



**EHESP**

---

**EDH**

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **octobre 2022**

---

**Le recueil de l'information médico-  
économique en psychiatrie :  
accompagner la réforme du  
financement**

---

**Garance LION-DAGOUAT**



---

# Remerciements

---

Je souhaite en premier lieu adresser mes remerciements à Madame Luce Legendre, directrice du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre et de l'Établissement Public de Santé Roger Prévot, pour sa bienveillance et la confiance qu'elle m'a témoigné dans les dossiers confiés.

Mes remerciements également à ma tutrice de stage, Madame Christine Khani, qui, par son écoute et ses conseils a fait de ce stage une réelle opportunité. Je tiens également à remercier sincèrement Monsieur François Mizzi, qui par nos nombreux échanges, a enrichi mes connaissances sur le sujet de la réforme du financement en psychiatrie, mais surtout m'a amené à me poser les bonnes questions pour approfondir mes réflexions.

Plus largement, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de direction pour son accueil chaleureux qui a été d'une aide précieuse tout au long de ces mois riches en expériences nouvelles, ainsi que les nombreux professionnels qui n'ont pas hésité à prendre le temps de répondre à mes interrogations dans le cadre de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier Madame Anne-Laure Nozahic-Péan qui m'a fourni des conseils précieux dont la pertinence m'a aiguillée lors de mon choix de thème de mémoire puis dans l'organisation de ma pensée pour la réalisation de ce travail.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Une réforme complexe et difficile à appréhender pour les acteurs de la santé, aux effets financiers et qualitatifs pourtant importants pour les établissements.....	3
1.1 Une réforme nécessaire face aux carences observées mais peu lisible au regard des enjeux financiers en cause .....	3
1.1.1 Les carences observées dans le système de financement par dotation annuelle nécessitant une refonte de ce mode d'allocation des ressources .....	3
A) Réduire les inégalités territoriales : l'introduction d'une dotation populationnelle contrôlée à l'échelon régional (78%) .....	3
B) La réduction des inégalités entre établissements par un financement à la file active (15%) privilégiant les prises en charge alternatives .....	7
C) La recherche de l'innovation et d'une prise en charge de qualité au sein des établissements de santé psychiatriques.....	9
1.1.2 Une réforme non finalisée et complexe à appréhender pour les professionnels, mais aux enjeux financiers pourtant importants .....	11
A) Une division du financement plus proche de la réalité du financement mais moins lisible pour les professionnels.....	12
B) Des impacts financiers non négligeables sur les établissements.....	14
1.2 Le renforcement de l'obligation de remontée de l'activité en psychiatrie par la réforme fait apparaître des avantages certains pour les établissements .....	17
1.2.1 La mise en place du PMSI dans les établissements psychiatriques réellement effective avec la nouvelle réforme du financement .....	17
A) L'obligation de remontée de l'activité déjà ancienne pour les structures psychiatriques : la mise en place d'un PMSI pour la psychiatrie .....	17
B) L'impact de la bonne remontée de l'activité sur le financement des établissements : le recueil de l'information médicalisée en psychiatrie .....	18
1.2.2 Les avantages de la remontée de l'information médico-administrative de l'activité en psychiatrie, renforcés par cette réforme du financement .....	20
A) Une amélioration des prises en charge au sein des services .....	20

B)	Un pilotage plus précis de l'activité de l'établissement grâce au codage des actes	21
2	L'accompagnement nécessaire des professionnels afin de résoudre les difficultés culturelles et organisationnelles liées à la remontée de l'information médico-administrative	25
2.1	Les difficultés de mise en place de la réforme financière dans les établissements de santé exerçant une activité psychiatrique	25
2.1.1	Une organisation du circuit administratif peu adaptée à la mise en place de cette réforme	25
A)	Le manque de fiabilité du fichier commun de structure des établissements	26
B)	Les erreurs de configuration de la gestion administrative des malades (GAM)	27
2.1.2	Le codage des actes en psychiatrie : une pratique encore peu ancrée dans les habitudes, à laquelle s'ajoute la méconnaissance de la réforme en cours et de ses impacts sur les financements	28
A)	La méconnaissance de la réforme en cours et de ses impacts financiers par les professionnels de santé	28
B)	Le manque d'implication des équipes médicales et soignantes également expliqué par des facteurs contextuels	29
2.2	La nécessité d'une réflexion menée en concertation avec les acteurs autour des organisations et activités de l'établissement	33
2.2.1	En interne, un accompagnement des organisations indispensable à l'amélioration de la remontée d'activité	33
A)	Apporter un soutien aux professionnels médicaux et soignants effectuant la remontée de l'information médico-administrative	33
B)	Capitaliser sur le rôle de la direction des systèmes d'information : porter une attention plus grande aux outils informatiques	37
2.2.2	A plus long terme, la mise en place d'une politique de suivi de l'activité adaptée aux mutations enclenchées par la réforme du financement et incluant le territoire	40
A)	Accélérer la mise en place d'un DIM par groupement hospitalier de territoire (GHT) afin d'enclencher une dynamique mutualisée de suivi de l'activité des établissements	40
B)	L'accompagnement des impacts sur l'activité de cette nouvelle réforme du financement	41

Conclusion .....	46
Bibliographie .....	47
Liste des annexes .....	50





---

## Liste des sigles utilisés

---

AMA : Assistant médico-administratif  
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance  
ARS : Agence régionale de santé  
BDE : Bureau des entrées  
CASH : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers  
CH : Centre hospitalier  
CSP : Code de la santé publique  
DAF : Dotation annuelle de financement  
DAF : Direction des affaires financières  
DAM : Direction des affaires médicales  
DSI : Direction des systèmes d'information  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DIM : Département de l'information médicale  
DMI : Dossier médical informatisé  
EPS : Etablissement public de santé  
FICOM : Fichier commune de structure  
GHT : Groupement hospitalier de territoire  
HAS : Haute autorité de santé  
HPST : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »  
IDE : Infirmier diplômé d'état  
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale  
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique  
PTSM : Projets territoriaux de santé mentale  
RPS : Résumé par séquence  
RAA : Résumé d'activité ambulatoire  
RIM-P : Résumé d'information médicalisé – psychiatrie  
T2A : Tarification à l'activité  
TIM : Technicien de l'information médicale



## Introduction

Les troubles psychiatriques sont un enjeu majeur de santé publique alors qu'une personne sur cinq est touchée en France par un trouble psychique, soit 13 millions de Français. Outre les impacts sociaux et sanitaires majeurs, la pathologie psychiatrique a également un impact financier puisqu'elle représente plus de 23 milliards d'euros par an, soit le premier poste de dépense de l'assurance maladie<sup>1</sup>. Avec la crise sanitaire, et les mesures de confinement et distanciations sociales qui en ont découlé, l'apparition de ces pathologies s'est vue d'autant plus renforcée, chez des publics parfois épargnés jusque-là.

Or, malgré la mise en place d'actions et de dispositifs tels que les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) avec la Loi de modernisation de notre système de santé de 2016, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie de juin 2018 ou encore les Assises de la psychiatrie de 2021, la politique de santé publique en matière de santé mentale n'a pas permis de renforcer la prise en charge carencée des patients atteints de pathologies psychiatriques, et les difficultés de financement auxquelles fait face ce secteur en France.

Un enjeu fondamental de la prise en charge des pathologies psychiatriques en France réside en effet dans le financement de l'activité effectuées par les établissements publics de santé. Le modèle de Dotation annuelle de financement (DAF) jusqu'à présent en vigueur a fait l'objet de critiques régulières, visant à la fois les montants alloués mais également son iniquité entre régions et les freins qu'il peut entraîner au développement de prises en charge de qualité ou innovantes.

Pour faire face à ces critiques, une réforme du mode de financement, promise depuis le début des années 2010 et repoussée plusieurs fois, a finalement été adoptée avec le *décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021*. Ce nouveau dispositif, expérimenté dès janvier 2022 sera déployée progressivement du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2025. Mais les modalités de financement choisies en remplacement de la Dotation annuelle de financement soulèvent déjà de nombreux débats des professionnels du secteur de la psychiatrie.

En effet, la dotation globale jusqu'ici en vigueur est remplacée par différents compartiments de dotation dont un volet « Dotation à la file active » qui introduit une révolution dans le

---

<sup>1</sup> Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse : Une ambition refondée — Pour la santé mentale et la psychiatrie en France, Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, 2021

champ de la santé mentale. Ce volet semble montrer la volonté d'harmonisation, même pour une portion minoritaire, des financements du secteur psychiatrique et du secteur médecine-chirurgie-obstétrique, soumis lui depuis 2004 à la tarification à l'activité (T2A) (plan « Hôpital 2007 »).

L'adoption de ce nouveau système d'allocation des ressources en psychiatrie va conduire à faire dépendre de l'activité réalisée par les établissements une portion de leurs ressources. Cette réforme, comme pour le MCO, se fera au travers de l'utilisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mais spécifique à la psychiatrie et issu du codage de l'activité réalisée par les professionnels de santé comme variable de détermination du financement des établissements. Beaucoup d'établissements exerçant des activités psychiatriques, vont ainsi se trouver encouragés à améliorer la gestion de leurs données d'activités, en raison du poids donné à la file active et à la qualité du codage dans cette modification du modèle de financement des activités psychiatriques.

Afin de faire face à ces enjeux de financement, il s'agit d'analyser comment les directions hospitalières peuvent accompagner cette mutation majeure du mode de financement en psychiatrie et plus encore, ses impacts immanquables sur le fonctionnement des services ainsi qu'à plus long terme, sur la prise en charge assurée par les établissements de santé.

Cette réforme justifiée par les carences du système précédent, s'avère particulièrement difficile à saisir pour les acteurs du champ de la santé mentale, alors que son impact sur le financement des établissements et la qualité des prises en charge pourrait ne pas être négligeable (1). Il importe donc que les directeurs d'hôpital se saisissent de cette question afin de s'assurer qu'un accompagnement et une coordination des acteurs soit mis en place, permettant de résoudre les difficultés tant culturelles qu'organisationnelles freinant la remontée de l'information médico-administrative aux organismes financeurs (2).

# **1 Une réforme complexe et difficile à appréhender pour les acteurs de la santé, aux effets financiers et qualitatifs pourtant importants pour les établissements**

La réforme du financement en psychiatrie, bien qu'aux enjeux financiers non négligeables, reste obscure pour les professionnels des établissements de santé, administratifs comme soignants (1.1). Cette réforme qui fait la lumière sur le codage et la remontée de l'information en psychiatrie, présente pourtant de nombreux avantages non négligeables pour les établissements (1.2).

## **1.1 Une réforme nécessaire face aux carences observées mais peu lisible au regard des enjeux financiers en cause**

Les insuffisances du système de dotation annuelle de financement ont conduit à cette réforme du financement (1.1.1), complexe à appréhender et dont les conséquences financières auront pourtant un impact notable sur les établissements (1.1.2).

### **1.1.1 Les carences observées dans le système de financement par dotation annuelle nécessitant une refonte de ce mode d'allocation des ressources**

La réforme du financement en psychiatrie n'est pas une idée nouvelle en raison des inégalités et inefficiences que le fonctionnement précédent faisait apparaître au sein des établissements de santé. La version finalement adoptée et applicable à partir de janvier 2023 doit faire face aux échecs du mode de financement précédent en réduisant les inégalités territoriales (A), permettant aux recettes de couvrir les dépenses réellement engagées en corrélant les financements à l'activité (B), et incitant les établissements psychiatriques à la qualité et l'innovation (C).

A) Réduire les inégalités territoriales : l'introduction d'une dotation populationnelle contrôlée à l'échelon régional (78%)

a) *La mise en place d'une dotation populationnelle permettant d'équilibrer les financements inter-régionaux*

La dotation annuelle de financement (DAF) est une enveloppe visant à rémunérer la part des dépenses couvertes par l'assurance maladie du secteur de psychiatrie des établissements publics de santé, et accordée de manière globale chaque année. Cette dotation globale qu'est la DAF est déterminée à travers les dotations régionales décidées par le ministère qui établissent le plafond de ressources par région (arrêté « DR » complété par des circulaires budgétaires qui détaillent les montants accordés aux différentes missions financées par ces dotations).

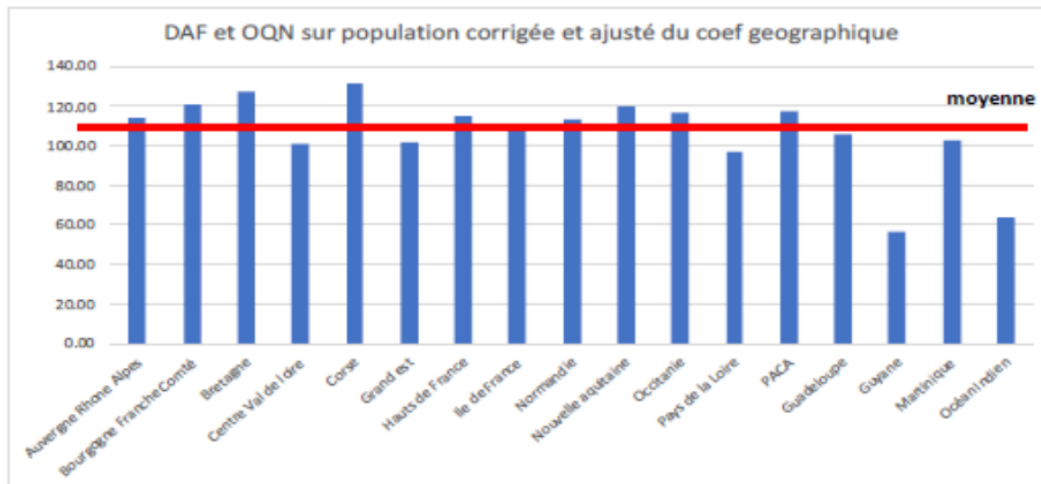


Figure 1 Critères de répartition interrégionale de la DAF inégalitaires (Réforme du financement Psychiatrie – DGOS -19 octobre 2021)

La première critique faite au système de financement par dotation globale de financement fait référence aux disparités territoriales que ce système entraîne, les fonds attribués au secteur de la santé mentale hospitalière étant très inégaux d'une région à l'autre<sup>2</sup>.

« Pour la seule métropole, les dépenses de psychiatrie par habitant varient parfois de 20% à 30% entre les régions. »

Courrier à Jean Castex,  
Réforme du financement de la psychiatrie, 12 mai 2021

<sup>2</sup> M. COLDEFY, C. LE NEINDRE, « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », Les rapports de l'IRDES 2014(558)

Concrètement, cela représentait un delta en 2014 de 76 € par personne, avec des dotations variant de 101 à 177 € par habitant selon les régions<sup>3</sup>.

Afin d'assurer une meilleure égalité d'accès aux soins et de limiter le non-recours de populations éloignées des lieux de prise en charge dans certains territoires, a donc été prévu un premier compartiment dans la réforme en cours du financement de la psychiatrie, qui intègre une dotation populationnelle pour 78% du financement.

Cette part, largement majoritaire, est liée à la socio-démographie de la zone de prise en charge et doit être calculée en fonction de cinq critères au niveau régional, révisés tous les cinq ans:

- Le nombre d'habitants,
- La densité de psychiatres de ville et hospitaliers,
- La précarité,
- Le taux de patients isolés,
- Les places ouvertes dans le secteur médico-social

La pédopsychiatrie, en souffrance financièrement et sur le plan des ressources humaines médicales et soignantes depuis de nombreuses années, s'est vu accordée une majoration corrélée au pourcentage régional de mineurs<sup>4</sup>.

Cette dotation liée à la population du territoire vise ainsi à réduire les écarts de ressources de moitié à l'issue des cinq premières années de mise en place de la réforme. Le modèle de financement proposé est en effet un système de rattrapage et non de convergence<sup>5</sup>, qui a vocation à permettre à toutes les régions d'augmenter leurs moyens, mais à une vitesse différenciée, les territoires les plus défavorisés voyant leurs financements augmenter plus rapidement.

---

<sup>3</sup> Cnamts, Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 », 2013.

<sup>4</sup> J-P. BENOIT, « Réforme du financement de la psychiatrie. La psychiatrie passe à l'euro ! », *Enfances & Psy* 2021/3 (N° 91), pp 6-8.

<sup>5</sup> Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière, ARS Hauts-de-France  
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/64539/download?inline>

b) *Un renforcement de l'échelon régional pour une allocation des ressources au plus près des besoins des territoires*

Le niveau régional jouera un rôle important dans l'allocation des ressources des établissements psychiatriques. En plus d'être le niveau d'appréciation des critères du territoire pour la détermination de la dotation populationnelle, il relèvera des agences régionales de santé (ARS) de les répartir. En effet, à travers le Comité régional d'allocation des ressources créé ad hoc, les ARS auront pour mission de répartir les dotations allouées au niveau régional, entre les établissements du territoire en fonction des besoins de chacun et sur la base de critères infra régionaux restant à définir.

Ce comité régional consultatif d'allocation des ressources a été créé par le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation. Placé auprès de l'ARS, il est composé de trois sections, médecine d'urgence, activités de psychiatrie et soins de suite et de réadaptation, qui émettent un avis auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé.

