompagnées ?

L'exemple de la réforme Serafin-PH

Loïc Andrien, INSHEA, EHESS Programme Handicap et Sociétés

Mathilde Collinet-Ourthe, LIREM, UPPA

« Les questions de tarification des établissements et services médico sociaux (ESMS) peuvent paraître a priori éloignées de la question de l'autonomie. Pourtant a contrario, comment tarifier sans prendre en compte les évolutions dans les attentes et demandes des personnes concernées, dans les réponses apportées et leur organisation territoriale, sans prendre en compte les grandes lignes de la politique que l'on entend conduire en faveur des personnes en situation de handicap ? »

Annick Deveau (2016)

Introduction

Le secteur médico-social français, depuis la loi 2002-2, est en profonde mutation. Selon Jean-René Loubat, il fait face à une double révolution : culturelle avec l'importance croissante donnée à la participation sociale des personnes accompagnées, et économique avec la montée en puissance de logiques de performance, de rationalisation, d'innovation (Loubat, 2020). Cette transformation de l'offre médico-sociale fait émerger de nouvelles formes organisationnelles, de nouveaux dispositifs d'accompagnement qualifiés d'« inclusifs » ou de « hors-les-murs » (Bertillot & Rapegn, 2019). De la même manière, les logiques de contrôles entre les administrations et les associations (principales pourvoyeuses d'accompagnements médico-sociaux) évoluent vers davantage de technicité et d'instrumentation (Robelet, 2017). Plusieurs exemples peuvent illustrer ces évolutions de logiques de contrôle. L'introduction des appels à projets, pilotés par l'administration, comme systèmes de régulation et de transformation des dispositifs existants (Gueydan & Jourdan, 2020) est un premier exemple. Un second exemple dans le champ du handicap, et celui qui nous intéressera ici, est celui du

projet de réforme de la tarification : Serafin-PH (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées). Ce projet de réforme entend construire une tarification qui tienne compte des besoins des personnes accompagnées et des prestations délivrées par les établissements et services médico-sociaux, comme nous le décrivons. Comment, dès lors, la construction d'un système de régulation économique peut-il favoriser la participation sociale des personnes accompagnées ? Nous entendons par participation sociale le fait de consacrer du temps et de l'énergie à la construction d'un commun dépassant les intérêts propres des différents acteurs (Dewey, 2006).

La double révolution dont parle Jean-René Loubat met-elle en tension les dimensions culturelles et économiques évoquées ? Autrement dit, les enjeux économiques qui accompagnent la réforme de la tarification sont-ils compatibles avec des enjeux de participation sociale des personnes accompagnées ?

Dans un premier temps, nous présenterons notre cadre théorique, entre théorie de l'émergence des formes sociales (White, 2011) et approche pragmatiste des organisations (Lorino, 2018). Nous présenterons également la méthodologie retenue dans cette enquête documentaire enrichie d'entretiens auprès de dirigeants ayant participé aux expérimentations du projet de réforme. Dans un deuxième temps, comme indiqué auparavant, nous décrivons le projet depuis son lancement en 2015 et les différentes grandes étapes qui l'ont jalonnées. Nous présenterons le projet Serafin-Ph en deux parties selon qu'il est à la fois une enquête pour mieux connaître l'activité des établissements médico-sociaux, d'une part, et une tentative de modélisation d'une équation de tarification d'autre part. La troisième partie sera consacrée à la discussion. Nous y interrogerons la volonté de définir un langage commun comme base du projet de réforme. Nous prendrons l'exemple notamment de la notion de besoin et de la réalité à laquelle elle peut renvoyer, en référence au concept d'indexicalité chez Peirce (1991). Ensuite, nous discuterons la logique même d'élaboration d'une équation mettant en jeu les besoins et les prestations comme solidification d'une relation complexe, en référence aux travaux de Harrison White (2011). Nous concluons, enfin, au regard de ces éléments, sur le fait qu'aucun dispositif technique ne peut être généralisé et garantir à lui seul une participation sociale contextualisée et que, pourtant, ses concepteurs doivent rester vigilants à ce qu'elle reste une ambition réelle du projet.

