



EHESP

Élèves directeurs d'hôpital

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

**Réforme du financement de la
psychiatrie : les établissements
publics de santé mentale au défi du
changement ?**

Antoine ALARY

Remerciements

Mes remerciements s'adressent d'abord à l'ensemble des professionnels de mon établissement de stage. Leur souci de mettre en commun toute la diversité de leurs compétences au service d'un engagement sans faille pour les patients a constitué une source d'enthousiasme dans tous mes travaux.

Je resterai profondément inspiré par la bienveillance, l'expertise fine et l'approche collaborative du directoire. Je remercie tout particulièrement le directeur, Daniel JANCOURT, qui a accepté d'être mon maître de stage. Il m'a fait confiance pour mener une grande diversité de missions avec une large autonomie, tout en étant disponible et de précieux conseil. Il a ainsi créé les conditions d'un stage à la fois passionnant et formateur. J'adresse également mes remerciements appuyés aux directeurs adjoints, Anita ARTEMOVA, Daniel CHICHE, Virginie DEGRANGE et Tiphaine TONNELIER, pour leur accueil chaleureux et leur implication marquée dans ma formation. Ce mémoire doit beaucoup à la confiance et à la hauteur de vue d'Anita ARTEMOVA, avec qui j'ai travaillé en étroite collaboration sur la réforme du financement de la psychiatrie.

Un grand merci aux équipes pédagogiques de l'EHESP qui ont préparé avec ambition ma promotion à rejoindre la profession de directeur d'hôpital. Je veux ici remercier très chaleureusement Anne-Laure NOZAHIC-PÉAN, qui a été à la fois ma professeure de finances hospitalières et ma tutrice : ce mémoire doit tant à ses encouragements, sa pédagogie, ses conseils et sa finesse d'analyse ! Je remercie aussi Paula CRISTOFALO pour sa disponibilité et son remarquable investissement dans la préparation au mémoire.

Je tiens également à remercier sincèrement l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre du travail d'enquête – Anita ARTEMOVA, Marion BAZIN, Jihane BENDAIRA, Rémi BOURY, Jean-Yves CHASTENET, Virginie DAUVERGNE, Bruno GALLET, Gaël LELOUP, Sophie MALO, François MONTAGNE, Samuel REZÉ-VIRFOLET, Aurélien SOURDILLE, Victor VACHER et Noël VANDERSTOCK. Leur soutien et la richesse des points de vue qu'ils m'ont partagés témoignent non seulement de leur grande expertise, mais encore de leur solidarité avec les élèves directeurs d'hôpital.

Enfin, je remercie du fond du cœur mon conjoint Charles, mes parents, mes grands-parents, mon frère, ma sœur, ma meilleure amie Hortense, mes chères Estelle et Doria, ma famille et mes amis, pour leurs relectures et surtout leur soutien indéfectible tout au long du parcours exigeant emprunté pour rejoindre, bientôt, le corps des directeurs d'hôpital.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
1 LES AMBITIONS NÉCESSAIREMENT LIMITÉES DE LA RÉFORME.....	9
1.1 Une logique incrémentale et une priorité donnée à l'équité du modèle de financement, au détriment des ambitions de transformation du secteur de la psychiatrie.....	9
1.1.1 Une réforme prudente, ou le choix d'une logique incrémentale	9
1.1.2 Un objectif prioritaire d'équité	11
1.1.3 Les garanties de stabilité données aux EPSM	12
1.2 Le maintien à titre secondaire d'incitations à faire évoluer l'offre de soins et les pratiques	17
1.2.1 Des incitations à la dynamisation de l'activité, au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, aux interventions précoces, à l'innovation et la recherche et aux démarches de qualité.....	17
1.2.2 Des modalités pratiques qui limitent la portée des incitations affichées.....	21
2 VERS UNE FAIBLE PROPENSION DES EPSM À S'APPUYER SUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT POUR RÉORIENTER LEUR OFFRE DE SOINS	25
2.1 Une appropriation difficile de la réforme par les directions et communautés médico-soignantes	25
2.1.1 Une réforme jugée peu lisible et faiblement incitative par les directions des établissements	25
2.1.2 Une communauté médico-soignante dont l'engagement dans la réforme est loin d'être assuré.....	27
2.2 Les faibles perspectives de recomposition de l'offre de soins des EPSM avec la réforme	29
2.2.1 Une approche conservatrice.....	29
2.2.2 Une logique essentiellement quantitative : dynamiser ou à défaut maintenir l'activité	30
2.2.3 Une contribution incertaine aux objectifs de désinstitutionnalisation, d'intervention précoce et d'innovation.....	31
3 UN DÉFI À RELEVER : L'ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS ET PRATIQUES INTERNES AUX ÉTABLISSEMENTS	35
3.1 La nécessité d'une « rationalisation douce » des organisations et pratiques pour s'adapter à la réforme.....	35

3.1.1	La réforme comme levier d'exhaustivité et de qualité du codage	35
3.1.2	La réforme comme levier d'efficience	37
3.1.3	La réforme comme levier de qualité des soins	39
3.2	Conduire le changement avec la communauté médico-soignante	40
3.2.1	Impliquer la communauté médico-soignante dans les changements internes rendus nécessaires par la réforme.....	40
3.2.2	Pour un dialogue de gestion médicalisé.....	45
	Encadré : Se doter des bons indicateurs à l'appui du dialogue de gestion sur la réforme	47
	Conclusion	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAP	Appel à projets
ADESM	Association des établissements du service public de santé mentale
AMA	Assistant médico-administratif
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
ANO	Anonyme
APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Association américaine de psychiatrie)
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAR	Comité consultatif d'allocation des ressources
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CNG	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CSE	Comité social d'établissement
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la Sécurité sociale
DAF	Directeur des affaires financières
DAF	Dotation annuelle de financement
DFA	Dotation relative à la file active
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
DMH	Durée moyenne d'hospitalisation
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBNL	Établissement à but non lucratif
EDGAR-X	Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion, Téléexpertise psychiatrique
EHESP	École des hautes études en santé publique

EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	Établissement public de santé
EPSM	Établissement public de santé mentale
ETPRM	Équivalents temps plein rémunérés moyens
FHF	Fédération hospitalière de France
FIOP	Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie
FIR	Fonds d'intervention régionale
GAJA	Grands adolescents et jeunes adultes
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
HdJ	Hôpital de jour
HLS	Hors lieu de soin
HPE	Hospitalisation potentiellement évitable
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IME	Institut médico-éducatif
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LIEPP	Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques
LNA	Lieu non attendu
M€	Million d'euros
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
OVALIDE	Outil de validation des données des établissements de santé
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i> (Planifier, Développer/mettre en œuvre, Contrôler, Agir/ajuster)
PH	Praticien hospitalier
PLFSS	Projet de loi de financement de Sécurité sociale
PM	Personnels médicaux
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	Personnels non-médicaux
RIM-P	Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie
RPS	Réhabilitation psychosociale
RTC	Retraitement comptable
SAU	Service d'accueil des urgences

SDI	Schéma directeur immobilier
SI	Système d'information
SLAC	Sens du travail, Lien social, Activité, Confort
SMART	<i>Specific, Measurable, Acceptable, Achievable and Ambitious, Realistic and Relevant, Time-bound</i> (spécifique, mesurable, acceptable, atteignable et ambitieux, réaliste et pertinent, temporalisé)
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
TIM	Technicien d'information médicale
TMCD	Taux de marge sur coûts discrétionnaires
UF	Unité fonctionnelle
UMD	Unité pour malades difficiles
VAD	Visite à domicile
VAP	Valorisation de l'activité en psychiatrie

Introduction

Selon la *Task Force* « Réforme du financement du système de santé » dirigée par Jean-Marc AUBERT (2019), « les modalités de financement, via les ressources qu'elles permettent de consacrer à un patient donné et le signal qu'elles adressent aux différents professionnels du système de santé, sont un puissant moteur pour permettre des évolutions des comportements et des organisations » (p. 6). En première lecture, les réformes du financement seraient donc synonymes d'incitation au changement pour les acteurs de la santé. La notion de « signal » invite toutefois à formuler l'hypothèse que la réalité des évolutions dépendra non seulement de la force et de la qualité des incitations données, mais encore de leur perception et de leur appropriation par leurs destinataires. Cette hypothèse est applicable à la réforme du financement de la psychiatrie.

La réforme du financement de la psychiatrie

La « réforme du financement de la psychiatrie » désigne communément l'évolution des modalités de financement des activités de psychiatrie des établissements de santé par l'assurance maladie. Ces activités relèvent de trois natures de prise en charge : - l'hospitalisation à temps complet, catégorie qui englobe par exemple l'hospitalisation à temps plein et les séjours thérapeutiques ; - l'hospitalisation à temps partiel, dont l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit ; - les soins ambulatoires, réalisés le plus souvent dans les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2021, l'entrée en vigueur de la réforme a été reportée au 1^{er} janvier 2022 en raison du contexte de crise de la Covid-19¹. La mise en œuvre est en outre progressive, avec un dispositif de sécurisation des financements sur les premières années. Cette sécurisation est totale sur le périmètre de la réforme en 2022, puis partielle de 2023 à 2025.

Fortement critiqué – et même qualifié d'« archaïque » (Association des établissements du service public de santé mentale – ADESM, 2017 : p. 2), l'ancien modèle de financement est ainsi abandonné. Ce régime de financement était dual. D'une part, les établissements publics de santé (EPS) et la majorité des établissements à but non lucratif (EBNL) étaient financés par le biais d'une enveloppe fermée, la dotation annuelle de

¹ Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

financement (DAF). D'autre part, les cliniques privées à but commercial et une minorité d'EBNL étaient financés par le biais de prix de journée, encadrés par un objectif quantifié national (OQN).

Inspirés notamment par le rapport de la *Task force* « financement » remis en 2019 (Sourdille, 2023), les principes du nouveau modèle de financement ont été posés par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) du 24 décembre 2019 et le décret du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie. Le premier de ces principes est la mise en place d'un cadre de financement partagé par l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie. Un nouvel objectif annuel de dépenses d'assurance maladie spécifiquement dédié aux activités hospitalières de psychiatrie et commun à tous les établissements de santé publics et privés est ainsi créé. En écho à la multiplicité des enjeux, et conformément aux conclusions de la *Task force* « financement » (2019), cet objectif est décomposé entre plusieurs compartiments, également distingués dans les montants attribués aux établissements.

Ces compartiments prennent la forme de dotations, au nombre de huit, qui soulignent des impacts attendus du changement de modèle. La dotation populationnelle et la dotation relative à la file active (DFA) constituent les deux dotations principales. La première porte un objectif de prise en considération des besoins de santé des territoires et donc d'une répartition équitable des financements, sur la base de critères démographiques, sociaux, sanitaires et relatifs à l'offre de soins et médico-sociale. La DFA, quant à elle, valorise les dynamiques d'activité des établissements. Quatre dotations portent un message de soutien à la transformation du secteur : - la dotation relative aux activités spécifiques nationales, qui permet de flécher des financements sur les activités de recours extrarégionales ; - la dotation d'accompagnement à la transformation, support des aides à l'investissement et des aides ponctuelles des Agences régionales de santé (ARS) ; - la dotation relative aux nouvelles activités, axée sur l'innovation ; - la dotation pour la structuration de la recherche. Enfin, deux dotations marquent la dimension qualitative de la réforme : la dotation relative à l'amélioration de la qualité, communément appelée Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), et la dotation relative à la qualité du codage. Les financements au titre de ces huit enveloppes n'excluent pas des versements complémentaires aux établissements au titre des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et/ou du Fonds d'intervention régionale (FIR).

Les poids relatifs des différentes dotations dans le nouveau modèle de financement sont caractérisés par la prédominance de la dotation populationnelle et de la DFA, dans des proportions néanmoins inverses entre établissements ex-DAF (près de 80% du

financement issu de la dotation populationnelle, contre moins de 15% pour la DFA) et ex-OQN. En miroir, le poids relatif des six autres dotations est réduit (7% du financement). Ces proportions sont susceptibles de varier selon les caractéristiques des établissements. L'annexe n°1 schématise les poids relatifs des huit dotations dans le financement des activités de psychiatrie des établissements de santé.

De l'intention des auteurs de la réforme à la réponse des opérateurs

Les établissements de santé ont pu prendre connaissance de la déclinaison concrète de la réforme au cours du premier quadrimestre de l'année 2023, et ainsi se projeter et affiner leurs stratégies éventuelles d'adaptation. Leur visibilité sur la réforme a été améliorée par un décret et quatre arrêtés en date du 31 décembre 2022 qui ont modifié les critères de répartition de la dotation populationnelle entre régions et surtout établi leur pondération, donné des orientations pour la répartition infrarégionale de la dotation populationnelle, listé les activités spécifiques nationales, défini les indicateurs retenus au titre de l'IFAQ et précisé les modalités de la période dite « transitoire » de sécurisation des financements. Puis un arrêté du 30 mars 2023 est venu définir les critères de décompte et de pondération de la file active des établissements, ainsi que les critères retenus pour l'enveloppe relative à la qualité du codage. Enfin et surtout, les notifications dites « à blanc » adressées aux établissements par les ARS courant avril 2023 les ont informés des montants qui leur auraient été versés en application des paramètres de la réforme en 2022. Ces notifications fondent le calcul des montants complémentaires versés aux établissements « gagnants » avec la réforme au titre de l'année 2022.

Désormais, le travail de recherche peut donc pleinement prendre en compte le point de vue des établissements en sus de celui de leurs tutelles, ou en d'autres termes s'intéresser au signal reçu autant qu'au signal émis. Cette approche permet de vérifier la réalité des incitations, qui peuvent être positives ou négatives et, au regard du contenu de la réforme, afférentes à l'offre de soins comme aux fonctionnements internes. La recherche doit pleinement prendre en compte le contexte de la « crise de psychiatrie », accentuée par la pandémie de Covid-19 et encore soulignée par le meurtre d'une infirmière au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims par un ancien patient en psychiatrie en mai 2023. Le mémoire démontrera d'ailleurs que ladite crise fonde une certaine prudence de la réforme et limite la pension des établissements à s'adapter aux incitations données.

La question de l'incitation au changement issue de la réforme est particulièrement peu évidente s'agissant des établissements publics de santé mentale (EPSM)². Certes, par leur monodisciplinarité, ces derniers sont concernés au premier chef par la réforme. De plus, le changement de paradigme introduit par la DFA est plus marqué pour les EPSM que pour les établissements spécialisés ex-OQN, qui connaissaient déjà une forme de financement liée à l'activité à travers le prix de journée, ou que pour les établissements pluridisciplinaires, qui peuvent capitaliser sur l'expérience de la tarification à l'activité (T2A). Dans le même temps, la part majoritaire de dotation populationnelle dans le financement semble conforter les EPSM, en ce qu'elle est en cohérence avec le principe de responsabilité territoriale au fondement de la sectorisation (Juan et Rosa, 2021).

Dès lors, **la réforme du financement de la psychiatrie incite-t-elle les EPSM au changement ?** Plus précisément, la réforme porte-t-elle des incitations significatives pour les EPSM, s'agissant de leur offre de soins et/ou de leurs fonctionnements internes ? Le cas échéant, comment ces incitations sont-elles perçues ? Et concrètement, les EPSM sont-ils en capacité de conduire les éventuels changements souhaités ?

Les ambitions de la réforme du financement de la psychiatrie sont mesurées par nécessité (1). Les EPSM ne devraient d'ailleurs s'appuyer que de façon limitée sur cette réforme pour réorienter leur offre de soins (2). En revanche, ils doivent certainement relever le défi d'une évolution de leurs organisations et pratiques internes pour s'adapter à la réforme (3).

² La notion d'EPSM n'a pas de base juridique, la catégorie des hôpitaux spécialisés ayant disparu avec la loi du 31 juillet 1991 (Lopez et Turan-Pelletier, 2017). Elle est ici utilisée pour désigner les 92 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie en 2020 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES, 2022), bien que certains d'entre eux portent encore la dénomination de Centre hospitalier spécialisé (CHS).

Méthodologie

Revue des textes juridiques et de la littérature

Pour une évaluation rigoureuse des incitations sous-jacentes à la réforme, le travail de recherche s'est d'abord fondé sur une étude approfondie des textes juridiques. Le Code de la Sécurité sociale (CSS), tel que modifié dans sa partie législative par les LFSS pour 2020 et 2021, et dans sa partie réglementaire par les décrets n°2021-1255 du 29 septembre 2021, n°2021-1613 du 9 décembre 2021 et n°2022-1775 du 31 décembre 2022, a constitué une source primaire. Pour appréhender les modalités précises de la réforme, son analyse a été complétée avec celle des arrêtés du 31 décembre 2022 et du 30 mars 2023, mais aussi du droit dit « souple », en particulier des instructions du ministère de la Santé et de la Prévention adressées aux directeurs généraux des ARS.

En dehors des textes juridiques, le mémoire s'appuie sur une bibliographie variée. L'étude des notes et rapports ayant contribué à l'élaboration de la réforme (notamment : Véran, 2017 ; Lopez et Turan-Pelletier, 2017 ; ADESM, 2017 ; *Task Force* « Réforme du financement du système de santé », 2019 ; Wonner, 2019) a permis de mieux en cerner les objectifs. La lecture de la presse professionnelle (*Revue hospitalière de France, Finances hospitalières, Gestions hospitalières, APMnews*), de revues juridiques et scientifiques (*Revue de droit sanitaire et social, L'Information psychiatrique, Perspectives Psy, etc.*) et de travaux de recherche (dont : Bertillot, 2015 ; Tartour, 2021 ; *American Psychiatric Association*³ – APA, 2022) a non seulement permis une prise de recul sur les enjeux de la réforme, mais encore une première approche des points de vue des acteurs de l'hôpital. Le présent mémoire a également vocation à prolonger celui de Victor VACHER sur la perception de la réforme du financement de la psychiatrie par les acteurs, soutenu à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en 2022. La bibliographie est aussi marquée par le recours aux sciences humaines et sociales pour analyser les positionnements et décisions des acteurs – parmi les références théoriques utilisées figurent le modèle de l'incrémentalisme et le dilemme du prisonnier. L'ouvrage *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé* (2018), dirigé par Michel LOUAZEL, Alain MOURIER, Erwan OLLIVIER et Roland OLLIVIER, a permis d'opérationnaliser l'approche dans la dernière sous-partie. Enfin, eu égard à la complexité de la réforme, les travaux conduits lors des onzièmes Journées nationales de l'information médicale, du contrôle de gestion et des finances en psychiatrie ainsi que les notices de

³ Association américaine de psychiatrie.

l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont constitué un appui précieux.

Enquête de terrain

Douze entretiens – un exploratoire et onze semi-directifs – ont été conduits pour mieux cerner le point de vue et la démarche stratégique des établissements. La technique de l'entretien est en effet adaptée à l'analyse des processus – en l'espèce, la question de savoir *comment* les signaux de la réforme sont perçus par les opérateurs. Le premier entretien, de nature exploratoire, a été mené en avril 2023 avec un directeur d'hôpital en poste à la Fédération hospitalière de France (FHF), dans le but de mieux maîtriser la réforme sur le plan technique, de mieux comprendre les signaux envoyés et de préparer les entretiens suivants. Ceux-ci ont pris la forme de onze entretiens semi-directifs avec des directeurs des affaires financières (DAF) et/ou en charge du contrôle de gestion, pour un total de treize personnes interrogées – un DAF a souhaité être accompagné du responsable des affaires financières, et pour l'établissement L un binôme composé de la DAF et de la directrice déléguée au pilotage médico-économique et au contrôle de gestion a été rencontré. Le choix de rencontrer des représentants des directions en charge du dossier de la réforme du financement est apparu pertinent au regard de la dimension stratégique du dossier étudié, de la haute technicité de la réforme et d'une démarche d'information de la communauté médico-soignante encore balbutiante dans certains établissements. Ce choix n'excluait toutefois pas une certaine diversité : les personnes interrogées selon une méthode semi-directive étaient issues de douze EPSM différents (les établissements B et C étant en direction commune), de tailles variables (d'à peine plus de 80 à près de 800 lits), répartis entre huit régions et en charge de secteurs aux caractéristiques sociodémographiques très contrastées. La liste anonymisée des personnes interrogées est en annexe n°2 et la trame d'entretien semi-directif en annexe n°3.

En complément, le point de vue de la communauté médico-soignante a été directement recueilli dans le cadre d'un questionnaire-concours administré en ligne entre mars et mai 2023. Adressé aux professionnels codeurs ou potentiellement codeurs de l'établissement A (soit les personnels médicaux, les cadres et cadres supérieurs de santé, les infirmiers, les orthophonistes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux et les assistants médico-administratifs – AMA), ce questionnaire portait sur la réforme du financement et l'un de ses enjeux, le codage. Avec 80 répondants, le taux de participation a atteint près de 22%. La trame du questionnaire est en annexe n°4 et une présentation schématique de ses résultats principaux en annexe n°5.

Enfin, les activités de contrôle de gestion menées dans le cadre du stage au sein de l'établissement A (en alternance entre février 2022 et août 2023) ont été réutilisées pour enrichir l'analyse et l'asseoir sur des données chiffrées.