En ce qui concerne la section psychiatrie, elle est consultée par le directeur général de l'ARS sur les critères de répartition de la dotation populationnelle entre les établissements de santé, le niveau de l'enveloppe régionale de contractualisation, les modalités de choix des nouvelles activités soumises à appel à projet et les objectifs de transformation de l'offre de soins intégrés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Cette section menée par un président et un vice-président de section désignés par les membres est composée de (article R. 162-29-2 du code de la santé publique) :

- 10 représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés,
- 2 représentants des associations d'usagers et de représentants des familles spécialisées dans le domaine d'activité nommés par le directeur général de l'ARS.

Les critères de répartition infra-régionale devront donc cibler les besoins du territoire, mais les instances étatiques devront tout de même être vigilantes à ce que ces critères n'introduisent pas d'inégalités entre les établissements des différents territoires, selon les politiques choisies par les régions.

L'identification et le financement des activités spécifiques ou de recours, présentées plus loin, se fera également au niveau régional, cette allocation des ressources de manière



territorialisée offrant ainsi un levier crucial pour appuyer les politiques régionales de structuration de l'offre de soins<sup>6</sup>.

B) La réduction des inégalités entre établissements par un financement à la file active (15%) privilégiant les prises en charge alternatives

a) *Le soutien à l'activité par la mise en place d'un financement à la file active*

Bien que minoritaire, la portion de financement introduite par la nouvelle réforme qui a soulevé le plus de débat est sans nul doute celle du financement corrélé à la file active. Cette modalité de financement, nouvelle et redoutée pour beaucoup de psychiatres, entérine un rapprochement avec le modèle de financement du secteur de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui connaît la réforme de la tarification à l'activité (T2A) depuis le plan Hôpital 2007. Cela semble marquer la volonté d'unification des modes de financement hospitaliers des décideurs du monde de la santé, après plusieurs années sous un régime différencié.

Désormais, le financement de l'activité psychiatrique est lié, pour 15%, à l'importance de la file active de l'établissement (article R. 162-31-3-I du Code de la santé publique), dotation indexée sur l'activité réalisée au cours de l'année précédente<sup>7</sup>. Cette activité sera mesurée par trois indicateurs :

- Le nombre de patients pris en charge
- Le nombre de journées
- Le nombre de venues

Cette activité sera ensuite classée selon trois modes de prises en charge : temps complet, temps partiel et ambulatoire.

b) *Un compartiment ayant pour vocation de stimuler le développement des activités alternatives à l'hospitalisation complète*

---

<sup>6</sup> Direction générale de l'offre de soin, Réforme du financement Psychiatrie, 19 octobre 2021

<sup>7</sup> Ayming, Réforme du financement de la psychiatrie au 1er janvier 2022 : une dynamique de changement dans vos organisations, 28 janvier 2022

<https://www.ayming.fr/insights/actualites/reforme-du-financement-de-la-psychiatrie-au-1er-janvier-2022-une-dynamique-de-changement-dans-vos-organisations/>

Ce nouveau système de financement suit les orientations de la Feuille de Route santé mentale et psychiatrie présentée le 28 juin 2018, qui, s'inscrivant en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, souhaitait initier une transformation structurelle du secteur de la santé mentale et de la psychiatrie. Cette mutation passait notamment par la promotion d'une plus grande diversité des modalités de prises en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques et une augmentation de l'ambulatoire. C'est la raison pour laquelle la dotation à l'activité offre une prime aux alternatives aux hospitalisations à temps plein. Ainsi, pour la catégorie temps partiel, un tarif unique à la journée sera appliqué, tandis que pour l'ambulatoire, il s'agira d'un tarif progressif dépendant du nombre et de l'intensité des rendez-vous. Pour le temps complet, l'hospitalisation, les centres de crise et post-cure seront financés par des tarifs dégressifs, ou tarif unique à la journée pour les appartements thérapeutiques, les soins à domicile et les séjours thérapeutiques.

Il est en effet admis aujourd'hui qu'une prise en charge équilibrée entre soins hospitaliers mais également ambulatoires est une composante essentielle de la santé mentale moderne, les soins de proximité permettant une amélioration de la qualité de vie de beaucoup de patients<sup>8</sup>. Ces découvertes ont conduit à un changement d'approche dans le traitement de la pathologie psychiatrique, passant d'un mode de prise en charge des patients au XIX<sup>e</sup> siècle dans des asiles les coupant de leur environnement, vers une intégration sociale des patients au plus près de leur milieu de vie habituel. Ce nouveau modèle de prise en charge implique de développer les soins de proximité et le recours à l'ambulatoire, ce vers quoi cette réforme tend en suivant l'exemple d'autres pays européens<sup>9</sup>. Toujours selon l'étude de Magali Coldefy, ce virage vers les modes de prise en charges alternatives à l'hospitalisation a été permis par le développement de nouvelles techniques de traitement, l'évolution de la perception de la pathologie psychiatrique et la prise de conscience par les professionnels du domaine qu'une insertion des soins dans le milieu de vie rend les traitements moins stigmatisant et plus efficaces.

Mais si ce constat est global à l'échelle européenne, la France n'a pas suivi le même parcours que certains de ses voisins européens plus précoces sur ce sujet, tels que l'Italie, le Royaume-Uni ou l'Allemagne. Il est généralement reconnu que si des politiques commencent à se mettre en place en France, le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps plein telles que les centres médico-psychologiques (CMP) ou les structures médico-sociales insérées dans la cité (Foyers post-cure, ...) reste

---

<sup>8</sup> G. THORNICROFT, M. TANSELLA, « Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. » Br J Psychiatry. 2004

<sup>9</sup> M. COLDEFY, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », Questions d'économie de la santé (180), 2012

insuffisant et la prise en charge trop hospitalo-centrée<sup>10</sup>. Le mode de financement de la santé a contribué à cette faiblesse des soins ambulatoires de proximité dans le secteur psychiatrique et cette réforme, introduisant des modes de tarification différenciés, fait un pas dans la direction d'un changement de ces politiques de santé.

C) La recherche de l'innovation et d'une prise en charge de qualité au sein des établissements de santé psychiatriques

La réforme du financement en psychiatrie intègre également deux compartiments liés aux activités spécifiques ainsi qu'à la qualité au sein des établissements de soins. Le mode de financement précédent à travers la dotation annuelle de financement ne permettait en effet pas un tel soutien à l'innovation et la qualité, puisqu'elle rémunérait les établissements de manière similaire chaque année, que leurs pratiques aient évoluées ou non. Ainsi, une dotation globale de financement a tendance à figer l'organisation des soins, sans place laissée à l'évolution alors que les financements sont déjà octroyés à des dispositifs de prise en charge précis, et dont toute modification peut être perçue de manière négative par les organismes financeurs, par peur de la difficulté à revenir en arrière si le projet échoue<sup>11</sup>.

a) *Le financement corrélé à des critères spécifiques (5%) : favoriser l'innovation au sein des établissements de santé psychiatriques*

Il existe également un autre compartiment de ce nouveau mode de financement corrélé à des critères spécifiques. Cette section de financement vise à prendre en compte les dynamiques émergeant au sein du champ de la psychiatrie, dans le but de favoriser les nouvelles innovations en soutenant les établissements porteurs de projets nouveaux ou spécifiques par un « fléchage des financements dédiés aux démarches, activités et missions accompagnant le développement et la transformation du secteur »<sup>12</sup>. Ce volet se compose ainsi :

- 3% : Activités spécifiques
- 1% : Nouvelles activités

---

<sup>10</sup> M. COLDEFY, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », Questions d'économie de la santé (180), 2012

<sup>11</sup> A. KALADJIAN, « L'argent des hôpitaux en psychiatrie », La Lettre du Psychiatre • Vol. XIII - n° 6 - novembre-décembre 2017

<sup>12</sup> Direction générale de l'offre de soin, Réforme du financement Psychiatrie, 19 octobre 2021

- 1% : Transformations
- 0,1% : Structuration de la recherche

Comme le rappelle le rapport Olivier Véran intitulé « L'évolution des modes de financement des établissements de santé », la santé mentale est, au même titre que les autres spécialités médicales, un champ d'innovations importantes qui affinent toujours plus la prise en charge des patients. Néanmoins, cette analyse souligne le fait que ces découvertes ne parviennent que rarement à être diffusées au niveau national et demeurent internes aux établissements qui les ont développées « ralentissant de facto les progrès de la santé mentale et l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous »<sup>13</sup>.

### **Le compartiment « Activités spécifiques » (3%)**

Ce financement spécifique doit permettre de préserver les activités de recours à rayonnement extra-régional (Unités pour Malades Difficiles (UMD), Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA), ...). Un financement national est en effet nécessaire à ces activités qui ne peuvent dépendre de la file active ou de la dotation populationnelle régionale.

### **Le compartiment « Nouvelles activités » (1%)**

Ce financement a pour ambition de soutenir les projets constituant des innovations de prise en charge (actuellement financés par le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) créé en 2019 et doté pour l'année 2022 de 10 millions d'euros) de priorité régionale ou nationale. Ce compartiment sera donc utilisé pour financer de nouvelles activités ou des extensions d'activité permettant une meilleure couverture du territoire, qui, une fois pérennisées, seront financées par les autres enveloppes.

### **Le compartiment « Transformation » (1%)**

Cette dotation vise à accompagner financièrement les changements structurels souhaités dans les établissements prenant en charge des patients psychiatriques. Les aides à l'investissement financées jusque-là pourraient ainsi intégrer ce volet, qui si pensé

---

<sup>13</sup> O. VERAN, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur », Rapport 2017

initialement comme un compartiment transitoire permettant de compenser financièrement les régions que la dotation populationnelle n'aurait pas pu soutenir suffisamment, pourra devenir un compartiment pérenne destiné à des aides à l'investissement structurelles.

### **Le compartiment « Structuration de la recherche » (0,1%)**

Ce compartiment a pour objectif de soutenir l'effort nécessaire en matière de recherche dans le domaine de la psychiatrie au sein des territoires. Le financement lié au développement de l'activité de recherche doit être précisé plus en détail dans les prochaines annonces gouvernementales.

#### *b) L'intégration de la dimension qualité (2%)*

Ce compartiment, qui compte pour 2% du financement total, vise à inciter les démarches qualité au sein des établissements autorisés en psychiatrie, en matière de prise en charge mais également de codage des activités effectuées.

Le financement sera divisé en deux sous sections, intégrant une dotation complémentaire IFAQ consacrée à la mesure de la qualité de la prise en charge et des organisations des établissements de psychiatrie, ainsi qu'un compartiment orienté vers l'amélioration de la qualité du codage des structures psychiatriques.

La dotation relative à la qualité du codage est répartie entre les établissements de santé sur la base d'indicateurs de qualité tels que la complétude, la conformité et la cohérence des données collectées et transmises par les établissements. Ces indicateurs ainsi que les modalités de calcul de la dotation restent encore à fixer par arrêté des ministres de la santé et de sécurité sociale.

Au regard de la faiblesse des indicateurs actuels, qui concernent essentiellement la prise en charge somatique, un projet de développement de nouveaux indicateurs pour la psychiatrie est en cours de réflexion.

### **1.1.2 Une réforme non finalisée et complexe à appréhender pour les professionnels, mais aux enjeux financiers pourtant importants**

Cette réforme divise donc le financement de l'activité psychiatrique entre dotation populationnelle, dotation corrélée à l'activité et une myriade d'autres financements qui rendent cette réforme peu lisible pour les professionnels (A). De plus, alors que la réforme de financement des activités de psychiatrie est mise en place en 2022, pour un déploiement progressif jusqu'au 31 décembre 2025, de nombreux éléments restent encore à définir par les organismes gouvernementaux (B).

A) Une division du financement plus proche de la réalité du financement mais moins lisible pour les professionnels

a) *Une réforme peu lisible pour les professionnels en manque d'accompagnement des administrations étatiques*

Comme vu précédemment, cette réforme se rapproche de la réforme de la T2A en remplaçant un financement entièrement organisé par dotation par un financement qui introduit différents compartiments. Si ce système assure un financement espéré plus proche des réalités et besoins de terrain, cette complexité rend difficile la perception de la réforme par les professionnels tant administratifs que soignants. La dotation annuelle de financement avait pour mérite d'assurer un financement global plus simple pour permettre les projections financières, et de rassurer les professionnels quant à une enveloppe quasi équivalente d'une année à l'autre.

A été pointé du doigt par les professionnels, administratifs ou médicaux, interrogés sur le sujet que le soutien des organisations étatiques et particulièrement de l'ARS s'est révélé très faible sur le sujet. Si ce constat est à nuancer selon les régions, l'incapacité des administrations hospitalières et des directions d'établissement à saisir toutes les composantes de cette réforme rend difficile la sensibilisation des professionnels devant la mettre en place et retarde d'autant l'application des politiques de remontée de l'activité dans les services.

Ce manque d'accompagnement est d'autant plus dommageable que dans un système où le financement à la file active se fera sur une enveloppe fermée, les établissements les mieux préparés à cette réforme auront plus de chance de récupérer des financements importants liés à l'activité plus importante remontée. Ainsi, des acteurs du secteur important comme l'APHP se sont déjà organisés, au travers des collégiales instaurées par disciplines, et discutent de manière pro actives sur la politique à mettre en place pour répondre à cette réforme. Cette-ci est l'occasion pour des services bien organisés de faire reconnaître leur activité et d'obtenir des moyens supplémentaires, mais parfois au détriment de plus petits établissements qui n'ont pas disposé des ressources en interne pour aborder de façon

optimale cette réforme, et n'ont pas pu bénéficier d'un soutien des organismes étatiques tels que l'ARS.

Or, cet accompagnement est nécessaire au regard du système de financement mis en place avec cette réforme prévoit une double sanction des établissements qui n'ont pas pu mettre en place une politique de codage efficace.

Le manque de suivi d'organisme tels que la CPAM et l'ANAP a également été remarqué, alors qu'ils ont pu, lors de précédentes réformes, créer des groupes de travail informant et accompagnant les établissements. L'ANAP a pourtant signé un protocole d'accord avec la FHF, la FHP, la FEHAP, Unicancer, la FNEHAD et le ministre des solidarités et de la Santé le 30 novembre 2021 relatif aux modalités de mise en œuvre des réformes de financement, entérinant un accompagnement par cette structure des ARS et des établissements dans la mise en œuvre de ces réformes (création et diffusion d'outils opérationnels, animation de communautés de pratique, accompagnement personnalisé des établissements les plus impactés...).

Les établissements vont également être amenés à devoir anticiper les enjeux politiques de cette réforme. Comme vu précédemment, celle-ci sera fortement dépendante des équilibres régionaux puisque la dotation populationnelle qui représentera 78% du financement global sera répartie entre établissements selon des critères infra-régionaux, établis par le comité régional consultatif d'allocation des ressources.

Les ARS, de même que les autres acteurs du monde de la santé doivent donc améliorer et surtout harmoniser leur accompagnement des établissements de santé du territoire, sous peine de voir une nouvelle facture se créer entre les régions, mais également au sein de ces régions entre les établissements les plus à jour sur cette réforme et ceux dont les difficultés structurelles empêchent de dédier des ressources à ce seul thème.

#### *b) Une réforme non finalisée et encore source de questionnements*

La confusion autour de cette réforme est renforcée par le fait qu'après plusieurs mois d'expérimentation pour une mise en place au premier janvier 2023, les modalités précises de calcul des nouvelles dotations ne sont pas encore toutes définies.

Ces questionnements encore en suspens rendent encore difficiles toutes projections financières exactes et inquiètent les professionnels de santé qui ont peur de voir leurs moyens financiers, matériels et humains rognés. Ainsi, chaque compartiment fait encore

l'objet d'interrogations, puisque tous les indicateurs sur lesquels les financements seront basés n'ont pas encore été précisément définis.

En ce qui concerne le compartiment activités spécifiques par exemple, la liste des activités qui seront financées doit encore être définie par arrêté. Une première liste avait été élaborée, comportant 25 activités, mais a été jugée trop étendue car incluant des activités à portée régionale qui seront finalement financées sur la dotation populationnelle, en plus des activités à portée supra-régionale financées par cette dotation activités spécifiques. Des cahiers des charges et des référentiels de moyens seront élaborés de manière pluriannuelle pour ces activités, en priorité nationales, qui auront vocation à être financées, puis éventuellement pour les activités spécifiques régionales financées via la dotation populationnelle.

Des interrogations persistent également pour le compartiment qualité, dont les modalités de valorisation ne sont pas encore totalement précisées.

Ainsi, découle de cette nouvelle mesure des enjeux d'appropriation de cette réforme qui seront permis par la mise en place de gouvernances locales spécifiques telles que les comités régionaux de concertation.

Un outillage devra également être prévu à l'échelle régionale afin de définir les critères d'allocation des sommes prodiguées par les dotations populationnelles.

#### B) Des impacts financiers non négligeables sur les établissements

Si, le montant annuel cumulé des dotations ne pourra pas être inférieur au montant perçu par les établissements l'année précédente, les deux établissements ont pu travailler à des estimations des pertes ou gains que cette réforme entrainera à partir de 2023.

Les deux établissements en direction commune ne seront pas affectés de la même manière par cette réforme du financement. Dans l'hypothèse où le codage de l'activité serait correctement effectué, le CASH de Nanterre perdrait des financements mais l'EPS Roger Prévot serait amené à toucher plus de recettes pour son activité.

