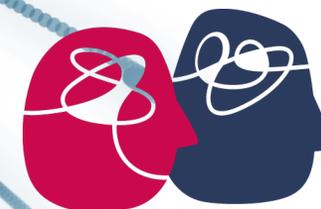


# La Tarification en Psychiatrie – Mise en oeuvre

Dr Iulia Nedelescu  
Psychiatre

Chef de pôle de psychiatrie générale  
C. H. de Douai



**F2RSM Psy**

Fédération régionale de recherche  
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Le 28 avril 2022

Centre Hospitalier  
d'Arras

# Préambule

- Les troubles psychiques (pathologies et consommation des psychotropes) représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie en France, devant le cancer et les maladies cardio-vasculaires, avec un budget de plus de 20 milliards d'euros, et la demande de soins y augmente de 5% chaque année.
- 12 millions de Français sont touchés par un trouble psychique (tous spectres confondus), et il est estimé qu'environ une personne sur 3 en présentera à un moment donné au cours de sa vie.
- Au moins 15% des 10 – 20 ans nécessiteraient des soins.
- 8948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France Métropolitaine.
- En 2019 en France, plus de 2 500 000 de patients ont été pris en charge en ambulatoire (tous âges confondus), dont plus de 10% pour la seule région Hauts-de-France.
- 80% de l'activité en psychiatrie générale et 90% en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont réalisées en ambulatoire → le virage ambulatoire est donc une réalité très majoritaire de la psychiatrie publique en France, qui effectue 21,3 millions d'actes ambulatoires dont au moins la moitié en CMP (2017). A noter que la suppression des lits n'a pas engendré un transfert systématique des moyens vers l'ambulatoire.
- Le nombre de lits et places (HC): 15% en secteur privé (en augmentation) et 85% en secteur public (en baisse, diminué de moitié depuis 1990), financements historiques cloisonnés entre ces deux secteurs d'activité.
- Stigmatisation, désinsertion, accès tardif aux soins, ruptures de parcours, co-morbidités, perte de chance et en espoir de vie.
- La psychiatrie souffre de multiples difficultés cumulées, que les impacts de la crise sanitaire ont compliquées, une spécialité désignée en "état d'urgence républicaine » depuis nombreuses années.

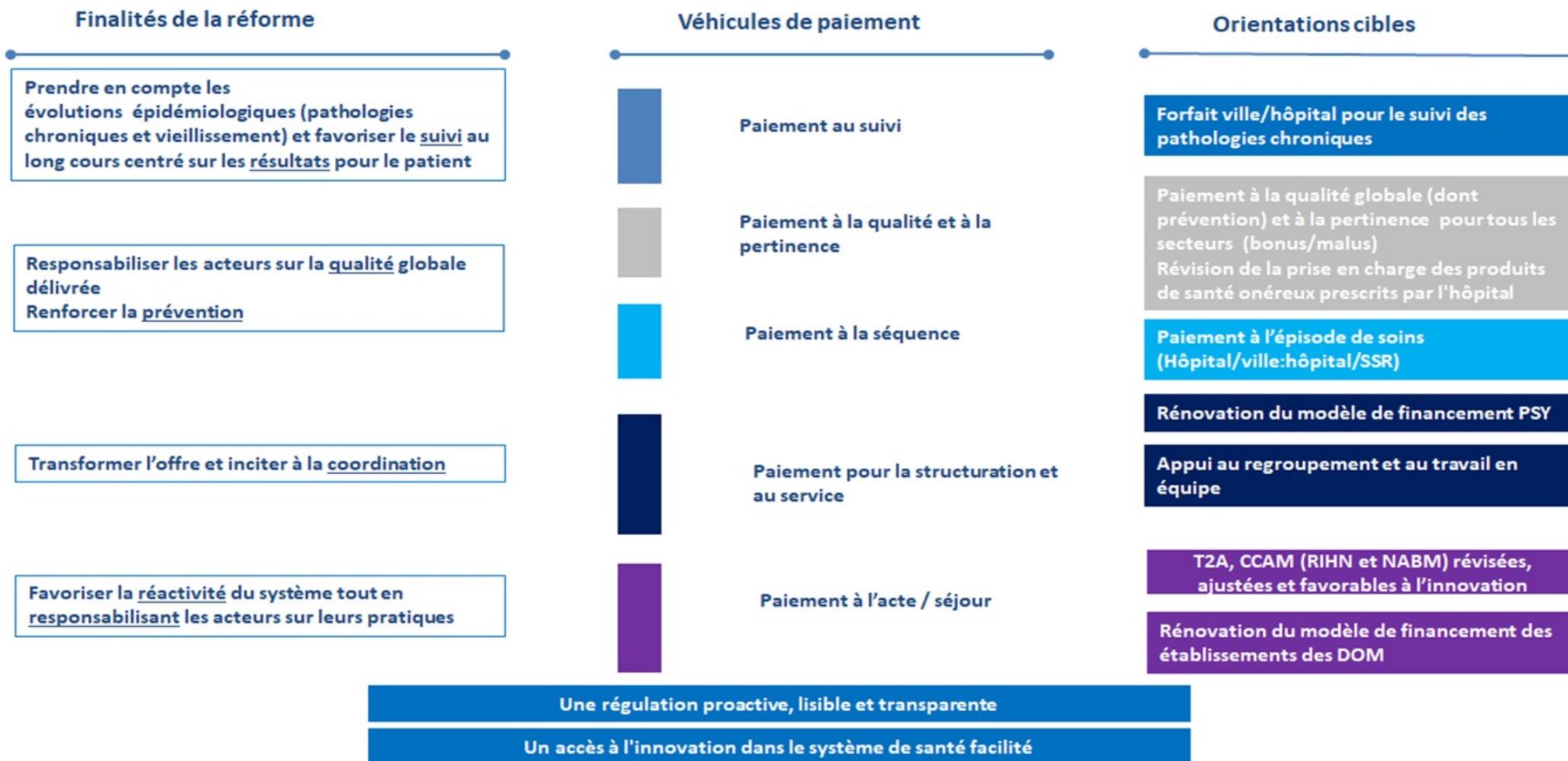
# Constats et visions politiques (1)

## **La stratégie nationale de MaSanté 2022 :**

- Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.
- Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