Limites éventuelles

Le périmètre du mémoire aurait pu être différent. Il aurait ainsi pu se concentrer sur l'établissement de déroulement du stage de direction, l'établissement A, pour une analyse très fine des incitations au changement et des préconisations encore plus ciblées. Toutefois, les pistes d'action issues du mémoire n'auraient été que partiellement répliquables, les caractéristiques de l'établissement A – relation fluide entre la direction et la communauté médico-soignante, situation financière saine, territoire d'implantation majoritairement aisé – n'étant pas neutres pour les conditions d'application de la réforme. Élargir le champ d'analyse est donc apparu nécessaire pour la production d'un mémoire utile à la communauté des directeurs d'hôpital. À l'inverse, le choix aurait pu être fait d'étendre l'étude au-delà des EPSM, en intégrant tous les établissements publics autorisés en psychiatrie, voire tous les établissements publics et privés concernés. Une étude comparative présenterait même un intérêt certain, en ce que l'expérience du passage à la T2A dans les établissements pluridisciplinaires et celle de la rémunération au prix de journée dans les établissements ex-OQN influencent vraisemblablement les approches, tout comme le caractère mono-disciplinaire ou pluridisciplinaire d'un établissement est enclin à influencer sur le niveau de priorité donné à l'adaptation à la réforme du financement de la psychiatrie. Pour autant, ces différences auraient réduit la pertinence des données recueillies au cours du stage et réutilisées dans le mémoire. Aussi, ce mémoire prend le parti-pris de la rigueur au détriment de l'exhaustivité.

Par ailleurs, si la trame des entretiens semi-directifs n'ignorait pas l'enjeu du contrôle de gestion, et a donné lieu à des échanges riches sur le sujet, il est regrettable que les personnes interviewées n'aient pas été invitées à « noter » l'importance de cet item, contrairement à ce qui a été fait pour des sujets pour certains moins essentiels.

Troisièmement, les résultats du questionnaire-concours doivent être abordés avec précaution. Si la perspective de leur utilisation dans ce mémoire a été signalée aux répondants lors de l'envoi du questionnaire, ce dernier avait d'abord une visée professionnelle : contribution à l'état des lieux du codage au sein de l'établissement A, sensibilisation avec la communication des bonnes réponses à l'issue du remplissage puis lors des conseils de pôle, reconnaissance du travail avec l'attribution de prix aux lauréats. Le questionnaire-concours ne constitue donc pas un outil de recherche orthodoxe et ses

résultats doivent être considérés comme une source d'information secondaire par rapport aux enseignements des entretiens semi-directifs.

Enfin, le mémoire montrera que la réforme du financement de la psychiatrie est progressive et évolutive. À ce titre, les conclusions présentées ici, arrêtées au 31 août 2023, devront être enrichies au fur et à mesure de l'ajustement du contenu de la réforme.

1 LES AMBITIONS NÉCESSAIREMENT LIMITÉES DE LA RÉFORME

Prudente, la réforme du financement de la psychiatrie privilégie un objectif d'équité, au détriment des ambitions de transformation du secteur (1.1). Des incitations à faire évoluer l'offre de soins et les pratiques, de portée limitée, ont néanmoins été maintenues (1.2).

1.1 Une logique incrémentale et une priorité donnée à l'équité du modèle de financement, au détriment des ambitions de transformation du secteur de la psychiatrie

1.1.1 Une réforme prudente, ou le choix d'une logique incrémentale

La réforme peut être analysée sous le prisme du modèle de l'incrémentalisme développé à partir de l'article Charles E. Lindblom « *The Science of "Muddling through"* » publié en 1959. Selon ce modèle, les politiques publiques sont le plus souvent adaptées aux besoins via une succession d'ajustements, faute de possibilité pour les décideurs d'engager des changements radicaux (Jönsson-Leclerc, 2019). L'entretien exploratoire mené avec un représentant de la FHF a confirmé que la réforme était conforme aux prédictions du modèle. Ainsi, il existerait une volonté de limiter les impacts à court terme de la réforme sur l'offre de soins et d'accompagner l'évolution des pratiques davantage que de la susciter, afin de ne pas déstabiliser le secteur. En revanche, la réforme serait conçue comme un vecteur de changements graduels sur le temps long : l'objectif serait d'introduire de nouveaux concepts et de mettre progressivement en place un modèle de financement plus efficient mais aussi plus souple, laissant au régulateur des marges d'ajustement et lui donnant les leviers nécessaires à de nouvelles inflexions à moyen terme.

Cette approche prudente montre le poids du passé. La volonté des pouvoirs publics de faire évoluer le modèle de financement de la psychiatrie était manifeste depuis la circulaire relative à l'expérimentation de la gestion de l'information médicale en psychiatrie de 1990 (Tartour, 2021). Cette volonté réformatrice s'est heurtée à l'opposition des professionnels du secteur (Tartour, 2021). Ainsi, le projet de Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en psychiatrie, associé à un projet de tarification à

l'activité, a été abandonné en 2005 sous l'effet de la mobilisation de la communauté psychiatrique – le projet de PMSI en psychiatrie a néanmoins ouvert la voie à la généralisation du recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) en 2007. Le projet de Valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) lancé en 2004, modèle de financement en quatre compartiments, dont seulement un fondé sur les coûts liés à l'activité, a à son tour été progressivement écarté du fait de l'opposition des professionnels. Ces échecs successifs signent non seulement « le refus historique des acteurs de s'inscrire dans une tarification de type T2A » (Vacher, 2022 : p. 13), mais aussi la « capacité de structuration collective des psychiatres, qui parviennent à s'organiser malgré leur éclatement doctrinal » (Tartour, 2021 : p. 329). Ces difficultés ne sont pas propres à la France : en Allemagne, la réforme du financement de la psychiatrie hospitalière entrée en vigueur en 2013 a été vivement contestée par les professionnels de terrain et a vu sa portée réduite par une nouvelle réforme entrée en vigueur en 2017 (Brunn et Clément, 2020). Dans ce contexte, selon le responsable de la FHF interrogé, l'objectif était d'abord de convaincre les acteurs de « faire la réforme », quitte à en modérer les ambitions.

La prudence de la réforme s'explique aussi par le poids du présent. Le responsable de la FHF interviewé a confirmé que le contexte de crise de la psychiatrie a influencé le choix d'une approche graduelle. Ladite crise est caractérisée par un effet-ciseau. D'une part, les besoins de soins psychiques sont croissants. Alors que 800 000 patients avaient été vus en psychiatrie au moins une fois dans l'année en 1991, ce nombre atteint 2,2 millions en 2018, soit une multiplication par près de trois (Cour des comptes, 2021). Si cette augmentation sur le temps long s'explique en partie par une amélioration du recours aux soins psychiques (Dupays et Emmanuelli, 2020), la crise de la Covid-19 a indubitablement accru les besoins. D'après la vague 36 de l'enquête nationale CoviPrev (décembre 2022), un Français sur dix aurait eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, soit plus d'un doublement du ratio par rapport à la situation pré-pandémique. La dégradation de santé psychique est particulièrement marquée chez les adolescentes et les jeunes femmes : selon la deuxième vague de l'enquête EpiCov pilotée par la DREES et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 13,4% des femmes entre 15 et 24 ans étaient concernées par un syndrome dépressif majeur en novembre 2020, contre 3,7% en 2019. D'autre part, l'offre de soins est fortement contrainte par les difficultés de recrutement et de fidélisation des psychiatres, infirmiers et travailleurs sociaux. C'est tout particulièrement vrai pour la psychiatrie publique : selon les données du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), le taux de vacance statutaire pour les praticiens hospitaliers (PH) à temps plein atteignait 31,6% au 1^{er} janvier 2021, et jusqu'à 35,5% pour les PH exerçant en psychiatrie. Cet effet-ciseau se matérialise par de fortes tensions capacitaires dans les

unités d'hospitalisation – à titre d'exemple, les taux d'occupation bruts des unités de psychiatrie générale de l'établissement A étaient compris entre 93,3% et 103% en 2022 –, un allongement des délais de prise en charge en ambulatoire – le délai d'obtention d'un premier rendez-vous médical en CMP atteint parfois trois mois (Dupays et Emmanuelli, 2020) – et une détérioration des conditions de travail. À cela s'ajoute la déstabilisation du secteur par l'accumulation des réformes, dont la réforme des autorisations issue de l'ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021 et la réforme de l'isolement-contention initiée par la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022.

1.1.2 Un objectif prioritaire d'équité

La nécessaire prudence de la réforme est associée à une priorisation des objectifs. Dans ce cadre, les paramètres de la réforme, la communication de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'entretien exploratoire mené avec un représentant de la FHF indiquent clairement qu'une priorité a été accordée à la recherche d'une plus grande équité du modèle de financement, conformément à l'orientation donnée par le premier rapport dit « Aubert » pour le financement des établissements psychiatriques (Aubert, 2018). Partant, la responsabilité de la conduite du changement incombe davantage aux administrations centrales et aux ARS qu'aux établissements.

À un premier niveau, la réforme du financement de la psychiatrie vise à mettre en place un régime commun de financement et ainsi rétablir l'équité entre les établissements anciennement sous DAF, dont les EPS et l'essentiel des EBNL, et ceux auparavant régis par le mécanisme de l'OQN, pour la plupart des cliniques privées à but lucratif. En effet, la dualité du mode de financement débouchait sur un écart de dynamique entre les deux secteurs. D'un côté, le caractère fermé de la DAF et le manque de traçabilité des crédits en son sein incitaient les pouvoirs publics à fortement freiner son évolution (Wonner, 2019). À l'inverse, le mécanisme du prix de journée utilisé pour les établissements ex-OQN était associé à des effets inflationnistes (Vioujas, 2020). Qui plus est, la forte régulation budgétaire exercée sur la DAF a incité les ARS à s'appuyer sur les établissements sous OQN pour développer l'offre de soins, conduisant à une « privatisation progressive de l'offre de soins » (Sourdille, 2023 : p. 13). Les chiffres sont éloquentes : alors que la DAF a progressé de 12,7% entre 2008 et 2018, l'augmentation de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) était de 22,9% et celle de l'OQN de 46,9% sur la période (Cour des comptes, 2021). Si l'hypothèse d'un sous-financement global de la psychiatrie ne se vérifiait pas à l'échelle du sous-objectif « établissements » de l'ONDAM, le

décrochage de la catégorie des établissements sous DAF était net (Lopez et Turan-Pelletier, 2017).

La promotion de l'équité des financements entre territoires constitue un autre enjeu majeur de la réforme. En effet, l'allocation annuelle de la DAF sur des bases historiques pérennisait de fortes inégalités entre régions, entre territoires d'une même région et entre établissements, au détriment du principe d'égal accès aux soins (Wonner, 2019). Le rapport de la *Task force* « financement » (2019) révélait par exemple un budget de la psychiatrie hospitalière par habitant supérieur de plus du tiers en Bretagne par rapport aux Pays-de-la-Loire en 2018 (annexe n°6). Dans le nouveau modèle, la mise en cohérence des enveloppes de financement et des besoins de santé de chaque territoire est l'ambition majeure assignée à la dotation populationnelle. Ainsi, cette dotation est répartie entre les régions en fonction des besoins de santé évalués sur la base de critères démographiques, sociaux, sanitaires, et tenant compte des caractéristiques de l'offre sanitaire et médico-sociale, fixés pour cinq ans par le CSS. Les enveloppes régionales sont ensuite réparties entre territoires et établissements par les ARS, également à partir d'une analyse des besoins de santé des territoires.

La réforme vise aussi à rétablir l'équité entre les établissements d'un même statut, également mise à mal par la dimension statique de la DAF dans le précédent modèle (Vioujas, 2020 ; Cour des comptes, 2023). Outre les effets attendus de la répartition de la dotation populationnelle sur des bases objectives, la DFA peut être envisagée comme un vecteur d'équité, à travers la reconnaissance des dynamiques d'activité des établissements.

À un dernier niveau, la réforme cherche à rééquilibrer l'allocation des financements entre psychiatrie de l'adulte et psychiatrie infanto-juvénile, le sous-financement de cette dernière étant historiquement plus marqué (Wonner, 2019).

1.1.3 Les garanties de stabilité données aux EPSM

1.1.3.1 Une évolution finalement limitée par rapport au précédent modèle de financement en ce qui concerne les EPSM

Tout d'abord, si la DAF disparaît, il est possible d'arguer de la persistance de sa logique pour les établissements qui en relevaient. Ainsi, la dotation populationnelle, par son poids à ce stade prédominant, devrait continuer de donner au financement une dimension

stable, voire statique. Par ailleurs, à l'instar de ce qui était observé avec la DAF, un nombre croissant de crédits de la dotation populationnelle pourraient être fléchés : d'ores et déjà, la première campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé identifie 11,45 millions d'euros (M€) au titre des activités spécifiques régionales et 18,7 M€ pour des mesures issues des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2021. La dotation relative aux activités spécifiques nationales, quant à elle, correspond à un financement forfaitaire d'activités de recours extrarégionales listées en annexe II d'un arrêté du 31 décembre 2022 (par exemple les activités de prise en charge des personnes détenues ou encore les Unités pour malades difficiles – UMD), et peut être analysée comme un levier de reconduction d'une partie de la DAF historique.

Parallèlement, la réforme acte le renoncement à l'extension de la T2A au secteur de la psychiatrie. Ce renoncement s'explique d'abord par des obstacles techniques (ADESM, 2017 ; Wonner, 2019). La corrélation entre diagnostics et coûts est ténue en psychiatrie, le diagnostic étant faiblement prédictif de la durée et de la lourdeur des soins. Qui plus est, les connaissances sur les activités et les coûts sont lacunaires en psychiatrie. Surtout, l'hypothèse d'une application de la T2A à la psychiatrie s'est heurtée à l'opposition de la communauté médicale (Gallet, 2021). Certes, la DFA sert de substitution à la T2A pour valoriser l'activité des établissements. Mais ses caractéristiques sont très différentes de celles de la T2A : il s'agit d'un financement rétrospectif dans le cadre d'une enveloppe fermée, sans lien avec les diagnostics.

La portée transformative de la réforme a également été fortement limitée par l'abandon du principe de dégressivité du financement avec la durée de séjour, initialement prévu pour certaines activités d'hospitalisation à temps complet dans une double-perspective d'efficacité et de soutien au virage ambulatoire. Cet abandon a été officialisé en octobre 2022. Il est dû à une opposition de principe d'une partie de la communauté médico-soignante, en particulier de sa composante lacanienne (Vacher, 2022), mais aussi au constat que le virage ambulatoire, déjà très avancé en psychiatrie, conduit à recentrer les unités intra-hospitalières sur la prise en charge des patients aux profils cliniques les plus lourds, avec un impact mécanique sur l'allongement des durées de séjour (ADESM, 2017 ; Vacher, 2022). L'introduction d'un critère afférent à la réduction des hospitalisations longues dans l'IFAQ marque certes la permanence de l'objectif de santé publique. Mais il est rattaché à un enjeu financier bien moindre, dans la mesure où l'IFAQ est fondée sur une pluralité d'indicateurs, et où elle représente 1% du financement dans le modèle, d'après les données du ministère de la Santé et de la Prévention transmises à la Cour des comptes (2023).

Quatrièmement, alors que les enjeux de soutien financier à la coordination territoriale avaient été soulignés à plusieurs reprises (Véran, 2017 ; Juan et Rosa, 2021), le nouveau modèle de financement n'intègre finalement pas de forfaits au parcours de soins.

Enfin, si la dimension populationnelle du financement marque une évolution, celle-ci est plutôt de nature à conforter les EPSM. En effet, du fait de la sectorisation, leur volume de soins est en principe corrélé à la population du territoire et à ses besoins.

1.1.3.2 Une réforme progressive pour des effets redistributifs limités à court terme

La réforme est marquée par le souci de « limiter les effets revenus pour les établissements » exprimé par l'exposé des motifs du projet de LFSS (PLFSS) pour 2020, manifeste d'une volonté de ne pas fragiliser davantage un secteur déjà en difficulté. Cette préoccupation se traduit par des mesures d'accompagnement financier et par un lissage dans le temps des effets de la réforme, caractéristiques de l'approche graduelle décrite par le modèle de l'incrémentalisme. Un capage des effets revenus négatifs potentiels pour certains établissements est permis par l'effort financier considérable concédé pour la psychiatrie – l'arrêté du 28 mars 2023 fixe le montant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie à 12 139,8 M€ pour 2023, contre 11 353,2 M€ pour 2022, soit une hausse de 6,9% – et par la limitation des effets revenus positifs. Les incitations au changement sous-jacentes au nouveau modèle de financement s'en trouvent limitées à court terme.

Ainsi, la redistribution des ressources est progressive et obéit à une logique de rattrapage, plutôt que de convergence. Aux termes de l'article L. 162-22-18 du CSS, la répartition de la dotation populationnelle entre les régions doit respecter l'« objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions ». Un arrêté du 31 décembre 2022 confirme qu'il n'y aura pas de régions « perdantes » : les trajectoires régionales sont calculées pour la période allant de 2022 à 2026, sur la base d'un taux d'évolution socle commun à toutes les régions, systématiquement présenté comme positif dans la communication de la DGOS, auquel s'ajoute un taux d'évolution spécifique au titre du rattrapage pluriannuel. L'ajustement de la répartition des ressources est également conçu comme progressif au niveau infrarégional : selon l'instruction du 27 février 2023 adressée aux directeurs généraux des ARS, la modélisation utilisée pour la répartition des ressources issues de la dotation populationnelle entre les établissements doit « assurer une certaine continuité dans les financements octroyés » et inscrire les redistributions de ressources entre les établissements « dans un rythme soutenable pour les structures ».

Pour les établissements « perdants » en dépit de ces mesures de lissage, un dispositif de sécurisation des financements est prévu pour la période transitoire allant de 2022 à 2025. Ce dispositif issu de l'article 2 du décret du 29 septembre 2021 (tel que modifié par le décret du 31 décembre 2022) a été explicité par l'instruction du 27 février 2023. Pour l'année 2022, la sécurisation est complète : le financement est au moins égal aux recettes de l'année précédente, auquel s'ajoute un « montant complémentaire » pour les établissements « gagnants » d'après l'application à blanc du modèle. Pour les années 2023 à 2025, la sécurisation prend pour référence les sommes versées sur l'exercice précédent (« montant complémentaire » inclus) et porte sur le champ des deux dotations principales, la dotation populationnelle et la DFA, soit environ 93% du financement. En conséquence de cette sécurisation très puissante, les éventuelles redistributions de recettes ne portent, pour l'essentiel, que sur les moyens financiers supplémentaires globalement alloués à la psychiatrie hospitalière.

1.1.3.3 Une mise en œuvre régionalisée et concertée

La mise en œuvre de la réforme du financement est pour une partie significative renvoyée à l'échelon régional. Conformément à l'article R. 162-31-6 du CSS, les ARS assument en particulier la responsabilité de la répartition infrarégionale de la dotation la plus importante pour les établissements ex-DAF, à savoir la dotation populationnelle. Elles voient ainsi leur mission de planification de l'offre confortée. Dans ce cadre, les ARS déterminent les éventuelles activités spécifiques régionales faisant l'objet d'un financement fléché, en sus d'une liste minimale donnée par l'instruction du 27 février 2023. Le CSS ouvre aussi la possibilité aux ARS de ponctionner la dotation populationnelle régionale en vue de mettre en place une enveloppe de contractualisation avec les établissements, dans la limite de 2% des crédits. Les ARS définissent ensuite une maille géographique (par exemple le département pour l'ARS d'Île-de-France) et des critères régionaux pour la répartition des crédits restants entre territoires. Ces critères régionaux tiennent obligatoirement compte de la population (avec une survalorisation des mineurs) et du taux de pauvreté, et peuvent s'appuyer une liste indicative de critères en annexe d'un arrêté du 31 décembre 2022. Les Agences décident enfin de la distribution des enveloppes territoriales entre les établissements.

En dehors de la dotation populationnelle, les ARS interviennent directement sur trois enveloppes. La première est la dotation d'accompagnement à la transformation, à la main des ARS. La deuxième est la dotation relative aux nouvelles activités, distribuées sur la base d'appels à projets (AAP) nationaux mais aussi, possiblement à partir de 2024,

régionaux. La troisième est la dotation pour la structuration de la recherche, dont une instruction en date du 30 mars 2023 précise qu'elle est en principe distribuée par les ARS sur la base d'appels à manifestation d'intérêt (AMI).

Cette mise en œuvre régionalisée donne lieu à une intense concertation. Celle-ci est organisée dans le cadre de la section chargée des activités de psychiatrie du Comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR), institué auprès de chaque ARS par le décret du 25 février 2021. Ladite section est composée de cinq à dix « représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés » et de deux « représentants des associations d'usagers et de représentants des familles » (article R. 162-29-2 du CSS). Elle est obligatoirement consultée pour avis s'agissant de l'identification des activités spécifiques régionales, de la détermination du niveau et des modalités de distribution de l'enveloppe de contractualisation régionale, de la définition de la maille géographique territoriale et des critères retenus pour la répartition infrarégionale de la dotation populationnelle, et enfin du contenu des AAP régionaux.

L'organisation du dialogue à l'échelon régional permet une concertation très large des acteurs, dont découle une autre garantie de stabilité pour les établissements. Parmi les douze établissements étudiés dans le cadre des entretiens semi-directifs, dix étaient représentés au CCAR ou dans l'un de ses sous-groupes (un onzième bénéficiant de la participation d'un établissement de son Groupement hospitalier de territoire – GHT). En application du cadre d'analyse de l'incrémentalisme, il est possible de formuler l'hypothèse que cette très large participation des acteurs à la prise de décision est révélatrice d'une recherche de compromis et contribue à orienter la réforme vers des ajustements à faible potentiel de conflictualité (Jönsson-Leclerc, 2019). Afin de limiter les transferts pendant la période transitoire (2022-2025), la majorité des ARS a de fait opté pour une distribution infrarégionale de tout ou partie de la dotation populationnelle au *pro rata* des bases historiques dans le cadre de l'application à blanc du modèle sur l'année 2022 (de Faverges, 2023 ; Lespez et Richard, 2023).