*Figure 2 Recettes avant et après la réforme des établissements de santé exerçant une activité psychiatrique (FHF et ARS Ile de France)*

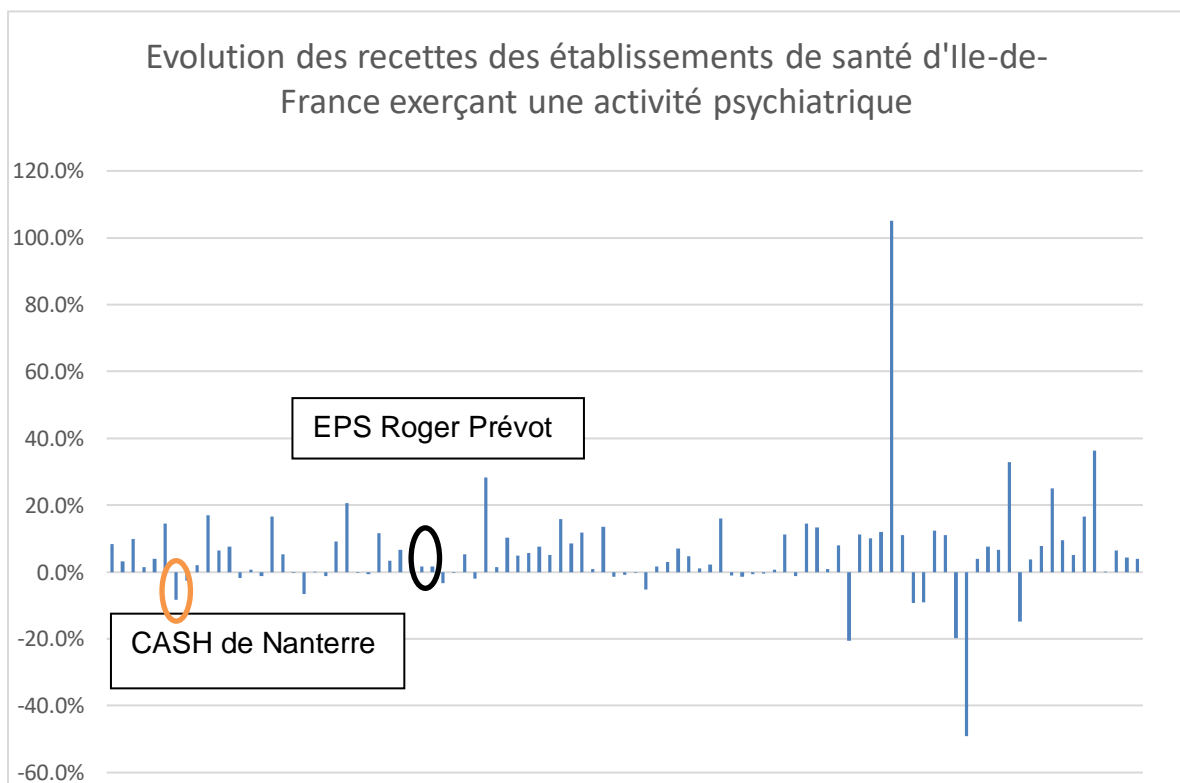
Raison sociale	Recettes historiques	Recettes liées à la dotation populationnelle	Recettes hors dotation populationnelle et DFA	Recettes liées à la DFA	Recettes théoriques	Ecart (€) recettes historiques et recettes théoriques	Ecart (%) recettes historiques et recettes théoriques



<b>CASH de Nanterre</b>	18 740 802	15 114 239	999 265	1 082 708	17 196 213	-1 544 590	-8,2%
<b>EPS Roger Prévot</b>	41 593 463	33 544 644	2 217 777	6 526 290	42 288 710	695 247	1,7%
<b>Moyenne établissements région Île de France</b>	18 429 740	13 892 919	1 203 205	3 504 075	18 600 198	170 458	0 %

Ainsi, alors que les recettes historiques du CASH et de l'EPS Roger Prévot s'élèvent respectivement à 18,7 M€ et 41,5 M€, les enjeux financiers de ce passage sont non négligeables, puisque selon les estimations transmises par l'ARS, les recettes théoriques conduiraient à ce que le CASH de Nanterre perde plus de 8% de financement alors que l'EPS Roger Prévot gagnerait près d'1,7% de ressources supplémentaires.

En se concentrant uniquement sur le volet dotation file active, il apparaît que la remontée de l'activité effectuée par les services grâce au codage ne sera pas anodine puisque pour l'EPS Roger Prévot atteindrait environ 6,5 M€ par an et au CASH il représenterait près de 1 M€.



Il apparaît donc que si l'EPS Roger Prévot connaîtrait une légère hausse de ses financements grâce à la réforme mise en place en 2023, le CASH de Nanterre lui souffrirait d'une baisse importante de ses recettes. Ces estimations ne sont que théoriques en l'absence d'informations précises sur certains éléments de calcul des différentes dotations, néanmoins plusieurs raisons peuvent expliquer cette perte. Alors que l'EPS Roger Prévot est situé en territoire sous-doté en professionnels de santé, le CASH de Nanterre pourrait perdre en dotation populationnelle car situé dans une zone ayant moins de besoins de financement. Plus certainement, la faible diversité des offres alternatives à l'hospitalisation classique risque de faire perdre des financements au CASH de Nanterre au titre de la dotation à l'activité. L'absence de remontée pertinente de l'information médico-économique peut également être un facteur expliquant cette baisse.

Mais quelle que soit l'explication à cette diminution importante des financements du CASH de Nanterre, ce constat renforce l'intérêt qu'à la structure à améliorer drastiquement sa remontée de l'activité et le codage des actes fait par les professionnels de santé.

## **1.2 Le renforcement de l'obligation de remontée de l'activité en psychiatrie par la réforme fait apparaître des avantages certains pour les établissements**

Les établissements de santé exerçant des activités de psychiatrie sont dans l'obligation de remonter leur activité depuis plusieurs années, mais cette réforme rend cette obligation réellement effective (1.2.1), ce qui peut présenter des avantages pour les hôpitaux exerçant des activités psychiatriques (1.2.2).

### **1.2.1 La mise en place du PMSI dans les établissements psychiatriques réellement effective avec la nouvelle réforme du financement**

La généralisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la psychiatrie date de 2006 (A) mais n'est que le point de départ d'une obligation de bonne remontée de l'activité effectuée, aux impacts lourds sur les établissements à partir de la réforme actuelle (B).

A) L'obligation de remontée de l'activité déjà ancienne pour les structures psychiatriques : la mise en place d'un PMSI pour la psychiatrie

Le relevé de l'activité en psychiatrie a toujours entraîné beaucoup d'inquiétude des professionnels du secteur<sup>14</sup>, comme l'indiquait l'article intitulé « PMSI, VAP, RIM-P et T2A : à quelle sauce les budgets de la psychiatrie seront-ils accommodés ? » paru en 2006 et qui questionnait la révolution de la mise en place du PMSI en psychiatrie.

*« La déshumanisation du soin nous guette-t-elle derrière ces résumés de séquences ? Le sujet va-t-il se dissoudre quelque part dans les processeurs ? La psychiatrie française va-t-elle définitivement s'anéantir au fond des unités centrales ? Bref, le RIM-P sonne-t-il le glas du secteur, de notre discipline, de la psychanalyse et des hôpitaux publics ? »*

Hélène Brun-Rousseau, 2006

---

<sup>14</sup> H. BRUN-ROUSSEAU, « PMSI, VAP, RIM-P et T2A : à quelle sauce les budgets de la psychiatrie seront-ils accommodés ? », L'information psychiatrique 2006/7 (Volume 82), pp 549 - 552

La psychiatrie en revanche a semblé échapper à cette réforme, bien que depuis les années 1990 certains professionnels du secteur ont entamé des réflexions autour du lien entre activité et tarifs.

La médicalisation du système d'information n'est pas une réforme récente, puisqu'en 1985 est créé le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour le secteur de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) avec l'objectif de réduire les inégalités instaurées par le système du budget global. Ce PMSI "permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information."<sup>15</sup> Ce système n'étant pas considéré comme duplicable à la psychiatrie, il n'a pas été imposé à ce secteur médical. Cependant, pour suivre les évolutions financières, la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) est créée prévoyant déjà différents compartiments de financement : financement proportionné à la population, coûts structures, budget médicaments et tarification à l'activité. Mais ce système a fait immédiatement l'objet de critiques, liées à l'absence de recueil médicalisé, ainsi qu'au manque d'information sur la proportion de chaque compartiment, d'indicateurs pertinents ou encore la disparité entre les équipements et les moyens des régions.

En parallèle de ces évolutions, le champ MCO est allé plus loin dans la construction d'un système de financement basé sur le PMSI. Alors que depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé doivent évaluer et analyser leur activité, en 2005 le PMSI est définitivement utilisé pour l'application de la tarification à l'activité (T2A) au champ MCO, nouveau mode de rémunération basé sur l'activité des services. L'arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, accompagne ces réformes et offre la possibilité aux établissements exerçant une activité psychiatrique de recueillir les données médicalisées correspondant à l'activité qu'ils réalisent dans ce domaine.

B) L'impact de la bonne remontée de l'activité sur le financement des établissements : le recueil de l'information médicalisée en psychiatrie

---

<sup>15</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), publié le 29/11/17 <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-pmsi>

Comme présenté dans la section précédente, chaque hospitalisation conduit à une description de la prise en charge du patient par les professionnels de santé<sup>16</sup> au travers du PMSI dédié à la psychiatrie.

Cette transmission de l'activité des établissements exerçant des activités psychiatriques se fonde sur la mise en place du Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P). Cet outil, propre à la psychiatrie sert à décrire l'activité réalisée par les acteurs de santé au sein des établissements, qu'il s'agisse de patients suivis en hospitalisation comme en ambulatoire. Différents fichiers ont été créés pour distinguer ces modes de prise en charge : résumé par séquence (RPS) pour l'hospitalisation complète ou partielle et résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour l'ambulatoire<sup>17</sup>. Les informations transcrites dans les différents résumés comprennent les éléments du dossier médical du patient, et incluent notamment le codage des diagnostics établis par les praticiens, selon la classification internationale des maladies (CIM-10) proposée par l'organisation mondiale de la santé qui regroupe des codes pour les pathologies et symptômes des différentes maladies diagnostiquées. Le terme « codage » fait généralement référence à la codification des informations médico-administratives au sein des RPS et RAA.

Les professionnels de santé sont donc amenés à produire le RIM-P à chaque nouvel évènement dans la prise en charge du patient, en commençant par son admission puis par chaque changement de mode de prise en charge ou unité médicale par exemple. L'inscription de ces informations permet de connaître l'activité de l'établissement et les pathologies traitées par chaque service.

De la même manière que pour les autres spécialités médicales, le département de l'information médicale (DIM), dirigé par un médecin est chargé de vérifier le bon remplissage de ces fichiers RPS et RAA, ainsi que leur transmission aux tutelles. Ce remplissage des documents de recueil de la production en santé peut être fait par les services de soins direction au travers d'un codage décentralisé ou par les services du département de l'information médicale, composé de techniciens formés à ces sujets qui se basent sur les compte-rendu, copies de lettres de sortie, bordereau de synthèses ou tout autre document contenant les informations médico-administratives nécessaires au codage. Le recueil de ces informations étant protégé par la confidentialité des données de santé, celles-ci sont ensuite anonymisées.

---

<sup>16</sup> Le DIM pour "les nuls", publié le 27/05/2010  
<https://www.departement-information-medicale.com/blog/2010/03/28/le-dim-pour-les-nuls/>

<sup>17</sup> ATIH, « Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) », publié le 03/02/2014  
<https://www.atih.sante.fr/psy/presentation>

Ces informations sont ensuite transmises, via le biais de la plateforme e-PMSI et de logiciels spécialisés tels que MAGIC, PIVOINE, FICHSUP psy, e-POP, ...

L'envoi de ces informations est mensuel en MCO, trimestriel en SSR et en psychiatrie mais devrait être également mensuel en psychiatrie avec la mise en place de la réforme du financement, ce qui obligera les professionnels à être parfaitement à jour sur les prises en charge effectuées, bien qu'il soit encore possible aujourd'hui de rattraper à l'envoi suivant les actes non codés le mois précédent. Cette possibilité est importante en psychiatrie, car au-delà des retards des professionnels dans le codage des actes, les séjours longs sont particulièrement courants dans cette spécialité et impliquent des envois différés.

Ce sont donc ces informations codées qui représenteront à partir de janvier 2023 15% des financements des structures accueillant des activités psychiatriques.

### **1.2.2 Les avantages de la remontée de l'information médico-administrative de l'activité en psychiatrie, renforcés par cette réforme du financement**

Par l'obligation d'une remontée de l'information quant à la production des professionnels de santé que la nouvelle réforme du financement implique, les services de soins peuvent se saisir d'une opportunité d'amélioration des prises en charge (A) mais la direction peut également y voir un outil de pilotage plus précis de l'activité des services (B).

A) Une amélioration des prises en charge au sein des services

a) *Le recueil d'information sur la production des professionnels participe au bon suivi de la prise en charge des patients*

Si cette réforme financière a été sous le feu de nombreuses critiques des professionnels de santé, il semblerait tout de même que sa mise en place apporte des améliorations dans la prise en charge des patients. Il apparaît ainsi nécessaire que les directions financières, les départements de l'information médicale ainsi que les services de soins tirent profit de cette réforme et de l'amplification du suivi de la production des professionnels de santé pour améliorer la qualité des soins et des prises en charge pour le patient.

En effet, la qualité de la prise en charge est dépendante du fait qu'elle se calque sur le besoin du patient, et sur les actions qui peuvent être déployées pour répondre au mieux et de manière individualisée à la pathologie. Or, en l'état actuel, la remontée lacunaire qui a

pu être observée dans certains établissements tels que le CASH de Nanterre et l'EPS Roger Prévot est corrélée aux manquements qui ont pu être relevés dans les dossiers patients. Les services de la direction qualité ont mené conjointement des audits en début d'année, en préparation de la visite de certification, dont les résultats mettent à jour les risques d'erreurs dans les actes prescrits ou effectués sur les patients pris en charge, par manque de suivi et de coordination via le dossier patient entre les professionnels.

*b) La fiabilisation de l'activité permet une comparaison utile des pratiques*

De manière complémentaire aux éléments présentés dans la section précédente, les entretiens menés au sein des services ont fait apparaître que ceux-ci bénéficient grandement du fait de savoir quel type d'acte revient le plus souvent, ou apparaît de plus en plus auprès des populations traitées. Ces éléments d'information leur permettent d'adapter la stratégie fonctionnelle et managériale du service, et sont interdépendants avec le projet de pôle. Comme l'indique le chef de pôle de psychiatrie du CASH de Nanterre, les pôles devraient adapter la stratégie managériale médicale et paramédicale, ainsi que le projet de pôle en fonction de ce qui se passe réellement dans les unités. Il affirme ainsi que "le chef de pôle n'est pas sur le terrain, et ne peut donc pas se rendre compte réellement des prises en charge des patients, et plus encore, sur le terrain chacun voit ce qu'il fait et non pas ce que font les autres, empêchant ainsi de comparer les pratiques". Ce constat vaut également dans la poursuite des modes de prise en charge alternatifs ainsi que du virage ambulatoire, pour lesquels une bonne remontée de l'information médicale permet de faire une prise en charge ciblée des individus traités. Détenir des informations précises sur les modalités de prise en charge des services permet également une comparaison des actes entre services qui, si celle-ci doit être menée avec prudence, peut se révéler utile dans la mise en place de bonnes pratiques de soins, ou au contraire dans le repérage de situations problématiques (administration de traitement superflus ou trop prolongée, ...)

C'est dans cet objectif que le rôle du DIM se révèle primordial, puisqu'une bonne remontée de l'information couplée à un suivi de qualité de ces données par les équipes médico-administratives du DIM permet une analyse poussée des modes de fonctionnement et de traitement des patients dans les services.

**B) Un pilotage plus précis de l'activité de l'établissement grâce au codage des actes**

*a) Le rôle joué en interne par le PMSI dans le pilotage de l'établissement*

Le PMSI et les informations qu'il contient fournis par le DIM sont des outils de pilotage des établissements indispensables en interne. En effet, pour la direction des établissements de santé, ils permettent de visualiser l'activité des services et l'introduction du recueil de l'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) n'a fait qu'étendre ce suivi à la psychiatrie. L'analyse de l'activité des services permet le contrôle de gestion en améliorant la répartition des ressources entre les unités fonctionnelles en lien avec leur activité<sup>18</sup>. Cela permet plus d'équité entre services et une meilleure gestion des financements alloués, tout en assurant le suivi des projets de pôle et des contrats d'objectifs et de moyens. Egalement, l'évolution de l'activité permet de moduler les prévisions budgétaires de l'établissement, en gérant le budget au plus près des besoins du territoire et des agents<sup>19</sup>.

La collaboration entre le DIM et le contrôle de gestion est donc indispensable en ce qu'elle « donne du sens et de la pertinence à des données financières en les croisant avec des données médicales »<sup>20</sup>.