Cadrage théorique et méthodologie

Nous mobilisons, dans cet article, deux cadres théoriques qui méritent d'être rapprochés. D'un côté l'*approche pragmatiste des organisations* (Lorino, 2018) met en lumière la place du langage dans une action collective dont le contexte est déterminant. D'un autre côté la *théorie de l'émergence des formations sociales* (White, 2011), si elle ne se réfère pas directement aux

pragmatistes, tient pour centrale la place du langage dans les relations sociales, et montre que la rationalité n'est qu'une modalité parmi d'autres qui les structurent.

Depuis plus d'un siècle, le courant de pensée pragmatiste porte un regard critique sur les effets du *mainstream* rationaliste qui domine la façon de penser l'organisation. Il s'agirait de la considérer non plus comme une structure décisionnelle accumulant de l'information rationnelle, mais comme un système complexe d'action collective, en perpétuel mouvement. Dans cette logique, la théorie du signe de Peirce (1991) nous pousse à interroger le statut généralement reconnu à tout artefact gestionnaire : produire et signifier une représentation de la réalité (Lorino, 2018). Remettant en cause la croyance excessive dans l'expertise rationnelle – les chiffres, les budgets, les indicateurs de performances, etc. – la théorie pragmatiste de la médiation sémiotique rejette également le dualisme cartésien pensée/action conduisant à découpler la construction du signe de son usage. Bien que ce principe ait été très fréquemment mis en cause dans la critique répandue du taylorisme, il s'est tacitement installé dans le cadre culturel d'application le plus usité, celui du cognitivisme développé par Herbert Simon (Lorino, 2019). Pour les pragmatistes, les signes – ou médiations sémiotiques – tels que les outils de gestion, sont socialement construits par et dans des situations organisationnelles particulières, si bien que les significations qu'ils produisent sont toujours contextualisées (Lorino, 2018). Autrement dit, leur action sur la situation n'est pas uniquement mécanique : les médiations sémiotiques convoquent à la fois chez les acteurs, raisonnement logique et pensée émotionnelle et créative (Lorino, 2005).

La théorie de l'émergence des formations sociales d'Harrison White (2011) s'intéresse également à la contextualisation de l'action collective. Ce que certains qualifient d'*interactionnisme structural* (Degenne & Forsé, 1994) est une théorie structurale de l'action (Grossetti & Godart, 2007) critiquant le structuralisme et l'individualisme. Selon Harrison White, le monde est chaotique, et ce chaos pousse les acteurs à rechercher ou à construire des îlots de stabilité. Alors que Lorino considère l'organisation comme un processus organisant (Lorino, 2018), White tente de mettre en lumière les mécanismes interactionnels dans la construction des relations sociales, ce que Goffman nomme l'ordre des interactions (Goffman, 2013). Ainsi Lorino décrit le processus de structuration de l'action collective, White en explique les mécanismes sous-jacents. Si White ne se réfère pas directement aux philosophes pragmatistes cependant Erving Goffman est, pour lui, une référence majeure. De plus, la place primordiale qu'il donne au langage dans la formation des relations sociales (White, 2011) et sa critique du rationalisme rendent ces travaux particulièrement complémentaires. Pour Harrison White, la rationalité n'est qu'une modalité parmi d'autres dans la formation des relations sociales. Ainsi le rationalisme tend à simplifier les relations de dépendances dans les réseaux sociaux pour les réduire à des liens de causalités qui ignorent le poids des croyances, de la créativité et des émotions des acteurs.

D'un point de vue méthodologique, pour traiter de cette question, nous avons procédé à une enquête documentaire ainsi qu'à des entretiens, une enquête dialogique. Les études

documentaires et les premiers entretiens ont été menés dès le début du projet de réforme Serafin-PH, en 2015. Nous avons étudié les notes sémantiques ainsi que les différents comptes-rendus des réunions de travail autour du projet. Nous avons interrogé à deux reprises la première responsable du projet à la CNSA et une fois sa successeuse. Nous avons étudié également les différentes nomenclatures produites et les documents qui les ont accompagnées. Nous avons également interrogé, entre 2017 et 2019, trois directeurs généraux et quatre directeurs d'établissements qui ont souhaité participer aux Études Nationales de Coûts (ENC) afin de comprendre la signification des nomenclatures pour les acteurs.