# Constats et visions politiques (2)

## Stratégie de réforme du financement du système de santé français:



# Constats et visions politiques (3)

**Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an en France, dont :**

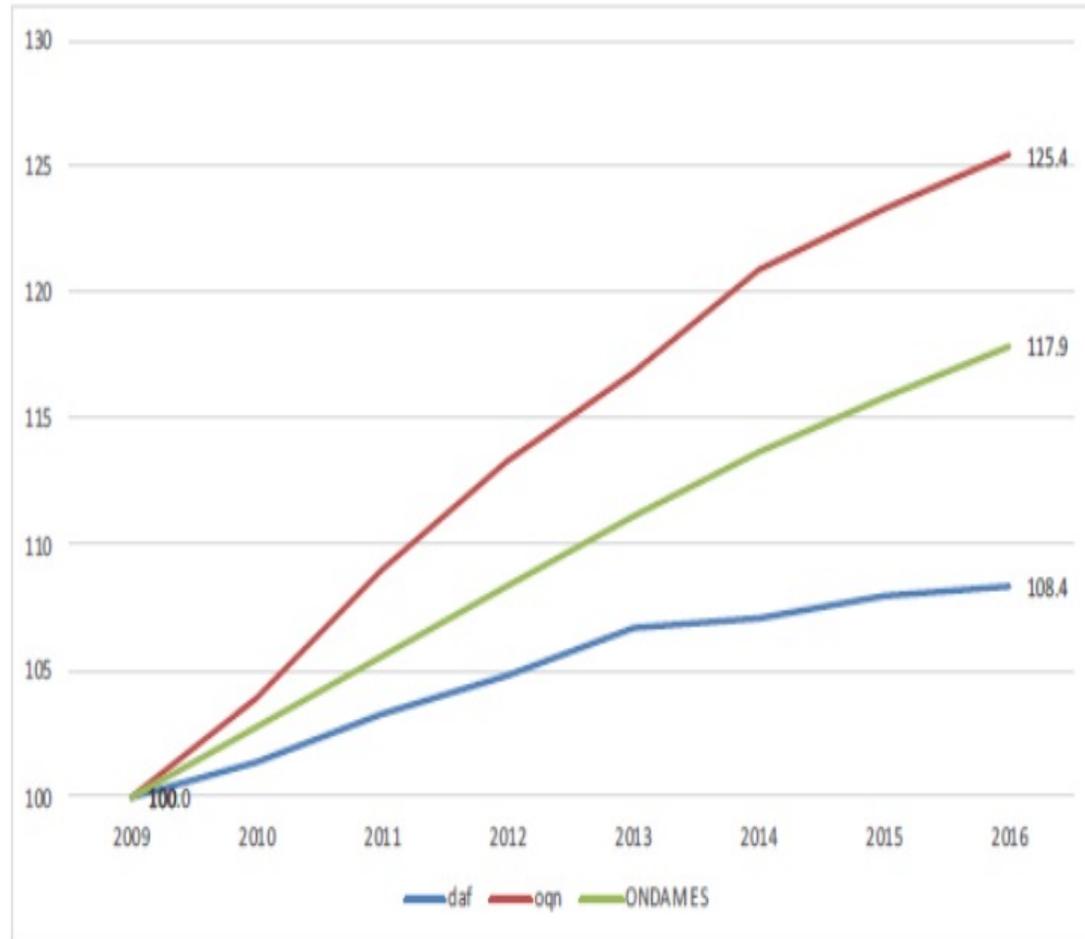
- 65 milliards pour la perte de qualité de vie,
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides,
- 13,4 milliards dans le secteur médical,
- 6,6 milliards pour le secteur médico-social.

**La feuille de route nationale pour la santé mentale et la psychiatrie:**

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté de la personne en situation de handicap psychique

# Au niveau national:

Evolution comparée des financements entre secteur



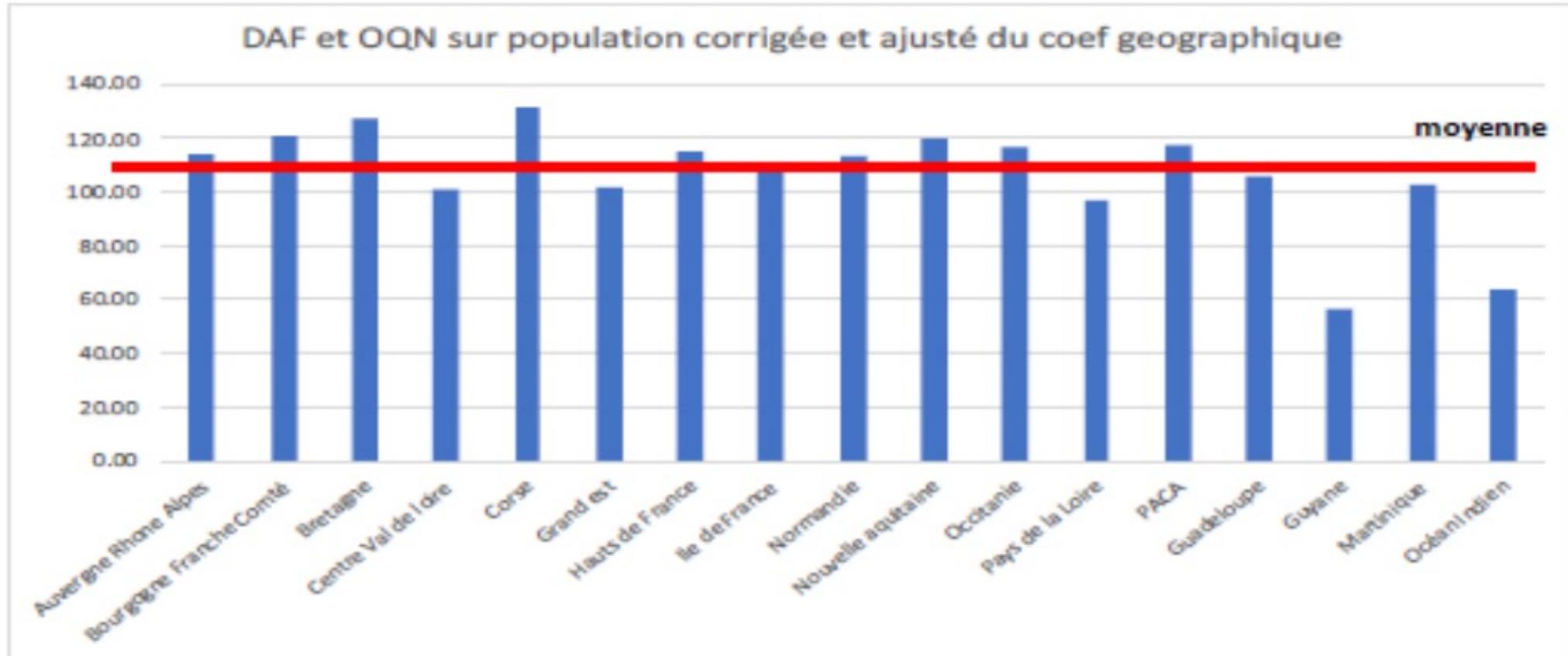
Iniquité chronique induite par la dualité du modèle de financement avec effets contraires sur le développement de / le recours à l'ambulatoire et sur la DMH.

Selon le rapport de la Cour des Comptes, la faiblesse des ressources allouées au secteur public aurait « conduit les ARS à se retourner vers le privé pour augmenter l'offre de soins ».

SPL: 10% des financements (dynamiques) et 15% des lits (en augmentation)

Public et SPNL: 90% des financements (fixes) et 85% des lits (en baisse)