Mais le suivi de l'activité des services joue également un rôle autre que budgétaire, puisque l'augmentation ou la diminution de l'activité, observable grâce à la remontée de l'information médico-économique et les informations plus précises fournies par le codage des professionnels de santé permet d'orienter le projet d'établissement et les projets médicaux et de soins en fonction des besoins de prise en charge de la population sur le territoire.

*b) Un impact également sur la planification régionale et nationale de l'offre de soin*

Cette analyse, qui se fait au niveau de l'établissement mais également territorial et national permet au PMSI de jouer un rôle important pour les services étatiques et de l'assurance maladie puisqu'il s'agit d'un outil permettant la comparaison de l'activité entre les établissements de santé. Ce suivi de l'activité a un rôle budgétaire qui va augmenter avec l'attribution de la dotation populationnelle et de la dotation à la file active.

Plus encore, une information exhaustive sur les modalités de prise en charge privilégiées et les activités réalisées par les établissements permet de faire remonter des informations au niveau régional ou national, pour mettre ensuite en place des dispositifs au plus près des besoins des patients liés aux veilles faites sur la prévalence de pathologie. Les données

---

<sup>18</sup> MARESCAUX Claude, « Entre soin et contrôle de gestion : place du DIM dans l'organisation hospitalière », *L'information psychiatrique*, 2011/6 (Volume 87), pp. 487-491.  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-487.htm>

<sup>19</sup> Idem

<sup>20</sup> Idem



compilées permettent ainsi, après transmission à l'ARS par le DIM, de fournir des informations servant de base à la planification de l'offre de soins. Cette planification a pour outil prédominant l'octroi d'autorisations d'activité et de plateaux techniques selon les besoins qui apparaissent au sein de la population du territoire.

Pour les services étatiques et notamment les ARS, le PMSI est donc un outil servant au contrôle et à la comparaison entre les établissements en fonction de l'activité réalisée.



## **2 L'accompagnement nécessaire des professionnels afin de résoudre les difficultés culturelles et organisationnelles liées à la remontée de l'information médico-administrative**

Cette réforme du financement en psychiatrie implique de résoudre les difficultés existant dans les organisations tant administratives que médicales et soignantes, souvent peu préparées ou en difficulté (2.1) afin de permettre une remontée de l'information pertinente avant la mise en place de la dotation à la file active (2.2).

### **2.1 Les difficultés de mise en place de la réforme financière dans les établissements de santé exerçant une activité psychiatrique**

Les établissements sont incités, par la mise en place graduée de la réforme du financement, à se projeter sur les futures modalités de financement dès maintenant. Cela implique qu'ils auditent la fiabilité de la qualité de production de l'information médicale et du codage, afin d'identifier les maillons éventuellement défailants de cette chaîne. Ce travail mené au sein du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger Prévot a permis de diagnostiquer des problèmes dans la chaîne administrative (1.2.1) mais également médico-soignantes en matière de remontée et sécurisation de l'information autour de l'activité réalisée par les services (1.2.2).

#### **2.1.1 Une organisation du circuit administratif peu adaptée à la mise en place de cette réforme**

Cette réforme du financement de la psychiatrie pose également certaines difficultés au regard de l'organisation administrative des établissements, peu préparés à la mise en place de cette réforme pour janvier 2023.

Le CASH de Nanterre et l'EPS Roger Prévot ont d'autant plus de difficultés à s'adapter à cette réforme, que la coordination entre les services du DIM, du bureau des entrées, des secrétariats médicaux de la direction des systèmes d'information et du contrôle de gestion n'est pas opérationnelle. Avec la crise sanitaire et les difficultés que cela a engendré pour les établissements, le comité de pilotage créé autour du circuit administratif des patients ne s'est plus réuni, coupant toute collaboration entre ces différents services.

Ce manque de coordination a eu des impacts très négatifs sur la remontée de l'activité de l'établissement, liés à l'absence de fiabilité du FICOM, des outils informatiques et la non synchronisation entre les informations de la GAM, et les informations des services de soins. La répartition des tâches entre ces différents services a également été un sujet de tensions, qui nécessite encore un lourd travail de suivi de la réorganisation qui sera pris en charge, à l'issue du stage de professionnalisation, par le directeur des affaires financières.

Ces difficultés entraînent de nombreuses erreurs bloquantes au niveau de la production et de la transmission réglementaire à l'Agence régionale de santé. Si ces erreurs ne sont aujourd'hui pas dommageables pour les établissements, la réforme du financement et ses composantes liées à la qualité du codage (0,5%) ainsi qu'à l'activité et à la file active (15%) pourront entraîner une perte de ressources importante pour les établissements en cas de non exhaustivité du remplissage.

L'échec de la coordination entre les différents services administratifs a eu plusieurs conséquences sur le circuit administratif et la remontée de l'information médicale, dont le manque de fiabilité du FICOM (A), mais aussi les erreurs de configuration dans la GAM (B).

#### A) Le manque de fiabilité du fichier commun de structure des établissements

Le Fichier Commun de Structure décrit la division des différentes unités fonctionnelles (UF) de l'établissement. Il n'est pas figé dans le temps puisque le découpage des unités fonctionnelles évolue au fur et à mesure des modifications de l'organisation des services. Ces évolutions doivent être nécessairement intégrées au FICOM afin d'assurer la cohérence des recueils d'information médico-administratifs.

Pour s'assurer que les activités autorisées soient cohérentes avec les unités médicales indiquées dans le fichier structure, celles-ci doivent être régulièrement contrôlées. De même, améliorer le codage de l'activité et affiner la dotation à la file active en fonction de l'intensité de la prise en charge des patients, implique de renforcer le typage des données d'activité.

Le CASH de Nanterre et l'EPS Roger Prévot ont montré l'exemple d'établissements dans lesquels les systèmes d'information devaient être impérativement paramétrés avec le fichier commun de structure reprenant les formes d'activité pour permettre toute fiabilité de la remontée d'information sur l'activité effectuée. En ce qui concerne l'établissement Roger Prévot, l'architecture et le paramétrage de la structure étaient à revoir complètement, afin

de remonter les bons FINESS, unités médicales et autorisations en lien avec l'activité réellement exercée, sur le système d'information Cariatides.

En ce qui concerne le CASH de Nanterre, la traduction et l'interprétation du fichier d'unité médicale tel qu'attendu par l'ARS n'était pas conforme à la définition de ce que le contrôleur de gestion donnait.

A donc été mené par le DIM et la direction des systèmes d'information (DSI) le recensement des structures du FICOM et du FICUM en mars puis la correction des anomalies.

## B) Les erreurs de configuration de la gestion administrative des malades (GAM)

Le second élément nécessaire à une juste remontée de l'information médicale est l'assurance d'avoir des fichiers PMSI et GAM à isopérimètre.

Ces erreurs peuvent non seulement diminuer l'activité remontée aux tutelles assurant le financement, mais peut également bloquer complètement les scores de

Tableau [1.Q.2.CHCR] A - Date du traitement: 27/07/2022  
Chainage : Contrôle des codes retour de génération des fichiers anonymes  
CASH DE NANTERRE (Finess=920110020)  
2022 M6 : de janvier à juin

Contrôle cohérence sexe	Effectif	Effectif cumulé	%	% cumulé
1 incohérence entre les informations RPS et VID-HOSP/RSF-A	378	378	100,0	100,0

cohérence, comme le montre le tableau ci-contre analysant le chaînage. Ce dispositif permet de relier entre eux les résumés PMSI anonymes correspondant à un même patient, même pris en charge dans des lieux différents<sup>21</sup> quel que soit le lieu de prise en charge hospitalière. Un pourcentage de 100% d'incohérence du chaînage traduit ici, pour le CASH de Nanterre, une incohérence totale entre les informations du RPS et du VID-HOSP, qui en plus d'être bloquant dans la remontée des informations, empêche de percevoir d'autres erreurs qui pourraient se trouver derrière et ne seront donc pas résolus tant que ce problème ne sera pas réglé.

---

<sup>21</sup> ATIH, « Aide à l'utilisation des informations de chaînage » octobre 2017

### **2.1.2 Le codage des actes en psychiatrie : une pratique encore peu ancrée dans les habitudes, à laquelle s'ajoute la méconnaissance de la réforme en cours et de ses impacts sur les financements**

Après des audits menés autour des données médico-administratives transmises aux tutelles, il apparaît que les anomalies majoritaires au CASH de Nanterre et à l'EPS Roger Prévot sont liées à la mauvaise application par les professionnels de santé des règles de codage, ou à un manque de détail dans le codage des maladies diagnostiquées et retranscrites dans les dossiers patients.

Cette situation a donc conduit, lors d'un premier diagnostic effectué début février 2022 à observer une absence complète de résumé par séquence (RPS) pour l'hospitalisation complète et partielle en psychiatrie, ainsi que des manquements importants dans les résumés d'activité ambulatoire (RAA).

Malgré la mise en place dès les années 2006 de la remontée de l'activité en psychiatrie, les professionnels de santé du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger Prévot s'y sont montré peu sensibilisés car méconnaissent généralement le fonctionnement du codage et les enjeux de cette réforme (A) et n'ont pas encore pris l'habitude du codage en raison de facteurs principalement contextuels (B).

- A) La méconnaissance de la réforme en cours et de ses impacts financiers par les professionnels de santé
  - a) *Un manque de formation des professionnels et de structuration des démarches de codage*

En premier lieu, les mauvaises remontées d'informations médico-administratives peuvent s'expliquer par le fait que les médecins et les soignants ne sont pas systématiquement formés au codage au sein du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger Prévot. Les professionnels doivent pourtant coder leurs actes depuis l'arrêté déjà mentionné du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie qui dispose qu' "Afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein, les établissements de santé au sens de l'[article L. 6111-2 du code de la santé publique](#) titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie selon l'[article R. 6122-25 du code de la santé](#)

[publique](#) mettent en œuvre pour tous les patients qu'ils prennent en charge des traitements automatisés de données médicales à caractère personnel suivants”

Il a cependant été relevé par les services du département de l'information médicale que les actes n'étaient soit pas codés soit mal codés (RAA confondus avec RPS, AVQ non remplis, ...).

Ce manque de formation des professionnels est couplé à l'absence totale de structuration du processus de codage des actes. Ainsi, si depuis janvier 2022, les praticiens doivent coder leurs actes, jusque-là les secrétaires s'en chargeaient pour eux, sur la base de comptes rendus plus ou moins précis. Néanmoins comme le montre les 189 RPS sans diagnostic principal au premier trimestre 2022, compte rendu d'hospitalisation ou observations médicales, cette charge n'a pas été reprise en totalité par les professionnels de santé, qui ont choisi de ne plus remplir cette obligation ou de continuer à la confier aux AMA.

En ce qui concerne l'EPS Roger Prévot en revanche, le codage a toujours fonctionné de manière décentralisée, et les professionnels ont bénéficié d'une formation et d'un suivi dans la durée, ce qui explique le bon remplissage des données médico-administratives.

A ces enjeux de formation s'ajoute le fait que les professionnels peu habitués à la culture du codage, en sous-effectifs et rarement formés, n'ont également pas, pour la plupart d'entre eux, connaissance de la nouvelle réforme du financement en psychiatrie et encore moins des conséquences de la mauvaise remontée de l'information relative à la production des soins sur les financements de leur activité.

Lors des entretiens menés, des professionnels médicaux mais surtout beaucoup de soignants ont répondu qu'ils ne connaissaient pas l'existence de cette réforme du financement en psychiatrie. Il existe en effet peu de veille réglementaire et juridique, et d'autant plus chez les personnels paramédicaux, par manque de temps mais aussi une faible sensibilisation des acteurs à ces sujets. Un test a ainsi été fait avec le cadre de pôle de psychiatrie de l'hôpital de Nanterre, sur les 10 soignants contactés de manière aléatoire par voie téléphonique, seuls 2 avaient été informés de cette réforme, sans toutefois bien en comprendre les enjeux et mécanismes impliqués. Il est cependant difficile d'exiger des professionnels que ceux-ci remplissent leurs obligations de codage quand l'utilité de ces actes chronophages ne leur a pas été présentée.

B) Le manque d'implication des équipes médicales et soignantes également expliqué par des facteurs contextuels

Ces manquements dans le codage ont pour causes principales la culture particulière au secteur de la psychiatrie, peu habitué à coder, et le manque de professionnels de santé dans le contexte de pénurie actuel, qui restreint le temps pouvant être consacré à la remontée de l'information.

a) *Une culture psychiatrique différente des autres spécialités médicales et peu familiarisée avec la remontée de la production médicale*

La réforme du financement en psychiatrie souffre d'une réputation que les difficultés rencontrées par les établissements suite à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) n'a pas amélioré.

Ainsi, les psychiatres rencontrés ont souvent affiché leur méfiance et leur crainte de perdre des financements, qu'ils considèrent déjà insuffisants face aux besoins de la psychiatrie. La peur de devoir effectuer plus d'actes en quantité au détriment de la qualité afin de limiter cette perte de moyens a souvent été mentionnée par les professionnels interrogés au cours des entretiens. Pour beaucoup, cette réforme est la traduction de la notion de "hôpital entreprise" assujetti à une logique de rentabilité, et s'éloignant de la prise en charge en psychiatrie dénuée de toute considération économique, qui existait sous le modèle de financement par dotation globale. Malgré des désavantages analysés au début de ce devoir, le système de financement indépendant de l'activité avait pour attrait le fait de ne pas sélectionner les patients facilement valorisables au détriment de patients plus complexes mais évitait également aux établissements de santé d'être tentés de réduire les coûts par un renvoi au domicile des patients de manière prématurée<sup>22</sup>. Selon l'auteur A. Kaladjian, le mode de financement par dotation globale « libère également les médecins de préoccupations médico-économiques assez contraignantes et les protège d'une demande permanente d'augmentation d'activité à moyens constants, ainsi que d'une charge administrative souvent considérable, à quoi se surajouterait le codage de l'activité en vue de sa valorisation. »

Un autre élément a été soulevé par certains professionnels de santé en psychiatrie, considérant que cette discipline est marquée par des particularités dans les prises en charge l'empêchant de remonter des actes parfois informels et moins codés que pour les autres secteurs médicaux.

Cette position réfractaire à l'application de la nouvelle réforme, et à sa manifestation la plus visible, le codage de l'activité réalisée, s'est cependant trouvée plus souvent chez les

---

<sup>22</sup> A. KALADJIAN, « L'argent des hôpitaux en psychiatrie », La Lettre du Psychiatre (Vol. XIII n° 6), 2017



professionnels de l'EPS Roger Prévot, établissement dédié uniquement à la psychiatrie. En effet, le CASH de Nanterre étant un établissement pluridisciplinaire, les praticiens du pôle de psychiatrie sont plus en contact avec les réalités du financement du secteur médecine-chirurgie-obstétrique soumis depuis déjà plusieurs années aux logiques de la tarification à l'activité. S'ils ont pu en constater ses limites, ils ont aussi souvent pu en apprécier les bienfaits et se trouvent moins opposés à l'introduction d'une part de dotation à la file active au sein du nouveau financement du secteur psychiatrique. Comme l'ont affirmé plusieurs chefs de service du CASH de Nanterre approuvés par un DIM d'un établissement de santé francilien, « le modèle traditionnel de financement par la dotation annuelle de financement a entraîné un gaspillage de fonds publics par le sur-financement de certains établissements psychiatriques, mais il conviendra d'être vigilant afin que cette réforme ne fasse pas passer le secteur d'une largesse financière non adaptée à une restriction trop importante des moyens alloués ».

Que ces différents points de vue soient justifiés ou non, il apparaît néanmoins certain que les positions des professionnels de psychiatrie quant à cette réforme sont fracturées. Egalement, spécificités de la psychiatrie empêchant le codage des actes ou non, ce secteur se trouve aujourd'hui pour la première fois réellement forcé d'effectuer cette remontée de l'activité. Si jusque-là, certaines structures comme le CASH de Nanterre ou l'EPS Roger Prévot ont pu préserver leurs niveaux de financement avec un niveau de remontée d'activité pour le moins médiocre, la réforme actuelle du financement va ouvrir une nouvelle page dans les pratiques professionnels des acteurs de la santé. Or, il s'agit d'une vraie révolution culturelle à mettre en place, puisque jusqu'à présent les services n'avaient pas d'incitation à suivre l'évolution de leur activité, et ne s'intéressaient donc pas, pour beaucoup à ce sujet.

*b) La pénurie de praticiens actuelle limite le temps pouvant être consacré au codage des actes*

En ce qui concerne le fonctionnement du codage en hospitalisation à Nanterre, la mesure de la grille d'autonomie AVQ ainsi que l'inscription du diagnostic CIM 10 qui étaient faits par les secrétaires via un support papier est faite depuis le début de l'année 2022 directement par les équipes soignantes du service en question.

Il est cependant apparu au regard des simulations faites sur les remontées ATIH que depuis ce basculement, les actes n'étaient plus entrés. Outre les raisons culturelles évoquées précédemment et qui peuvent constituer un frein au codage de l'activité, la raison principale de ce manque de remontée de l'activité effectuée est la pénurie de praticiens et soignants

dans les services de soins psychiatriques, et le manque de temps que ceux-ci peuvent consacrer à la formation au codage.