Présentation du projet de réforme de la tarification Serafin-PH

Le projet Serafin-PH, piloté par la CNSA et la DGCS, repose sur deux éléments principaux : la volonté de construire un vocabulaire partagé, et la construction d'une équation besoins/prestations. Si ce projet de réforme de la tarification apparaît nécessaire, tant les injustices budgétaires sont importantes en fonction des territoires (Hardy, 2010) la prise en compte des caractéristiques des personnes accompagnées pose problème. Dès 2012, l'évaluation des besoins est prônée (Vachey & Jeannet, 2012), la réforme de la tarification lancée en janvier 2015, en fait un élément central. Nous avons choisi de présenter ce projet selon deux aspects qui nous apparaissent caractéristiques : ce projet de réforme est à la fois une démarche d'enquête visant une plus grande connaissance de l'activité dans le secteur médico-social et, par ailleurs, une tentative de modélisation tarifaire.

Serafin-PH, une démarche d'enquête

La mission Serafin-PH est partie d'un constat simple. Il existe trop de types d'établissements différents, l'offre sur les territoires n'est pas lisible. Le lien entre les prestations délivrées et les besoins des personnes n'existe pas. De ce constat, la mission Serafin-PH va donc tirer deux objectifs principaux qui seront les deux grands principes qui devront animer le futur système de tarification :

- Se défaire d'une dotation financière « historique » et prendre en compte la nature et le niveau des besoins des personnes en situation de handicap accompagnées.
- Favoriser des réponses plus souples : en interne des établissements et services en modulant les accompagnements, et dans le cadre d'actions collaboratives entre offreurs de services.

Cette souplesse recherchée et la rupture avec les modes de financement historiques visent à fluidifier le parcours de la personne handicapée, s'inscrivant ainsi dans une dynamique initiée depuis plusieurs années.

Le secteur médico-social français s'est historiquement construit selon une logique d'équipement en établissements spécialisés, portés en grande majorité par des associations privées à but non-lucratif (Barral, Paterson, Stiker, & Chauvière, 2000). La loi de 1975 avait d'ailleurs très largement été préparée par les grandes associations gestionnaires (Stiker, 2013). Les modes de financement de ces établissements, alors très largement dépendant des bonnes relations qu'entretenaient les dirigeants associatifs avec les responsables des autorités de tarification, ont conduit à façonner un paysage médico-social inéquitable (Hardy, 2010).

Le rapport Vachey-Jeannet (2012) ainsi qu'un certain nombre d'autres rapports (CNSA, 2012; Destais, Ruol, & Thierry, 2011; Lidsky, 2012) insistent sur la nécessité d'investir sur la connaissance de l'activité des établissements et des coûts de ces structures. A défaut des outils et systèmes d'information permettant de centraliser les informations nécessaires, les services de l'État, les départements se retrouvent dans l'impossibilité de distribuer de manière équitable des allocations de fonctionnement. « Concernant l'offre d'accueil en établissement et services, le constat majeur de la mission est de pointer l'absence d'outils pertinents qui permettraient d'adapter l'offre aux besoins des personnes accueillies. » (Vachey & Jeannet, 2012).

La grande complexité des procédures de financements des ESMS, ainsi que l'incohérence ou l'inexistence des systèmes d'information du côté des financeurs plongent le secteur médico-social dans un flou stratégique complet (Imbaud, Lannelongue, & Le Gall, 2010). La méconnaissance de la répartition des enveloppes financières du côté de la CNSA entraîne du côté des ARS une incertitude importante. Dans cette incertitude, les interlocuteurs des gestionnaires tiennent un discours généralement de blocage des crédits, de limitation des taux d'évolution, et par ailleurs peuvent utiliser les Crédits Non-Reconductibles (CNR) pour financer des mesures de fonctionnement déclarées comme pérennes (Imbaud et al., 2010).

Pour répondre à ces incertitudes, la réforme de la tarification a donc pour objectif de définir une équation permettant de prendre en compte les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées. La mission Serafin-PH a effectué un travail important de formalisation autour des notions en publiant des notes sémantiques et deux nomenclatures, celle des besoins et celles des prestations. Ces nomenclatures ont pour objectif de fixer un langage commun qui va s'imposer à tous les acteurs offreurs de service. La notion de besoin y est définie comme un écart à la norme.