# Au niveau des régions (1):

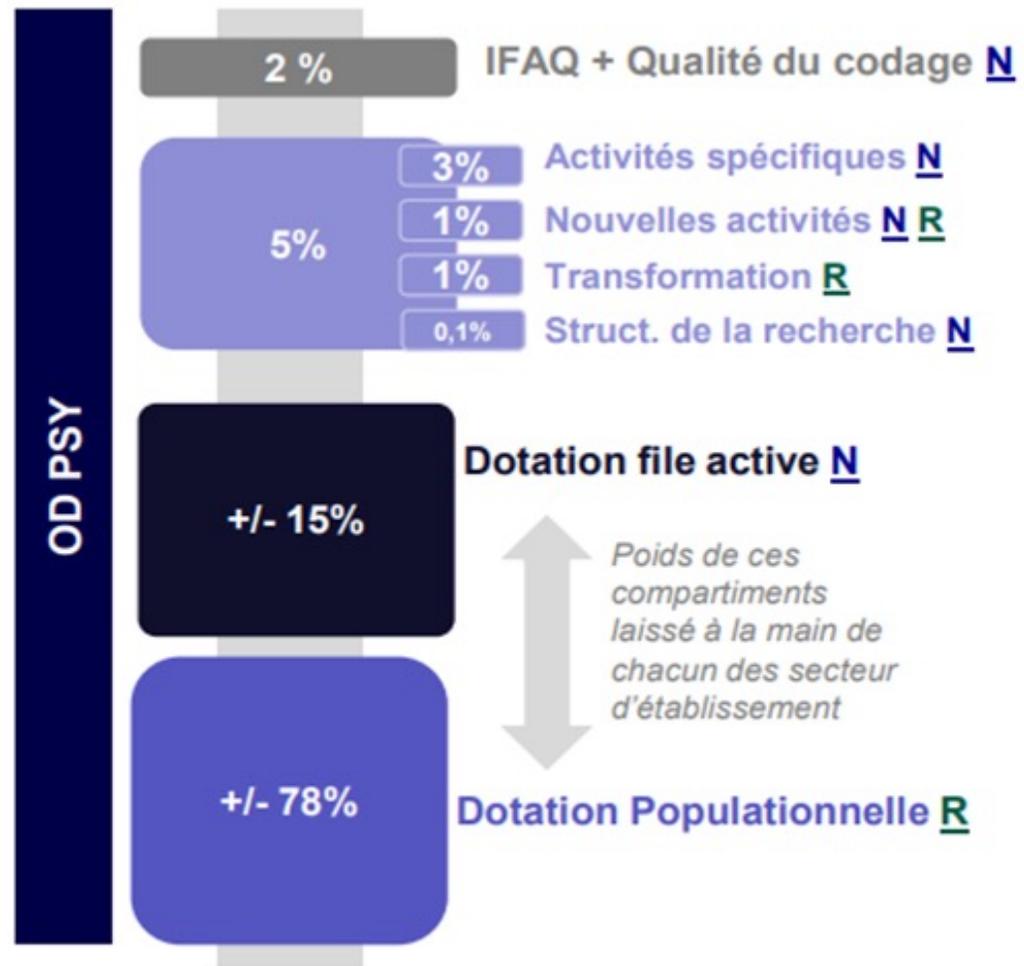


## Au niveau des régions (2):

Région	Dps par habitant au perim ètre dot pop et avec correction du coeff geo
Auvergne-Rhône-Alpes	138
Bourgogne-Franche-Comté	147
Bretagne	156
Centre Val de Loire	126
Corse	151
Grand-Est	135
Hauts-de-France	147
Ile-de-France	138
Normandie	143
Nouvelle-Aquitaine	147
Occitanie	140
Pays-de-la-Loire	119
Provence-Alpes-Côte d'Azur	144
ZZ-Guadeloupe	123
ZZ-Guyane	82
ZZ-Martinique	133
ZZ-Océan Indien	101

- Écarts jugés injustes, dé-corrélés du besoin réel et liés aux paramétrages « historiques » des DAF régionales pour le public et aux variations des prix journées dans le privé lucratif
- Trajectoires de croissance « très différenciées » entre secteurs d'activité et offres
- Ecarts notables en termes de représentativité quant aux types de pathologies / troubles pris en charge selon le modèle de financement de l'activité

# Choix du modèle (1):

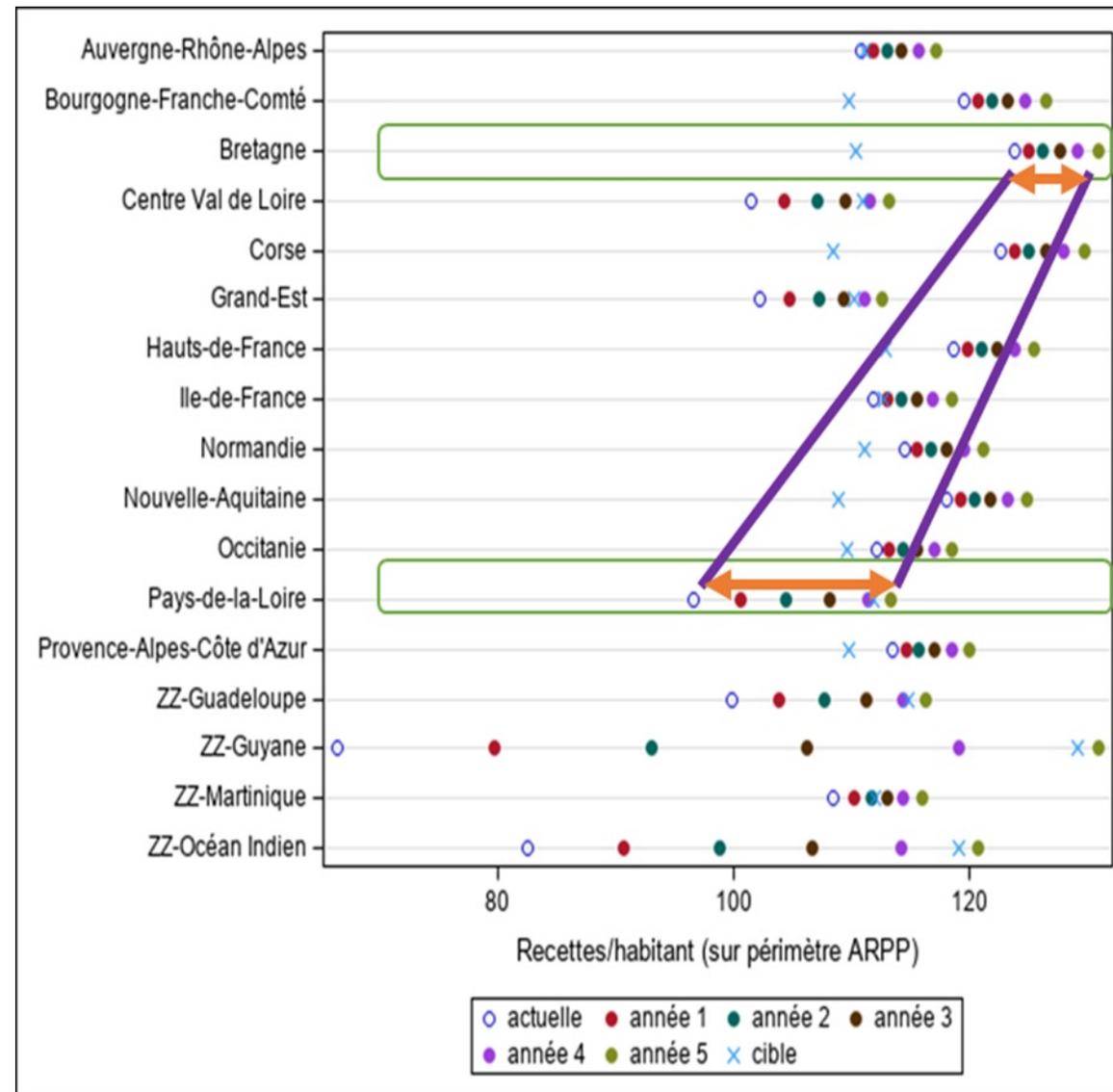
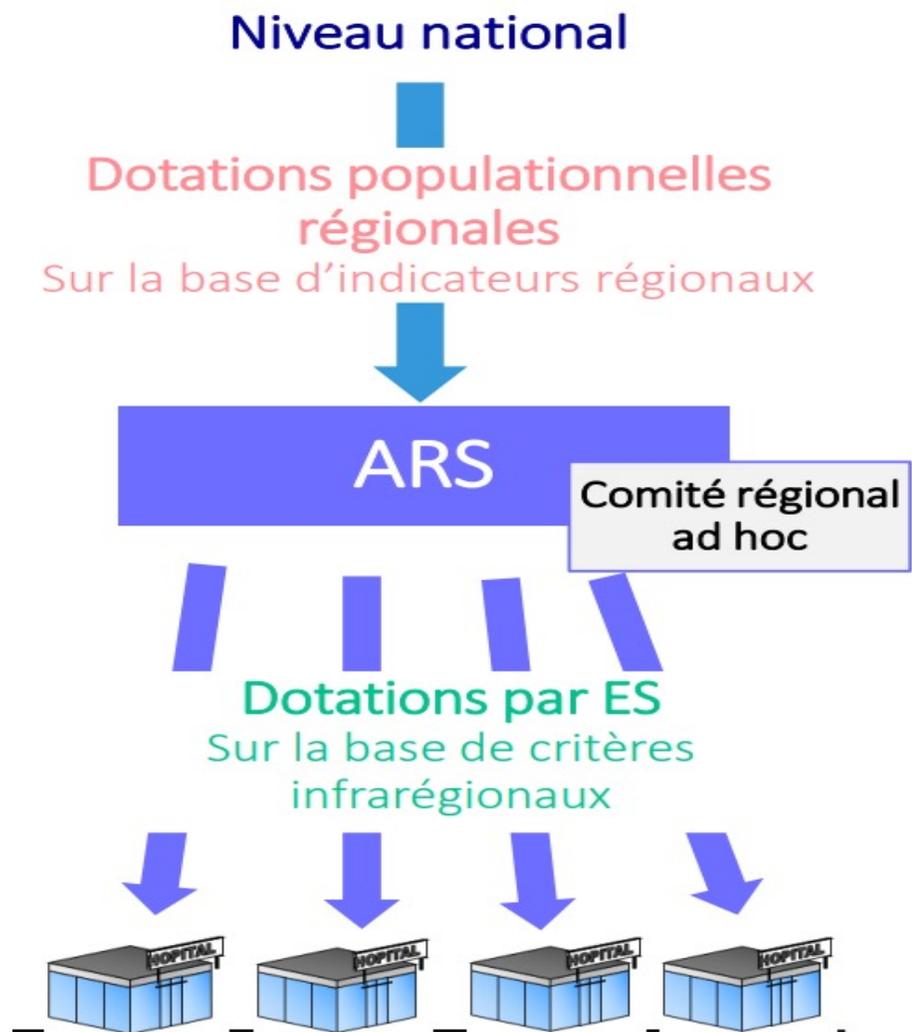