1.2 Le maintien à titre secondaire d'incitations à faire évoluer l'offre de soins et les pratiques

1.2.1 Des incitations à la dynamisation de l'activité, au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, aux interventions précoces, à l'innovation et la recherche et aux démarches de qualité

Malgré la prudence de la réforme et sa focalisation sur l'enjeu d'équité des financements, des incitations au renouvellement de l'offre de soins et à l'amélioration des pratiques demeurent affichées. Cette ambition se retrouve d'ailleurs dans l'exposé des motifs du PLFSS pour 2020, qui indique que les « nouvelles modalités de financement auront également pour objectif d'inciter les établissements de santé mentale à s'inscrire dans des démarches de qualité et de favoriser l'introduction et la diffusion de traitements et modes de prises en charge innovants ». Les incitations données aux établissements de santé en général, et aux EPSM en particulier, peuvent être regroupées en cinq grandes catégories.

1.2.1.1 L'encouragement au développement de l'activité

Le nouveau modèle vise à soutenir le développement de l'activité des établissements, par contraste avec l'incitation au *statu quo* liée au financement des secteurs public et privé non-lucratif par le biais d'enveloppes globales fermées avant la réforme (Cour des comptes, 2023). Cette ambition repose sur la nouvelle DFA (Sourdille, 2021). En effet, la DFA mesure davantage l'activité en tant que telle que la file active, dans la mesure où son calcul est essentiellement fondé sur le nombre de journées d'accueil concernant les activités d'hospitalisation complète ou partielle, et des paliers de nombre d'actes associés à chaque patient concernant les activités ambulatoires. En pratique, la file active est décomptée sur la base de « pondérations » (pouvant être assimilées à des points). Les pondérations totales relatives des établissements constituent la clef de répartition d'une enveloppe fermée nationale. La DFA intègre en sus les versements au titre des suppléments transports déclarés.

Les grilles de pondération ont été fixées par l'arrêté du 30 mars 2023 (annexe n°7). Elles sont distinctes selon que le patient soit majeur ou mineur. Les pondérations journalières utilisées pour l'hospitalisation à temps complet ou partiel distinguent en outre les natures et modalités de prises en charge – par exemple l'hospitalisation à temps plein, les séjours thérapeutiques, l'hospitalisation de jour ou encore l'hospitalisation de nuit. En

revanche, les grilles de pondération utilisées pour l'ambulatoire agrègent de façon indistincte les actes « E » (Entretien), « G » (Groupe) et « A » (Accompagnement)⁴ pour déterminer le seuil d'activité et donc la pondération forfaitaire associés à chaque patient. L'arrêté du 30 mars 2023 prévoit également des majorations et des suppléments de pondération (annexe n°7).

1.2.1.2 Les incitations au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

L'accélération du virage ambulatoire – dans son acception large utilisée en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), c'est-à-dire incluant le recours accru à l'hospitalisation à temps partiel – est un objectif fort de la réforme, issu de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » de 2018 (Vioujas, 2020). Outre un objectif d'efficience, le virage ambulatoire en psychiatrie est lié à la stratégie de désinstitutionnalisation, justifiée par la promotion de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques et le constat d'un effet iatrogène de l'hospitalisation. Cette incitation doit renforcer une tendance lourde de l'évolution de l'offre de soins EPSM, issue de la mise en place de la sectorisation depuis la circulaire du 15 mars 1960. Elle marque en revanche une rupture pour le secteur ex-OQN, dans la mesure où le modèle du prix de journée encourageait le prolongement des durées de séjour (*Task Force* « Réforme du financement du système de santé », 2019 ; Wonner, 2019 ; Vioujas, 2020 ; Sourdille, 2023). Ainsi l'étude d'impact du PLFSS pour 2020 pointait-elle une durée moyenne de séjour (DMS) supérieure de dix jours dans le secteur privé par rapport au secteur public, malgré le profil clinique en moyenne moins lourd des patients.

L'accomplissement de cet objectif d'accélération du virage ambulatoire repose d'abord sur la DFA, qui en revalorisant l'activité ambulatoire donnerait aux établissements « une ligne claire en matière d'évolution des prises en charge » (Sourdille, 2023 : p. 13). Techniquement, selon le responsable de la FHF interrogé et le directeur des finances, du contrôle de gestion et des admissions de l'établissement J, très impliqué dans les travaux de l'ADESM, l'incitation prend la forme d'une légère distorsion des pondérations attribuées aux activités ambulatoires et d'hospitalisation de jour à destination des patients adultes, de l'ordre de +5% au regard des coûts relatifs des différentes modalités de prise en charge. La mise en relation, par nature et modalité de prise en charge, des recettes de DFA et des coûts complets issu de la campagne de retraitement comptable (RTC) de 2021 sur le périmètre des EPSM d'Île-de-France (annexe n°9) confirme plutôt cette incitation. Ainsi,

⁴ Soit les actes de la grille EDGAR-X (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion, téléexpertise psychiatrique) accomplis en présence du patient.

pour ce qui est de l'hospitalisation à temps plein (hors 18-25 ans), les taux de couverture des coûts complets liés aux hospitalisations sont légèrement inférieurs à 15%, soit à la part de référence de la DFA dans le nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie des EPS. Les taux de couverture sur le versant ambulatoire suivent en revanche une courbe de tendance linéaire croissante avec le nombre d'actes par patient qui évolue au-dessus du seuil de 15% dès le quatrième palier d'activité en psychiatrie de l'adulte.

L'incitation à la poursuite du virage ambulatoire découle également de la survalorisation par la DFA des prises en charge intensives et des interventions hors lieu de soin de l'établissement (HLS). En effet, les programmes d'intervention ambulatoire intensive et les équipes mobiles de crise sont clairement identifiés par la littérature scientifique comme un facteur de réduction des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) (APA, 2022). L'encouragement à l'intensification des prises en charge en ambulatoire prend deux formes dans les grilles issues de l'arrêté du 30 mars 2023. Premièrement, la pondération forfaitaire associée à chaque patient en ambulatoire augmente tendanciellement de façon un peu plus que proportionnelle au nombre d'actes (annexe n°8). Deuxièmement, un supplément à la pondération forfaitaire de base pour prise en charge intensive, déclenché par un nombre d'actes ambulatoires sur une durée limitée et avec au moins deux intervenants, peut être attribué une fois par an par patient. Il est notable qu'un supplément similaire avait déjà été introduit pour la psychiatrie hospitalière allemande en 2013 (Brunn et Clément, 2020). S'agissant des interventions HLS, un supplément de pondération est également prévu.

Si le principe d'une dégressivité de la rémunération des hospitalisations complètes par la DFA avec la durée de séjour est à ce stade écarté, un signal demeure émis avec l'introduction d'un critère relatif aux hospitalisations longues dans l'IFAQ. Le respect de ce critère est vérifié au moyen d'un indicateur raffiné. Appliqué à la file active annuelle, il compare le taux observé de patients ayant au moins une hospitalisation de longue durée (égale ou supérieure à 90 jours) parmi les patients adultes hospitalisés à temps plein en soins libres avec un taux attendu tenant compte des caractéristiques des patients, de l'établissement et du territoire.

1.2.1.3 Un nouveau modèle plus favorable aux interventions précoces

S'il est moins central dans la communication de la DGOS, le soutien financier accru à l'hospitalisation des 18-25 ans n'en constitue pas moins l'une des incitations les plus remarquables contenues dans le nouveau modèle. Pour les établissements ex-DAF, l'arrêté du 30 mars 2023 prévoit l'application de coefficients multiplicateurs de 2,309 à la

pondération journalière associée à l'hospitalisation à temps plein et de 2,106 à celle associée à l'hospitalisation de jour en cas de séjour d'un jeune adulte, sous réserve d'une identification de l'établissement pas l'ARS. Il en découle d'excellents taux de couverture des coûts complets par les recettes de DFA s'agissant des séjours à temps plein et des hospitalisations de jour des 18-25 ans : respectivement 27% en soins libres et 21% pour les EPSM d'Île-de-France (annexe n°9). L'effort constaté va donc au-delà de la simple reconnaissance des coûts et fait en réalité écho aux enjeux de santé publique significatifs sur la tranche d'âge. L'âge de début des troubles psychotiques comme des troubles de l'humeur se situe généralement entre 15 et 25 ans, avec un pic autour de 20 ans (Solmi, Radua, Olivola *et al.*, 2021). Or, en cas de psychose émergente, il est aujourd'hui bien démontré que la détection et l'intervention précoces contribuent fortement à l'amélioration du pronostic (Caubel et Lecardeur, 2023).

La réforme crée aussi un cadre stratégique plus favorable au développement des activités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les simulations du ministère de la Santé et de la Prévention transmises en juillet 2021 ont montré que les établissements avec une activité de psychiatrie infanto-juvénile étaient davantage « gagnants » avec la réforme que les établissements intervenant exclusivement en psychiatrie de l'adulte (Cour des comptes, 2023). Avec cette inflexion, la réforme apporte une réponse aux alertes de l'IGAS (2017) et du rapport Wonner (2019) sur la crise de la pédopsychiatrie.

1.2.1.4 Le soutien à l'innovation et à la recherche

La réforme du financement de la psychiatrie porte un objectif de soutien à l'innovation, avec une enveloppe dédiée, la dotation relative aux nouvelles activités. Celle-ci est distribuée sur la base d'AAP nationaux – dont la reprise du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) en 2022 et 2023 – et régionaux. La réforme doit ainsi remédier au constat d'une diffusion insuffisante des innovations en santé mentale, en raison du frein que constituait la rigidité de la DAF pour les EPS et les EBNL (Wonner, 2019 ; Sourdille, 2021).

La dotation pour la structuration de la recherche est centrée sur l'animation territoriale de la recherche. Si le montant de cette enveloppe est relativement faible (5 M€ en 2023 au niveau national), elle s'additionne aux crédits relatifs aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)⁵. Cet aspect de la réforme traduit une inquiétude sur la faiblesse de la recherche en santé mentale en France – le rapport « Wonner » pointe ainsi que seulement « 4% du budget public de la recherche

⁵ Composante des crédits MIGAC.

médicale est alloué à la recherche psychiatrique, contre 7% en Grande-Bretagne et 16% aux Etats-Unis » (Wonner, 2019 : pp. 14-15).

1.2.1.5 La dimension qualitative de la réforme

Au-delà de l'offre de soins, la réforme porte aussi des ambitions d'amélioration des pratiques. Pour preuve, la LFSS pour 2020 a modifié l'article L. 162-23-15 du CSS afin d'étendre le dispositif de l'IFAQ au champ de la psychiatrie. Pour déterminer le montant de la dotation versée à chaque établissement, six indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont retenus au titre de l'année 2022. Trois indicateurs transverses ont respectivement trait au niveau de certification qualité de l'établissement, à la qualité de la lettre de liaison à la sortie et à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur somatique. Deux indicateurs somatiques de la Haute autorité de santé (HAS) sont aussi utilisés, l'un relatif à l'évaluation cardio-vasculaire et métabolique des patients adultes, l'autre au repérage et à l'aide à l'arrêt des addictions. Le sixième critère est l'indicateur afférent aux hospitalisations longues élaboré par l'ATIH.

En complément, la réforme met en place une dotation relative à la qualité du codage, d'un montant de 20 M€ en 2022. Les quatre indicateurs retenus pour la distribution de l'enveloppe sont centrés sur les fondamentaux du RIM-P. Il s'agit : - du taux de chaînage, c'est-à-dire de la part de patients avec au moins un numéro anonyme (ANO) valide (issu du matricule de Sécurité sociale, de la date de naissance et du sexe) ; - du taux de renseignement d'un diagnostic principal valide ; - du taux de présence d'un code postal valide ; - de la vérification qu'il n'y a pas plus d'une venue ou de deux demi-venues codées par date pour les patients hospitalisés à temps partiel.

1.2.2 Des modalités pratiques qui limitent la portée des incitations affichées

1.2.2.1 Le faible impact financier des incitations affichées

Le rôle des incitations associées à la DFA doit être nuancé pour les établissements ex-DAF, dont les EPSM, au regard du poids modéré de cette dotation dans leur financement (pourcentage de référence de 15%). Cette proportion modeste découle de la concertation avec les fédérations d'établissements nationales sur les poids relatifs de la dotation populationnelle et de la DFA, qui peuvent différer entre le secteur ex-DAF et le secteur ex-OQN, conformément à une possibilité ouverte par l'article R. 162-31-1 du CSS. Pour répondre aux attentes de continuité, la part de la DFA est maximisée pour le secteur ex-

OQN, alors que son poids dans le financement des établissements ex-DAF est au niveau plancher prévu par la réglementation⁶.

De surcroît, bien que mise en avant dans le discours du ministère de la Santé et de la Prévention (Cour des comptes, 2023), la réalité financière de l'encouragement du virage ambulatoire (au sens MCO) par la DFA mérite d'être interrogée. En CMP et en CATTP, il existe au sein de chaque palier d'activité par patient des volumes d'actes pour lesquels le taux de couverture des coûts complets tels que restitués par la campagne de RTC de 2021 pour les EPSM d'Île-de-France est inférieur à 15% (annexe n°9). La revalorisation des prises en charge intensives en ambulatoire est par ailleurs limitée. La courbe de tendance linéaire de la pondération forfaitaire par patient divisée par le nombre d'actes n'est que faiblement croissante avec le nombre d'actes, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et cette croissance n'est due qu'à la forte valorisation du dernier palier d'activité (annexe n°8). Surtout, le rôle des suppléments pour prise en charge intensive est extrêmement réduit : selon les données transmises par l'ATIH (retraitées), ils représentent 0,09% des montants notifiés au titre de la DFA aux EPS de la région Île-de-France pour l'année 2022 (annexe n°10). Ce pourcentage décevant est d'abord dû à des critères restrictifs⁷, ensuite à une faible valeur unitaire des suppléments, notamment pour les patients adultes. De même, les suppléments au titre des interventions HLS n'ont guère été à l'origine que de 0,46% des montant notifiés (annexe n°10), du fait d'une faible valorisation⁸. Enfin, l'incitation au développement de l'hospitalisation partielle n'est pas vérifiée au regard des coûts engagés : les coûts complets afférents des EPSM d'Île-de-France (RTC de 2021) ne sont couverts qu'à hauteur de 10 à 11% par la DFA (hors 18-25 ans), selon les données disponibles en annexe n°9. En écho à ces constats, la FHF appelle d'ailleurs à rendre les grilles de la DFA plus incitatives au développement de l'activité ambulatoire et de l'hospitalisation de jour (Lespez et Richard, 2023). Ce travail est néanmoins difficile à conduire, compte tenu de la connaissance parcellaire des coûts en psychiatrie.

⁶ En 2023, 15% de l'ensemble composé par la dotation populationnelle et la DFA, comme précisé par la circulaire du 6 juin 2023 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé – soit environ 14% du financement total des activités de psychiatrie des établissements ex-DAF par l'assurance maladie, hors FIR et MIGAC. Le mémoire retient néanmoins le repère d'une part de 15% pour la DFA dans le financement total, conformément à la communication du ministère de la Santé et de la Prévention (Coone, Fages et Ruiz, 2022 ; Cour des comptes, 2023).

⁷ Aux termes de l'arrêté du 30 mars 2023, la prise en charge intensive d'un patient en ambulatoire est définie par 15 actes E, G ou A « mobilisant au moins deux intervenants dans une période maximale de 21 jours consécutifs », au maximum une fois par an par patient.

⁸ « Le supplément hors lieu de soin correspond au coefficient de 20% multiplié par la part d'activité hors lieux de soins multiplié par la pondération forfaitaire associée à la prise en charge ambulatoire qui s'applique au patient. Ce résultat s'ajoute à la pondération forfaitaire associée à la prise en charge en ambulatoire. » (Arrêté du 30 mars 2023)

Le niveau et les modalités des incitations financières à l'innovation font également l'objet de critiques. La dotation populationnelle étant par nature peu adaptée au financement des activités de recours et innovantes, une ponction au titre des activités spécifiques régionales et des dotations dédiées aux activités spécifiques nationales, aux nouvelles activités et à la structuration de la recherche sont certes prévues. Toutefois, il existe des risques de redondances entre ces dispositifs, le contenu de la liste minimale des activités spécifiques régionales dressée par l'instruction du 27 février 2023 est hétérogène et le poids des enveloppes complémentaires est jugé trop limité (de Faverges, 2023). La part de la dotation relative aux nouvelles activités ne s'élève ainsi qu'à 1% du total du financement par l'assurance maladie des activités de psychiatrie des EPSM (annexe n°1). De plus, la réforme de la psychiatrie ne résout pas les difficultés d'accès des patients des EPSM à des traitements onéreux, en raison du mode de financement par enveloppes fermées. Un collectif de professionnels de santé et d'acteurs de terrain appelle d'ailleurs à la création d'une liste en sus pour la psychiatrie, sur le modèle des soins médicaux et de réadaptation (SMR), dans une tribune publiée dans *Le Monde* en juillet 2023.

Le poids des enveloppes dédiées à la qualité dans le nouveau financement des activités de psychiatrie des établissements publics est aussi limité. Selon les données du ministère de la Santé et de la Prévention transmises à la Cour des comptes (2023), la part de l'IFAQ ne devrait pas dépasser 1% en 2023, soit un niveau inférieur à celui initialement annoncé, et celle de l'enveloppe pour la qualité du codage se situerait au niveau résiduel de 0,2% la même année. S'agissant de l'IFAQ, il est à noter qu'elle est, au titre de 2022, répartie entre établissements à hauteur des trois septièmes au *pro rata* de leur « valorisation économique » (arrêté du 31 décembre 2022), dans le cadre des dispositifs de sécurisation adoptés dans le sillage de la crise de la Covid-19. Cette « valorisation économique » est définie par les recettes d'assurance maladie sur le champ de la psychiatrie. Ainsi, près de la moitié des montants versés au titre de l'IFAQ est à ce jour déconnectée de la qualité des soins.

1.2.2.2 Des « effets de bord » en décalage avec les messages de la réforme

La logique hautement compétitive issue de la réforme constitue un premier « effet de bord » venant brouiller son message. En première analyse, une mise en compétition des établissements découle mécaniquement de la DFA, de par son caractère fermé : pour préserver ses ressources, l'enjeu pour un établissement n'est pas tant de développer son activité, que de voir son activité évoluer plus favorablement que celle des autres établissements. Une analyse plus poussée montre qu'un effet de compétition inattendu et potentiellement plus fort pourrait être issu de la dotation populationnelle : si la répartition des crédits entre territoires infrarégionaux par les ARS s'appuie sur des critères

Antoine ALARY - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2023

sociodémographiques et sanitaires, il est à ce stade prévu que la clef de passage des territoires aux établissements soit à terme la « contribution à la prise en charge » des patients du territoire par les établissements, telle que modélisée par l'ATIH sur la base du nombre de journées et d'actes. Les établissements de santé seraient donc rémunérés deux fois à l'activité dans le cadre d'enveloppes fermées, une fois au titre de la DFA, et une seconde fois au titre de la dotation populationnelle. Cette solution, si elle a le mérite de garantir une certaine continuité des financements et de tenir compte du manque de visibilité sur les variables sociodémographiques prédictives du recours aux soins en psychiatrie, est en rupture avec la philosophie de la réforme. La FHF recommande d'ailleurs d'atténuer ce biais en retenant un critère de file active plutôt que d'activité pure pour répartir les crédits de dotation populationnelle à l'échelon infra-territorial (Lespez et Richard, 2023). À ces éléments s'ajoute l'incertitude quant à la fongibilité des crédits entre le secteur ex-DAF et le secteur ex-OQN : si la DFA est bien divisée en deux enveloppes distinctes à l'échelle nationale, la segmentation éventuelle de la dotation populationnelle relève de la responsabilité des ARS.

Un autre « effet de bord » est issu du modèle de paliers d'activité défini par l'arrêté du 30 mars 2023 pour l'allocation d'une pondération forfaitaire par patient suivi en ambulatoire (annexe n°7). Pour sécuriser un bon niveau de couverture de leurs coûts par la DFA, les établissements ne sont pas tant incités à intensifier leurs prises en charge ou à rationaliser leurs coûts, qu'à viser 1, 3, 7, 13, 25, 37 ou 53 acte(s) E, G ou A par patient dans l'année (taux de couverture des coûts complets par la DFA compris entre 16 et 28% pour les EPSM d'Île-de-France), plutôt que 2, 6, 12, 24, 36 ou 52 (taux de couverture compris entre 10 et 12%) – annexe n°9. Il existe un risque que cette incitation vraisemblablement déconnectée des enjeux de santé publique conduise à prodiguer des soins non pertinents (Welnarz, 2020).

* * *

Nécessairement prudente et porteuse de garanties de continuité, la réforme vise toutefois à amener les EPSM à opérer des changements graduels, dans le sens d'une dynamisation de l'offre de soins, réorientée vers des prises en charges plus ambulatoires, plus précoces et plus innovantes, et de pratiques plus qualitatives. En première analyse, ces signaux pourraient être brouillés par la faiblesse financière des incitations, et quelques « effets de bord ». L'enquête de terrain répond à cette question de la perception et de l'appropriation des signaux par leurs destinataires.

2 VERS UNE FAIBLE PROPENSION DES EPSM À S'APPUYER SUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT POUR RÉORIENTER LEUR OFFRE DE SOINS

Difficile d'appropriation par les directions et communautés médico-soignantes (2.1), la réforme pourrait ne déboucher que sur une évolution limitée de l'offre de soins des EPSM (2.2).