Dans la nomenclature des besoins, on peut alors trouver des besoins « en matière de santé somatique ou psychique », des besoins « en matière d'autonomie » et enfin des besoins « pour la participation sociale ». Chacun de ces besoins est ensuite subdivisé en plusieurs autres types de besoins. Ces besoins sont alors des domaines au sein desquels la personne en

situation de handicap va se trouver en écart à la norme. La nomenclature n'étant qu'une identification des domaines de besoins, elle ne comprend pas de mesure d'intensité et ne fait que spécifier les différents types de besoins, les différents domaines dans lesquels la personne handicapée vit une situation d'écart à la norme.

La nomenclature des besoins comme la nomenclature des prestations, qui catégorise les différents types de prestations délivrées par un établissement, sont des référentiels. Elles ont donc été la base technique des Études Nationales de Coûts (ENC). Les ENC, réalisées en 2018 et 2019, ont consisté à coder l'activité des ESMS participant à l'étude. Concrètement, les équipes de ces établissements ont donc analysé le temps passé à l'accompagnement des personnes et l'ont caractérisé en fonction du référentiel des nomenclatures. A ce jour l'analyse des ENC de 2018 est en cours de finalisation. Ces enquêtes de coûts ont donc pour objectif de mieux comprendre l'activité des établissements et services médico-sociaux.

Serafin-PH, vers une modélisation tarifaire

Dans la logique retenue par le projet de réforme, le processus d'enquête évoqué plus haut a pour objectif de mieux connaître l'activité en précisant les besoins des personnes accompagnées et les prestations proposées par les ESMS. Il s'agit donc d'obtenir une modélisation de la relation entre besoins et prestations dans la construction des accompagnements.

La modélisation d'un système de tarification apparait rapidement dans le projet comme pouvant être un hybride entre une tarification au besoin et une tarification à la prestation. La tarification au besoin est le principe appliqué dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en caractérisant les besoins de la population à travers des outils. « AGGIR, PATHOS, RAI, SMAF sont des référentiels comportant un algorithme de soutien à la décision. Ces algorithmes conduisent à la détermination de groupes homogènes de consommateurs de ressources ou de personnes ayant le même type de besoins. »¹. Selon les personnes interrogées à la CNSA, elle présente cependant des limites importantes liées aux dérives qu'elle provoque dans la sélection des personnes âgées accueillies ou bien dans les biais de codage de l'évaluation. Le second modèle serait celui d'une tarification à la prestation, renvoyant directement à ce qui existe dans le secteur sanitaire avec la tarification à l'activité (T2A). Ce modèle de tarification reposerait sur une cotation des actes réalisés, sans prendre en compte la spécificité des personnes. Ce modèle de tarification bien que critiqué dans le secteur sanitaire (Batifoulier, Castiel, & Bréchat, 2017; Castiel & Bréchat, 2009; Girault,

¹ Mission Serafin-PH 2015, Partage de la sémantique et des objectifs de travail du groupe technique national, CNSA.

Lalloué, Gervès-Pinquié, & Moisdon, 2018; Lenay & Moisdon, 2003; Moisdon, 2013; Mougeot & Naegelen, 2014), est défendu par plusieurs fédérations et associations gestionnaires.

Au fil du projet, la réflexion sur les modèles de tarification a évolué pour s'éloigner de ces modèles au besoin ou à la prestation, déjà fortement connotés par leurs usages dans les EHPAD et le secteur sanitaire. La réflexion autour des modèles a donc évolué vers une combinaison entre prise en compte des caractéristiques (de la personne, de l'ESMS, de la personne et de l'ESMS) et le destinataire du financement (la personne, l'ESMS, la personne et l'ESMS). Les groupes techniques et leurs membres représentant le secteur et les personnes en situation de handicap ont alors étudié les différentes combinaisons et retenu plusieurs scénarii.

Le rapport de la mission Serafin-PH de 2019, portant sur les propositions de modèles de tarification (SERAFIN-PH, 2019) présente trois modèles de tarification.

*« **Premier scénario** : financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage individuel à partir des caractéristiques de la personne*

Dans ce scénario, les caractéristiques des personnes sont recueillies dans le cadre de l'évaluation de la situation individuelle et permettent de déterminer un panier de prestations qui pourra être personnalisé ou « standardisé ». Les opérateurs seront financés en fonction des prestations servies.

***Deuxième scénario** : financement des ESMS à partir des caractéristiques de la personne et de l'ESMS*

Dans ce scénario, la prise en compte des caractéristiques des personnes et des caractéristiques de l'ESMS permet d'asseoir et d'objectiver l'allocation de ressources à la structure.