Or, alors que le CASH de Nanterre fonctionnait jusqu'à la fin de l'année de 2021 avec un codage effectué par les AMA, depuis janvier 2022 le fonctionnement est le même que celui de l'EPS Roger Prévot selon un modèle de codage décentralisé qui implique que les acteurs effectuant les actes les codent.

La pénurie de professionnels médicaux et soignants que connaissent actuellement les services psychiatriques affecte fortement les équipes. Selon les propos rapportés de la PCME de l'EPS Roger Prévot, les psychiatres déjà débordés font vite le choix entre voir un patient de plus par jour ou consacrer cette heure supplémentaire au codage de leur activité journalière. Plus encore, les manques de praticiens sont souvent compensés par le recrutement de vacataires ou intérimaires qui ne se sentent que très rarement impliqués dans le fonctionnement de l'établissement. Les dossiers patients ne sont donc pas remplis par les professionnels immédiatement après avoir vu le patient, aboutissant à une pile difficilement résorbable. Les praticiens venus en renfort laissent donc en partant des dossiers non remplis, obligeant les praticiens permanents à compenser ces manques, ce qui ajoute à leurs propres tâches administratives. Le remplissage des éléments de codage leur semble donc être une tâche supplémentaire ajoutée au dossier patient qu'ils considèrent être du ressort du DIM car relevant du PMSI et non pas relever de leur compétence.

Cette pénurie de praticiens désorganise également le reste du service à travers le risque de glissement de tâches. Comme l'indique la responsable des secrétariats médicaux du CASH, les secrétaires craignent que le codage qui relève des praticiens et notamment la codification de l'activité médicale ne soit réintégrée dans leurs missions en raison de la pénurie de professionnels médicaux. Cette situation est d'autant plus problématique que les secrétaires n'étant pas censées remplir ce rôle dans l'organisation décentralisée choisie dans les établissements du CASH et de Roger Prévot, elles ne sont pas formées au codage PMSI ce qui entraîne des risques importants de codage erronés. De la même manière, les internes étant souvent chargés d'assurer ce codage, sans nécessairement de validation de la part du senior. Ces modes de fonctionnement qui ont pu se développer ponctuellement dans les services ne sont pas à systématiser pour les raisons précédemment évoquées mais également en raison du fait que l'information fournie par les professionnels de santé aux AMA doit être exhaustive, ce qui n'est que rarement le cas au regard des dossiers patients observés. Le codage dans ce cas-là est en effet le résultat d'un travail d'équipe qui implique un investissement en temps que les professionnels de santé débordés en période de pénurie ne peuvent pas plus fournir que s'ils devaient coder eux-mêmes les actes.

## 2.2 La nécessité d'une réflexion menée en concertation avec les acteurs autour des organisations et activités de l'établissement

Afin d'accompagner cette nouvelle réforme et l'introduction d'une part de financement à la file active, le directeur d'hôpital a un rôle crucial à jouer. Il s'agit en effet d'améliorer l'organisation de l'établissement et de la remontée d'activité afin d'assurer un financement optimal (2.2.1), mais également de suivre les éventuels impacts négatifs sur certains secteurs d'activité que cette réforme pourra avoir (2.2.2).

### 2.2.1 En interne, un accompagnement des organisations indispensable à l'amélioration de la remontée d'activité

Afin d'améliorer la remontée de l'activité effectuée par les services, il est tout d'abord nécessaire qu'un soutien soit apporté aux professionnels codant l'activité (A), et que les services informatiques soient sollicités dans cette recherche d'une remontée de l'information médico-administrative exhaustive (B).

A) Apporter un soutien aux professionnels médicaux et soignants effectuant la remontée de l'information médico-administrative

a) *Le nécessaire choix à effectuer entre codage centralisé ou décentralisé, sans solution miracle cependant*

Il existe une multitude de réalités en matière de codage de l'activité. Une étude réalisée par le CH de Haguenau en 2013 (voir graphique ci-contre) montre bien cette diversité dans les modalités de codage : codage assuré par les secrétariats, les professionnels de santé ou de manière hybride selon le degré d'information fournies par les praticiens.

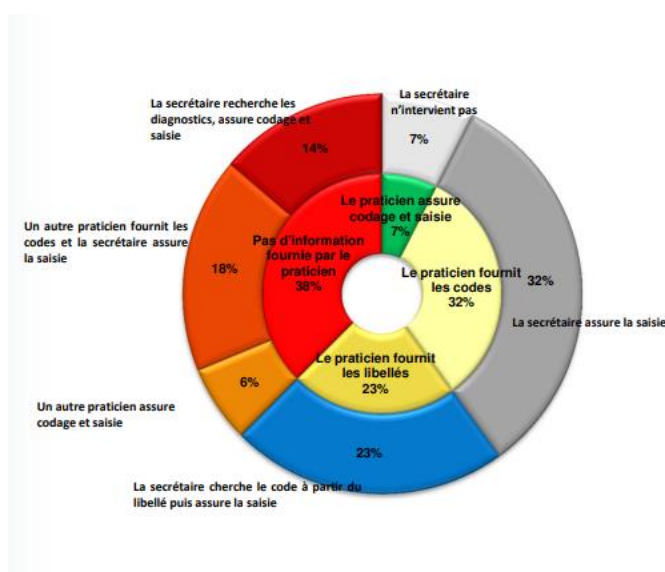


Figure 3 Etude des modes de codage, CH de Haguenau 2013

Si le CASH de Nanterre et l'EPS Roger Prévot fonctionnent en codage décentralisé, la question s'est posée de mettre en place un codage centralisé. Ce système de codage fonctionne avec un codage effectué par l'équipe des TIM à partir des informations notées par les professionnels de santé dans les comptes rendus de prise en charge des patients. A ce titre, l'exemple du GHU Paris-Saclay a été particulièrement éclairant puisque, pour des raisons historiques, l'établissement Bicêtre fonctionne en codage décentralisé alors que Paul Brousse est lui en codage centralisé. Comme l'a exposé le médecin DIM de ce GHU, ces deux modes de codage ont chacun des avantages et des inconvénients.

Le codage décentralisé, qui nécessite que les professionnels de santé codent les actes eux-mêmes, donc preneur de temps, permet également la plus grande justesse d'information. Une fois que le service clinique a fait le codage, le DIM est en charge de vérifier que l'ensemble des informations ont bien été entrées, soit situé au bon endroit, et contrôle enfin la qualité des données intégrées au PMSI.

Le codage centralisé en revanche, permet un gain de temps pour les équipes des services mais implique tout de même que les comptes rendus remplis par les professionnels et servant de base aux TIM soient remplis de manière exhaustive avec toutes les informations pertinentes pour la transmission.

La mise en place d'un codage centralisé semble donc pouvoir permettre de substituer les équipes du DIM aux équipes médicales et soignantes, mais cela ne fonctionne que si les équipes sont prêtes à renseigner l'ensemble des informations nécessaires dans les compte-rendu, ce qui diminue nécessairement le gain de temps espéré. Si la cause des difficultés de codage est ainsi la désorganisation du service, il y a peu de chances que le codage centralisé fonctionne à la place puisque les informations nécessaires au DIM ne seront pas transmises à ses équipes non plus. Un important travail en amont est donc nécessaire avec les équipes soignantes, accompagné éventuellement d'une contractualisation sur les modalités du transfert d'informations pertinentes au DIM. Cela implique par ailleurs de redimensionner ces équipes du DIM qui devront assumer une charge de travail nécessairement plus importante.

In fine, quel que soit le mode privilégié de codage, sa réussite est largement dépendante de l'engagement des professionnels amenés à coder, de leurs compétences en la matière ainsi que la nature des missions qui leur sont confiées<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> J.-C. MOISDON, M. PEPIN, 2010 « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé – Etude qualitative d'un échantillon de 6 établissements », série Etudes et recherche, n°97

Un audit a été réalisé auprès des cadres du pôle psychiatrie afin de connaître la meilleure façon de remonter l'information médicale. Il est apparu que la personne réalisant l'acte devait être, autant que possible, celle le codant, le plus rapidement possible (délai de 72h maximum) afin d'éviter la perte d'information ou la mauvaise interprétation des données transmises par les services de soin. Une réflexion autour d'une procédure harmonisée entre services est également nécessaire, alors que les pôles psychiatriques sont confrontés à des manques de personnel qui entraînent des remplacements fréquents de professionnels entre services.

*b) Sensibilisation et formation des professionnels de santé par l'approfondissement du soutien administratif proposé*

Afin d'accompagner cette réforme de la psychiatrie au mieux, les services du DIM en premier lieu doivent fournir un encadrement aux chefs et cadres de pôle qui seront ensuite la courroie de transmission des nouvelles modalités mises en place.

Dans le cas où il n'existerait pas de zone de compréhension entre le DIM et l'encadrement de pôle des unités de soins, l'information remontera mais également descendra moins bien. Les directions doivent donc s'assurer de la mise en place d'un vrai reporting sur le codage, impliquant une information descendante des modalités de codage à mettre en œuvre mais également ascendante quant aux difficultés rencontrées et un échange doit se créer autour du réajustement de certaines pratiques afin d'obtenir un codage exhaustif de l'information médico-économique.

Comme évoqué précédemment, les professionnels médicaux et soignants n'ont pas, pour la plupart, le temps de se pencher sur toutes les évolutions réglementaires, d'autant plus en matière financière, et peuvent ainsi avoir une connaissance lacunaire de la nouvelle réforme du financement en psychiatrie. Cependant, comme vu précédemment, les remontées de données médico-administratives des professionnels de santé ne pourront être améliorées que si ces derniers sont sensibilisés aux impacts que leur codage aura sur le budget octroyé à l'établissement.

Afin d'améliorer les remontées de l'activité, qui seront indispensables à un financement complet des établissements de santé réalisant des activités psychiatriques, il est nécessaire que la direction, en lien avec le département de l'information médicale joue un rôle de diffusion de ces informations. A donc été mis en place un plan de formation des professionnels au CASH de Nanterre et à l'EPS Roger Prévot, partagé autant que possible avec le service informatique, afin d'assurer une formation complète des professionnels.

Après plusieurs réunions d'information avec les chefs de pôle et les cadres de pôle, des interventions ont été organisées par le département de l'information médicale et la direction des affaires financières dans un premier temps afin de présenter la réforme aux professionnels de santé lors de staff pédagogiques dédiés. Ces rencontres ont été l'occasion de répondre aux interrogations et éventuelles craintes des professionnels de santé quant aux nouveaux compartiments finançant leur activité, mais surtout de leur faire percevoir les raisons du renforcement du codage souhaité.

Ces réunions ont ensuite été suivies de sessions de travail plus techniques menées par le DIM et la direction des systèmes d'information, sur le maniement des outils informatiques et les consignes de codage, auprès des professionnels des services d'hospitalisation pour les RPS mais également des CMP en ce qui concerne les RAA. Les services du DIM ont ainsi pu rencontrer les infirmiers et aides-soignants amenés à retranscrire leurs actes dans le RIM-P à travers le recueil des actes de la vie quotidienne (AVQ) qui mesurent le niveau d'autonomie des patients. Egalement, une sensibilisation importante a été faite auprès des médecins et psychologues sur le recueil de l'activité, le CCAM et la CIM 10. Les chefs de pôle et de services se sont également engagés à faire des rappels réguliers à leurs équipes en réunion de service mais également lors de staff pédagogiques. A cette formation de base s'est ajouté les nouveautés 2022 en matière de forme d'activité, nature de l'acte, ...

Il a bien été entendu par les différents acteurs l'importance d'expliquer comment remonter l'information à travers le codage mais également les raisons de cette remontée, le financement des établissements étant désormais directement corrélé au codage exhaustif de l'activité. Pour un meilleur rappel des informations de codage, un réseau de référent peut aussi être mis en place au sein des services.

Dans le but de conforter cette démarche d'amélioration de la remontée d'information, il est envisagé de l'intégrer aux audits et procédures des services ainsi que de réfléchir à une procédure harmonisée entre unités. Egalement, cette nécessité de la remontée d'information par le codage de l'activité peut être incluse dans les informations et audits faits par les services de la Direction qualité dans le cadre de la certification. La complétude du dossier patient est en effet un critère de la certification v2020 (2.2-05) pour lesquels les établissements CASH de Nanterre et EPS Roger Prévot seront audités en juin 2023, l'occasion se présentait donc de joindre ces deux exigences à chaque visite effectuée dans les services.

Le travail mené sur le CASH et l'EPS Roger Prévot a montré des résultats très positifs bien que devant être confortés avant la fin de l'année. Ainsi, les dossiers en retard de codage ont pu être finalisés par les médecins pour ce qui concerne la CIM 10 et les AVQ ne posent aujourd'hui plus de problème si ce n'est à la marge. A titre d'exemple, les 189 dossiers pour

lesquels les compte-rendu d'hospitalisation étaient manquant sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 6 mai 2022 ont pu être clôturés début juillet.

Les formations devront être maintenues à un rythme soutenu, et la communication sur la réforme et ses impacts financiers devra être poursuivie, tant à destination des nouveaux professionnels en poste, mais également pour maintenir à jour les compétences de codage des professionnels déjà en poste.

B) Capitaliser sur le rôle de la direction des systèmes d'information : porter une attention plus grande aux outils informatiques

a) *Mise en place d'outils de suivi de la qualité et mise à jour des programmes existants*

Afin d'assurer un codage optimal et une remontée de l'information adaptée aux demandes des financeurs, il est nécessaire de mettre en place des outils pour le recueil qui permettent d'avoir des données respectant la réglementation. Pour cela, les éditeurs doivent avoir mis à jour leurs logiciels de recueil de l'information médicale, en fonction des évolutions annuelles des modèles.

Egalement, des outils de contrôle qualité sont fortement recommandés, car facilitateurs du travail demandé à la direction de l'information médicale. Ces outils permettent par exemple, grâce aux requêtes, de faire émerger des atypies lors de séjours plus longs que la moyenne nationale, des examens anormaux demandés, le taux de prévalence des pathologies somatiques ou tout élément pouvant allonger la sévérité et la durée du séjour des patients. Si ces analyses peuvent être faites sans outils dédiés elles sont trop fastidieuses pour être faites au quotidien et sont souvent ignorées.

Bien que la qualité du codage n'entre pas dans la composition de la dotation à la file active qui ne se base que sur la quantité des patients pris en charge, la dotation dédiée à la qualité du codage sera impactée par les éléments entrés pour chaque prise en charge de patient. Au-delà de cet aspect purement budgétaire, améliorer la qualité du codage, ne peut être, comme vu dans les sections précédentes, que bénéfique à la prise en charge des patients par la meilleure adaptation des réponses apportées par les professionnels aux pathologies rencontrées. Ces outils sont également indispensables aux activités de recherche que peuvent mener les praticiens, nécessitant une base de données précises se fondant sur les cas médicaux traités.

Disposer donc de données codées sans ces outils d'analyse ne permet pas de tirer pleinement profit de cette mine d'information utiles aux professionnels de santé et aux analystes de l'activité effectuée par l'établissement. Egalement, les outils de vérification de

la qualité des informations rentrées par les professionnels permettent de relever les informations pertinentes pour les tutelles qui auraient pu être oubliées par les praticiens et soignants.

*b) Mise en place d'un dossier médical informatisé (DMI) facilitateur du codage*

Un autre exemple serait la mise en place d'un vrai dossier médical informatisé (DMI) au sein des établissements qui permettrait de poursuivre plus simplement l'objectif d'informatisation de la remontée d'activité.

Selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, le dossier médical comprend les informations médicales et administratives tels que diagnostic, les traitements, et les échanges écrits entre professionnels de santé. Il s'agit donc d'un "recueil de données ou d'autres éléments indépendants, disposés de manière systématique ou méthodique et individuellement accessibles par des moyens électroniques ou par tout autre moyen"<sup>24</sup>.

Les établissements de santé sont dans l'obligation de mettre en place un dossier patient depuis le décret du 31 mars 1992, qui s'est ensuite progressivement informatisé, sans être encore complètement généralisée au CASH de Nanterre et EPS Roger Prévot.

Ce dossier médical informatisé est une des composantes d'un système d'information fonctionnant en réseau et permettant de faciliter la coordination et la meilleure prise en charge des soins effectués par les différents professionnels de santé. Dans le cadre de la remontée de la production des professionnels de santé, les éléments du dossier médical se retrouvent dans l'information relative à l'activité transmise par les professionnels de santé. Il est donc intéressant de s'interroger sur la mise en place d'un dossier patient informatisé qui permette de faciliter le travail de recensement des informations médico-administratives par les praticiens codant leurs actes ou par les techniciens de l'information médicale faisant ce travail dans le cadre d'un codage centralisé<sup>25</sup>.