Source : DGOS

## Choix du modèle (2):

- Modèle de financement combiné compartimenté, basé sur les mêmes règles dans le privé et le public visant plusieurs objectifs :
  - territorialisation et réponse aux besoins des habitants respectifs par la dotation populationnelle (DoPo/ARPP)
  - dynamisation et réactivité par la dotation activité (DFA)
  - développement de soins spécifiques / innovants / d'expertise et de la recherche (financements fléchés)
  - financement (voire bonus / malus...) selon attente certains objectifs de qualité (IFAQ), volonté d'«objectivation» et d'affinage exhaustif du codage
  - incitation assumée à la transformation de l'offre de soins
- ODPSY (objectif de dépense) global à 2,6% en 2022 (vs 2,2% en 2021), fera l'objet d'une déclinaison par compartiments du nouveau modèle de financement à l'issue de la période de transition de 2022.
- ARS à accompagner dans une logique de capitalisation et de subsidiarité?

# Déroulement annoncé:



# Mise en œuvre(1):

- « Reforme et cadrage pas encore achevés, encore en discussion » alors qu'en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (initialement en 2021), année de base de calcul: 2021
- Chaque secteur d'activité fixera annuellement les poids respectifs de la DoPo et de la DFA (lors de la campagne budgétaire et l'enveloppe s'appliquera à tous les ES du secteur d'activité): principe de fongibilité
- Sur 4 ans, période de rattrapage et capage effets-revenus (évolution lente pour les régions « sur-dotées » et plus rapide pour celles « sous-dotées ») sur DoPo + DFA.
- Gouvernance dédiée: protocole, accord et comité régional de concertation pour l'allocation des ressources (CCAR).

## Mise en œuvre (2):

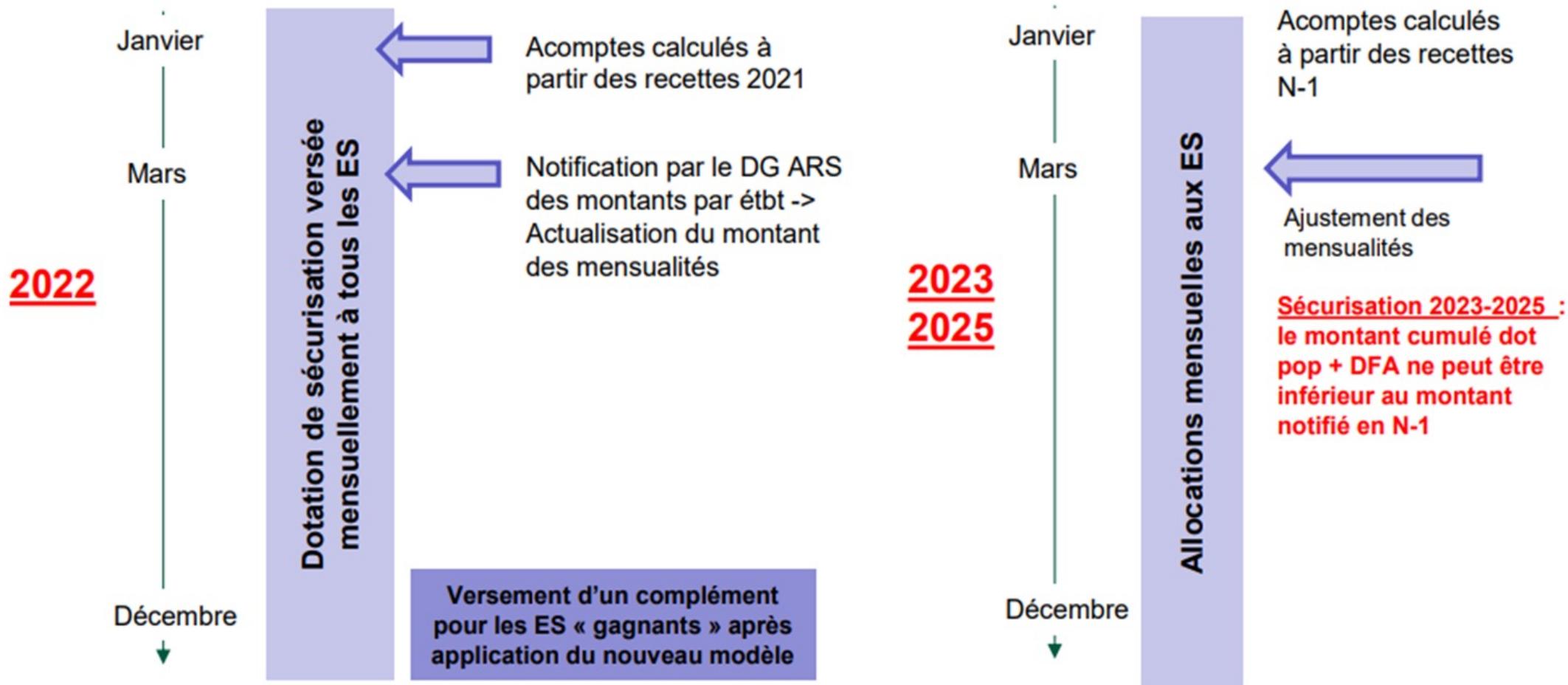
- Au niveau national, la FHF, la FHP, la FEHAP, Unicancer, la FNEHAD et le ministre des Solidarités et de la Santé ont signé le 30 novembre 2021 un protocole d'accord. Il définit un cadre pour garantir le suivi transparent et partagé de la mise en œuvre des réformes de financement. Il ouvre la possibilité de prise en compte d'éventuelles spécificités de prises en charge et des particularités populationnelles ou territoriales. A définir!
- L'ANAP envisage d'accompagner les ARS et les établissements dans la mise en œuvre de ces réformes à travers (en attente !):
  - la création et diffusion d'outils opérationnels
  - l'animation de communautés de pratique
  - l'accompagnement personnalisé des établissements les plus impactés