2.1 Une appropriation difficile de la réforme par les directions et communautés médico-soignantes

2.1.1 Une réforme jugée peu lisible et faiblement incitative par les directions des établissements

Dans l'ensemble, le panel de directeurs fonctionnels interrogés juge la réforme peu incitative sur le plan stratégique. Certes, certains nuancent ce constat : en particulier, les représentants des établissements F et J soulignent la nécessité pour les établissements de bien anticiper l'ampleur des transferts financiers, et le DAF de l'établissement E pointe la perspective d'une « conformation des pratiques » aux attentes des tutelles par le biais de l'enveloppe de contractualisation et des six « petites » dotations. Mais les entretiens ont tous fait ressortir des obstacles à une adaptation des stratégies d'établissement à la réforme, amenant une directrice interrogée à déclarer que « la réforme est à ce stade opérante en termes de réorientation de l'offre de soins »⁹.

En premier lieu, dix entretiens sur onze ont souligné que la réforme était d'appropriation difficile du fait de sa haute technicité – parfois sévèrement jugée : la réforme a pu être qualifiée de « floue », d'« illisible pour les acteurs », de « tellement technique », d'« extrêmement opaque », d'« usine à gaz », d'une « complexité incroyable », un directeur estimant même, plus prosaïquement, que « personne n'y pige rien ». Les propos des représentants des centres hospitaliers (CH) A et D marquent un contraste entre des objectifs selon eux clairs et louables, et une déclinaison complexe grevant l'intelligibilité de la réforme pour les acteurs. Lors de quatre entretiens, les directeurs interrogés ont fait part

⁹ En contrepartie de la grande liberté de ton des directeurs interrogés, les propos les plus tranchés ne sont pas reliés à leurs auteurs.

de leur incompréhension des montants notifiés à blanc en avril 2023. En complément des entretiens, une enquête d'*APMnews* auprès de représentants de la FHF et de l'ADESM a mis en relief le sentiment d'un manque de précisions et de pédagogie sur la déclinaison territoriale de la réforme, avec un « effet boîte noire » (Lespez et Richard, 2023).

La réforme perd également en lisibilité du fait de la perception d'un décalage entre ses objectifs et son contenu, exprimée au cours de six entretiens sur onze. Les représentants des EPSM B/C, D, H, J, K et L estiment ainsi que l'incitation au virage ambulatoire issue de la DFA n'est pas à la hauteur des annonces – le directeur des finances de l'établissement H confie qu'il s'attendait « à un impact plus lourd ». Les directrices de l'établissement L ajoutent que le discours selon lequel il n'y aurait « que des gagnants » grâce au mécanisme de rattrapage sur la période 2022-2026 ne se vérifie pas dans les faits, compte tenu de l'inflation, mais aussi des lourdes pertes qui s'annoncent pour certains établissements à moyen terme au regard des notifications à blanc. Au total, le directeur des affaires financières (DAF) des CH B et C n'est « pas sûr que dans son contenu la réforme serve les objectifs qu'elle affirme ».

Ensuite, les personnels de direction interviewés décrivent à la quasi-unanimité – et spontanément au regard de la grille d'entretien (annexe n°3) – la faible pertinence du seul prisme financier pour définir la stratégie de leurs établissements, *a fortiori* dans le contexte actuel. Il est rappelé, notamment par les directeurs en charge des finances des établissements A, B, C, D et G, que les projets stratégiques doivent partir des besoins de santé des populations, plutôt que de considérations budgétaires. Ainsi, dans l'établissement D, « le projet stratégique, on ne l'a pas fait au regard de la réforme, on ne l'a pas fait pour gagner de l'argent ». Les représentants des EPSM F, G et H indiquent que la priorité dans le contexte de crise de la psychiatrie va aux politiques d'attractivité et de fidélisation des personnels, notamment médicaux – qui conditionnent d'ailleurs la capacité des établissements à répondre aux incitations au développement de l'activité.

Quatrièmement, les directeurs interrogés considèrent que les incitations sous-jacentes au nouveau modèle de financement ne reviennent pour l'essentiel qu'à valider certaines orientations déjà prises – « on est plutôt sur la poursuite des actions mises en place » selon la directrice des finances de l'établissement I. Ce serait notamment vrai pour l'encouragement du virage ambulatoire. Les représentants des hôpitaux A, E, F, K et L rappellent que ce virage est déjà ancien, voire achevé, en psychiatrie – la directrice des finances de l'établissement K remarque que « la situation de la psychiatrie n'est pas comparable à celle de la chirurgie pour laquelle le virage ambulatoire n'était pas pris » au moment de l'introduction de la T2A. La poursuite du virage ambulatoire dans les EPSM B

et D serait avant tout motivée par les fermetures de lits rendues nécessaires par la crise des recrutements. De même, les directrices issues des CH A et L estiment que l'IFAQ va dans le sens des démarches qualité déjà en place, pour lesquelles le levier déterminant serait plutôt la certification délivrée par la HAS. Certains directeurs fonctionnels – notamment ceux des établissements A, H, J et K – voient néanmoins dans le contenu de la réforme une source potentielle d'arguments pour asseoir des projets déjà prévus par ailleurs. Les directeurs des finances des hôpitaux H et K citent par exemple le développement des équipes mobiles assurant des prises en charge intensives. De même, les représentants des établissements H et J valorisent l'effet signal de l'indicateur IFAQ relatif aux hospitalisations de longue durée.

Parallèlement, certains directeurs fonctionnels s'interrogent sur des points aveugles de la réforme au regard des impératifs de leurs établissements. La directrice des finances de l'établissement A rappelle ainsi l'absence de forfaits au parcours de soins. Surtout, dans le contexte de dégradation des indicateurs de santé mentale dans le sillage de la pandémie de Covid-19, qui contribue à l'engorgement des services d'accueil des urgences (SAU), les représentants des établissements H, I et L soulignent la difficulté à ce stade posée par l'absence de dispositif explicite de financement des activités d'urgence. Les responsables de l'établissement L relèvent également l'absence d'incitation à l'accueil non programmé en CMP, de nature à prévenir certains passages aux urgences – bien qu'une telle incitation nécessiterait une adaptation préalable du RIM-P.

Enfin, certains directeurs indiquent que le caractère très progressif de la réforme affaiblit la portée de ses incitations, évoquant par exemple une « semi-urgence ». Ce point est toutefois sérieusement nuancé par le DAF de l'établissement E, pour qui « la concurrence entre les établissements commence dès maintenant » et celui de l'établissement G, qui rappelle qu'en MCO, beaucoup d'établissements ont fait l'erreur de se préparer trop tardivement à la mise en place de la T2A.

2.1.2 Une communauté médico-soignante dont l'engagement dans la réforme est loin d'être assuré

Une éventuelle stratégie de réponse aux incitations les plus visibles de la réforme ne peut être conçue qu'avec l'appui de la communauté médico-soignante, comme l'illustrent les enjeux du codage de l'activité en vue de sa valorisation, du raccourcissement des DMS ou encore du développement des visites à domicile (VAD).

Or, cet appui n'est pas acquis. Le risque d'opposition d'une partie des professionnels, qui a participé de l'échec des tentatives précédentes de réforme (Tartour, 2021), est à nouveau sensible. Ainsi, le Docteur Bertrand WELNIARZ, chef de pôle en pédopsychiatrie, critique dans un article de *Perspectives Psy* publié en 2020 la réforme au titre de sa complexité, de ses effets potentiellement inégalitaires, du risque de « course à la rentabilité » lié aux ressemblances perçues entre DFA et T2A, de l'incitation à des soins non pertinents et du rôle majeur donné au codage. Il souhaite la « bienvenue dans le XXI^e siècle, le monde des apparences et des faux semblants, où il sera plus important d'avoir coché la bonne case que d'avoir soulagé son patient si on veut que les soins soient financés » (Welniarz, 2020 : pp. 300 à 302). Le risque d'un positionnement hostile à la réforme des communautés médico-soignantes se vérifie nettement dans sept des douze EPSM étudiés, selon les entretiens menés. D'après l'un des directeurs des finances concernés, « les psychiatres n'attendent qu'une chose, c'est de pouvoir dire qu'ils ne veulent pas y aller et arrêter le codage ». Parmi les facteurs majorant le risque de blocage, figureraient l'aversion au changement perçue de la communauté psychiatrique, mais aussi la dégradation des conditions de travail due aux vacances de poste et rendant « inentendable » un discours de nature financière. Dans deux autres établissements, les responsables interrogés ne perçoivent pas d'opposition, mais soulignent un sentiment de résignation et des craintes sur la pérennité des moyens financiers au sein de la communauté médico-soignante. L'un des deux DAF concernés indique recevoir « beaucoup de questions de la communauté médicale, qui est inquiète des incidences de la réforme ».

Même au sein de l'établissement A, caractérisé par un dialogue fluide, ouvert et constructif entre la direction et la communauté médico-soignante, et une démarche de sensibilisation bien engagée, une certaine distance des professionnels à la réforme a pu être mesurée à l'occasion du questionnaire-concours sur la réforme du financement et le codage du printemps 2023 (annexes n°4 et 5). Le taux de participation, de près de 22% sur la cible des professionnels codeurs ou potentiellement codeurs, peut être considéré comme élevé au regard de l'objet de l'enquête. Il recouvre toutefois des taux hétérogènes selon les catégories professionnelles, avec une participation en retrait des psychologues (10,4%). Par ailleurs, les principes de la réforme ne sont que partiellement connus des professionnels, comme le montrent les résultats sur l'item dédié du questionnaire. Certes, la totalité des personnels médicaux (PM) et 95% des personnels non-médicaux (PNM) répondants valident la bonne réponse détaillant la mise en place des huit enveloppes¹⁰. En revanche, seuls 40% des PM et 37% des PNM participants savent que la réforme harmonise les modalités de financement des établissements de santé publics et privés. Par

¹⁰ Cette bonne réponse était en partie induite par sa précision. En effet, le questionnaire-concours avait une visée informative, par l'accès de chaque répondant au corrigé.

ailleurs, 28% des PNM répondants, soit près d'un sur trois, pensent que la réforme orchestre le passage de la psychiatrie à la T2A.

2.2 Les faibles perspectives de recomposition de l'offre de soins des EPSM avec la réforme

2.2.1 Une approche conservatrice

Les établissements sont enclins à adopter une approche conservatrice face aux inconnues de la réforme. Les incertitudes sont en effet nombreuses : la logique de rattrapage des régions historiquement sous-dotées pourrait laisser la place à une logique de convergence à partir de 2027 (Vacher, 2022), la majorité des ARS a transitoirement opté pour un mode de répartition infrarégionale de la dotation populationnelle au *pro rata* des bases historiques en 2022 (de Faverges, 2023 ; Lespez et Richard, 2023), le calcul de la DFA est jugé complexe, les avis des directeurs interrogés sur l'hypothèse d'un enrichissement des critères de l'enveloppe pour la qualité du codage divergent et le contenu des futurs AAP dans le cadre de la dotation aux nouvelles activités est difficile à anticiper. Dans ce contexte, les représentants des hôpitaux D et I attendent une vision plus claire de la réforme pour affiner leurs plans d'action. Surtout, faute de maîtrise sur les autres compartiments, une priorité est donnée à l'identification et la sécurisation du financement des activités spécifiques nationales et régionales existantes, qui font l'objet d'un financement forfaitaire. Le groupe de travail du GHT A-B-C (qui regroupe les établissements A, B et C) y voit le premier enjeu de préparation à la réforme. De même, le DAF de l'EPSM E érige la sanctuarisation financière des activités spécifiques au rang d'enjeu-clef, aux côtés de la dynamisation de l'activité. Autre exemple, la directrice des finances de l'établissement psychiatrique K identifie un enjeu fort de maintien du financement de son centre de ressources de réhabilitation psychosociale (RPS) en tant qu'activité spécifique régionale.

La tentation des établissements de sécuriser une part maximale de leur financement par la reconnaissance d'activités spécifiques régionales est une illustration du « dilemme du prisonnier » formalisé par le mathématicien Albert W. TUCKER en 1950. L'identification des activités spécifiques régionales par les ARS résulte pour une large part de la négociation, dans la mesure où l'instruction du 27 février 2023 en donne une définition

sujette à plusieurs interprétations¹¹, où elle ne fixe qu'une liste minimale, et où les CCAR sont consultés. Dans ce cadre, « tous les établissements ont cette même tentation » de chercher à faire reconnaître le plus grand nombre possible d'activités spécifiques régionales, selon les propos de la DAF de l'établissement L, membre de la section psychiatrie d'un CCAR. Cette dynamique aboutirait toutefois à une trop forte ponction sur la dotation populationnelle, au détriment de l'équité et de la portée transformative du modèle – en termes économiques, à un équilibre de Nash en-deçà de l'optimum (ARTE, 2021). Conscients de ce risque, le directeur des finances de l'EPSM H et la DAF de l'établissement L défendent une régulation forte de la reconnaissance des activités spécifiques à financement forfaitaire. Toutefois, les logiques de coopération n'apparaissent comme pertinentes pour les acteurs que dans le cas d'un dilemme du prisonnier itéré (ARTE, 2021). Or, l'enjeu de reconnaissance des activités spécifiques régionales préexistantes à la réforme s'apparente davantage à un jeu à un seul tour. Dès lors, en l'absence d'un cadrage juridique plus fort¹², il est probable qu'un nombre trop élevé d'activités spécifiques régionales soit reconnu sous la pression des établissements.

2.2.2 Une logique essentiellement quantitative : dynamiser ou à défaut maintenir l'activité

Davantage qu'une incitation à réorienter l'offre de soins de leurs établissements, les directeurs fonctionnels interrogés perçoivent très fortement un enjeu d'activité. Pour le DAF des établissements B et C, « il faut bien voir que la réforme a quand même une dimension très quantitative ». Au sein du panel, la note moyenne donnée à l'importance, sur le plan financier, du niveau d'activité pour les années à venir s'élève ainsi à 8,1/10. Tous les responsables interviewés perçoivent l'enjeu – la note la plus basse atteint 6/10, donnée par les représentantes des EPSM A et I (compte tenu d'une dynamique d'ores et déjà favorable) et celui de l'établissement D (au regard de l'absence de concurrence sur son territoire). La note de 10/10 a été donnée lors de quatre entretiens. Parmi les directeurs fonctionnels ayant attribué la note maximale, le DAF de l'hôpital G indique toutefois que l'enjeu pour son établissement est de maintenir l'activité plutôt que de la développer, au regard de difficultés de recrutement particulièrement aiguës sur son territoire.

Cet enjeu d'activité est d'abord relié à la DFA, dont le rôle dans le financement pourrait être rehaussé selon l'établissement L. Les directeurs fonctionnels des EPSM A et

¹¹ Sur la base de l'instruction, les activités spécifiques régionales peuvent être définies comme des activités de recours de niveau régional ou infrarégional, ne pouvant être financées sur la base d'une approche populationnelle stricte ou de la DFA.

¹² Hypothèse signalée par le DAF des établissements B et C.

J soulignent aussi le rôle de l'activité dans les modalités prévues de répartition infra-territoriale de la dotation populationnelle. La représentante de l'établissement A note qu'au regard des paramètres du modèle, l'accomplissement des objectifs d'activité dépend à la fois de l'augmentation des files actives et de l'intensification des prises en charge.

Compte tenu du caractère fermé des enveloppes, certains établissements sont amenés à apprécier leur activité par comparaison avec celle des autres – en clair, s'inscrivent dans une logique de parts de marché, parfois à regret et toujours dans la volonté de la concilier avec des préoccupations de santé publique. La directrice des finances de l'EPS A rappelle ainsi qu'eu égard à ses « effets de bord », « le nouveau modèle obéit à une logique davantage compétitive que coopérative ». L'EPS A d'ailleurs mesuré sa part de marché sur chaque segment d'activité, sur la base de la consommation de soins des habitants de ses secteurs adultes et inter-secteurs infanto-juvéniles, telle que retracée par ScanSanté (ATIH). Les représentants des CH E, K et L partagent cette vision – pour le DAF de l'EPSM E, « la réforme va mettre énormément de concurrence entre les établissements », et pour la DAF de l'établissement L, « l'objectif n'est pas tant de faire plus, que de faire plus que le voisin ». Le directeur des finances de l'établissement H s'inquiète quant à lui de la marge de progression du secteur privé. Le directeur des finances des CH B et C relativise toutefois ces enjeux de compétition, du fait des taux d'occupation nets spontanément au plafond, de la sectorisation et du profil distinct des patients accueillis dans le secteur privé. Celui de l'EPSM H estime que l'émulation issue de la DFA sera de toute façon grevée par les difficultés de recrutement.

2.2.3 Une contribution incertaine aux objectifs de désinstitutionnalisation, d'intervention précoce et d'innovation

2.2.3.1 Des jugements contrastés sur l'incitation financière au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

Bien qu'il s'agisse de l'un des objectifs affichés de la réforme, le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein ne fait pas l'objet d'une forte priorisation sur le plan financier par le panel de directeurs fonctionnels interrogés. Invités à noter sur 10 points l'importance de chaque enjeu financier dans les années à venir, les responsables interrogés attribuent une note moyenne de 6,5 au développement des prises en charge en ambulatoire, de 6,3 à l'intensification des interventions en ambulatoire et de 6,2 à l'accroissement du recours à l'hospitalisation partielle. Dans le détail, la réalité de l'incitation

financière au développement des prises en charge ambulatoires et en hospitalisation à temps partiel fait l'objet d'avis contrastés, sans qu'ils soient nécessairement contradictoires.

Une première série d'arguments plaide pour un recours accru aux alternatives à l'hospitalisation conventionnelle sous l'effet de la réforme. Ce message politique majeur de la réforme est bien perçu : « la réforme pousse à de l'activité ambulatoire plus prégnante » pour le DAF de l'établissement D, « on va vers plus d'ambulatoire » d'après la directrice des finances du CH I, « la tendance est à l'ambulatoire » selon le DAF de l'EPSM G. Ce dernier perçoit bien que l'approche attendue des établissements est de « sortir les patients d'hospitalisation [à temps plein] et de les prendre en charge en ambulatoire de façon intensive ». De surcroît, les représentants des établissements H et J envisagent un renforcement de l'incitation financière associée aux alternatives à l'hospitalisation à temps complet dans les années à venir, y compris dans le cadre de la répartition infra-territoriale de la dotation populationnelle selon le directeur des finances de l'établissement J. Les responsables issus des établissements A et J font aussi le lien avec l'enjeu global de développement de l'activité, dans la mesure où l'activité ambulatoire et d'hospitalisation à temps partiel de leurs établissements n'a toujours pas retrouvé son niveau pré-Covid-19. De fait, il existe un net enjeu de redressement de l'activité d'hospitalisation partielle des CHS, qui a fortement chuté avec la crise de la Covid-19 (-33,4% entre 2019 et 2021 selon les données de l'ATIH accessibles via ScanSanté). Par ailleurs, la position quasi-monopolistique des EPSM sur l'activité ambulatoire des hôpitaux, du fait de la sectorisation, n'exclut pas des marges de progrès par un meilleur accès aux soins et une plus forte intensité des prises en charge.

Cependant, les propos recueillis lors des entretiens incitent à relativiser l'importance donnée au signal en faveur d'une accélération du virage ambulatoire. À titre liminaire, les marges de progrès seraient limitées compte tenu de l'ancienneté des politiques de désinstitutionnalisation en psychiatrie et des fermetures de lits décidées en raison des tensions sur les effectifs, le nombre de lits ayant même atteint un niveau incompressible au sein des CH F et K, selon leurs représentants. Sur un plan strictement financier, l'incitation au développement des prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation à temps partiel est jugée faible par les directeurs en charge des finances et du contrôle de gestion des établissements D, E, H, J, K et L. Parmi eux, le représentant de l'établissement J pointe un usage « timide » de la technique de la distorsion dans l'établissement des grilles de pondération de la DFA. Parallèlement, les hospitalisations de longue durée dites inadéquates ne seraient pas spécialement découragées. Les directeurs fonctionnels des EPSM G et H rappellent l'écart entre le projet initial de dégressivité du financement avec la durée de séjour et le rôle d'affichage politique de l'indicateur IFAQ relatif aux

hospitalisations longues. Au-delà, le DAF du CH E considère que l'effet volume l'emporte sur l'effet prix et que le niveau d'activité d'hospitalisation à temps complet demeure déterminant pour le financement, comme l'a confirmé la notification à blanc. Dans ce cadre, certains EPSM en capacité de recruter pourraient opter pour une stratégie de développement de leur offre d'hospitalisation, au regard des perspectives de reprises de parts de marché au secteur privé. Selon la FHF, le critère d'activité à ce jour prévu pour la répartition infra-territoriale de la dotation populationnelle, défini à partir du nombre de journées ou d'actes, pourrait même être constitutif d'une incitation à l'allongement de la durée des séjours (Lespez et Richard, 2023).