Pour cela, il faut cependant que ce dossier patient informatisé comprenne toute l'information médicale utile au codage et que cette information soit facilement accessible. Les différentes données ne doivent donc pas être dispersées entre les différents modules, au risque de rendre fastidieuse la consultation des dossiers, mais qu'au contraire, le résumé des urgences, comptes rendus médicaux, informations de prescription ou encore du dossier

---

<sup>24</sup> Loi n° 98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

<sup>25</sup> C. PHILIPOT, S. DIROU, S. LE CALVEZ, J.-P. PALLIER, Y. LEGEAS, J.-M. CAUVIN, « Le dossier patient informatisé (DPI) est-il adapté au métier du technicien de l'information médicale (TIM) ? », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (Volume 64, Supplement 1), 2016, p. 32,



infirmier soient regroupées au même endroit, accessible depuis le logiciel PMSI, comme proposé dans l'application présentée par C. Philipot, S. Dirou, S. Le Calvez, J.-P. Pallier, Y. Legeas et J.-M. Cauvin.<sup>26</sup>

Cet exemple du DMI montre bien que les éditeurs de programmes et logiciels informatiques ont un rôle précieux à jouer dans la remontée de l'activité des établissements, et plus particulièrement avec l'introduction de cette nouvelle réforme dans le secteur de la psychiatrie. Ainsi, le développement par les éditeurs « d'outils d'extraction, de filtration et d'édition ergonomique de l'information est utile pour améliorer le confort du codeur et la qualité du codage selon un processus progressif et continu. »<sup>27</sup>

Il est donc nécessaire que la mise en place de ce DMI amélioré soit pilotée par la Direction des services informatiques en coordination avec le Département de l'information médicale afin d'intégrer directement au DMI les éléments nécessaires à la remontée de l'information médico-administrative.

c) *La mise à jour et le suivi des applications existantes*

Mais ces projets de développement des outils informatiques ne doivent pas faire oublier les nécessités de mise à jour au fur et à mesure des évolutions réglementaires des outils informatiques déjà en place. Chaque année, de nouvelles variables sont ainsi ajoutées au relevés d'information médico-administrative, devant être intégrés rapidement sous peine d'une baisse de l'exhaustivité du recueil de l'information et une perte en qualité du codage. A l'issue de l'envoi des données du premier trimestre 2022, le DIM a ainsi engagé un état des lieux de la génération du RIMP version 2022, qui s'est révélé concluant.

Enfin, la question du matériel nécessaire à ces remontées d'informations peut paraître plus simple à résoudre par les services informatiques et techniques des établissements. Néanmoins ce sujet mérite une attention particulière en ce qui concerne les structures extrahospitalières prenant en charge des patients psychiatriques telles que les centres médico psychologiques (CMP) qui ne disposant pas toujours de connexion internes efficaces, lorsque situés dans des zones moins connectées par exemple.

---

<sup>26</sup> Idem

<sup>27</sup> Idem

## **2.2.2 A plus long terme, la mise en place d'une politique de suivi de l'activité adaptée aux mutations enclenchées par la réforme du financement et incluant le territoire**

Une stratégie de long terme en matière de suivi de l'activité des établissements doit être pensée par les décideurs hospitaliers afin de mettre en place une politique d'établissement et de territoire adaptée aux changements entraînés par cette nouvelle réforme du financement. Celle-ci peut ainsi passer par l'intégration plus poussée du suivi de l'information médicale au niveau territorial (A) mais également l'accompagnement des métamorphoses des activités réalisées par les établissements suite à l'introduction des financements dégressifs de certaines prises en charge (B).

- A) Accélérer la mise en place d'un DIM par groupement hospitalier de territoire (GHT) afin d'enclencher une dynamique mutualisée de suivi de l'activité des établissements

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé mettant en place les GHT a également prévu, à terme, la gestion par un médecin DIM d'un département de l'information médicale fusionné à cet échelon territorial.

Ce DIM de territoire remplit plusieurs missions exposées ci-après<sup>28</sup>.

En matière de qualité et pertinence des soins, le DIM a pour rôle d'améliorer le circuit des médicaments à partir des données T2A sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux coûteux et facturables en sus, qu'il compare aux données liées aux diagnostics, prescriptions et parcours de soins. Ces éléments sont nécessaires à la construction des indicateurs de pertinence et de qualité de l'usage des médicaments et des soins, indispensable au Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Le DIM de territoire a également vocation à intervenir en matière de stratégie et gouvernance des établissements du GHT, puisqu'il réalise des analyses médico-économiques qui orientent la prise de décisions (projet médical partagé, partenariats...).

En ce qui concerne plus particulièrement le système d'information hospitalier, le DIM de territoire participe à sa mise en place de manière convergente sur le territoire du GHT. En matière de données de santé, il est amené à gérer l'information médicale, vérifier la qualité du codage de l'activité médicale, sécuriser et assurer la confidentialité des données, et

---

<sup>28</sup> GABRIEL NISAND, DIDIER THEIS, Les missions du DIM de territoire, expert des données de santé au sein du GHT, ©Roche - Pharminlink - établi le 29 juin 2018

enfin harmoniser les pratiques en matière de production des données médico-économiques.

Mais en plus de ce rôle de garant des données médico-administratives, le DIM unique de GHT est amené à intervenir en matière de santé publique sur le territoire, par le croisement de données hospitalières et de ville (état des lieux de l'offre et des besoins de soins sur le territoire et évaluation de la pertinence des soins et des prescriptions).

A l'heure où de nombreux établissements de santé rencontrent des difficultés dans le recrutement de médecin DIM, pourtant essentiels à la bonne remontée de l'information médico-économique, le DIM de territoire apparaît comme une solution. Cette mesure trouve d'autant plus sa pertinence avec la mise en place de la réforme du financement dès 2023, et les risques qu'elle fait peser aux établissements dont l'activité ne remontrait pas bien. Mais surtout, le DIM de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements du GHT, ce qui lui confère la capacité de développer une vision stratégique de l'activité à l'échelle du GHT ou encore d'harmoniser les pratiques dans une démarche d'amélioration de la qualité de l'information médico-administrative<sup>29</sup>.

- B) L'accompagnement des impacts sur l'activité de cette nouvelle réforme du financement, à travers un renouveau des modes de prise en charge
  - a) *L'accompagnement de la baisse de financement de l'hospitalisation à plein temps, au profit de modes alternatifs de prise en charge tels que l'ambulatoire*

La réforme du financement ne sera pas neutre sur les orientations que prendront les établissements dans le choix de développement de leurs activités.

En effet, le volet file active dans le nouveau modèle de financement risquera en premier lieu de conduire à une augmentation de la quantité au détriment de la qualité de prise en charge des patients, et ainsi d'entraîner une réduction des durées de séjour pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques. Or, ce secteur, par ses spécificités cliniques, nécessite des soins qui peuvent parfois être longs, le rôle d'accompagnement de la direction devant ici être de porter une attention particulière à la prise en charge la plus juste des patients nécessitant des soins prolongés.

---

<sup>29</sup> GHT – Guide d'organisation du DIM de territoire, Ministère des solidarités et de la santé.  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_organisation\\_dim.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_organisation_dim.pdf)

De la même manière, cette réforme à tarifs dégressifs pourra conduire à privilégier une prise en charge partielle ou ambulatoire qui générera des « effets revenus potentiellement importants pour les établissements »<sup>30</sup>. Comme l'indique la Présidente de CME de l'EPS Roger Prévot, « il sera plus rentable de recevoir plusieurs patients une fois, qu'un même patient plusieurs fois, alors que les pathologies mentales sont par nature chroniques et que la crise a renforcé la prévalence de troubles appelant des prises en charge par plusieurs professionnels et un accompagnement sur le long terme ».

Les établissements devront donc être vigilants à, sans se mettre en danger financièrement, tout de même veiller à ne pas privilégier une « variable financière à l'analyse clinique des besoins de prise en charge [...] ces effets risquent d'entraîner un rabout des prises en charge au long cours et feront préférer les thérapies brèves aux traitements de fond, les rencontres diagnostiques sans lendemain aux suivis intensifs et prolongés. »<sup>31</sup>

Le rôle du directeur d'établissement sera donc d'accompagner ces impacts potentiellement négatifs de la réforme, et de tenter de les réduire, tout en développant des activités en parallèle qui permettent un financement plus attractif des activités du secteur. Celles-ci pourront porter sur les modes de prises en charge valorisés par la réforme, mais également sur des activités encore peu investies. A titre d'exemple, le CASH de Nanterre a pour projet de créer une équipe mobile psychiatrique qui se rendrait au domicile des patients pour des visites.

Afin de renforcer la remontée de l'activité en même temps que la bonne prise en charge du patient, le pôle santé mentale du CASH de Nanterre prévoit également de transformer un poste afin d'accueillir un éducateur spécialisé. Ce professionnel pourra intervenir dans l'accompagnement des patients et en même temps la valorisation des actes car à l'interface de toutes les unités. De la même manière, des professionnels tels que les psychomotriciens ou les ergothérapeutes jouent un rôle fondamental dans les unités de réadaptation par les thérapies à médiation qu'ils proposent et sont « une mine d'actes à valoriser dans les séances individuelles et de groupe » pour citer un cadre de pôle psychiatrique du CASH de Nanterre.

#### *b) Les alternatives à l'hospitalisation au long court*

---

<sup>30</sup> -P. BENOIT, « Réforme du financement de la psychiatrie. La psychiatrie passe à l'euro ! », *Enfances & Psy* 2021/3 (N° 91), pp 6-8.

<sup>31</sup> J-P. BENOIT, « Réforme du financement de la psychiatrie. La psychiatrie passe à l'euro ! », *Enfances & Psy* 2021/3 (N° 91), pp 6-8.

Concernant la réduction cette fois des séjours longs en hospitalisation psychiatrique, cette mesure peut se révéler bénéfique pour le patient si elle est accompagnée d'un travail engagé sur la redirection de patients n'ayant plus leur place à l'hôpital mais en structures médico-sociales d'aval ou d'hospitalisation partielle.

En effet, les hospitalisations de long cours en psychiatrie, définies comme durant un an ou plus de manière continue ou non, touchent près de 13 000 patients chaque année. Ces hospitalisations ne représentent pas une population très importante puisque seulement 0,8% de la file active des établissements de santé, mais correspondent à 22% des journées d'hospitalisation <sup>32</sup>.

Le taux de recours des hospitalisations de long cours varie fortement selon les régions. Ainsi, si le taux de recours moyen des hospitalisations au long cours est de 17,1 pour 100 000 habitants âgés de 16 ans ou plus, il varie de 2,2 (Alpes-Haute-Provence) à 68 pour 100 000 habitants (Haute-Saône), soit un rapport de 1 à 30<sup>33</sup>.

Ces taux peuvent être expliqués par différents facteurs, comme le montre l'étude menée par Magali Coldefy et Clément Nestrigue « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale » (Irdes). Tout d'abord, l'offre et l'organisation des soins psychiatriques au sein des territoires et plus précisément les capacités d'hospitalisation, les ressources humaines, la diversité des prises en charge proposées et le développement des alternatives à l'hospitalisation impactent nécessairement la durée des séjours. En effet, plus la contrainte est forte en matière de gestion des lits au sein des établissements de santé, plus les patients seront redirigés vers des solutions alternatives à l'hospitalisation à temps plein<sup>34</sup>.

Deuxièmement, l'offre sociale et médicosociale des territoires jouent un rôle dans la prévalence des longs séjours en psychiatrie puisque, après avoir pu le constater au sein des établissements CASH de Nanterre et Roger Prévot, c'est souvent le manque de structures d'aval médico-sociale adaptées à la pathologie des patients psychiatriques qui explique en premier lieu leurs séjours longs. Alors qu'une partie de cette patientèle pouvait trouver une offre médico-sociale hors du territoire français, souvent en Belgique, cette

---

<sup>32</sup> L. PLANCKE, A. AMARIEI, « Les hospitalisations psychiatriques de longue durée dans la zone de Lens-Hénin-Beaumont, Lille, » F2RSM, 2015, 24 p.

<sup>33</sup> M. COLDEFY, C. NESTRIGUE « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », Les rapports de l'IRDES 2014(202)

<sup>34</sup> E. VIGNERON, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Les Tribunes de la santé, 2013/1 (n° 38), p. 41-53.  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2013-1-page-41.htm>

solution sera plus difficilement ouverte à l'avenir. En effet, le 21 janvier 2021 a été annoncé un moratoire sur la capacité d'accueil des adultes français en situation de handicap en Belgique, alors qu'en 2019 8233 personnes dont 6820 adultes étaient prises en charge dans plus de 200 établissements wallons<sup>35</sup>. Cette décision a renforcé les difficultés du secteur en matière d'établissements d'aval pour les personnes en situation de handicap et notamment psychique, compromettant d'autant la diminution de la durée des séjours des patients au long cours en psychiatrie.

Une autre explication se trouve dans le contexte socioéconomique du territoire, puisque les taux de précarité et d'isolement de populations dans les zones défavorisées se reflèteront dans les hospitalisations prolongées des patients psychiatriques, sans relai familial et social pouvant leur permettre de se réinsérer dans la société. La problématique du logement accessible à ces populations est d'ailleurs une cause prépondérante de la précarité des personnes atteintes de maladies psychiatriques de long court.

Ces modifications dans les modes de prise en charge sont corrélées au fait que les hospitalisations sont les plus coûteuses, avec environ 415 000 patients hospitalisés par an, et environ 2 millions suivis en ambulatoire dans le système public<sup>36</sup>. Une hospitalisation est ainsi évaluée à 5 000 euros/patient et par an, s'ajoutant à cela plus de 1000 euros de soins de ville. Egalement, toujours selon la même étude de L'argent des hôpitaux en psychiatrie Money of hospitals in psychiatry A. KaladjianII est utile de constater que le nombre d'hospitalisations n'a cessé de croître au cours des 30 dernières années, alors que le nombre de lits n'a cessé de diminuer et que celui des professionnels de santé en psychiatrie est resté stationnaire, ce qui traduit le changement dans les modes de prise en charge des patients, avec une durée moyenne de séjour qui s'est considérablement réduite. I

Afin de favoriser les interactions entre les acteurs du médico-social et de débloquent des situations sociales précaires ne laissant que l'hospitalisation comme solution, le choix peut être fait de créer une direction en charge des parcours des patients des services psychiatriques. C'est le choix qui a été fait au CASH de Nanterre et à l'EPS Roger Prévot, avec l'intégration d'une direction des développements des partenariats médico-sociaux, prises en charge des cas complexes et des coopérations des secteurs de psychiatrie. Une telle direction, avec l'appui interne de travailleurs sociaux est un outil non négligeable

---

<sup>35</sup> Ministère des solidarités et de la santé, « Moratoire des places en Belgique et accélération de la création de solutions d'accueil de proximité pour les personnes en situation de handicap en France », publié le 21/01/2021

<https://handicap.gouv.fr/moratoire-des-places-en-belgique-et-acceleration-de-la-creation-de-solutions-daccueil-de-proximite>

<sup>36</sup> A. KALADJIAN, « L'argent des hôpitaux en psychiatrie », La Lettre du Psychiatre (Vol. XIII n° 6), 2017

afin de réduire l'occurrence des séjours longs, réorienter vers du médico-social d'aval ou augmenter l'hospitalisation partielle, par la connaissance fine des acteurs de ville qu'en ont ses professionnels. La promotion du travail en réseau fait par cette direction est un atout majeur à l'ouverture de places dans des structures d'accueil médico-sociales pour des patients qui n'ont plus leur place en hospitalisation à temps plein.

## Conclusion

Face aux carences du système de dotation annuelle de financement, le modèle de répartition des ressources du secteur de psychiatrie a su se renouveler. Alliant dotation populationnelle majoritaire pour assurer un financement équitable inter régional, une dotation à la file active encourageant l'activité des établissements ainsi que les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète, et enfin diverses dotations ayant vocation à soutenir l'innovation et la transformation dans les activités des établissements, ce modèle pluraliste possède des avantages indéniables.

Cependant, le nouveau financement de l'activité psychiatrique va obliger les professionnels de santé à se pencher sur le sujet de la gestion des données d'activité qui a été jusque-là peu investi dans des établissements de santé tels que le CASH de Nanterre ou l'EPS Roger Prévot. Cette réforme complexe devra dès lors faire l'objet d'un suivi des directions hospitalières afin de dépasser les difficultés qui peuvent être mises à jour et sensibiliser les acteurs du codage aux impacts de cette réforme, pour une remontée de l'information médico-administrative la plus exhaustive possible.

C'est, de manière générale, toute l'organisation technique, managériale mais aussi culturelle des services exerçant une activité psychiatrique qu'il va falloir modifier, afin que cette réforme ne soit pas subie mais que les acteurs du champ et les patients en bénéficient pleinement. Au regard de la multiplicité des acteurs impliqués dans la bonne mise en place de ce nouveau système de financement, un travail soutenu de coordination et d'accompagnement sera nécessaire pour éviter la perte de dotations, mais également l'amorçage d'une réelle politique d'établissement embrassant les nouvelles modalités de prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques.



---

# Bibliographie

---

## Références juridiques :

- Loi n° 98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie
- Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement
- Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie

## Ouvrages :

- G. DURANT, P. LECLERCQ, M. PINSON, « Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale », éditions Mardaga, 2021.