# Mise en œuvre (3) – selon la DGOS:

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## Application du modèle

### Un modèle sécurisé sur plusieurs exercices pour les établissements



# Mise en œuvre (4):

- Un **comité régional de concertation sur la psychiatrie** est consulté, pour avis, par le directeur général de l'ARS sur :
  - 1° Les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de la région
  - 2° Le niveau de l'enveloppe régionale de contractualisation ainsi que ses modalités d'allocation ;
  - 3° Les thématiques et les modalités de choix des nouvelles activités sur lesquelles l'agence souhaite procéder à des appels à projet.
  - 4° Les objectifs de transformation de l'offre de soins en psychiatrie ayant vocation à être intégrés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 1433-2 du code de la santé publique conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Le comité se réunit au moins deux fois par an. Les avis formulés par le comité régional de concertation sont rendus publics. Les avis du comité sont requis au moins un mois avant la mise en œuvre de la campagne budgétaire par le directeur général de l'ARS.
- Le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir le comité sur tout sujet d'intérêt général sur la psychiatrie. Il l'informe chaque année de l'allocation des moyens réalisée au sein de la région.
- II.- Le comité régional de concertation sur la psychiatrie est composé :
  - 1° Des représentants des fédérations hospitalières représentatives des établissements désignés par celles-ci. Le nombre de représentants par fédération est déterminé en fonction de l'activité des établissements relevant de chacune des fédérations au sein de la région (10)
  - 2° De représentants des associations d'usagers et de représentants des familles. Ces représentants sont nommés par le directeur général de l'ARS (2)
  - Le directeur général de l'agence régionale de santé assure le secrétariat du comité.

# Point d'étape sur «Dotation Populationnelle»:

- Au niveau national, assure le rééquilibrage entre les régions. Objectif de réduction de moitié des écarts constatés de financement inter-régionaux (sur 5 ans ?)
- « Rattrapage et pas convergence » de 2023 à 2025
- Max. 80% pour le secteur public et min. 15% pour celui privé lucratif ? (voir fongibilité avec la DFA)
- Reçue par l'ARS et répartie entre régions selon plusieurs critères (indicateurs régionaux):
  - Taux de pauvreté (élevé en HdF)
  - Taux d'isolement (personnes vivant seules, familles monoparentales etc)
  - Super-pondération de la population mineure (% dans la population générale > en HdF vs national)
  - Offre médico-sociale adaptée au handicap psychique (faible en HdF)
  - Densité de psychiatres (16/100.000 hab en HdF vs 23/100.000 hab en France)

**Chaque région élaborera ses critères d'allocation infrarégionale (liste indicative nationale, avis du CCAR): à définir!**

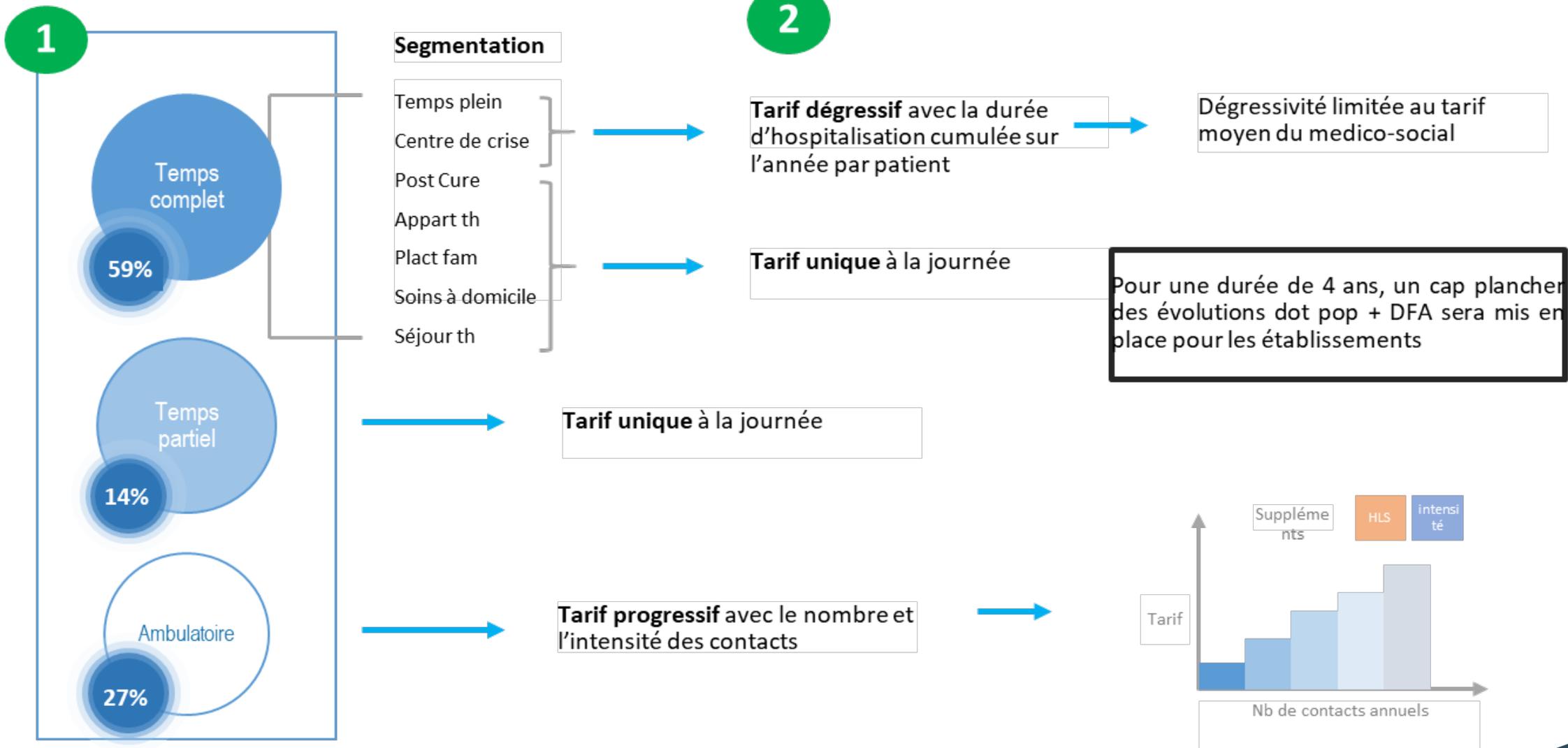
**Quel périmètre pertinent de distribution de la population pondérée (secteur, ES, GHT, PTSM, département, ...)? ZI des équipes parfois sur plusieurs « territoires »! Marge contrat ES-ARS.**