Il faut enfin relever les interrogations sur l'intérêt, d'un point de vue financier, à prendre en compte les bonifications prévues par la DFA au titre de deux modes d'action qui contribuent au maintien à domicile, à savoir les prises en charge intensives et les interventions HLS. Les directeurs fonctionnels qui valorisent l'importance des prises en charge intensives mettent en avant un enjeu d'activité (directrice des finances de l'EPS A) ou une anticipation d'évolution des paramètres de la réforme (directeurs des finances des hôpitaux H et J). En revanche, les grilles actuelles de la DFA ne sont pas vues comme particulièrement favorables à la densification des prises en charge. En particulier, le supplément de pondération au titre des prises en charge intensives ne jouerait qu'un rôle mineur selon les représentants des établissements E, G, J et L, du fait de conditions d'attribution fort restrictives (certains établissements n'en ayant pas du tout bénéficié dans le calcul des notifications à blanc) et d'un montant faible. Le supplément de pondération DFA pour les interventions HLS, quant à lui, est majoritairement considéré comme peu incitatif sur le plan financier. En cause, un mode de calcul jugé complexe par les représentants des établissements A et F, et des montants insuffisants au regard des coûts engagés selon les directeurs fonctionnels des établissements B/C, J et L – « on est nombreux à considérer que cela n'est pas assez » (représentant de l'établissement J).

2.2.3.2 Vers une intervention plus précoce ?

L'impact de la majoration très significative de la valorisation des séjours d'hospitalisation des 18-25 ans par la DFA sur l'orientation de l'offre de soins pourrait être ambigu. Un effet d'aubaine est probable, dans la mesure où l'enjeu de santé publique associé à l'intervention précoce en psychiatrie et la dégradation des indicateurs de santé mentale chez les jeunes pourraient suffire à inciter les EPSM à développer leur offre de soins en direction des 18-25 ans. L'exemple de l'établissement A est à cet égard significatif : son projet de mise en place d'une unité d'hospitalisation pour les grands adolescents et jeunes adultes (GAJA) a d'abord été pensé comme un prolongement de sa filière

d'intervention précoce en psychiatrie et comme une solution aux tensions capacitaires. La publication des grilles de la DFA via l'arrêté du 30 mars 2023 n'a fait que confirmer la pertinence du projet.

2.2.3.3 L'effectivité du soutien à l'innovation en question

Les directeurs fonctionnels interrogés accordent une note moyenne de 5,6/10 à l'importance financière du développement d'activités nouvelles innovantes dans les années à venir. Les notes données sont donc plutôt basses, sans être insignifiantes puisqu'elles s'échelonnent de 4 à 8. Les avis sont en fait nuancés. Le directeur de l'établissement J juge modeste la part des enveloppes favorables à l'innovation (activités spécifiques, activités nouvelles), mais souligne un progrès par rapport à l'ancien régime de la DAF. Les représentants des établissements A et D réservent leurs réponses définitives, considérant que la transparence des critères utilisés pour les AAP sera décisive pour l'effectivité du soutien à l'innovation. Le DAF de l'établissement F attire enfin l'attention sur une limite intrinsèque du modèle. En finançant les activités spécifiques sur la base de listes limitatives, le modèle pourrait selon lui amener les établissements à délaisser des activités « sur-spécifiques » ne faisant pas l'objet de financement fléché : « en clair, on incite à développer le spécifique, mais pas le sur-spécifique ». Il cite l'exemple de l'équithérapie.

* * *

Finalement, la réponse stratégique des EPSM à la réforme du financement s'annonce comme essentiellement quantitative. Les acteurs interrogés perçoivent tous l'enjeu d'activité pour la sauvegarde de leurs recettes. Cet aspect ne doit toutefois pas être surestimé : pour certains établissements confrontés à d'importantes difficultés de recrutement, il s'agira surtout de maintenir l'activité. Parallèlement, l'enquête de terrain n'a pas mis en évidence de tendance à la recomposition de l'offre de soins des EPSM sous l'effet de la réforme. Ainsi, les établissements n'ont pas manqué de relever la faiblesse des incitations financières à développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et les activités innovantes. Ils soulignent aussi une convergence entre les objectifs affichés de la réforme et les dynamiques déjà en cours, si ce n'est achevées. Par ailleurs, la complexité et les zones d'ombre de la réforme, le positionnement de la communauté médico-soignante et le contexte de crise de la psychiatrie apparaissent comme autant de facteurs de nature à justifier des approches attentistes, voire conservatrices. Il serait toutefois prématuré de conclure que la réforme du financement de la psychiatrie incite peu les EPSM au changement. D'une part, ses paramètres pourraient évoluer. D'autre part, certaines incitations sous-jacentes à la réforme portent sur les pratiques et fonctionnements internes.

3 UN DÉFI À RELEVER : L'ÉVOLUTION DES ORGANISATIONS ET PRATIQUES INTERNES AUX ÉTABLISSEMENTS

Une « rationalisation douce » des organisations est nécessaire pour s'adapter à la réforme (3.1). Pour les directions des EPSM, l'enjeu est de mener à bien ce changement en collaboration étroite avec la communauté médico-soignante (3.2)

3.1 La nécessité d'une « rationalisation douce » des organisations et pratiques pour s'adapter à la réforme

L'expression « rationalisation douce » est inspirée d'une enquête sur la portée transformative des indicateurs de qualité à l'hôpital, publiée par le Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) de Sciences Po en septembre 2015. Selon l'auteur, ces indicateurs, « construits comme une technologie douce pour rationaliser l'hôpital sans faire de vague, (...) y instillent pourtant des changements décisifs » (Bertillot, 2015 : p. 1). L'idée d'une « rationalisation douce » paraît adaptée pour décrire succinctement les effets d'une réforme qui, pour prudente et graduelle qu'elle soit, n'en suscite pas moins des évolutions progressives des pratiques et organisations internes. Au sein des EPSM, ces évolutions ont trait au codage de l'activité, à la maîtrise des coûts et à la qualité des soins.

3.1.1 La réforme comme levier d'exhaustivité et de qualité du codage

Pour les établissements, le codage¹³ exhaustif et qualitatif des diagnostics et de l'activité médico-soignante est un chantier devenu prioritaire sous l'effet de la réforme (Le Masson et Paradis, 2022 ; Rivière, 2023). La qualité du codage est un objectif explicite de la réforme, puisqu'une dotation distincte, d'un montant de 20 M€ en 2022, y est dédiée. L'enjeu d'exhaustivité du codage est implicite, mais potentiellement beaucoup plus prégnant d'un point de vue financier puisqu'il conditionne la majorité des montants versés dans le nouveau modèle. En effet, la DFA est répartie sur la base de l'activité non pas

¹³ Pour les établissements ex-DAF, la notion de codage en psychiatrie renvoie notamment, selon une approche extensive, au recueil informatisé et normalisé des informations administratives sur les patients, des diagnostics principaux et associés, du niveau de dépendance dans le cas d'un séjour d'hospitalisation à temps complet, de la durée et des modalités des séjours d'hospitalisation à temps complet ou partiel et des actes EDGAR-X accomplis en ambulatoire.

simplement déclarée, mais codée et restituée dans le RIM-P. Par ailleurs, le RIM-P sera vraisemblablement la référence privilégiée pour estimer la contribution à la prise en charge, clef de répartition actuellement envisagée pour la répartition infra-territoriale de la dotation populationnelle. Cette montée en charge prévisible du codage participe indubitablement d'une rationalisation : le codage de l'activité permet « d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts » (article L. 6113-7 du Code de la santé publique – CSP), « de favoriser l'optimisation de l'offre de soins » (*ibid.*) et de structurer le dialogue de gestion interne (Rivière, 2023) comme avec les ARS (Tartour, 2021).

L'importance renouvelée de l'exhaustivité du codage est fortement ressentie par les directeurs fonctionnels d'EPSM interrogés. Ils ont valorisé par une note moyenne de 8,3/10 l'enjeu financier de l'exhaustivité du codage pour leurs établissements dans les années à venir. Aucune note n'est descendue en-deçà de 6,5/10 et la note de 10/10 a été attribuée deux fois. Non seulement la forte pénalisation financière associée à un codage lacunaire a été soulignée par tous les directeurs, mais certains anticipent en plus des marges de progrès au sein de l'établissement. L'un d'eux identifie un frein plus fort chez les psychologues, ce qui est d'ailleurs cohérent avec la faible participation de cette profession au questionnaire-concours sur la réforme du financement et le codage organisé au sein de l'EPS A.

L'importance de l'enjeu financier de la qualité du codage dans les années à venir est presque aussi bien valorisée par le panel interrogé : la note moyenne atteint ici 8/10. Les notes vont de 5/10 à 10/10 (note donnée deux fois). Cette réaction est en première analyse surprenante, dans la mesure où les montants associés à l'enveloppe pour la qualité du codage sont faibles, et où les critères retenus dans l'arrêté du 30 mars semblent peu ambitieux – des axes de progrès majeurs comme le codage des diagnostics associés sont par exemple occultés. Plusieurs clefs explicatives peuvent néanmoins être avancées. Premièrement, plusieurs directeurs fonctionnels relatent une déception quant au niveau de financement atteint au titre de la qualité du codage dans la notification à blanc. De fait, d'après les données récupérées de l'ATIH, seuls deux EPS de la région Île-de-France atteignent le seuil de haute qualité sur l'ensemble des items. Il est vrai que certains indicateurs sont plus exigeants que la lecture de l'arrêté du 30 mars 2023 ne le laisse présager : par exemple, le taux de présence d'un diagnostic principal exclut du numérateur quatre diagnostics imprécis de la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Deuxièmement, les représentants des EPSM A et E anticipent un enrichissement progressif des critères, avec un suivi de la cotation des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou du renseignement des diagnostics associés. Troisièmement, les directeurs des finances des établissements H et I se préparent à la probabilité de contrôles de l'ATIH ou de

l'assurance maladie, compte tenu du nouvel enjeu financier associé au codage. Quatrièmement, et plus fondamentalement, le rôle des « petites » enveloppes ne saurait être totalement ignoré des EPSM, dans un contexte où la plupart des EPSM tangentent l'équilibre budgétaire (Vacher, 2022 ; de Faverges, 2023).

Dans ce contexte, au moins sept des douze établissements étudiés (les établissements A, B, C, D, I, J et L) ont mis en place ou prévoient à courte échéance un plan d'action formalisé relatif au codage. L'expérience de l'EPS A est ici intéressante. Cet établissement a fondé son plan d'action non seulement sur les paramètres de la réforme, mais encore sur un état des lieux exhaustif de ses forces et faiblesses. Cet état des lieux a été construit à partir de la notification à blanc, des données produites par l'Outil de validation des données des établissements de santé (OVALIDE) hébergé par la plateforme e-PMSI, d'un audit des organisations du codage dans les différentes unités fonctionnelles (UF) et du questionnaire-concours du printemps 2023 déjà cité (annexe n°4). À l'issue de cet état des lieux, le positionnement de l'EPS A apparaît globalement satisfaisant. Le poids important de la DFA dans la notification à blanc des crédits pour 2022 (16,9% contre une valeur de référence de 15%) est un bon indicateur de l'exhaustivité du codage. Par ailleurs, l'établissement a atteint le seuil de haute qualité sur l'ensemble des critères de la dotation relative à la qualité du codage en 2022. Néanmoins, un point sensible concerne le codage des actes ambulatoires accomplis en l'absence du patient, à savoir les actes « D » (Démarche), « R » (Réunion) et « X » (Téléexpertise psychiatrique). Ainsi, les scores moyens obtenus par les participants au questionnaire-concours n'ont été que de 0,53/1 à l'une des deux questions relatives aux actes A et D, de 0,42/1 à la question afférente aux actes X et de 0,25/1 à la question sur les actes R (annexe n°5). Or, s'ils ne sont pas pris en compte dans le calcul de la pondération forfaitaire de base associée à chaque patient en ambulatoire pour le calcul de la DFA, les actes D et R fondent le calcul de suppléments « coordination » prévus par l'arrêté du 30 mars 2023. Il est à noter que cette difficulté n'est sans doute pas propre à l'EPS A : la fiche technique i1510 de l'application ScanSanté (ATIH) fait ainsi état d'un « défaut probable de robustesse » de la production des actes R à l'échelle nationale.

3.1.2 La réforme comme levier d'efficience

Du point de vue des établissements, la réforme est porteuse d'une incitation franche à la maîtrise des coûts de production des soins. En effet, si la réforme pousse à la dynamisation de l'activité, il est financièrement indispensable que les montants engagés à ce titre soient compensés en recettes. Ainsi, les établissements sont naturellement amenés

à « rapprocher de plus en plus finement les coûts de production par nature d'activité avec les financements correspondants perçus » et, partant, à « (ré)investir le champ de la comptabilité analytique » (Rivière, 2023 : p. 16). Cette logique d'efficacité est spontanément appliquée aux activités spécifiques (Rivière, 2023), le caractère forfaitaire des financements facilitant la comparaison avec les dépenses correspondantes. Elle devra néanmoins s'appliquer à l'ensemble des UF, dans la mesure où l'activité réalisée détermine directement les montants perçus en DFA (Gallet, 2021), voire la répartition infra-territoriale de la dotation populationnelle. En particulier, le représentant du CH J note que les montants alloués au titre de la DFA ne sont avantageux que pour les établissements avec des coûts de production faibles. Plus fondamentalement, en l'absence de garantie de progression des enveloppes nationales fermées au rythme de l'accroissement des besoins en soins psychiques, il existe un risque que la réforme impose des mesures d'économies drastiques à l'issue de la période transitoire (jusqu'en 2025).

En conséquence, les enjeux de contrôle de gestion sont abondamment soulignés par une partie des directeurs fonctionnels d'EPSM interrogés, alors même que ce sujet n'est pas central dans la grille d'entretien (annexe n°3). La totalité des établissements étudiés envisagent ou ont déjà conduit un renforcement du contrôle de gestion. Le recrutement d'un contrôleur de gestion est un projet commun aux établissements A, G et K. Cette dynamique est au moins en partie liée à la réforme pour la quasi-totalité des établissements. Le DAF de l'EPSM D « pense que la réforme va inciter les établissements à regarder d'un plus près leurs activités ». Dans ce cadre, les EPSM A, B, C, D, H, I, J et L ont déjà mené des études de coûts et/ou médico-économiques pour ajuster leurs réponses à la réforme, en s'appuyant notamment sur la comptabilité analytique hospitalière. À titre d'exemple, l'établissement A a comparé ses coûts complets par modalité de prise en charge avec les coûts moyens nationaux des établissements comparables tels qu'issus de la dernière campagne de RTC retracée sur ScanSanté (ATIH). Il a ensuite ciblé ses marges de progrès avec une étude comparative de l'activité par UF pour chaque modalité de prise en charge, rapportée aux moyens engagés, notamment aux Équivalents temps plein rémunérés moyens (ETPRM) – un extrait anonymisé est en annexe n°11.

Les notifications à blanc du printemps et les études menées par les établissements auraient montré un positionnement plutôt défavorable des EPSM sectorisés, en raison des coûts fixes engagés pour garantir l'ouverture de structures de proximité dans les secteurs. Pour ceux d'entre eux situés en zone urbaine dense, à l'instar de l'EPSM A, un axe de progrès possible a néanmoins trait aux mutualisations prévues par le schéma directeur immobilier (SDI) – qui auront aussi la vertu de faciliter la continuité de l'activité dans un contexte de tension sur les effectifs.

3.1.3 La réforme comme levier de qualité des soins

Symbole de la dimension qualitative de la réforme, l'enjeu de l'IFAQ est toutefois peu valorisé par le panel de directeurs en charge des finances interrogés. Ils n'attribuent qu'une note moyenne de 4,8/10 à l'importance d'optimiser le montant de l'IFAQ dans les prochaines années. Plusieurs arguments sont mis en avant pour justifier cette faible priorisation. Les directeurs fonctionnels des établissements E, F et I rappellent le faible poids de l'IFAQ au sein du nouveau modèle de financement – pour mémoire, seulement 1% du financement des activités de psychiatrie des EPS cette année, selon les données du ministère de la Santé et de la Prévention transmises à la Cour des comptes (2023). Dans ce contexte, les représentants des établissements B/C, I, K et L considèrent que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins restera travaillée sous l'angle de la préparation des visites de certification. Enfin, les directrices fonctionnelles de l'EPS L jugent peu motivantes les modalités de calcul de l'IFAQ. Il est vrai qu'aux termes de la notice technique diffusée par l'ATIH le 16 mai 2023, la part « indicateurs » versée à un établissement est inférieure à son gain théorique, fonction de son volume économique, lorsque que son score moyen se situe en-deçà de celui de son groupe de comparaison.

Seuls trois directeurs développent un point de vue dissonant. Le directeur des finances du CH J attribue une note d'importance de 7/10 à l'enjeu de l'IFAQ, et précise que les indicateurs de l'IFAQ sont pris en considération dans le contenu des *quick audits* menés dans son établissement. Le directeur EPSM D indique quant à lui l'existence d'un plan d'action dédié à l'IFAQ. Enfin, la directrice des finances de l'EPS A valorise la dimension qualitative de l'IFAQ, qui selon elle manque souvent dans les autres réformes du financement.

Ce mémoire prend le parti-pris que l'enjeu de l'IFAQ dans la réforme a vocation à être revalorisé par les établissements dans les années à venir. Trois éléments peuvent être mobilisés dans la démonstration. Le premier, déjà cité s'agissant de l'importance de l'enveloppe relative à la qualité du codage, a trait au rôle significatif que pourraient jouer les « petits » compartiments de financement dans un contexte où la plupart des EPSM sont proches de l'équilibre budgétaire (Vacher, 2022 ; de Faverges, 2023). Pour mémoire, l'IFAQ est placée en dehors du périmètre de sécurisation des financements dès 2023. Le deuxième point, mis en avant par la directrice des finances de l'EPS A, est que l'indicateur relatif à la réduction des hospitalisations longues inadéquates introduit une véritable nouveauté par rapport aux programmes de qualité existants des établissements. Son

impact financier, certes moindre que l'hypothèse abandonnée d'une dégressivité du financement avec la durée d'hospitalisation, n'est toutefois pas anodin : les établissements en-deçà du score attendu ne perçoivent aucun financement au titre de ce critère. Le troisième argument est le risque fort de durcissement des prochaines campagnes, l'arrêté du 31 décembre 2022 ne fixant les critères de calcul de la dotation relative à l'amélioration de la qualité versée à chaque établissement que pour l'année 2022.

Ce durcissement des prochaines campagnes IFAQ devrait prendre quatre formes. Tout d'abord, tous les établissements devront progresser pour maintenir leur financement par l'IFAQ, dans la mesure où les seuils de rémunération sont fixés par comparaison avec un groupe d'établissements comparables, et où une part du financement sur indicateurs pourrait être assujettie à l'évolution des résultats, sur le modèle retenu pour les secteurs MCO et SMR. Ensuite, il est probable que certains établissements se voient attribuer une rémunération intermédiaire au lieu de maximale au titre de certains indicateurs, en cas d'introduction d'un seuil de qualité supérieur au seuil de rémunération comme pour les secteurs MCO et SMR – des cibles de qualité indicatives existent déjà pour les indicateurs relatifs à la lettre de liaison et à l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Troisièmement, la fiche descriptive de l'ATIH afférente à l'indicateur dédié à la mesure des hospitalisations longues évoque la perspective d'introduction de deux nouveaux indicateurs, l'un relatif au taux de suivi des patients à quinze jours après la sortie d'hospitalisation à temps complet, l'autre au taux de ré-hospitalisation à temps plein. Enfin, et surtout, l'IFAQ devrait à court terme être de nouveau versée exclusivement en fonction du niveau et de l'évolution des résultats atteints, sans référence à la « valorisation économique » des établissements, comme avant la crise de la Covid-19.

3.2 Conduire le changement avec la communauté médico-soignante

3.2.1 Impliquer la communauté médico-soignante dans les changements internes rendus nécessaires par la réforme

3.2.1.1 Impliquer la communauté médico-soignante : pourquoi ?

Les enjeux de codage, d'efficacité, voire de qualité, devenus décisifs pour la trajectoire budgétaire de chaque EPSM, ont vocation à être traités avec l'ensemble des équipes médico-soignantes. Ainsi, l'amélioration quantitative et qualitative du codage ne saurait être l'apanage du seul Département d'information médicale (DIM). Certes,

l'expérience de l'établissement A montre que l'implication du DIM dans ses missions de coordination, de contrôle, d'information et de formation est un facteur décisif de la performance du codage, d'ailleurs valorisé par les équipes à l'occasion de l'audit des organisations du codage. Pour autant, le codage dans les EPSM est majoritairement, voire exclusivement, décentralisé et non-professionnalisé : en d'autres termes, il est assuré dans les unités par les professionnels médicaux et du soin, le plus souvent avec le soutien des AMA, d'où un rôle premier des professionnels de terrain. Cette organisation est retenue par la totalité des établissements interrogés sur le sujet¹⁴, qui ne prévoient pas d'évolution, à l'exception, très éventuellement et à moyen terme, du CH E. Elle est justifiée par un principe de responsabilité des professionnels sur leurs actes (établissement A) et le souci de maintenir une mobilisation sur le sujet du codage (établissement H). S'agissant des enjeux d'efficacité, la variabilité de la productivité mesurée entre UF de même nature, par exemple en termes d'actes par ETPRM dans les CMP (annexe n°11), invite aussi à une action sur les pratiques et organisations à un niveau fin. De même, l'atteinte des objectifs de qualité visés par l'IFAQ dépend non seulement des impulsions et recommandations données par la gouvernance, mais encore de leur traduction concrète dans le quotidien des équipes. *In fine*, « la réforme [du financement de la psychiatrie] incite à aller sur le terrain » (directrice des finances du CH I).