## Revue spécialisée :

- J-P. BENOIT, « Réforme du financement de la psychiatrie. La psychiatrie passe à l'euro ! », *Enfances & Psy* 2021/3 (N° 91), pp 6-8.
- H. BRUN-ROUSSEAU, « PMSI, VAP, RIM-P et T2A : à quelle sauce les budgets de la psychiatrie seront-ils accommodés ? », *L'information psychiatrique* 2006/7 (Volume 82), pp 549 – 552
- M. COLDEFY, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », *Questions d'économie de la santé* (180), 2012
- F. JUAN, A. ROSA, « Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière, Traduire le report en opportunité ? », *Gestion hospitalière* (n°602), 2021
- A. KALADJIAN, « L'argent des hôpitaux en psychiatrie », *La Lettre du Psychiatre* (Vol. XIII n° 6), 2017
- J.-C. MOISDON, M. PEPIN, 2010 « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé – Etude qualitative d'un échantillon de 6 établissements », série *Etudes et recherche*, n°97

- MARESCAUX Claude, « Entre soin et contrôle de gestion : place du DIM dans l'organisation hospitalière », L'information psychiatrique, 2011/6 (Volume 87), pp. 487-491.  
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-487.htm>
- C. PHILIPOT, S. DIROU, S. LE CALVEZ, J.-P. PALLIER, Y. LEGEAS, J.-M. CAUVIN, « Le dossier patient informatisé (DPI) est-il adapté au métier du technicien de l'information médicale (TIM) ? », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (Volume 64, Supplément 1), 2016, p. 32
- L. PLANCKE, A. AMARIEI, « Les hospitalisations psychiatriques de longue durée dans la zone de Lens-Hénin-Beaumont, Lille, » F2RSM, 2015, 24 p.
- G. THORNICROFT, M. TANSELLA, « Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. » Br J Psychiatry. 2004

#### Rapports :

- ATIH, « Aide à l'utilisation des informations de chaînage » octobre 2017
- M. COLDEFY, C. LE NEINDRE, « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », Les rapports de l'IRDES 2014(558)
- M. COLDEFY, C. NESTRIGUE « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », Les rapports de l'IRDES 2014(202)
- CNAMTS, Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014 « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 », 2013.
- Ministère des solidarités et de la santé, « GHT – Guide d'organisation du DIM de territoire »,  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_organisation\\_dim.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_organisation_dim.pdf)
- O. VERAN, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur », Rapport 2017
- M-O. SAFON, « Les réformes hospitalières en France Aspects historiques et réglementaires » Centre de documentation de l'IRDES, 2021

#### Sites internet :

- Ayming, Réforme du financement de la psychiatrie au 1er janvier 2022 : une dynamique de changement dans vos organisations, 28 janvier 2022  
<https://www.ayming.fr/insights/actualites/reforme-du-financement-de-la-psychiatrie-au-1er-janvier-2022-une-dynamique-de-changement-dans-vos-organisations/>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/dotation-annuelle-de-financement-daf#:~:text=La%20DAF%20est%20une%20dotation,par%20dotation%20globale%2C%20dispens%20au>

- ATIH, « Présentation des modalités de financement de la psychiatrie »  
<https://www.atih.sante.fr/presentation-des-modalites-de-financement-psy>
- Ministère des solidarités et de la santé, « Moratoire des places en Belgique et accélération de la création de solutions d'accueil de proximité pour les personnes en situation de handicap en France », publié le 21/01/2021  
<https://handicap.gouv.fr/moratoire-des-places-en-belgique-et-acceleration-de-la-creation-de-solutions-daccueil-de-proximite>
- Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), publié le 29.11.17  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-pmsi>

#### Mémoires EHESP :

- A. GARCIA, Le codage de l'activité et la fiabilisation des recettes : Enjeux, freins et leviers, 2018

#### Divers :

- Courrier à Jean Castex- Réforme du financement de la psychiatrie, 12 mai 2021
- Mission « flash » sur le financement de la psychiatrie Communication de Mme Martine Wonner
- Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse : Une ambition refondée — Pour la santé mentale et la psychiatrie en France, Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, 2021
- ARS Hauts-de-France, Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière,  
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/64539/download?inline>
- Direction générale de l'offre de soin, Réforme du financement Psychiatrie, 19 octobre 2021
- GABRIEL NISAND, DIDIER THEIS, Les missions du DIM de territoire, expert des données de santé au sein du GHT, ©Roche - Pharminlink - établi le 29 juin 2018

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie

ANNEXE 2 : Liste des acteurs interrogés

ANNEXE 3 : Grille d'entretiens

ANNEXE 4 : Simulation des recettes post-réforme du financement en psychiatrie – FHF et ARS Ile –de-France

ANNEXE 5 : Extrait du plan d'action relatif à la préparation de la réforme du financement en psychiatrie (CASH de Nanterre – EPS Roger Prévot)

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie

NOR : SSAH2115391D

**Publics concernés** : établissements de santé, agences régionales de santé, caisses de sécurité sociale.

**Objet** : réforme du financement des activités de psychiatrie.

**Entrée en vigueur** : le décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**Notice** : le décret a pour objet d'appliquer les articles L. 162-22-18 et L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale relatifs à la réforme de financement des activités de psychiatrie au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il crée, d'une part, la section chargée d'émettre un avis sur l'allocation des ressources des activités de psychiatrie et décline, d'autre part, l'ensemble des dotations du modèle de financement.

**Références** : le décret et les dispositions du code de la sécurité sociale qu'il modifie peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé, Vu le code

de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 174-15 ;

Vu la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, notamment son article 34 ;

Vu la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, notamment son article 51 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 25 mai 2021 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 1<sup>er</sup> juin 2021 ;

Vu l'avis de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 9 juin 2021 ; Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 10 juin 2021 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** - Le code de la sécurité sociale (partie réglementaire) est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au *b* du 1<sup>o</sup> de l'article R. 147-9, les mots : « et L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-22-13 et L. 162-22-19 » ;

2<sup>o</sup> A l'article R. 162-22 :

*a*) Au 1<sup>o</sup>, les mots : « , exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6, » sont supprimés ;

*b*) Au 2<sup>o</sup>, les mots : « de psychiatrie, exercées par les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, ainsi que pour les activités » sont supprimés ;

3<sup>o</sup> L'article R. 162-24 est abrogé ;

4<sup>o</sup> L'article R. 162-25 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cet arrêté fixe également les tarifs de responsabilité applicables aux activités mentionnées au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au *e* de l'article L. 162-22-6. » ;

5<sup>o</sup> Au premier alinéa de l'article R. 162-27, la référence : « L. 162-22-1, » est supprimée ;

6° Après l'article R. 162-29-1, il est inséré un article R. 162-29-2 ainsi rédigé :

« Art. R. 162-29-2. – I. – Pour les activités de psychiatrie mentionnées au 2° de l'article L. 162-22, la section mentionnée au 2° de l'article R. 162-29 est consultée, pour avis, par le directeur général de l'agence régionale de santé sur :

« 1° Les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de santé ;

« 2° Le niveau de l'enveloppe régionale de contractualisation constituée, le cas échéant, en application de l'article R. 162-31-6 ainsi que ses modalités d'allocation ;

« 3° Les domaines et les modalités de choix des nouvelles activités sur lesquelles l'agence régionale de santé souhaite procéder à des appels à projets ;

« 4° Les objectifs de transformation de l'offre de soins 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.

« La section est consultée sur les sujets mentionnés au 1° et au 2° au moins un mois avant l'allocation des ressources aux établissements.

« La section se réunit au moins deux fois par an.

« II. – La section chargée d'émettre un avis sur l'allocation des ressources des activités de psychiatrie est composée :

« 1° De dix représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés désignés par celles-ci, dans les conditions suivantes :

« a) 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 sans que ce nombre ne puisse être inférieur à deux ;

« b) Au moins, un représentant de chaque fédération est un médecin ;

« 2° De deux représentants des associations d'usagers et de représentants des familles, spécialisés dans le domaine d'activité, nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Un président et un vice-président de la section sont désignés parmi les membres selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

« Les membres désignés ou nommés sont soumis à l'obligation d'établir une déclaration d'intérêts conformément à l'article L.1451-1 du code de la santé publique. » ;

7° La sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> et les articles R. 162-31 à R. 162-31-13 qu'elle comprend sont remplacés par les dispositions suivantes :

## « Sous-section 2

### « Dispositions relatives aux activités psychiatriques exercées dans les établissements de santé

« Art. R. 162-31. – Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-18. Ce montant prend en compte :

« 1° L'estimation des charges d'assurance maladie au titre des soins de psychiatrie dispensés l'année précédente ;

« 2° L'évaluation des charges des établissements ;

« 3° L'évaluation des gains d'efficacité réalisés et envisageables dans le secteur ;

« 4° Les évolutions à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Le montant peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions intervenues en cours d'année.

« Art. R. 162-31-1. – Au plus tard quinze jours après la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-31, le montant mentionné au même article est réparti par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale entre les dotations suivantes :

« 1° La dotation populationnelle prévue au 1° du II de l'article L. 162-22-18, déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 162-31-2 ;

« 2° Une dotation relative à la file active déterminée dans les conditions fixées au I de l'article R. 162-31-3 ;

« 3° Une dotation liée aux activités spécifiques déterminée dans les conditions fixées au R. 162-31-4 ;

« 4° Une dotation relative à l'amélioration de la qualité des soins déterminées dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15 ;

« 5° Une dotation relative à la structuration de la recherche déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 162-31-4 ;

« 6° Une dotation relative aux nouvelles activités relevant du 2° du II de l'article L. 162-22-18 déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 162-31-4 ;

« 7° Une dotation relative à la qualité du codage déterminée dans les conditions fixées au II de l'article R.162-31-3 ;

« 8° Une dotation d'accompagnement à la transformation déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 162-31-4.

« Les dotations mentionnées aux 1° et 2° peuvent être réparties par catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6 dans des conditions arrêtées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« *Art. R. 162-31-2.* – I. – La dotation mentionnée au 1° de l'article R. 162-31-1 est répartie entre régions en tenant compte des critères suivants :

« 1° Le nombre d'habitants par région avec une survalorisation de la population mineure ;

« 2° Le taux de densité de psychiatres libéraux et hospitaliers ;

« 3° Le pourcentage de la population régionale dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté ;

« 4° Le taux de personnes vivant seules ;

« 5° Le taux de places dans le secteur médico-social à destination des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

« Tous les cinq ans, ces critères font l'objet d'une révision.

« La dotation est allouée aux régions en tenant compte de l'offre hospitalière déjà existante.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la pondération des critères qui permettent de définir la trajectoire de réduction des inégalités dans l'allocation des ressources entre les régions. Cette pondération est révisée tous les cinq ans.

« II. – Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-31-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L. 162-22-18 le montant de la dotation populationnelle allouée aux agences régionales de santé.

« *Art. R. 162-31-3.* – I. – Le montant de la dotation relative à la file active mentionnée au 2° de l'article R. 162-31-1 alloué à chaque établissement est déterminé en fonction de l'activité réalisée par l'établissement de santé au cours de l'année précédant l'exercice considéré, mesurée en fonction du nombre de patients pris en charge et de la durée de prise en charge cumulée sur l'année civile pour ces patients prenant en compte le nombre de journées ou de venues ou d'actes réalisés, à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Ce montant prend également en compte les suppléments décrits à l'article L. 162-21-2.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine les modalités de calcul du montant de la dotation, notamment les catégories de patients, la prise en compte de l'âge des patients, et la pondération des catégories de patients selon les différentes modalités de prise en charge. Cet arrêté précise également les modalités de prise en charge des suppléments décrits à l'article L. 162-21-2.

« II. – La dotation relative à la qualité du codage mentionnée au 7° de l'article R. 162-31-1 est répartie entre les établissements de santé sur la base d'indicateurs de qualité portant sur l'année civile précédant l'exercice considéré. Les indicateurs ainsi que les modalités de calcul de la dotation sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces indicateurs portent, en particulier, sur la complétude, la conformité et la cohérence des données collectées et transmises par les établissements.

« *Art. R. 162-31-4.* – I. – La dotation relative aux activités spécifiques mentionnée au 3° de l'article R. 162-31-1 est répartie entre les établissements qui réalisent une ou plusieurs activités relatives à des catégories de patients ou des lieux d'exercice figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II. – La dotation relative à la structuration de la recherche mentionnée au 5° de l'article R. 162-31-1 est répartie entre les régions en fonction notamment du nombre d'établissements de santé autorisés à exercer l'activité de psychiatrie. Elle vise à structurer, soutenir et développer l'activité de recherche dans la région.

« III. – La dotation relative aux nouvelles activités mentionnée au 6° de l'article R. 162-31-1 est allouée chaque année aux établissements de santé sur la base d'appels à projets nationaux ou régionaux visant à financer le développement de nouvelles activités conformément aux orientations régionales et nationales en termes de psychiatrie et de santé mentale. La section mentionnée au 2° de l'article R. 162-29 est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les domaines et les modalités de choix des nouvelles activités pour lesquelles l'agence régionale de santé souhaite procéder à des appels à projet. Les projets retenus font l'objet d'une évaluation cinq ans après leur mise en œuvre.

« IV. – La dotation d'accompagnement à la transformation mentionnée au 8° de l'article R. 162-31-1 est répartie entre régions en tenant compte notamment, pour chaque région, de l'évolution de la dotation populationnelle et des objectifs de transformation de l'offre de soins en psychiatrie fixés 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. La section mentionnée au 2° de l'article R. 162-29 du présent code est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les objectifs de transformation de l'offre de soins en psychiatrie envisagés.

« V. – Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-31-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le montant des dotations mentionnées aux I à IV du présent article allouées aux agences régionales de santé.

« *Art. R. 162-31-5.* – I. – Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné au II de l'article R. 162-31-2 et au V de l'article R. 162-31-4, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement :

« 1° Le montant issu de la dotation populationnelle dans les conditions définies à l'article R. 162-31-6 ;

- « 2° Le montant issu de la dotation relative aux activités spécifiques définie au I de l'article R. 162-31-4 ;
- « 3° Le montant issu de la dotation pour la structuration de la recherche définie au II de l'article R. 162-31-4 ;
- « 4° Le montant issu de la dotation relative aux nouvelles activités définie au III de l'article R. 162-31-4 ;
- « 5° Le montant issu de la dotation d'accompagnement à la transformation définie au IV de l'article R. 162-31-4.

« II. – Dans un délai d'un mois suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-31-1, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête pour chaque établissement :

- « 1° Le montant issu de la dotation relative à la file active mentionnée au I de l'article R. 162-31-3 ;
- « 2° Le montant issu de la dotation relative à la qualité du codage des activités mentionnées au II de l'article R. 162-31-3.

« III. – Le montant issu de la dotation relative à l'amélioration de la qualité prévue au 4° de l'article R. 162-31-1 est arrêté dans les conditions définies aux articles L. 162-23-15 et R. 162-36-2.

« IV. – Le versement aux établissements des dotations mentionnées aux I et II, fractionnées en douze allocations mensuelles, est assurée par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18.

« Art. R. 162-31-6. – La dotation populationnelle régionale est répartie par le directeur général de l'agence régionale de santé entre les établissements de santé de la région, en tenant compte de l'offre hospitalière déjà existante, sur la base de critères fixés au niveau régional dans les conditions définies au 1° du II de l'article L. 162-22-19 après avis de la section mentionnée au 2° de l'article R. 162-29, notamment à partir d'une liste de critères arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les critères régionaux prennent en considération notamment les éléments mentionnés aux 1° et 3° de l'article R. 162-31-2. Ces critères ne prennent pas en compte les données d'activité servant de base au calcul de la dotation mentionnée à l'article R. 162-31-3. Ils peuvent être différenciés en fonction des catégories d'établissements mentionnées à l'article L. 162-22-6.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de ne pas allouer l'intégralité de la dotation populationnelle régionale sur la base des critères régionaux et de constituer une enveloppe régionale de contractualisation. Cette enveloppe ne peut excéder deux pour cent de la dotation populationnelle régionale.

« Art. R. 162-31-7. – Les honoraires de praticiens, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement, y compris les examens de biologie, les honoraires des auxiliaires médicaux à l'exception des soins infirmiers ainsi que les frais afférents à la fourniture des médicaments dispensés dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, notamment ceux nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation, sont exclus des dotations mentionnées à l'article R. 162-31 et font l'objet d'une prise en charge distincte pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6. » ;

8° A la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I° :

a) Les mots : « activités de psychiatrie, exercées par les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, ainsi que des » sont supprimés de l'intitulé de la sous-section ;

b) L'article R. 162-32 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 162-32. – Les activités mentionnées à l'article L. 174-1, notamment les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale, sont financées par une dotation annuelle de financement, conformément aux dispositions de l'article L. 174-1 du présent code. » ;

c) A l'article R. 162-32-2, la référence : « L. 174-1-1 » est remplacée par la référence : « L. 174-1 » ;

d) A l'article R. 162-32-3, les mots : « de l'article L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « du même article » ;

e) A l'article R. 162-32-6, les mots : « ainsi qu'à l'article R. 6145-26 du code de la santé publique » sont supprimés ;

f) A l'article R. 165-5-1, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-1 » sont supprimés ;

g) A l'article R. 174-24, les mots : « au troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 174-1 ».