**Quelle prise en compte des coûts des SSC?**

# Point d'étape sur « Dotation File Active »:

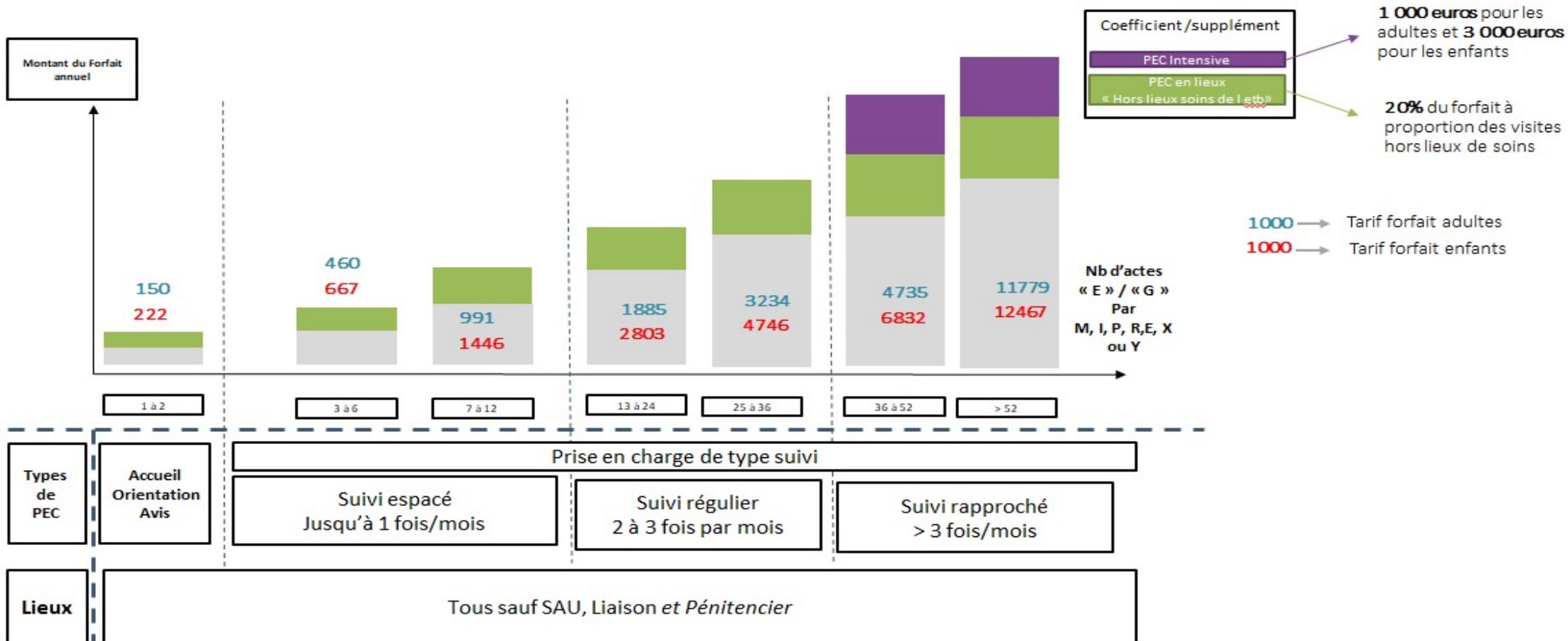
- Compartiment sensible car il introduit une part variable et strictement liée au volume d'activité (E  $\oplus$  G ~~A~~ R).
- Les valeurs unitaires payées par l'Assurance Maladie ne seront pas des « prix prospectifs » mais une « variable rétrospective » de distribution d'une enveloppée fermée (cette dernière étant une sous-enveloppe de l'ODPSY); la ou les clef(s) de répartition: nombre de journées en temps plein et partiel, nombre d'actes annuels/ patient(e)/an, en ambulatoire, à définir !
- Déjà trois vagues de simulations, résultats communiqués aux établissements. 2022 – année de transition.
- Voir principe de fongibilité avec la DoPo.
- Travaux conjoints à mener sur l'état et l'évolution des grilles tarifaires !
- Hypothèse de la non-retention de la dégressivité (à confirmer)

# suite



# suite

## Modèle Ambulatoire



# suite

## Modèle Temps Complet

### Temps plein

Bornes	Tarif A	Tarif B
0	192	186
2	384	372
5	379	367
9	374	362
14	369	357
19	364	352
27	359	347
38	354	342
58	349	337
112	344	332
366	295	295

(B) : -12€

Bornes	Tarif A/B
0	443
2	887
5	882
8	877
11	872
15	867
21	862
30	857
45	852
78	847
366	590

(B) : écart entre A et B  
<0,5€

### Post-Cure

Bornes	Tarif A	Tarif B
0	141	140
4	282	280
19	277	275
81	272	270
198	267	265
366	200	200

Bornes	Tarif A/B
0	313
67	626
110	621
207	616
366	500

Grilles tarifaires par FA  
en fonction du scénario sur les SSC  
Tarif A : ML=3/4/5  
Tarif B : ML=3/4/5/7/8

Tarif **Adulte en rouge**  
Tarif **Enfant en bleu**

100%

### Centre de crise

Bornes	Tarif A	Tarif B
0	490	483
1	979	965
5	974	960
8	969	955
366	200	200

(B) : -14€

Bornes	Tarif A/B
0	563
2	1126
4	1121
13	1116
366	350

(B) : écart entre A et  
B <0,5€

# Point d'étape sur « Activités spécifiques »:

- Vise à sécuriser les activités extra ou supra ou inter-régionales ou nationales (un financement national des UHSA, UMD etc)
- Liste initiale de 25 types d'activités... → liste bcp plus restreinte
- Les activités à portée régionale seront financées sur la dotation populationnelle (ponction de la DoPo dans la limite de 2% à la latitude des ARS ?), idéalement leur créer un financement distinct!
- Démarche pluriannuelle d'élaboration de cahier des charges et de référentiel de moyens / activité; modèle qui pourra être suivi pour les activités spécifiques régionales
- Listes à revoir avec les professionnels de « terrain ».

# Point d'étape sur « Nouvelles activités »:

- Financer les projets / les types de soins innovants, correspondant à des priorités régionales ou nationales.
- En partie, l'équivalent du FIOP actuel.
- Au niveau national, va inclure l'enveloppe des fonds d'innovation.
- Au niveau régional, censé faciliter le développement de l'offre de soins manquante; si pérennisation, bascule sur les autres compartiments?
- Arrêté qui va préciser les détails.

# Point d'étape sur « Transformation » et « Recherche »

## **La transformation:**

- Intégrerait l'enveloppe historique des aides à l'investissement et cible les actions restructurantes portées auprès des (ou par les?) établissements; orientation d'un compartiment pérenne destiné à des financements structurels (PRISM)
- Pensé comme transitoire (5 ans) pour compenser le financement régional par la DoPo, si rattrapage jugé insuffisant

## **La recherche:**

- Démarche à initier / conforter au sein des territoires
- Financement orienté vers des structures d'appui à la recherche en psychiatrie

**Arrêtés qui vont préciser les détails pour les deux.**

# Point d'étape « IFAQ » et « Qualité du Codage »

## IFAQ:

- à partir de 2022, rémunération du niveau atteint et de la progression, basé sur la comparaison inter-établissements au niveau national; indicateurs actuels à revoir +++
- pour 2022, 116 mil. selon la FHF, en absence de critères de distribution gel ???