***Troisième scénario** : financement mixte*

C'est un scénario qui propose une combinaison des deux premiers, associant à la fois un financement des opérateurs par un droit de tirage individuel sur un périmètre restreint (voir le premier scénario) et un financement des ESMS sur l'ensemble du périmètre restant (voir le deuxième scénario).

Ce scénario nécessite de délimiter le périmètre des prestations directes qui rentreront dans le droit de tirage individuel. » (SERAFIN-PH, 2019)

La notion de « droit de tirage » a été depuis remplacée par celle de « Droit Personnalisé à Prestation ». Elle renvoie à une implication de la personne accompagnée dont le choix serait valorisé. Cependant le scénario 1, entièrement basé sur cette modalité, pourrait créer une incertitude quant au financement des établissements médico-sociaux. Le scénario 2 repose sur une évaluation des besoins des personnes accompagnées et une caractérisation des prestations délivrées (plateau technique, etc...). Le scénario 3 est une hybridation des deux

premiers scenarii, tenant compte à la fois des besoins, des prestations et pour partie du choix de la personne elle-même.

Les analyses des ENC 2018 n'ont pas permis de mettre en lumière de corrélations entre besoins et prestations dans le domaine du soin, ou dans celui de la participation sociale. En revanche il semble exister une corrélation assez nette entre les besoins dans le domaine de l'autonomie et les prestations qui y répondent. Cela est d'autant plus remarquable que les déficiences sont importantes.

Le recours au « Droit Personnalisé à Prestation » pose dès lors une question centrale : faire participer les personnes accompagnées au financement des opérateurs en les solvabilisant favoriserait-il leur participation sociale ?

Discussion

La notion de besoin

Comme nous l'avons vu, une note sémantique produite au début du projet Serafin-PH définit le besoin comme un écart à la norme. Le besoin pourrait donc être comparé au chemin que doit parcourir la personne concernée entre sa position actuelle et celle qu'elle doit atteindre. Si la norme est un jugement de valeur socialement garanti, alors la position à atteindre devrait être connue de tous. Le besoin serait alors un *idéal régulateur* (Foucault) marquant pour chaque individu la distance à parcourir pour être dans la norme. Le besoin est donc construit par la norme.

Le besoin est aussi un idéal rationaliste. Le besoin est le point de départ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, et la base de la tarification dans le projet Serafin-PH. La raison permettrait donc de saisir ce qu'est la norme et la position de la personne en situation de handicap. Le besoin représenterait à lui seul ces deux vérités. Mais la position de la personne comme celle à atteindre ne sont toujours décrites qu'avec des mots, avec des signes possédant une certaine indexicalité (développer ?, ref Peirce)

Le terme de besoin semble fixer une certitude alors qu'il est doublement variable. Les mots utilisés pour définir la norme renvoient à des réalités différentes en fonction des acteurs. De la même manière la description de la personne est toujours faite en situation, dans un contexte donné.

La notion d'indexicalité n'invalide pas le recours à une définition ou à une nomenclature, mais elle montre l'importance de leur discussion, en contexte. Le sens des nomenclatures n'existe que dans leur appropriation par un collectif dans une situation donnée. La quête d'un langage commun est donc davantage une quête démocratique qu'une volonté normative.

L'illusion du langage commun

La notion de besoin et son indexicalité

Équation et modélisation

L'ambition de la réforme Serafin-PH est d'arriver à créer un algorithme qui permette un financement équitable des personnes accompagnées et des ESMS, et prenant en compte à la fois les caractéristiques de ces personnes et les prestations délivrées par les opérateurs.

L'équité du financement serait garantie par le fait que le même algorithme s'applique à tous les ESMS, donc par sa portée normative.