3.2.1.2 Les obstacles à l'engagement des professionnels médicaux et du soin

Nécessaire, l'implication de la communauté médico-soignante dans ces changements relève pour partie du défi. Comme vu précédemment, l'histoire récente du financement de la psychiatrie, le contexte de fortes tensions sur les effectifs et conditions de travail et les positionnements des professionnels médicaux et du soin dans la majorité des établissements étudiés indiquent un risque de blocage. Or, ce risque d'opposition est majoré s'agissant des changements internes à conduire, qui semblent pourtant les plus décisifs pour les EPSM. Le codage est un objet historique de contestation (Tartour, 2021) et encore aujourd'hui, la directrice des finances de l'EPS A juge difficile à déconstruire la vision du codage comme une charge administrative indépendante du cœur du métier. La recherche d'une plus grande efficacité, quant à elle, peut naturellement sembler décalée dans un contexte de dégradation des conditions de travail sous l'effet des difficultés de recrutement – le DAF des établissements B et C rappelle que « l'ambiance n'est pas vraiment à ce type de rationalisations ». Plus fondamentalement, si les logiques de performance n'ont pas pénétré tous les échelons des établissements de santé de manière générale (de Daran et Ollivier, 2018), elles seraient particulièrement absentes de la

¹⁴ La question de l'organisation du codage n'a pas pu être approfondie avec le représentant de l'EPSM G.

« culture en psychiatrie » (directrice des finances de l'établissement A), voire constitueraient une « rupture culturelle » dans les EPSM (DAF de l'établissement E). Le terme de « performance » doit ici être compris au sens du contrôleur de gestion et de la maîtrise des coûts, la performance clinique et la recherche d'une adéquation entre l'offre de soins et les besoins figurant déjà au cœur des préoccupations de l'ensemble des acteurs des EPSM. Les démarches de qualité, enfin, demeurent perçues comme bureaucratiques par une partie de la communauté médicale (Bertillot, 2015).

3.2.1.3 Un prérequis : le portage par la gouvernance de l'établissement

Face à ces obstacles, l'application de la réforme doit être empreinte d'une forte légitimité. La direction en charge des finances et du contrôle de gestion et le DIM doivent donc s'assurer d'un soutien explicite de la gouvernance administrative, médicale et soignante de l'établissement. Après l'information du comité de direction, la présentation des enjeux de la réforme en directoire constitue une étape-clef. Elle permet de mobiliser les dirigeants, au premier rang desquels le trinôme composé du directeur, du président de la commission médicale d'établissement (CME) et du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSIRMT), et d'inscrire la réforme à l'agenda stratégique de l'établissement.

Cette étape ouvre la voie à l'information des autres instances concernées, dont la CME, la CSIRMT, le collège des cadres de santé et celui des psychologues, afin de sécuriser une compréhension partagée de la réforme et de ses enjeux, en dépit de la focalisation légitime des acteurs de la psychiatrie sur l'engorgement des structures et les difficultés de recrutement. Une stratégie d'information des instances a notamment été décrite par les représentants des établissements A, B, C, E, F, K et L. L'instauration de sous-groupes de la CME et de la CSIRMT dédiés au suivi de la réforme pourrait même être envisagée. La directrice des finances de l'EPS A a aussi fait le choix d'une présentation pédagogique au comité social d'établissement (CSE), en vue de prévenir le risque social et de créer des conditions favorables à la communication interne sur la réforme.

3.2.1.4 Les démarches de sensibilisation

Au-delà, le lancement rapide de démarches plus larges de sensibilisation est particulièrement recommandé. Les établissements les plus avancés dans leurs stratégies de sensibilisation sur la réforme font état de retombées positives. Elles sont illustrées par le cas de l'EPSM I, qui a organisé un séminaire interne sur la réforme pour ses médecins et cadres de santé dès septembre 2022. La directrice des finances de l'établissement relève

que ce séminaire a permis de lever une partie des appréhensions, liées notamment à l'assimilation fautive de la réforme du financement de la psychiatrie à la mise en place de la T2A. Si les démarches de sensibilisation sont hautement souhaitables, il reste toutefois à chaque établissement d'en définir les vecteurs et le contenu.

Dans ce contexte, la directrice des finances de l'établissement A a fait du choix du bon vecteur de communication sa recommandation finale à l'issue de l'entretien semi-directif. Or, le bon vecteur n'est pas forcément identique d'un établissement à l'autre. Au sein de l'EPS A, le questionnaire-concours sur la réforme du financement et le codage (annexe n°4), par son caractère ludique et la valorisation de lauréats issus de tous les pôles et de tous les métiers, a ouvert la voie à des échanges riches dans une atmosphère bienveillante lors des restitutions à l'occasion des conseils de pôle¹⁵. Toutefois, le DAF des EPSM B et C note que, dans l'établissement B, une telle initiative pourrait être mal reçue, compte tenu de la tradition revendicative plus marquée de la communauté médicale.

S'agissant du contenu des campagnes de mobilisation interne, il est proposé d'insister sur le sens de la réforme et des évolutions attendues dans le travail quotidien. Deux arguments peuvent être mobilisés à l'appui de cette préconisation. Tout d'abord, l'exercice d'un travail porteur de sens est la première des quatre dimensions du bien-être au travail, selon le modèle de référence SLAC (Sens du travail, Lien social, Activité, Confort) développé par Emmanuel ABORD de CHATILLON et Damien RICHARD (2015). Ensuite, le contrat psychologique entre l'employé et son organisation serait, dans le secteur public, marqué par des attentes importantes sur le terrain des valeurs du service public (Routelous, 2018). Dans le cas de la réforme étudiée, ne pas relier explicitement les enjeux de codage et d'efficience aux enjeux financiers associés serait sans doute hypocrite et de nature à brouiller le message. Les restitutions du questionnaire-concours auprès des personnels de terrain au sein de l'établissement A ont par ailleurs montré que cette transparence pouvait être bien reçue par les professionnels, sous réserve d'exprimer les finalités de la recherche de ressources complémentaires, à savoir le financement d'une amélioration de l'offre de soins et des conditions de travail. Mais encore, il est particulièrement significatif de relier les incitations sous-jacentes à la réforme du financement aux enjeux de santé publique : ainsi, le séminaire organisé par l'EPSM I a démontré que les orientations de la réforme étaient en cohérence avec les projets de l'établissement.

¹⁵ Au sein de l'établissement A, les conseils de pôle sont annuels et ouverts à tous les professionnels du pôle concerné.

3.2.1.5 Pour des environnements de travail « capacitants »

La mobilisation des professionnels est également favorisée par le soutien apporté au travail (Routelous, 2018). Ce soutien peut prendre plusieurs formes, complémentaires : - la promotion d'une organisation de travail « apprenante » qui garantit un « savoir agir » grâce à la formation et à l'aménagement d'espaces de discussion dédiés à une approche réflexive du travail ; - une organisation du travail « capacitante » qui développe le « pouvoir d'agir » ensemble des agents sur l'amélioration des conditions de travail et des pratiques et qui résout les problèmes concrets rencontrés ; - un soutien organisationnel marqué par l'engagement de tous les niveaux de management et le souci de la reconnaissance du travail (Routelous, 2018).

Sur le versant de la qualité des soins, enjeu potentiellement majeur de la réforme, ce soutien au travail existe déjà dans les établissements à travers les dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), qui offrent un cadre de réflexion sur les pratiques professionnelles, de développement collectif des savoir-faire et d'élaboration concertée d'actions d'amélioration (Orvain, 2018). La directrice des finances de l'EPS A note néanmoins que le critère de l'IFAQ afférent aux hospitalisations longues introduit une nouvelle dimension, qui pourrait justifier la mise en place d'outils *ad hoc*. Son établissement prévoit notamment de réactiver son comité de suivi des hospitalisations longues, rassemblant des professionnels médicaux et non-médicaux, à la rentrée 2023.

S'agissant du codage, la démarche de l'établissement A est inspirante en ce qu'elle est de nature à créer un environnement de travail « capacitant », donc motivant. Ainsi, une large autonomie est laissée aux structures ambulatoires dans l'organisation du codage, sous réserve de garantir un codage fidèle de l'activité et d'un principe de responsabilité des professionnels sur leurs actes. Par ailleurs, les modalités d'état des lieux ont permis de recueillir les besoins de développement des compétences et de recenser les difficultés pratiques rencontrées par les professionnels. L'établissement A a associé les équipes à l'état des lieux du codage par trois canaux : le questionnaire-concours (annexe n°4), la restitution et la mise en débat de ses résultats (annexe n°5) lors des conseils de pôle, ainsi que la sollicitation de toutes les unités médico-soignantes dans le cadre d'un audit des organisations du codage. Logiquement, le plan d'action issu de cet état des lieux accorde une large place au soutien aux professionnels, à travers l'offre de formation du DIM, la production de mémos et thésaurus axés sur les difficultés remontées par les équipes (s'agissant par exemple du renseignement des lieux des actes) et le dialogue avec l'éditeur du système d'information (SI) en faveur d'une plus grande ergonomie (réduction du nombre de clics). Enfin, la remise des prix du questionnaire-concours lors des conseils de pôle a

permis de valoriser l'investissement des lauréats (7 médecins, 4 infirmières, 4 AMA, 2 cadres de santé, 2 assistantes sociales, 1 psychomotricienne).

3.2.2 Pour un dialogue de gestion médicalisé

L'étape de sensibilisation de la gouvernance et de la communauté médico-soignante rend possible l'intégration des enjeux les plus saillants de la réforme dans le dialogue de gestion. « Le dialogue de gestion peut se définir comme un temps d'information et d'échanges entre une direction et des services opérationnels, sur les processus organisationnels et les impacts en gestion » (de Daran et Ollivier, 2018 : pp. 449-469). Il a vocation à « aboutir à un constat partagé et à un plan d'action » (*ibid.*), et peut ainsi impulser les transformations souhaitables au regard du contenu de la réforme. Le dialogue de gestion se déroule classiquement entre la direction et les responsables médicaux et paramédicaux des pôles et services, et peut utilement associer le DIM. C'est la perspective retenue ici, même si un soutien de la direction dans la déclinaison du dialogue de gestion au sein des services n'est pas à exclure.

3.2.2.1 Fonder les préconisations sur un diagnostic partagé

La conduite d'un diagnostic stratégique a vocation à être un temps d'échange, d'explication, d'appropriation et de co-construction (Louazel, 2018). Il s'agit non seulement de sensibiliser les professionnels médicaux et soignants aux enjeux de qualité et de performance, mais encore pour les directions d'intégrer leurs analyses, attentes et contraintes dans la réflexion stratégique. Le diagnostic de départ s'en trouve à la fois enrichi et partagé. Dans cette perspective, le travail préparatoire peut se fonder à la fois sur un état des lieux réalisé au plus près du terrain, sur le modèle de la démarche de l'établissement A concernant le codage, ainsi que sur quelques indicateurs provisoires bien choisis (voir encadré).

3.2.2.2 Concevoir, mettre en œuvre et évaluer ensemble des plans d'action conciliant les logiques financières et de santé publique

Dans le cadre du dialogue de gestion, les conclusions du diagnostic ont vocation à être traduites en objectifs stratégiques puis opérationnels, donnant à leur tour lieu à la construction de plans d'action, dont l'évaluation des résultats pourra entraîner des ajustements. Cette dynamique d'ensemble s'apparente à un cycle PDCA (*Plan, Do, Check,*

Act¹⁶), ou « roue de Deming », et constitue à ce titre un cadre simple pour l'action et son évaluation (Orvain, 2018). Une condition de réalisation est néanmoins la mise à disposition d'indicateurs pertinents de suivi des progrès (voir encadré).

S'agissant du codage, la mise en place de plans d'assurance exhaustivité et qualité est l'une des recommandations majeures données lors des onzièmes Journées nationales de l'information médicale, du contrôle de gestion et des finances en psychiatrie (Le Masson et Paradis, 2022). Il s'agit à la fois de parer aux freins au codage et de tenir compte des risques d'irrégularités générés par la multiplicité des lieux et des acteurs qu'implique le caractère décentralisé du codage en psychiatrie. À titre d'exemple, les plans d'assurance exhaustivité et qualité du codage des établissements A, B et C comprennent des actions de sensibilisation, la recherche d'une plus grande pertinence des organisations, un soutien renforcé aux professionnels par la formation et la mise à disposition de guides voire d'un thésaurus des diagnostics (établissement A), ainsi qu'une amélioration de l'ergonomie des SI.

Les plans d'action des EPSM devront aussi répondre aux enjeux d'efficience accentués par la réforme, soit par la réduction des coûts à activité constante, soit par l'augmentation de l'activité à coûts constants ou pour des surcoûts maîtrisés. Ici, le lien avec les enjeux de santé publique et la réponse aux besoins de santé des territoires est moins assuré que s'agissant de l'amélioration du codage et de la qualité des soins. Certes, les incitations à la productivité et à l'efficience peuvent être regardées comme légitimes au regard de la problématique des files d'attente pour l'accès aux soins (Gallet, 2021). Sur ces questions, il n'en demeure pas moins indispensable de conduire un véritable dialogue de gestion médicalisé, qui non seulement implique fortement les représentants de la communauté médico-soignante, mais encore assure la pleine intégration des enjeux d'accès aux soins et de pertinence des prises en charge. Ce dialogue de gestion médicalisé devrait notamment encourager une intensification des prises en charge, dont la littérature scientifique (APA, 2022) montre qu'elles sont à la fois justifiées sur le plan médical et de nature à éviter des hospitalisations coûteuses et moins bien rémunérées par la DFA.

Enfin, les enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins, majorés par l'extension de l'IFAQ au champ de la psychiatrie, ont naturellement vocation à être intégrés aux programmes d'amélioration de la qualité déjà en place. La directrice de l'établissement K note d'ailleurs que le recours au prisme financier pourrait être « contre-productif » sur les questions de qualité qui visent le cœur des pratiques de soins.

¹⁶ Planifier, Développer/mettre en œuvre, Contrôler, Agir/ajuster.

3.2.2.3 Pour une déclinaison dans les contrats de pôle

L'intégration des indicateurs les plus décisifs de l'adaptation des EPSM à la réforme dans les avenants annuels aux contrats de pôle favoriserait un suivi concerté, dans la durée et au plus haut niveau. Elle renforcerait aussi la motivation à travers, le cas échéant, l'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Cette opportunité est bien intégrée par les établissements qui ont déjà déployé des contrats de pôle ou envisagent de le faire à courte échéance. Les représentants des établissements A, B, C, G et J soulignent que leurs contrats de pôle intégraient déjà des objectifs d'activité, rapportés aux ressources s'agissant des établissements B, C et J. Un enrichissement des contrats de pôle, existants ou en projet, avec des objectifs liés à la réforme est une perspective retenue ou envisagée par les établissements A, B, C, D, F, I, K et L. La directrice des finances de l'établissement A prévoit une approche progressive, avec une étape de dialogue de gestion infra-annuel sur la base d'un tableau de bord de la réforme, avant l'intégration de ses indicateurs dans les contrats de pôle. Le DAF de l'établissement D note que l'évolution des modalités de financement de la psychiatrie « peut dynamiser les contrats de pôle, si les trinômes de pôle s'emparent des leviers de la réforme pour défendre des projets ».

Encadré : Se doter des bons indicateurs à l'appui du dialogue de gestion sur la réforme

Les indicateurs permettent l'objectivation des situations, le suivi des évolutions et le repérage des variations (Orvain, 2018). En cela, ils facilitent le dialogue de gestion et aident à la décision. Les indicateurs à même de remplir ces fonctions peuvent être identifiés selon l'acronyme anglo-saxon SMART, pour *Specific, Measurable, Acceptable, Achievable and Ambitious, Realistic and Relevant, Time-bound*¹⁷ (Orvain, 2018 ; de Daran et Ollivier, 2018). Cette ligne directrice conduit à préconiser une production des indicateurs à l'appui du dialogue de gestion en deux temps : une première version produite « en chambre » permet d'engager le dialogue sur une base objectivée, puis une seconde version négociée garantit le réalisme et l'acceptabilité des cibles associées aux indicateurs.

Au-delà de ces éléments généraux, quelques pistes d'indicateurs dédiés à l'accompagnement de la réforme méritent d'être mentionnées. Ces indicateurs ont vocation à être déclinés par pôle, service et unité dès que techniquement possible.

Indicateurs d'exhaustivité et de qualité du codage

¹⁷ Spécifique, mesurable, acceptable, atteignable et ambitieux, réaliste et pertinent, temporalisé.

Dans un souci de simplicité, il est ici recommandé de reprendre les indicateurs relatifs à la qualité du codage fixés par l'arrêté du 30 mars 2023.

Toutefois, ces indicateurs ne permettent pas d'appréhender le degré d'exhaustivité du codage, dont l'enjeu financier est incomparablement plus fort. Dès lors, le délai de codage de l'activité pourrait être suivi en complément, sur le modèle de l'établissement L, dont l'une des directrices interrogées explique qu'un codage en continu offre de meilleures garanties d'exhaustivité.

Indicateurs de productivité

L'enjeu de recettes associé à la DFA, voire à la dotation populationnelle, incite à suivre des indicateurs d'activité purs : taux d'occupation en hospitalisation complète, taux de réalisation du nombre d'équivalents jour potentiel en hospitalisation partielle, nombre d'actes EDGAR-X en ambulatoire. Si les ressources internes en contrôle de gestion sont suffisantes, le raisonnement en tendancier projectif permettra des ajustements infra-annuels.

En lien avec les incitations de la réforme, les indicateurs retenus doivent aussi rapporter l'activité aux coûts. Les approches en coûts complets ne sont pas recommandées en dialogue de gestion, car elles ne permettent pas une réactivité suffisante et tendent à obscurcir le débat avec l'intégration de coûts indirects, pour lesquels les clefs de répartition ont une dimension arbitraire et sur lesquels les responsables de pôle, de service et d'UF n'ont de toute façon pas de maîtrise (de Daran et Ollivier, 2018). En revanche, l'approche par le taux de marge sur coûts discrétionnaires (TMCD – de Daran et Ollivier, 2018) n'est pas applicable au champ de la psychiatrie en l'absence de T2A. Au regard de la structure des coûts en psychiatrie hospitalière, avec un volume de charges au titre 2 plus réduit qu'en MCO, une première approche simple et efficace est de rapporter le nombre d'actes EDGAR-X aux ETPRM dans chaque structure ambulatoire. Selon les données de l'ATIH (ScanSanté), les valeurs moyennes annuelles sont de l'ordre de 800 actes par ETPR en CMP adultes, de 600 actes par ETPR en CMP infanto-juvénile, de 900 actes par ETPR en CATTP adultes et de 400 actes par ETPR en CATTP infanto-juvéniles (Chierici et Leloup, 2022). L'analyse de l'activité par ETPRM doit être prudente, la variabilité observée entre établissements et unités pouvant être liée à des problèmes de codage.

La productivité peut également être mesurée par l'intensité des prises en charge, donnée d'autant plus intéressante qu'elle fait l'objet d'incitations spécifiques (certes faibles)

dans les grilles de la DFA, et a du sens sur le plan médical (APA, 2022). L'indicateur pourra prendre la forme d'un suivi du nombre d'actes E, G et A par patient, avec là encore une prudence méthodologique nécessaire au regard d'une maturité du codage inégale selon les établissements et unités.

Enfin, le dialogue de gestion doit intégrer un suivi du pourcentage d'actes réalisés au domicile du patient. En effet, un fort recours aux VAD pouvant expliquer une moindre productivité affichée, cet élément doit pouvoir être pris en compte dans les échanges. Par ailleurs, à défaut d'être suffisamment valorisées par la DFA, les VAD demeurent pertinentes d'un point de vue sanitaire.

Indicateurs de qualité des soins et des parcours

Il apparaît ici logique et efficient de reprendre les indicateurs retenus par l'arrêté du 31 décembre 2022.

Toutefois, l'indicateur relatif aux hospitalisations longues élaboré par l'ATIH est davantage un indicateur de suivi de l'inertie qu'un indicateur de pilotage susceptible de pointer des marges de progression, pour reprendre la dichotomie établie par Gérard de DARAN et Erwan OLLIVIER (2018). Par ailleurs, il ne couvre qu'un aspect des politiques de désinstitutionnalisation et de prévention des hospitalisations et ré-hospitalisations (faiblement) encouragées par les grilles de la DFA. L'indicateur de l'ATIH pourra donc être utilement être complété par le suivi des DMS en hospitalisation à temps plein, des durées moyennes d'hospitalisation (DMH) à temps plein, des délais moyens d'attente d'un premier rendez-vous par les nouveaux patients en extrahospitalier et des taux de ré-hospitalisation à 15 ou 28 jours.

* * *

Les principales incitations au changement sous-jacentes à la réforme ont donc à ce jour trait, du point de vue des EPSM, à leurs organisations et pratiques internes. Elles portent sur l'exhaustivité et la qualité du codage, l'efficacité et la maîtrise des coûts, et enfin la qualité et la sécurité des soins. Les évolutions attendues nécessitent une forte implication de la communauté médico-soignante, qui n'est pas acquise, *a fortiori* dans le contexte de crise de la psychiatrie. Elle peut toutefois être favorisée par un portage fort de la gouvernance de l'établissement, un effort de sensibilisation, la promotion d'environnements de travail « capacitants » et l'instauration d'un dialogue de gestion médicalisé autour des objectifs liés à la réforme.

Conclusion

Finalement, l'analyse des paramètres de la réforme du financement des activités de psychiatrie hospitalière et de ses conditions de réception par les acteurs permet de conclure à des incitations réelles au changement pour les EPSM.