Type d'indicateur	Nom de l'indicateur
<b>Thématiques transverses IFAQ</b> (socle prioritaire)	Certification des établissements
	Qualité de la lettre de liaison à la sortie
	Evaluation et prise en charge de la douleur somatique
<b>Indicateurs somatiques PSY HAS</b>	Evaluation et prise en charge des addictions chez les patients adultes
	Evaluation/vigilance sur l'état cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes
<b>Indicateurs spécifiques PSY ATIH</b>	Taux de séjours longs (hors soins sans consentement)
	Taux de patients qui ont bénéficié d'un suivi dans un délai de 15 jours à l'issue d'une hospitalisation

- Indicateurs pertinents et spécifiques pour la psychiatrie à élaborer !

## Codage PMSI PSY:

- Exhaustivité et précision?
- Quels paramètres / critères de qualité (OVALIDE? )
- Démarches incitatives de nature transitoire?

# Dans les Hauts de France:

- Le CCAR psy et le groupe technique viennent d'être constitués pour les Hauts de France.
- Nécessité de réfléchir et d'anticiper la définition de règles concertées, de suivi de la réforme à un niveau pluri-professionnel.
- Nécessité d'élaborer un diagnostic partagé par secteur d'activité, concertation niveau soignant, DIM et professionnels des finances des ES afin de faire des propositions sur une méthodologie de répartition des ressources, un recueil des besoins d'activités spécifiques et nouvelles.
- Place centrale du travail, des outils et des données de la F2RSM PSY dans la recherche, l'élaboration d'un diagnostic partagé et d'indicateurs pertinents et des besoins spécifiques.

# Points positifs et points de vigilance (1)

Le patient au centre du système et l'accent mis sur le parcours et la qualité (mais les indicateurs sont à revoir +++).

« Le patient doit être assuré d'une PEC de qualité et pertinente, qui prend en compte ses particularités et ses aspirations propres ».

Vision populationnelle, du curatif vers le préventif, la MG restant la clé de voûte de l'accès aux soins. Diminution progressive des inégalités de prise en charge?

Besoins de santé publique, soutenabilité et niveau de qualité des soins: volonté affichée de les regarder/traiter ensemble.

Priorité à l'accès aux soins, à l'aller vers, à la coordination, la recherche mais pas assez d'accent mis sur la prévention.

PEA prioritaire.

Un modèle de financement unique et combiné, selon les mêmes règles pour tous.

La remise en question de la T2A exclusive en MCO.

Quid de l'historique et des transformations déjà faites (de l'avant 2021... ) et d'une analyse plus fine des causes d'inégalités d'offres et de dépenses en soins psy par habitant d'une région à l'autre, voire d'un territoire ou d'un ES ou d'un secteur à l'autre?

Quid de l'après 2025 concernant la partie variable et les dispositifs temporaires?

# Points positifs et points de vigilance (2)

Modèle volontariste, plus incitatif et orienté sur l'avenir que « gratifiant », petit effet big bang recherché?

Sentiment d'une approche expérimentale !

Sentiment de *top-down* (au lieu d'un *bottom-up*) dans l'élaboration et la présentation du modèle, volonté de maîtrise « coûte que coûte » des dépenses.

Quid de l'élaboration des PTSM (futurs pivot de la mise en œuvre de la réforme ?): « tout et le meilleur à concevoir et à mettre en place, à moyens constants voire réduits ».

Quid du financement de la très utile activité de liaison psy aux Urgences / MCO (chronophage et avide en moyens humains) ou des activités supra-sectorielles?

Quid du financement de l'addictologie, du « sommeil » et de l'ECT?

Poids ignoré de la grande variabilité nosographique (prévalence, sévérité, complexité, pronostic) et de la grande variabilité d'évolution interindividuelle en psychiatrie.

Quid du risque d'une évolution annuelle à la baisse des « tarifs » et « forfaits » dans le cadre de la DFA, selon l'« exemple » de la T2A en MCO et ses effets délétères? Quels garde-fou contre les dérives (privilégier des actes plus rémunérateurs, plus rentables, ou chercher à multiplier le nombre au détriment du contenu) ?