Pour reprendre les termes d'Harrison White (2011), il s'agit donc de *solidifier* un système de relations sociales entre des personnes en situation de handicap, des prestataires, et des administrations. Cette solidification se ferait autour d'un principe besoin/prestation. Si, comme nous l'avons vu auparavant la notion de besoin renvoie à des réalités différentes en fonction des acteurs, le rapport besoin/prestation renvoie à une logique fins/moyens (White, 2011), autrement nommée *rationalité instrumentale* chez Max Weber (1991). Ce type de rationalité domine très largement l'économie et les sciences sociales (Boudon, 2003), mais réduit des liens de dépendance entre des phénomènes encastrés en des liens de causalité (White, 2011). Par exemple, l'accompagnement des personnes en situation de handicap se définit à partir d'une logique semblable : *besoins-objectifs-moyens* (Andrien, 2019). Une logique fins/moyens laisse penser à une relation linéaire de causalité entre les termes. La définition des besoins permettant de définir les objectifs et l'attribution des moyens permettant de réaliser ces objectifs. Mais nous avons montré que les besoins sont très largement prédéfinis par des savoirs professionnels (médicaux, éducatifs, etc...) qui sont mobilisés pour définir les objectifs, ou par l'offre de service et donc les prestations et moyens engagés (Andrien, 2019).

Ainsi les termes *besoins-objectifs-moyens* ne sont pas liés par des relations causales, mais par des relations de dépendances, chaque terme interagissant avec les autres. Appliquée au projet Serafin-PH, la modélisation tarifaire ne peut donc pas être réduite à une logique *besoins-prestations*.

Une étude Fegapei-CNAM réalisée en 2009 sur plusieurs dizaines d'établissements a montré qu'il n'existait pas de rapport de corrélation entre qualité de prestation et niveau de financement, entre pratiques et moyens engagés (Kervasdoue, Macé, Hartmann, & Saporta, 2010). Cela montre que la qualité n'est pas seulement le résultat d'une prestation, donc de moyens, répondant à un besoin. Que le financement soit accordé directement à la personne ou à un opérateur ne change pas grand-chose au fait que si cette personne est réduite à une somme de besoins et l'accompagnement à une somme de prestations, alors la modélisation tarifaire risque de passer à côté des déterminants de la qualité de cet accompagnement.

Conclusion

Un système de tarification repose sur une logique de rationalisation. En fixant une modélisation tarifaire, il standardise des relations sociales, ici dans le secteur médico-social entre le tarificateur, les opérateurs et les personnes accompagnées. Cette logique de rationalisation n'est pas problématique en soi. Elle répond notamment à une forte injustice territoriale et historique dans les attributions budgétaires (Hardy, 2010). Cependant, il ne faut pas confondre une logique de rationalisation, considérée dans ce contexte donné, avec une logique rationaliste, réduisant un système complexe à quelques liens de causalité.

Selon nous, aucun dispositif technique, fusse-t-il de tarification, ne peut garantir à lui seul la participation sociale des personnes en situation de handicap. Le projet Serafin-PH, à travers la définition d'un langage commun, a pour ambition de fixer des significations. Mais les pragmatistes montrent bien que ces significations sont dépendantes de la réalité vécue par les acteurs, et du contexte de leurs élaboration. La participation sociale des personnes en situation de handicap ne peut donc pas être favorisée directement par un modèle de tarification, même si les personnes perçoivent directement un droit personnalisé à prestation. Les personnes accompagnées sont encastrées dans des relations qui ne sauraient être remises en cause par cette solvabilisation. Autrement dit, il ne suffit pas de donner directement de l'argent à une personne, encore faut-il qu'elle puisse en faire ce qu'elle souhaite, que de réelles alternatives se présentent à elle.

La participation sociale des personnes en situation de handicap peut être valorisée par le projet Serafin-PH si le langage commun devient support à débat, support à discussion démocratique localement. En somme, la réforme peut valoriser la participation sociale si elle incite les organisations prestataires à faire participer les personnes accompagnées à leur gouvernance. Ainsi elles pourraient, en première ligne, participer à la définition des critères de qualité retenus dans une situation donnée, par un collectif.