Pour autant, ces incitations ne sont pas nécessairement celles attendues. L'impact de la réforme sur le contenu de l'offre de soins des EPSM pourrait ainsi rester modeste. D'une part, les auteurs de la réforme ont retenu une logique incrémentale et technique qui réduit sa portée transformative. D'autre part, les directions d'EPSM interrogées jugent majoritairement la réforme complexe, estiment limitée l'incitation financière à la réorientation de l'offre de soins, et font part de contextes locaux parfois défavorables à la conduite du changement. Concrètement, les objectifs affichés d'accélération du virage ambulatoire et de développement des activités innovantes pourraient ne pas être totalement atteints – du moins à paramètres de la réforme constants.

À défaut de recomposition de l'offre de soins, la mise en concurrence implicite des établissements par le nouveau régime de financement devrait générer une réponse essentiellement quantitative, avec la recherche par les établissements d'un développement ou d'un maintien de leur activité en dépit de la crise des recrutements.

Surtout, pour que leurs EPSM sortent « gagnants » de la réforme, les directions sont amenées à prêter attention aux signaux en faveur d'une « rationalisation douce » des organisations et pratiques internes. Le déploiement de plans d'assurance exhaustivité et qualité du codage, l'introduction d'une culture de la maîtrise des coûts en psychiatrie, voire le renforcement des démarches qualité apparaissent comme autant d'enjeux financiers majeurs pour les établissements dans les années à venir.

L'engagement de la communauté médico-soignante, en première ligne de ces transformations internes aux EPSM, n'est pas assuré, *a fortiori* dans un contexte où la crise de la psychiatrie dégrade nettement les conditions de travail. Ce défi, dont la hauteur varie d'un établissement à l'autre, peut être relevé par l'implication de la gouvernance, un travail de sensibilisation, la mobilisation du concept d'organisation « capacitante » et la conduite d'un dialogue de gestion médicalisé.

Les travaux sur la réforme du financement de la psychiatrie hospitalière s'inscrivent dans un contexte plus général de transformation des modes de financement des

établissements de santé. En effet, la réforme du financement de la psychiatrie est largement cohérente avec les réformes progressivement appliquées aux urgences à partir de 2021 et aux activités de SMR à partir de mi-2023, qui associent également dotation populationnelle, financement à l'activité et incitation à la qualité, et reposent en partie sur la consultation régionale au sein du CCAR. Les trois réformes inspirent aussi l'évolution qui s'engagera à partir de la LFSS pour 2024 pour le secteur MCO. Les annonces de l'ancien ministre de la Santé et de la Prévention relatives au futur PLFSS ouvrent en effet la voie à un modèle de financement mixte du secteur MCO, combinant financement socle de nature populationnelle, financement à l'activité et financement sur objectifs de santé publique (Lang, 2023). Ce contexte de convergence des modes de financement entre secteurs pourrait faciliter les coopérations (*Task Force* « Réforme du financement du système de santé », 2019). Il permet aussi aux établissements d'anticiper des évolutions probables : par exemple, la part de la DFA dans le financement des EPSM par l'assurance maladie (environ 15% à ce jour) pourrait augmenter au regard des parts supérieures de financement lié à l'activité retenues pour les SMR (Vacher, 2022) et les urgences.

Bibliographie

Références juridiques :

- 📖 *Code de la santé publique*, art. L. 6113-7.
- 📖 *Code de la Sécurité sociale*, art. L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-23-15, R. 162-29-2, R. 162-31 à R. 162-31-7, R. 162-36 à R. 162-36-4.
- 📖 LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Journal officiel n° 0300 du 27 décembre 2019 (rectificatif paru au Journal officiel n° 0009 du 11 janvier 2020).
- 📖 LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Journal officiel n° 0302 du 15 décembre 2020.
- 📖 Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie. Journal officiel n° 0228 du 30 septembre 2021.
- 📖 Décret n° 2021-1613 du 9 décembre 2021 portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Journal officiel n° 0288 du 11 décembre 2021.
- 📖 Décret n° 2022-1775 du 31 décembre 2022 modifiant certaines dispositions relatives au financement des établissements de santé. Journal officiel n° 0001 du 1^{er} janvier 2023.
- 📖 Arrêté du 25 mars 2022 fixant pour l'année 2022 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie. Journal officiel n° 0075 du 30 mars 2022.
- 📖 Arrêté du 31 décembre 2022 relatif au financement des établissements de santé exerçant des activités de soins mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale. Journal officiel n° 0001 du 1^{er} janvier 2023.

- ✚ Arrêté du 31 décembre 2022 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé. Journal officiel n° 0001 du 1er janvier 2023.

- ✚ Arrêté du 31 décembre 2022 modifiant l'arrêté du 17 décembre 2021 relatif aux modalités de calcul, de versement et de régularisation de l'acompte, de la dotation provisionnelle et du montant complémentaire prévus aux I et II de l'article 2 du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie. Journal officiel n° 0001 du 1er janvier 2023.

- ✚ Arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale. Journal officiel n° 0001 du 1er janvier 2023.

- ✚ Arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie. Journal officiel n° 0078 du 1^{er} avril 2023.

- ✚ Arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage mentionnées à l'article R. 162-31-3 du code de la sécurité sociale dans le champ des activités de psychiatrie. Journal officiel n° 0078 du 1^{er} avril 2023.

- ✚ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/21 du 27 février 2023 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/5 du 15 mars 2023.

- ✚ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/37 du 30 mars 2023 relative au soutien de la structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie et santé mentale. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/7 du 17 avril 2023.

- ✚ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/50 du 19 avril 2023 relative à la mise en œuvre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie pour l'année 2023. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/8 du 28 avril 2023.

- ✚ Circulaire N° DGOS/R1/2023/70 du 6 juin 2023 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/12 du 30 juin 2023.

Actes préparatoires :

- ✚ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 [en ligne]. [Consulté le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse :
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2296_projet-loi
- ✚ Étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 [en ligne]. [Consultée le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse :
<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/PLFSS-2020-ANNEXE%209.pdf>

Chapitres d'ouvrage :

- ✚ De DARAN, G. et OLLIVIER, E. (2018). Le contrôle de gestion et la mesure de la performance. Dans : M. LOUAZEL, A. MOURIER, E. OLLIVIER et R. OLLIVIER (dir.), *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 449 à 469). Presses de l'EHESP.
- ✚ JÖNSSON-LECLERC, A. (2019). Incrémentalisme. Dans : L. BOUSSAGUET, S. JACQUOT et P. RAVINET (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques* (5^e édition, pp. 313 à 321). Presses de Sciences Po.
- ✚ LOUAZEL, M. (2018). Le pilotage stratégique des établissements de santé. Dans : M. LOUAZEL, A. MOURIER, E. OLLIVIER et R. OLLIVIER (dir.), *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 73 à 95). Presses de l'EHESP.
- ✚ ORVAIN, J. (2018). Le management par la qualité. Dans : M. LOUAZEL, A. MOURIER, E. OLLIVIER et R. OLLIVIER (dir.), *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 379 à 402). Presses de l'EHESP.
- ✚ ROUTELOUS, Ch. (2018). Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail. Dans : M. LOUAZEL, A. MOURIER, E. OLLIVIER et R. OLLIVIER (dir.), *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 203 à 218). Presses de l'EHESP.

- ✚ Fiche 01 – Les grandes catégories d'établissements de santé (2022). Dans : TOUTLEMONDE, F. (dir.), *Les établissements de santé - édition 2022* (pp. 38 à 41). Panoramas de la DREES. [En ligne, consultation le 12 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>

Rapports officiels et communications institutionnelles :

- ✚ Association des établissements du service public de santé mentale. (2017, décembre). *Réformer le financement de la psychiatrie de service public : orientations politiques et recommandations techniques pour une réforme cohérente avec la politique nationale de santé mentale*. [En ligne, consultation le 12 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2018/01/ADESM_Groupe_finances_Note_orientation_reforme_financement_psychiatrie_20171215.pdf
- ✚ AUBERT, J.-M. (2018, septembre). *Rapport final : modes de financement et de régulation*. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf
- ✚ Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. (2021, juin). *Praticiens hospitaliers (PH) temps plein et praticiens hospitaliers temps partiel : éléments statistiques au 1^{er} janvier 2021*. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023.] Disponible à l'adresse : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-02/2021_RECAP_PH.pdf
- ✚ Cour des comptes. (2021, février). *Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-02/20210216-rapport-parcours-organisation-soins-psychiatrie.pdf>
- ✚ Cour des comptes. (2023, mars). *La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser*. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-03/20230321-pedopsychiatrie.pdf>
- ✚ DUPAYS, S. et EMMANUELLI, J. (2020, juillet). *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient*. Inspection générale des

affaires sociales. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-090r.pdf>

✚ LOPEZ, A. et TURAN-PELLETIER, G. (2017, novembre). *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. Inspection générale des affaires sociales. [En ligne, consultation le 12 juillet 2023.] Disponible à l'adresse : <https://www.igas.gouv.fr/Organisation-et-fonctionnement-du-dispositif-de-soins-psychiatriques-60-ans.html>

✚ Task Force « Réforme des modes de financement et de régulation ». (2019, janvier). *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné*. Ministère des Solidarités et de la Santé. [En ligne, consultation le 12 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/194000091.pdf

✚ VÉRAN, O. (2017, avril). *L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur*. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/174000346.pdf

✚ WONNER, M. (2019, février). *Mission « flash » sur le financement de la psychiatrie*. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/75538/775110/version/3/file/Communication+mission+flash+financement+de+la+psychiatrie+finale+modifi%C3%A9e.pdf>

Rapports de recherche et études :

✚ American Psychiatric Association. (2022, mai). *The Psychiatric Bed Crisis in the US: understanding the Problem and Moving Toward Solutions*. [En ligne, consultation le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.psychiatry.org/getmedia/81f685f1-036e-4311-8dfc-e13ac425380f/APA-Psychiatric-Bed-Crisis-Report-Full.pdf>

✚ BAJOS, N., COSTEMALLE, V., HAZO, J.-B. et ROUQUETTE, A. (2021, octobre). *Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 : résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov (Études & Résultats n° 1210)*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [En ligne, consultation le 14 juillet 2023].

Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1210.pdf>

- ✚ BERTILLOT, H. (2015, septembre). *Quand l'évaluation modifie les institutions : comment l'hôpital est transformé par les indicateurs qualité* (Policy Brief n° 20). LIEPP. 10.25647/liepp.pb.20
- ✚ Santé publique France, en collaboration avec BVA Group. (2023, janvier). *Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? Résultats de la vague 36 de l'enquête CoviPrev (5-9 décembre 2022)* (Le point sur). [En ligne, consultation le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-36-de-l-enquete-coviprev>

Articles scientifiques :

- ✚ ABORD de CHATILLON, E. et RICHARD, D. (2015). Du sens, du lien, de l'activité et de confort (SLAC) : proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC. *Revue française de gestion*, 41(249), pp. 53 à 71. <https://doi.org/10.3166/RFG.249.53-71>
- ✚ BRUNN, M. et CLÉMENT, M.-C. (2020). Le financement de la psychiatrie hospitalière en Allemagne – modèle ou contre-exemple pour la France ? *L'information psychiatrique*, 96(6), pp. 449 à 456. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2128>
- ✚ CARVALHO, A. F., CORRELL, Ch. U., CROCE, E., FUSAR-POLI, P., JONES, P., KIM, J. H., KIM, J. Y., KIRKBRIDE, J. B., OLIVOLA, M., RADUA, J., SALAZAR de PABLO, G., SEEMAN, M. V., SHIN, J. I., SOARDO, L. et SOLMI, M. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, pp. 281 à 295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- ✚ CAUBEL, J. et LECARDEUR, L. (2023). « Repère » : un réseau pour améliorer l'accès précoce aux soins. *L'information psychiatrique*, 99(4), pp. 241 à 245. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2577>

- ✚ LINDBLOM, Ch. E. (1959). The Science of “Muddling through.” *Public Administration Review*, 19(2), pp. 79 à 88. <https://doi.org/10.2307/973677>
- ✚ VIOUJAS, V. (2020). La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche. *Revue de droit sanitaire et social*, 3, pp. 524 à 536.
- ✚ WELNIARZ, B. (2020). Pour entrer dans la modernité merci de cocher la case. *Perspectives Psy*, 59(3), pp. 300 à 302.
<https://doi-org.ehesp.idm.oclc.org/10.1051/psy/2020593300>

Articles issus de la presse professionnelle :

- ✚ ALARY, A. (2023). La psychiatrie publique en Allemagne et en France. *Gestions hospitalières*, n° 624, pp. 137 à 140.
- ✚ AMRI, K. (2019). Les perspectives d'évolution du financement de la psychiatrie. *Finances hospitalières*, n° 140, pp. 2 à 4.
- ✚ DELNATTE, J.-Cl. (2020). L'évolution des modes de financement des établissements de santé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. *Finances hospitalières*, n° 142, pp. 3 à 6.
- ✚ De FAVERGES, H. (2023). Les compartiments annexes du modèle de financement de la psychiatrie : levier de résurrection de feu la DAF ? *Finances hospitalières*, n° 178, pp. 2 à 6.
- ✚ GALLET, B. (2021). Le décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, un texte attendu mais qui ne dit pas tout. *Finances hospitalières*, n° 162, pp. 2 à 6.
- ✚ GALLET, B. (2023). La réforme du financement des activités de psychiatrie, saison 2. *Finances hospitalières*, n° 176, pp. 2 à 6.
- ✚ GALLET, B. (2023). L'arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations sur la file active et la qualité du codage, « La Der des Ders ». *Finances hospitalières*, n° 179. [En ligne, consulté le 12 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://finances-hospitalieres.fr/>

[arrete-du-30-mars-2023-relatif-aux-dotations-sur-la-file-active-et-la-qualite-du-codage-la-der-des-ders_67974E863E7BBC.html](https://www.apmnews.com/depeche/187504/388789/nouvelles-activites%2C-transformation%2C-recherche-le-detail-des-petits-compartiments-du-financement-de-la-psychiatrie)

- ✚ FRANC, A. et LESPEZ, V. (2022, 27 octobre). Nouvelles activités, transformation, recherche : le détail des "petits" compartiments du financement de la psychiatrie. *APMnews*. [En ligne, consulté le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.apmnews.com/depeche/187504/388789/nouvelles-activites%2C-transformation%2C-recherche-le-detail-des-petits-compartiments-du-financement-de-la-psychiatrie>

- ✚ FRANC, A. et LESPEZ, V. (2022, 27 octobre). Psychiatrie : abandon de la dégressivité du financement en fonction de la durée moyenne de séjour. *APMnews*. [En ligne, consulté le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.apmnews.com/depeche/187504/388786/psychiatrie-abandon-de-la-degressivite-du-financement-en-fonction-de-la-duree-moyenne-de-sejour>

- ✚ JUAN, F. et ROSA, A. (2021). Réforme du financement de la psychiatrie hospitalière : traduire le report en opportunité ? *Gestions hospitalières*, n° 602, pp. 44 à 47.

- ✚ LANG, G. (2023, 6 juillet). Virage préventif, attractivité, réforme du financement : François Braun esquisse les grands enjeux du PLFSS 2024. *APMnews*. [En ligne, consulté le 4 août 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.apmnews.com/depeche/187504/398343/virage-preventif%2C-attractivite%2C-reforme-du-financement-francois-braun-esquisse-les-grands-enjeux-du-plfss-2024>

- ✚ LESPEZ, V. et RICHARD, J. (2023, 7 juin). Réforme du financement de la psychiatrie : une déclinaison prudente sur le terrain. *APMnews*. [En ligne, consulté le 14 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.apmnews.com/depeche/187504/397123/reforme-du-financement-de-la-psychiatrie-une-declinaison-prudente-sur-le-terrain>

- ✚ RIVIÈRE, D. (2023). Application de la réforme du financement de la psychiatrie. *Revue hospitalière de France*, n° 610, pp. 14 à 16.

- ✚ SOURDILLE, A. (2021). Réforme du financement de la psychiatrie : une urgence pour renforcer le secteur et répondre aux défis en santé mentale. *Revue hospitalière de France*, n° 599, pp. 14 à 16.

- ✚ SOURDILLE, A. (2023). Application des réformes de financement : enjeux de mise en œuvre et réflexions stratégiques : l'exemple du SSR et de la psychiatrie. *Revue hospitalière de France*, n° 610, pp. 12-13.
- ✚ La réforme du financement de la psychiatrie : un cas de schizophrénie ? (2021). *Finances hospitalières*, n° 153, pp. 5 à 9.

Tribune :

- ✚ BRONOWICKI, J.-P., GAILLARD, R., HALLOUCHE, N., RICHARD, M.-J., ROLLAND, B., THOMAS, P. et VIDAILHET, P. (2023, 13 juillet). Psychiatrie : « Il faut mettre fin aux inégalités d'accès aux soins pour les personnes hospitalisées ». *Le Monde*.

Thèses et mémoires :

- ✚ TARTOUR, T. (2021). *L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980* [thèse de doctorat de sociologie, Sciences Po Paris]. NNT : 2021IEPP0027. <https://hal.science/tel-03511655>
- ✚ VACHER, V. (2022). *La réforme de financement de la psychiatrie perçue par les acteurs : le cas du Groupe Hospitalier Paul Guiraud* [mémoire d'élève directeur d'hôpital, EHESP].

Notices :

- ✚ ATIH. (2022, décembre). *Fiche descriptive Indicateur : objet : mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres*. [En ligne, consultée le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4231/fiche_descriptive_ifaq_-_indicateurs_pour_la_psychiatrie_-_mesure_des_hospitalisations_de_longue_duree_a_temps_plein_en_soins_libres_de_c_2022.pdf

- ✚ ATIH. (2023, mai). *Campagne budgétaire 2022 : nouvelles modalités de financement du champ PSY* (notice technique n° ATIH-234-02-2023 du 11 mai 2023). [En ligne, consultée le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4313/notice_psy_campagne.pdf

- ✚ ATIH. (2023, mai). *Campagne tarifaire et budgétaire 2022 : financement Qualité : dotation IFAQ* (notice technique n° ATIH-254-03-2024 du 16 mai 2023). [En ligne, consultée le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4231/ndeq_atih-254-03-2024_notice_technique_complementaire_ifaq_2022.pdf

- ✚ ATIH. (s. d.). *Fiche technique i1510 – Nb actes EDGA*. ScanSanté.

Document de travail :

- ✚ Assistance publique – Hôpitaux de Paris. (2023, 7 mars). *Réformes de financement : point d'étape* [diaporama]. Commission médicale d'établissement, Paris. [En ligne, consultation le 4 août 2023]. Disponible à l'adresse : https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme7mars2023_psychiatrie.pdf

Journées d'études :

- ✚ CHIERICI, P. et LELOUP, G. (2022, 20 et 21 octobre). *Comment préparer la réforme en établissement ?* [diaporama et vidéo]. Onzièmes Journées nationales de l'information médicale, du contrôle de gestion et des finances en psychiatrie, Paris. [En ligne, consultation le 12 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.adesm.fr/11emes-journees-nationales-de-linformation-medecale-du-contrrole-de-gestion-et-des-finances-en-psychiatrie/>

- ✚ COONE, Th., FAGES, B. et RUIZ, C. (2022, 20 et 21 octobre). *Réforme du financement de la psychiatrie : point d'étape de la mise en œuvre* [diaporama et vidéo]. Onzièmes Journées nationales de l'information médicale, du contrôle de gestion et des finances en psychiatrie, Paris. [En ligne, consultation le 12 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.adesm.fr/11emes-journees-nationales-de-linformation-medecale-du-contrrole-de-gestion-et-des-finances-en-psychiatrie/>

✚ LE MASSON, V. et PARADIS, Ph. (2022, 20 et 21 octobre). *Mise en œuvre de la réforme, premiers retours d'expérience* [diaporama et vidéo]. Onzièmes Journées nationales de l'information médicale, du contrôle de gestion et des finances en psychiatrie, Paris. [En ligne, consultation le 12 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.adesm.fr/11emes-journees-nationales-de-linformation-medicale-du-contrôle-de-gestion-et-des-finances-en-psychiatrie/>

Vidéo :

✚ ARTE. (2021, 9 octobre). *Le dilemme du prisonnier | Voyages au pays des maths* [vidéo]. YouTube. [En ligne, consultée le 28 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=G9ER5bLxQEU>

Liste des annexes

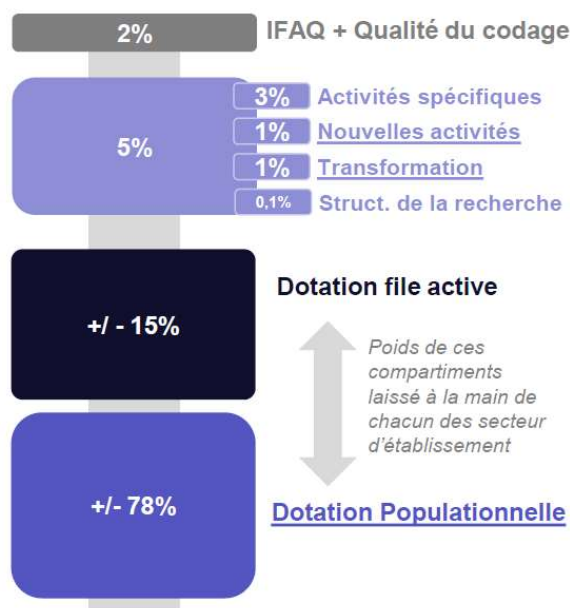
Table des annexes :

Annexe n°1 : Poids relatifs des huit dotations issues de la réforme dans le financement des activités de psychiatrie des établissements de santé.....	II
Annexe n°2 : Liste des entretiens	III
Annexe n°3 : Trame utilisée pour les entretiens semi-directifs.....	V
Annexe n°4 : Trame du questionnaire-concours sur la réforme du financement et le codage administré en ligne au sein de l'établissement A entre mars et mai 2023	VIII
Annexe n°5 : Restitution des principaux résultats du questionnaire-concours	XIX
Annexe n°6 : Différences régionales dans les moyens de la psychiatrie hospitalière en 2018	XXII
Annexe n°7 : Grilles de pondération, majorations et suppléments utilisés pour le décompte de la file active des établissements ex-DAF (arrêté du 30 mars 2023)	XXIII
Annexe n°8 : Étude du ratio entre pondération d'un patient en ambulatoire et nombre d'actes effectués (établissements ex-DAF).....	XXV
Annexe n°9 : Mise en relation des recettes au titre de la DFA et des coûts complets par nature de prise en charge (EPSM d'Île-de-France).....	XXVII
Annexe n°10 : Répartition des pondérations DFA par motif sur le périmètre des EPS d'Île-de-France en 2022	XXIX
Annexe n°11 : Exemple d'étude de positionnement interne : les CMP adultes de l'établissement A en 2022	XXX

Annexe n°1 : Poids relatifs des huit dotations issues de la réforme dans le financement des activités de psychiatrie des établissements de santé

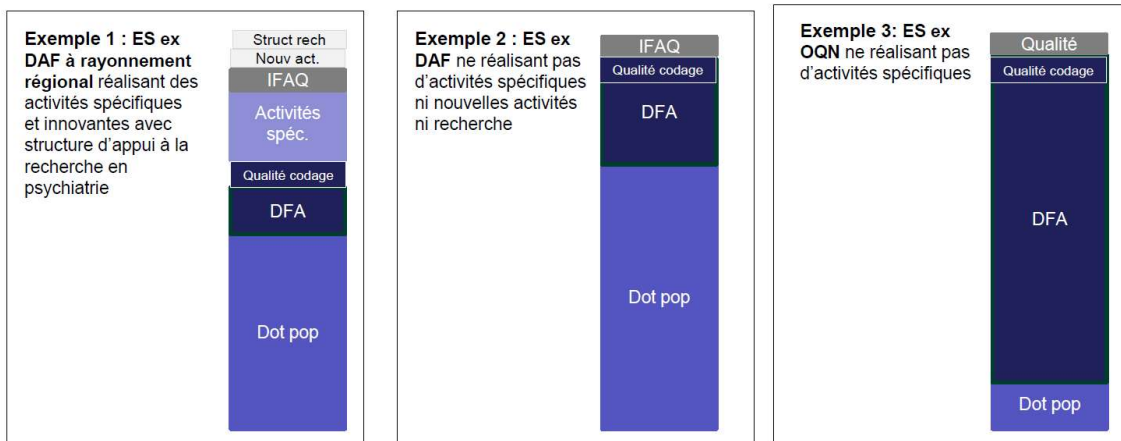
Source : Présentation conjointe de la DGOS et de l'ATIH lors des onzièmes Journées nationales de l'information médicale, du contrôle de gestion et des finances en psychiatrie (2022).