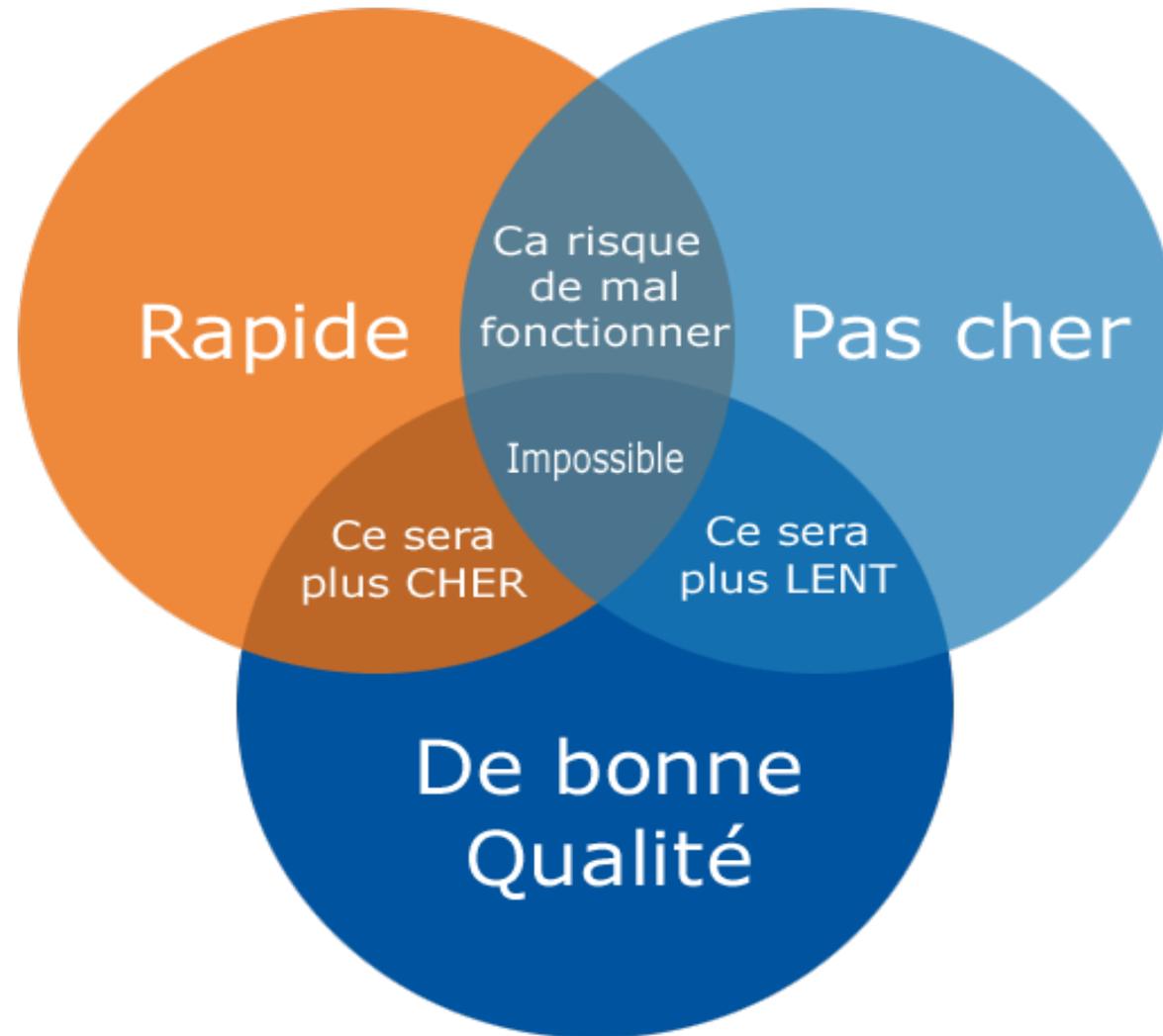
# CONTEXTE 2021 – 2022

- Situation catastrophique de la démographie médicale (MG et psychiatres) et de l'attractivité du service public hospitalier (y compris pour le personnel non-médical); épuisement, manque de reconnaissance et une certaine perte de sens. PDS en danger.
- Crise COVID 19 (effets actuels et futurs sur les soignants et sur la demande de soins).
- Certification V2020 et recueil des IQSS PSY ...
- Réforme de la loi sur les MRL (IsoCo)...
- Traitement médiatique stigmatisant des troubles psy, problème d'image de l'offre de soins et des soignants.
- Tendance politique sécuritaire.
- Surcharge de tâches administratives.
- Révision des autorisations et décision de distinguer 4 axes (volonté de dissocier la population mineure de celle majeure alors que la pratique est plus complexe):
  - psychiatrie périnatale
  - psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
  - psychiatrie de l'adulte
  - les soins sans consentement

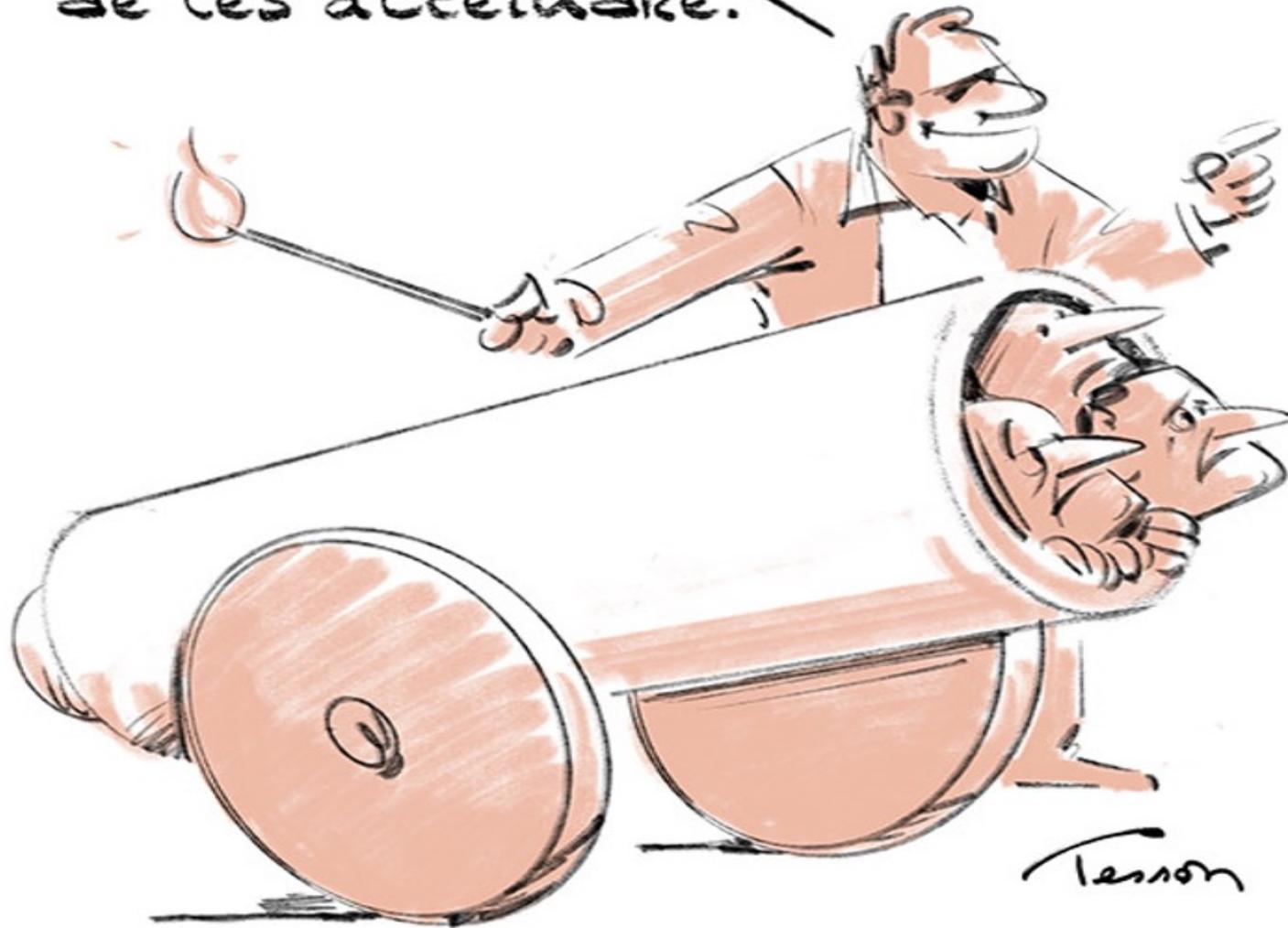
# Corrélations et autres déterminants (1)

- Enquête et analyse approfondies des coûts réels et référentiels de moyens humains nécessaires en psychiatrie → à élaborer
- Prise en compte d'une réelle inégalité entre ES en termes de capacités de performance (DPI, DIM, fonctions support, management, formations...) ou de moyens humains et logistiques actuels → à corriger également (indicateurs de performance administrative et de qualité de vie au travail au-delà du seul « maintien de l'équilibre budgétaire »?)
- Respect au sein des ES des financements MCO et PSY ainsi que leur utilisation selon l'allocation (la DAF représente encore pour nombreux CHG la variable d'ajustement des déficits budgétaires)
- Travail détaillé et partage transparent des savoirs et d'outils plus que jamais nécessaire entre soignants, DIM, directions, ATIH, ANAP, F2RSM PSY.
- Protection nécessaire des avantages du modèle de la sectorisation, de ses missions de service public et d'intérêt général et de la diversité des cas.
- Sanctuarisation et culture de l'humain dans le soin (psy qui plus est).

# Corrélations et autres déterminants (2)



Je fixe les objectifs et  
vous donne les moyens  
de les atteindre.



# Sources

- Documents concernant la réforme du financement en psy élaborés par la DGOS, l'ATIH, la FHF, le GTR DIM Hauts de France, F2RSM Psy
- Document interne et retour de formation concernant la réforme du financement en psy (élaboré par Mme Dume, DAFP au CH Douai)
- Rapport sur la réforme des financements en santé en France (Rapport Aubert) - *2018*
- Communications lors des 10<sup>e</sup> journées de l'information médicale...
- Diverses sources bibliographiques et numériques

Merci pour votre attention !