Bibliographie

- Andrien, L. (2019). *Les outils de gestion et la construction du sens de l'action collective. Étude de cas d'un outil d'évaluation des besoins dans des associations de parents de personnes en situation de handicap intellectuel*. (PhD). Ecole polytechnique, Palaiseau.
- Barral, C., Paterson, F., Stiker, H.-J., & Chauvière, M. (2000). *L'institution du handicap. Le rôle des associations au XIXe et XXe siècles*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Batifoulier, P., Castiel, D., & Bréchat, P.-H. (2017). La tarification à l'activité: une complexité contre-productive pour la santé des populations. *Les Tribunes de la santé*(1), 61-78.
- Bertillot, H., & Rapegno, N. (2019). Transformer l'offre médico-sociale? L'émergence d'habitats "inclusifs" et d'établissements "hors les murs". *Lettre d'information de l'Institut de la longévité, des vieillessees et du vieillissement*(17), p. 5.
- Boudon, R. (2003). *Raison, bonnes raisons*. Paris: PUF.
- Castiel, D., & Bréchat, P.-H. (2009). Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social: vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité? *Médecine & Droit*, 2009(95), 52-57.
- CNSA. (2012). La convention d'objectifs et de gestion 2012-2015 de la CNSA est approuvée. In.
- Degenne, A., & Forsé, M. (1994). *Les Réseaux sociaux. Une Analyse structurale en sociologie*. Paris: Armand Colin.
- Destais, N., Ruol, V., & Thierry, M. (2011). *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale* Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000032.pdf>
- Deveau, A. (2016). Réformer la tarification des ESMS pour une plus grande autonomie des personnes. *Pratiques en santé mentale*, 62e année(3), 55-61. doi:10.3917/psm.163.0055
- Dewey, J. (2006). La démocratie créatrice. *Revue du MAUSS*(2), 251-256.
- Girault, A., Lalloué, B., Gervès-Pinquié, C., & Moisdon, J.-C. (2018). Réformer la tarification à l'activité: les nouveaux modes de paiement et leurs usages dans les établissements de santé. In: Presses de l'EHESP.
- Goffman, E. (2013). *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements*: Économica.
- Grossetti, M., & Godart, F. (2007). Harrison White: des réseaux sociaux à une théorie structurale de l'action. Introduction au texte de Harrison White Réseaux et histoires. *SociologieS*.
- Gueydan, G., & Jourdan, J.-R. (2020). Les appels à projets, une tentative d'articuler régulation de l'offre et projet associatif. *Vie Sociale*(3), 97-109.
- Hardy, J.-P. (2010). *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Paris: Dunod.
- Imbaud, D., Lannelongue, C., & Le Gall, O. (2010). *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense OGD*. Retrieved from Paris: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000144.pdf>

- Kervasdoue, J. d., Macé, J.-M., Hartmann, L., & Saporta, G. (2010). *Etude de la formation des coûts dans les institutions prenant en charge des personnes adultes handicapées*. Retrieved from
- Lenay, O., & Moisdon, J.-C. (2003). Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier. *Revue française de gestion*(5), 131-141.
- Lidsky, V. (2012). *Propositions pour une maîtrise de l'ONDAM 2013-2017* (2012-M-007-03). Retrieved from
- Lorino, P. (2005). Contrôle de gestion et mise en intrigue de l'action collective. *Revue française de gestion*(6), 189-211.
- Lorino, P. (2018). *Pragmatism and Organization Studies*. Oxford: Oxford University Press.
- Lorino, P. (2019). Herbert Simon: pour un bilan raisonné du cognitivisme. *Projectics/Proyectica/Projectique*(3), 79-92.
- Loubat, J.-R. (2020). *Penser le management en action sociale et médico-sociale-3e éd*: Dunod.
- Moisdon, J.-C. (2013). De l'incitatif économique à la machine de gestion: le cas des établissements de santé. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*(82), 39-54.
- Mougeot, M., & Naegelen, F. (2014). La tarification à l'activité: une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. *Revue française d'économie*, 29(3), 111-141.
- Peirce, C. S. (1991). *Peirce on signs: Writings on semiotic*: UNC Press Books.
- Robelet, M. (2017). Les transformations des modes de contrôle croisés entre associations et autorités publiques dans le secteur du handicap. *Revue française d'administration publique*(3), 599-612.
- SERAFIN-PH. (2019). *Premières propositions sur des modèles de financement possibles dans le cadre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH. Rapport de synthèse*. Retrieved from Paris: https://www.cnsa.fr/documentation/rapport_final.pdf
- Stiker, H.-J. (2013). *Corps infirmes et société. Essais d'anthropologie historique* (Troisième édition ed.): Dunod.
- Vachey, L., & Jeannet, A. (2012). *Etablissements et services pour personnes handicapées. Offre et besoins, modalités de financement* (2012-M-021-01). Retrieved from
- Weber, M. (1991). *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme* (2003 ed.). Paris: Pocket.
- White, H. C. (2011). *Identité et contrôle. Une théorie de l'émergence des formations sociales* (F. Godart & M. Gossetti, Trans.). Paris: Editions de l'EHESS.