9° A la sous-section 2 de la section 7 du chapitre 4 du titre 7 du livre 1° :

a) L'intitulé du paragraphe 2 est remplacé par l'intitulé suivant : « *Activités de soins de suite et de réadaptation* » ;

b) Après le paragraphe 2 est ajouté un paragraphe 2 *bis* ainsi rédigé :

c)

**« Paragraphe 2 bis  
« Activités de psychiatrie**

« Art. R. 174-41-1. – Pour l'application du 1° du I de l'article L. 162-22-19, le territoire pris en compte pour le service de santé des armées est le territoire national conformément à l'article L. 174-15. Sur cette base, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le montant de la dotation dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-31-1.



« **Art. R. 174-41-2.** – Pour l'application des 2°, 3° et 4° du I de l'article L. 162-22-19 :

« 1° Le service de santé des armées communique chaque année à l'agence régionale de santé Ile-de-France les éléments de mesure mentionnés au I de l'article R. 162-31-3 et aux I et III de l'article R. 162-31-4 pour l'activité de psychiatrie des hôpitaux des armées ;

« 2° Les indicateurs mesurant la qualité du codage mentionné au II de l'article R. 162-31-3 sont calculés sur la base des données relatives à l'activité de psychiatrie des hôpitaux des armées ;

« 3° La dotation relative à la structuration de la recherche mentionnée au 5° de l'article R. 162-31-1 prend en compte l'ensemble des activités de psychiatrie inscrites sur la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique.

« Sur la base des dispositions du présent article et de celles du 4° de l'article R. 162-31-1 du présent code et de l'article L. 162-23-15, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France propose, pour chaque dotation, le montant qui est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné au II de l'article R. 162-31-1.

« **Art. R. 174-41-3.** – Les dotations prévues au I de l'article L. 162-22-19 sont fractionnées en dix allocations mensuelles versées de janvier à octobre par la caisse mentionnée à l'article L. 174-15 selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

**Art. 2.** – I. – Pour l'année 2022, à compter du 1<sup>er</sup> janvier et jusqu'au 1<sup>er</sup> du mois suivant la notification mentionnée à l'article R. 162-31-5 du code de la sécurité sociale, l'établissement perçoit un acompte mensuel au titre de ses activités de psychiatrie. Le montant de l'acompte est établi à partir des recettes perçues mensuellement par l'établissement en 2021.

Au plus tard le 5 janvier 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie le montant d'acompte mensuel à l'établissement et à la caisse dont l'établissement relève pour son versement.

L'acompte est versé à l'établissement chaque mois, en application des articles L. 174-2 et L. 174-15 et L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

II. – 1° Pour l'année 2022, dans le délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté prévu au II de l'article R. 162-31-2 du même code, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête pour chaque établissement, dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un montant égal aux recettes 2021 perçues au titre de la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Ce montant exclut les recettes exceptionnelles non liées aux prestations d'hospitalisation perçues par les établissements de santé en 2021 telles qu'elles sont définies par le même arrêté.

Ce montant est versé aux établissements de santé mensuellement par douzième par la caisse dont relève l'établissement en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 du même code et dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le montant des douzièmes prend en compte les versements déjà effectués au titre de l'acompte mentionné au I ;

2° Au plus tard le 31 décembre 2022, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie un montant complémentaire lorsque le montant mentionné au 1° est inférieur à la somme des montants mentionnés à l'article R. 162-31-5 du code de la sécurité sociale. Ce montant complémentaire est fixé dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article R. 162-31 du même code et dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce montant complémentaire est versé, en une seule fois, aux établissements de santé par la caisse dont relève l'établissement en application des articles L. 174-2 et L. 174-18 du même code et dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

3° Pour l'année 2022 et par dérogation au IV de l'article R. 162-31-5 du code de la sécurité sociale, les montants indiqués au même article ne sont pas versés à l'établissement.

III. – Pour l'année 2022, le calcul de la dotation relative à la file active mentionnée au I de l'article R. 162-31-3 du code de la sécurité sociale est effectué sur la base des données d'activité transmises entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2019. Pour les établissements ayant mis en exploitation, au cours des années 2020 et 2021, une nouvelle autorisation d'activité dans le cadre de la création d'un établissement, d'un regroupement total ou partiel d'établissements ou de l'absorption d'un établissement par un autre établissement, le calcul est fondé sur l'activité mensuelle la plus élevée dans le cadre de la nouvelle autorisation multipliée par douze mois. Cette référence prend en compte les fermetures d'activité intervenues en 2020 et 2021.

IV. – Du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2025, pour chaque établissement, à périmètre d'autorisations d'activités et de capacités constantes, le montant cumulé annuel des dotations mentionnées au 1° du I et au 1° du II de l'article R. 162-31-5 du code de la sécurité sociale ne peut être inférieur au montant notifié l'année précédente, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article R. 162-31 du même code dans les conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

V. – Pour l'application des I, II, III et IV au service de santé des armées, les montants sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Pour l'application du I au service de santé des armées, le montant de l'acompte est calculé sur la base du dixième des recettes définies au I et versé de janvier à octobre par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Pour l'application du II au service de santé des armées, le montant est versé par dixième de janvier à octobre par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

**Art. 3.** – Le présent décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.



**Art. 4.** - Le ministre de l'économie, des finances et de la relance, le ministre des armées, le ministre des solidarités et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 29 septembre 2021

ANNEXE 2 : Liste des acteurs interrogés

<b>Nom</b>	<b>Poste</b>	<b>Structure</b>
<b>Dr L</b>	PCME	CASH de Nanterre
<b>Dr B</b>	Chef de pôle psychiatrie	CASH de Nanterre
<b>Dr K</b>	Chef de service unité 2	CASH de Nanterre
<b>Dr C</b>	Psychiatre	CASH de Nanterre
<b>M. S</b>	Cadre de pôle psychiatrie	CASH de Nanterre
<b>Mme A</b>	IDE unité 3	CASH de Nanterre
<b>Mme F</b>	IDE unité 1	CASH de Nanterre
<b>Dr D</b>	PCME	EPS Roger Prévot
<b>Dr F</b>	Chef de pôle	EPS Roger Prévot
<b>Dr Z</b>	Chef de pôle	EPS Roger Prévot
<b>M. K</b>	IDE pôle C.	EPS Roger Prévot
<b>M. M</b>	Directeur des affaires financières	CASH de Nanterre/EPS Roger Prévot
<b>Mme K</b>	Directrice des affaires médicales	CASH de Nanterre/EPS Roger Prévot
<b>M. C</b>	Directeur des soins	CASH de Nanterre/EPS Roger Prévot
<b>Dr D</b>	Médecin DIM	CASH de Nanterre/EPS Roger Prévot
<b>Mme C</b>	Responsable DIM	CASH de Nanterre/EPS Roger Prévot
<b>Mme A</b>	TIM	CASH de Nanterre/EPS Roger Prévot
<b>Mme C</b>	TIM	CASH de Nanterre/EPS Roger Prévot
<b>Dr B</b>	Médecin DIM	Etablissement public de santé francilien
<b>M. P</b>	Directeur des affaires financières	Etablissement public psychiatrique francilien
<b>Dr F</b>	Médecin DIM	GHU appartenant à l'APHP

<b>Mme. P</b>	Chargée du pilotage financier des établissements de santé	ARS
---------------	---	-----

## ANNEXE 3 : Grille d'entretien

### **Préambule :**

- Présentation du thème du mémoire et des objectifs de l'entretien
- Présentation de l'interlocuteur : quel parcours et quel rôle au sein de l'établissement ?

### **Les acteurs :**

- Comment est perçu le DIM par les professionnels de santé ?
- Quel rôle joue le DIM dans votre établissement ?
- Qui vous semble le mieux à même de remonter l'information médico-économique ?

### **La réforme du financement en psychiatrie :**

- Pouvez-vous décrire l'historique de cette réforme ?
- Connaissez-vous le projet de réforme tel qu'il sera mis en place en 2023 ? La réforme est-elle bien comprise par les acteurs selon vous ?
- Quelle réaction des professionnels de santé face à la réforme du financement en psychiatrie et notamment de l'intégration d'une part dotation à la file active ?
- Comment est perçue l'obligation de remontée de l'activité et de codage des actes ?
- Quelle différence entre le secteur de psychiatrie et MCO dans la mise en place de cette réforme ? Pourquoi l'intégration d'une dotation à la file active a-t-elle été retardée en psychiatrie alors que la T2A existe depuis plusieurs années en MCO ?
- Hors financier, quel impact pour les patients de la mauvaise qualité du recueil de l'information médicale ?
- Avez-vous pu noter des effets positifs à la réforme du financement ? Quelles sont les opportunités offertes par cette réforme ?

### **Difficultés rencontrées et freins à la réforme :**

- Quels sont selon vous les freins à la mise en place de cette réforme et notamment à la bonne remontée de l'information médicale ?
- L'accompagnement de la direction/des instances étatiques a-t-il été suffisant pour une bonne application de cette réforme ?

### **Propositions :**

- Quelles actions avez-vous mis en place suite à l'annonce de la réforme ? Comment accompagner cette réforme au mieux selon vous et fédérer les acteurs ?

- Qui a porté cette réforme au sein de l'établissement ?
- Quelles actions avez-vous entreprises ? Que vous reste-t-il à mettre en place ?
- Comment pensez-vous que les difficultés notées puissent être dépassées ? De quoi avez-vous besoins pour cela ?
- Quels acteurs auraient plus de légitimité à intervenir selon vous ? Par quels leviers ?
- Quels logiciels informatiques utilisez-vous ?
- Comment pensez-vous que la direction puisse accompagner la mise en place de cette réforme ?
- Quel impact de cette réforme à long terme sur les activités ? Comment bénéficier de cette réforme ?

# ANNEXE 4 : Simulation des recettes post-réforme du financement en psychiatrie – FHF et ARS Ile –de-France

Région	Secteur	FINES 2	Fiche établissement Raison sociale	Catégorie d'établissement	Type de secteur	Recettes historique	donc DAF UMD	donc DAF UHSA	Dotacion populationnelle Dontop définitive	Recettes hors dotacion populationnelle et DFA	Autres compartiments de modèle de financement	Recettes liées au scénario (D)	Reettes théoriques - scénario (D)	Esant (D) recettes historiques - recettes théoriques - scénario (D)	Esant (D) recettes historiques - recettes théoriques - scénario (D)
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	2 008 862	1820124			107113	450231	2177523	188666	844		844
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	34 423 051	27 769 855			1035 981	530257	35 508 332	1075 342	316		316
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	18 616 263	17 816 263			106	18 616 263	17 816 263	106	0		0
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	1 880 528	1 500 528			380	1 880 528	1 500 528	380	0		0
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	13 775 673	11 100 728			2 674 945	2 674 945	14 308 880	532 877	326		326
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	2 066 961	2 066 961			0	2 066 961	2 066 961	0	0		0
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	18 740 002	15 114 239			3 625 763	3 625 763	17 365 733	1544 590	822		822
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	21 033 058	17 056 512			3 976 546	3 976 546	21 033 058	1143 817	216		216
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	2 060 694	1 660 378			394 316	394 316	2 411 256	350 812	1706		1706
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	474 034	382 303			91 731	91 731	504 763	30 723	626		626
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	669 427	539 885			129 542	129 542	729 673	51 246	77		77
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	5 325 027	4 450 372			874 655	874 655	15 685 980	239 427	172		172
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	1 515 250	1 170 250			345 000	345 000	1 860 250	160 250	10		10
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	42 044 277	114 554 637			72 510 360	72 510 360	140 245 334	1 755 944	1326		1326
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	1 950 402	1 258 446			691 956	691 956	1820 509	260 107	1674		1674
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	32 703 000	26 374 589			6 328 411	6 328 411	34 407 744	1 704 744	522		522
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	145 440 728	117 598 254			27 842 474	27 842 474	145 440 728	863 705	026		026
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	40 632 250	32 769 463			7 862 787	7 862 787	40 632 250	5 895	026		026
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	84 871 360	66 447 764			18 423 596	18 423 596	10 914 379	983 249	124		124
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	2 023 816	1 632 894			390 922	390 922	2 208 485	184 693	916		916
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	810 005	653 905			156 100	156 100	966 800	167 795	2074		2074
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	15 250 000	12 500 000			2 750 000	2 750 000	15 250 000	161 074	026		026
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	25 012 655	20 173 233			4 839 422	4 839 422	24 852 381	955 287	11664		11664
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	6 232 378	6 639 377			406 999	406 999	9 167 685	955 287	11664		11664
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	36 301 588	29 760 701			6 540 887	6 540 887	6 390 816	38 193 121	1217 533		1217 533
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	1 104 793	891 003			213 790	213 790	1 177 462	72 669	686		686
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	4 550 000	3 550 000			1 000 000	1 000 000	4 250 000	635 247	172		172
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	41 539 463	33 544 644			7 994 819	7 994 819	42 268 710	635 247	172		172
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	3 358 913	2 707 311			651 602	651 602	3 248 244	108 669	322		322
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	3 358 913	3 358 913			0	0	3 358 913	3 843	026		026
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	6 698 363	5 698 363			1 000 000	1 000 000	2 679 732	132 545	226		226
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	2 337 519	1 877 117			460 402	460 402	2 995 501	658 082	2832		2832
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	75 230 777	60 721 135			14 509 642	14 509 642	78 452 760	1 811 372	1526		1526
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	3 598 023	2 692 090			895 933	895 933	3 954 104	388 075	1026		1026
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	5 175 533	3 950 430			1 225 103	1 225 103	1 738 604	454 845	502		502
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	7 150 433	5 925 433			1 225 000	1 225 000	5 925 433	454 845	502		502
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	9 840 327	7 774 871			2 065 456	2 065 456	10 369 036	728 769	786		786
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	23 316 048	18 803 375			4 512 673	4 512 673	24 458 045	1 82 397	516		516
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	4 659 951	3 759 116			900 835	900 835	5 401 677	741 626	1526		1526
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	4 694 445	3 788 016			906 429	906 429	5 050 058	401 591	886		886
Ile-de-France	DAF		ESPIC ou autre E non	entierement	123 269 066	81 175 236			42 093 830	42 093 830	124 346 949	1 078 883	026		026
Ile-de-France	DAF		CH	entierement	6 820 000	6 820 000			0	0	6 820 000	14 308 880	026		026



ANNEXE 5 : Extrait du plan d'action relatif à la préparation de la réforme du financement en psychiatrie (CASH de Nanterre – EPS Roger Prévot)

<b>Action</b>	<b>Mise en place</b>	<b>Fin</b>	<b>Acteurs impliqués</b>
<b>Validation des FINESS de l'établissement</b>	Janvier 2022	Mars 2022	DIM - DAF
<b>Recensement des structures FICOM-FICUM</b>	Janvier 2022	Février 2022	DIM - DSIH
<b>Réalisation des composantes supplémentaires (FICHcomp transport)</b>	Février 2022	En cours	DIM- Direction de la logistique
<b>Transmission des listes séjours aux cadres et chefs de pôles en vue d'apporter les corrections sur les supports de recueil RPS-RAA</b>	Mars 2022	Mars 2022	DIM – Cadres et chefs de pôle - DAF
<b>Formations consignes de codage RPS/RAA</b>	Avril 2022	Juin 2022	DIM – DSIH – DAF – soignants et praticiens
<b>Etat des lieux de la génération du RIMP 2022</b>	Avril 2022	Avril 2022	DIM - DSIH
<b>Reprise de l'activité RIMP T2 2022 pour corrections des variables</b>	Juin 2022	Juillet 2022	DIM - DSI

<b>Contrôles qualité pertinence des informations consignées par les soignants et les médecin</b>	Mensuels 2022	Mensuels 2022	DIM
<b>COFIL réguliers</b>	Mensuels 2022	Mensuels 2022	DIM – DSIH – bureau des entrées – secrétariats médicaux - DAF
<b>Communications en instances (CME/CSIRMT/...)</b>	Bimestriel 2022	Bimestriel 2022	DAF – représentants des médecins/soignants

LION-DAGOUAT	Garance	<Date du jury>
<b>Elève directeur d'hôpital</b> Promotion 2021-2022		
<b>Le recueil de l'information médico-économique en psychiatrie : accompagner la réforme du financement</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La réforme du financement de l'activité en psychiatrie issue du décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021 rompt avec le régime de la dotation annuelle de financement (DAF) en prévoyant une répartition des ressources fondée sur une dotation populationnelle (78%), une dotation file active (15%) et des financements supplémentaires liés à l'innovation des prises en charge et la qualité (7%).</p> <p>Si cette réforme semble être porteuse de changements bénéfiques pour le secteur de la psychiatrie, elle reste cependant complexe à mettre en œuvre pour les établissements, et implique une révision de l'organisation de la remontée de l'activité. Les établissements peu habitués à mettre en œuvre le codage de l'activité se voient en effet dans l'obligation de travailler leur circuit tant administratif que médical de remontée de la production d'actes, afin de ne pas voir leurs financements réduits.</p> <p>L'exemple du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger Prévot a montré les difficultés rencontrées par certains établissements dans la préparation à la mise en place de cette réforme. Celles-ci ne pourront être résolues que par un travail en concertation et coopération avec tous les acteurs concernés (DIM, contrôle de gestion, DSI, bureau des entrées, ...), et un accompagnement des professionnels de santé couplé à une réflexion autour des activités et prises en charge menées par les services de l'établissement.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  réforme du financement de l'activité en psychiatrie – codage de l'activité – circuit administratif – information médico-économique</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		