Poids relatifs des huit dotations du nouveau modèle dans le financement des établissements ex-DAF (DGOS, 2022) :



Variation des poids relatifs des huit dotations du nouveau modèle de financement selon les statuts juridiques et caractéristiques des établissements (DGOS, 2022) :

Application du modèle : des poids de compartiment différents selon les secteurs et le profil des établissements



Annexe n°2 : Liste des entretiens

Entretien exploratoire :

- Entretien avec un directeur d'hôpital responsable adjoint de pôle à la FHF (27 avril 2023)

Entretiens semi-directifs :

- Entretien avec le directeur des affaires financières, des projets et des systèmes d'information de l'établissement D, EPSM de taille moyenne dans un département à dominante rurale, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (19 mai 2023)
- Entretien avec le directeur des affaires financières et du contrôle de gestion de l'établissement E, EPSM de grand taille sur un territoire industriel incluant une métropole, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (22 mai 2023)
- Entretien avec le directeur des affaires financières, des services économiques et des affaires générales et le responsable des affaires financières de l'établissement F, EPSM de taille moyenne sur un territoire mixte composé de zones urbaines comme rurales, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (24 mai 2023)
- Entretien avec le directeur des affaires financières, du contrôle de gestion et des ressources matérielles de l'établissement G, EPSM de taille moyenne sur la « diagonale du vide », autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (25 mai 2023)
- Entretien avec le directeur des finances, de la communication et de la logistique de l'établissement H, EPSM de taille moyenne dans un département plutôt urbain, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (1^{er} juin 2023)
- Entretien avec la directrice des finances, du système d'information et des affaires générales de l'établissement I, EPSM de grande taille sur un territoire à dominante urbaine incluant une métropole, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2 juin 2023)
- Entretien avec le directeur des finances, du contrôle de gestion et des admissions de l'établissement J, EPSM de taille moyenne sur un territoire mixte composé de zones urbaines comme rurales, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (14 juin 2023)
- Entretien avec la directrice des finances et des affaires logistiques de l'établissement K, EPSM de petite taille sur une zone majoritairement peu dense,

autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (15 juin 2023)

- Entretien avec la directrice des finances et des affaires générales de l'établissement A, EPSM de petite taille sur un territoire métropolitain majoritairement riche, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (15 juin 2023)
- Entretien avec la directrice des affaires financières et la directrice déléguée au pilotage médico-économique et au contrôle de gestion de l'établissement L, EPSM de grande taille sur un territoire métropolitain majoritairement pauvre, autorisé en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (21 juin 2023)
- Entretien avec le directeur des affaires financières et du patrimoine de l'établissement B, EPSM de grande taille en zone métropolitaine autorisé en psychiatrie de l'adulte, ainsi que de l'établissement C, EPSM de petite taille en zone métropolitaine autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (23 juin 2023)

Annexe n°3 : Trame utilisée pour les entretiens semi-directifs

Élève directeur d'hôpital en deuxième année, en stage de direction au sein de l'établissement A, je réalise mon mémoire sur la réforme du financement de la psychiatrie et ses incitations pour les EPSM. Les entretiens semi-directifs menés avec un panel de DAF d'EPSM me permettront de mieux tenir compte du point de vue des établissements.

Incitations sous-jacentes au nouveau modèle de financement

La réforme vous paraît-elle lisible ?

Le cas échéant, quelle est votre lecture des incitations sous-jacentes au nouveau modèle de financement de la psychiatrie pour les établissements ?

Dans l'ensemble, ces incitations vont-elles dans le sens de la politique de votre établissement ou impliquent-elles de l'infléchir ?

Malgré le poids prépondérant de la dotation populationnelle (donnée exogène) et le dispositif de sécurisation jusqu'en 2025, percevez-vous une incitation financière à adapter la stratégie de votre établissement pour tenir compte de la réforme ?

La DFA

Quelles actions envisagez-vous pour optimiser le montant de la DFA ?

Relance possible : votre établissement envisage-t-il de développer son activité ? de mieux garantir l'exhaustivité du codage ? les deux ?

La DFA étant censée établir un lien entre le financement et les coûts moyens des activités, la réforme du financement vous encourage-t-elle à renforcer les objectifs et moyens alloués au contrôle de gestion ?

Eu égard aux coûts moyens de fonctionnement, les grilles de pondération de l'arrêté du 30 mars 2023 sont légèrement plus défavorables à l'hospitalisation complète et légèrement plus favorables à l'hospitalisation partielle et à l'activité ambulatoire. Avez-vous perçu ce signal ? Le cas échéant, est-il suffisamment marqué pour motiver une accélération du virage ambulatoire en psychiatrie ?

La grille de pondération forfaitaire en ambulatoire (qui prévoit une pondération par patient augmentant de façon un peu plus que proportionnelle au nombre d'actes) et la majoration « prise en charge intensive » vous incitent-elles à promouvoir les prises en charge intensives en ambulatoire ? Ou ne s'agit-il selon vous que d'une reconnaissance de la lourdeur des cas ?

Allez-vous chercher à optimiser la majoration « hors lieu de soin », notamment en développant les visites à domicile ?

L'IFAQ

Votre établissement envisage-t-il un plan d'action particulier pour maximiser le montant de l'IFAQ ?

Relance possible : en particulier, l'établissement porte-t-il un objectif de réduction de la part d'hospitalisations longues (90 jours ou +) à temps plein en soins libres ?

Activités spécifiques et nouvelles activités

Par comparaison avec le régime DAF, la réforme du financement et ses modalités d'application dans votre région encouragent-elles votre établissement à conforter ses activités socles ou à investir les appels à projets et le développement de prises en charge spécifiques voire innovantes ?

Le codage

Votre établissement envisage-t-il de déployer un plan d'action en matière de codage pour garantir le montant de la DFA et celui de l'enveloppe qualité du codage ?

Par rapport aux dispositions actuelles, anticipez-vous une évolution de l'enveloppe qualité du codage avec l'intégration d'un critère de précision des diagnostics principaux et associés ?

Quelle est l'organisation du codage dans votre structure ?

Relances possibles : Est-il professionnalisé (fait par les techniciens d'information médicale – TIM) ? Le cas échéant, est-il centralisé ou décentralisé ?

Souhaitez-vous faire évoluer cette organisation dans le contexte de la réforme ?

Conclusion de la première partie

Pour conclure, sur une échelle de 0 à 10, comment estimez-vous l'importance des enjeux financiers suivants pour votre établissement pour les années à venir ?

- Maintien voire si possible dynamisation de l'activité
- Développement de l'hospitalisation partielle
- Développement des prises en charge en ambulatoire
- Intensification des prises en charge en ambulatoire
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (optimisation du montant de l'IFAQ)
- Développement d'activités nouvelles innovantes
- Exhaustivité du codage
- Qualité du codage

Modalités concrètes d'action

Quelle est la temporalité envisagée pour vos actions éventuelles d'adaptation à la réforme du financement de la psychiatrie ?

Quelle est la nature de ces actions ?

Relances possibles :

- *Mise en place d'un groupe de travail ? Au niveau de l'établissement et/ou du GHT ?*
- *Participation au CCAR ?*
- *Renforcement du contrôle de gestion ?*
- *Renforcement de la politique de qualité ?*
- *Plan d'assurance exhaustivité et qualité du codage ?*
- *Sensibilisation de la communauté médico-soignante ? Si oui, sur quels points et comment ?*
- *Enrichissement des contrats de pôle ? Avec quels nouveaux indicateurs ?*
- *Intégration des incitations de la réforme dans le prochain projet d'établissement (ex. virage ambulatoire) ?*

La réforme du financement est-elle susceptible de faire évoluer les modalités de dialogue interne à l'établissement ? Si oui, dans quelle(s) direction(s) ?

Identifiez-vous des leviers et des freins dans les positionnements des acteurs internes à l'établissement ?

Annexe n°4 : Trame du questionnaire-concours sur la réforme du financement et le codage administré en ligne au sein de l'établissement A entre mars et mai 2023

Docteur·e, Madame, Monsieur,

La réforme du financement de la psychiatrie en cours de mise en œuvre renforce significativement l'enjeu du codage.

Dans ce contexte, ce questionnaire remplit un triple-objectif :

- il vous informera sur la réforme du financement de la psychiatrie et rappellera les règles de codage : après avoir rempli le questionnaire, vous aurez accès aux bonnes réponses, qui contiennent toutes sortes de précisions utiles ;*
- il contribuera à la réalisation d'un plan d'assurance exhaustivité et qualité du codage, qui aidera notre établissement à se préparer à la réforme du financement et à accroître ses ressources ;*
- vos réponses pourront aussi être utilisées dans le mémoire de fin d'études d'Antoine Alary, élève directeur d'hôpital. Bien évidemment, l'anonymat sera respecté dans le cadre de ce travail.*

Ce questionnaire est aussi un concours ! Au sein de chaque filière concernée (personnel médical, personnel paramédical, assistants sociaux, psychologues, secrétaires) de chaque pôle, la professionnelle ou le professionnel avec le meilleur score sera distingué·e et recevra un prix !

Les résultats seront restitués en conseil de pôle.

Pour participer au concours, vous pouvez donner votre nom ou utiliser un pseudonyme. Vous pouvez aussi faire le choix de répondre au questionnaire sans participer au concours pour rester anonyme même si vous réalisez le meilleur score.

Bonne chance !

NOM Prénom (Vous pouvez recourir à un pseudonyme. Vous pouvez également répondre « ... » si vous souhaitez rester dans tous les cas anonyme et renoncez à participer au concours.)

Fonction

- Docteur·e en médecine
- Interne en médecine
- Secrétaire
- Cadre de santé / Cadre supérieur·e de santé
- Infirmier / Infirmière
- Orthophoniste
- Psychomotricien·ne
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Travailleur social / Travailleuse sociale
- Autres, précisez :

Pôle

- Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Pôle 9
- Pôle 20
- Pôle 21

Type de structure

- Hospitalisation complète
- Hôpital de jour
- Ambulatoire (CMP, CATTP, équipes mobiles...)
- Poste en transversal sur différents types de structures

Note de lecture : Pour les questions ci-après, les bonnes réponses sont en gras et en vert, les mauvaises, en italique et en rouge.

Comment les activités hospitalières de santé mentale étaient-elles financées par l'assurance maladie avant 2022 ?

Destinataires	PM ¹⁸ Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ ¹⁹ Adultes	PNM ²⁰ Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

¹⁸ Personnels médicaux.

¹⁹ Personnels non-médicaux.

²⁰ Hôpital de jour.

- Les directions des finances des établissements lançaient des campagnes annuelles de financement, donnant la priorité à la recherche de financements privés (mécénat, placements sur les marchés financiers...)
- Les établissements publics de santé et la majorité des établissements de santé privés à but non-lucratif étaient financés par une dotation annuelle de l'Agence régionale de santé, tandis que le secteur privé lucratif était financé à l'activité, principalement à la journée d'hospitalisation
- L'ensemble des activités hospitalières de santé mentale étaient financées à la tarification à l'activité (T2A) – la psychiatrie étant aujourd'hui la première à sortir du « tout-T2A »
- La psychiatrie publique et une partie des établissements privés à but non-lucratif étaient financés par un prix de journée, tandis que les autres établissements privés étaient financés par une dotation annuelle négociée avec l'Agence régionale de santé

Que change la réforme du financement de la psychiatrie progressivement mise en place entre 2022 et 2026 ? (plusieurs réponses possibles)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

- Elle met en place un financement des activités hospitalières de psychiatrie fondé sur 8 enveloppes : dotation populationnelle, dotation à la file active (fondée sur les journées d'hospitalisation et les actes ambulatoires), amélioration de la qualité, qualité du codage, activités nouvelles (projets), transformation, activités spécifiques nationales, recherche/enseignement
- Elle orchestre le passage de la psychiatrie à la tarification à l'activité (T2A)
- Elle limitera fortement la progression des dépenses des établissements de santé mentale
- Elle harmonise les modalités de financement des établissements de santé publics et privés

Quels sont les objectifs de cette réforme ? (plusieurs réponses possibles)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

- Réduire les inégalités territoriales

- Réduire les inégalités entre établissements publics et privés, plutôt au bénéfice des établissements publics
- Réduire les inégalités entre établissements publics et privés, plutôt au bénéfice des établissements privés
- Valoriser les dynamiques d'activité des établissements
- Inciter au développement des alternatives aux hospitalisations longues à temps plein, lorsque cela est médicalement pertinent
- Encourager des prises en charges plus intensives sur le secteur ambulatoire
- Valoriser spécifiquement les actes réalisés hors lieux de soins
- Améliorer la qualité des soins et des parcours
- Améliorer la qualité du codage
- Inciter les établissements à gagner en efficacité en contraignant davantage leurs budgets

À quoi sert le codage ? (plusieurs réponses possibles)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

- À répondre à une obligation légale prévue par le Code de la santé publique
- À recueillir l'information médicale indispensable à l'analyse de l'activité de l'établissement et à sa facturation
- À permettre à la direction, aux chefs de pôle et aux cadres supérieurs de santé de suivre la charge de travail de chaque service et unité et ainsi de répartir équitablement les effectifs
- À produire des données régionales et nationales anonymisées, permettant d'asseoir le pilotage des politiques de santé publique

Pourquoi le codage devient-il plus important avec la réforme ? (plusieurs réponses possibles)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

- L'exhaustivité du codage est essentielle à l'obtention d'une dotation à la file active d'un niveau satisfaisant : pas d'actes codés, pas de financement !
- La qualité du codage sera valorisée par la nouvelle enveloppe « qualité du codage »

- *Le codage devient un enjeu fort avec l'application de la T2A à la psychiatrie*

Est-il plus grave d'insuffisamment coder que de coder de manière abusive ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

- *OUI : en codant de façon extensive, on est sûr de ne pas faire perdre d'argent à l'établissement, et le DIM corrigera les éventuelles erreurs*
- **NON : certes, l'insuffisance de codage fait perdre de l'argent, mais le codage abusif fait peser le risque d'une mise en jeu de la responsabilité de tout l'établissement en cas de contrôle de l'assurance maladie**

Quels sont les rôles et missions du DIM ? (plusieurs réponses possibles)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

- *C'est un département de la direction des finances en charge du pilotage médico-économique*
- *C'est une cellule du service communication, qui organise régulièrement des événements festifs sur la thématique du codage, dont les « soirées EDGAR » mensuelles*
- **Le DIM coordonne le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), s'assure de la cohérence des données anonymisées transmises aux échelons régional et national et informe la direction et les chefs de pôle sur l'évolution de l'activité**
- **Le DIM assure les mises à jour et l'enrichissement de DxCare en collaboration avec l'éditeur**
- **Le DIM informe et forme à DxCare et au codage les nouveaux professionnels ainsi que tout professionnel en faisant la demande**
- **Le DIM permet aux professionnels qui le souhaitent d'utiliser la plateforme de télémédecine régionale**
- *Le DIM décide des règles du codage de l'établissement*

Mais au fait, que signifie l'acronyme DIM ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X	X	X	X	X	X	X

- *Département des Indicateurs Médico-économiques*
- *Direction de l'Information Médico-économique*
- **Département d'Information Médicale**
- *Direction des Illusions et de la Magie*

Madame DIM-DIM est hospitalisée à temps plein du 1^{er} février à 22h55 au 3 février 9h. Quelle est sa durée d'hospitalisation ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X	X			X	X		

- *1 jour*
- **2 jours**
- *3 jours*

À partir de quelle durée d'accueil peut-on comptabiliser une demi-journée d'hospitalisation de jour ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- *Supérieure ou égale à 2 heures*
- **Supérieure ou égale à 3 heures**
- *Supérieure ou égale à 4 heures*
- *Cela dépend du programme thérapeutique de l'unité*

À partir de quelle durée d'accueil peut-on comptabiliser une journée d'hospitalisation de jour ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- *Supérieure ou égale à 4 heures*
- **Supérieure ou égale à 6 heures**
- *Supérieure ou égale 8 heures*

- *Cela dépend du programme thérapeutique de l'unité*

Monsieur ERASMUS est reçu en consultation par un binôme médecin-autre intervenant. Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- **1 acte E (Entretien)**
- *2 actes E (Entretien)*

Madame FREUD bénéficie d'une séance de rééducation orthophonique. Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- *1 acte A (Accompagnement)*
- **1 acte E (Entretien)**
- *Ne pas coder*

Monsieur SOIN bénéficie de l'administration d'une injection-retard suivie d'un entretien infirmier. Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X				

- *1 acte E (Entretien)*
- *1 acte A (Accompagnement) et 1 acte E (Entretien)*
- **2 actes E (Entretien)**

Une équipe se déplace au domicile d'un patient. Celui-ci est absent. Faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- **OUI**
- **NON**

7 patients participent à un groupe de parole animé par un-e psychologue dans un CMP. Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- 1 acte G (Groupe)
- 7 actes G (Groupe)
- 1 acte E (Entretien)
- 7 actes E (Entretien)
- Ne pas coder

Dimette, 10 ans, est suivie en CMP. Trois entretiens se succèdent : le premier avec Dimette avec ses parents, le deuxième avec Dimette sans ses parents, le troisième avec les parents sans Dimette. Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
							X	X

- 1 acte E (Entretien) au nom de Dimette
- 1 acte E (Entretien) et 2 actes G (Groupe) au nom de Dimette
- 1 acte E (Entretien) au nom de Dimette, 5 actes G (Groupe) dont 1 pour Dimette et 2 pour chacun de ses parents
- 2 actes E (Entretien) pour Dimette et pour chacun de ses parents
- 3 actes E (Entretien) au nom de Dimette
- 1 acte EF, 1 acte EA et 1 acte E (Entretien), tous au nom de Dimette

Une dyade mère-enfant bénéficie d'une consultation en périnatalité. Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
							X	X

- 1 acte G (Groupe) simple au nom de la mère
- 1 acte GP au nom de la mère
- 1 acte G (Groupe) au nom du bébé et 1 acte G au nom de la mère
- 1 acte GP au nom du bébé et 1 acte GP au nom de la mère

- 1 acte EF au nom du bébé
- 1 acte EF au nom du bébé et au nom de la mère

Monsieur CONCOURS (Dimo et ses parents) bénéficie (bénéficient) d'un entretien avec un assistant social pour remplir un dossier de demande d'aide sociale (MDPH²¹). Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- 1 acte A (Accompagnement)
- 1 acte D (Démarche)

Un assistant social contacte un EHPAD²² (IME²³) pour obtenir une place pour Madame TEST (Dimette). Que faut-il coder ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- 1 acte A (Accompagnement)
- 1 acte D (Démarche)

Dans quel(s) cas faut-il coder un acte R (Réunion) ? (Plusieurs réponses possibles.)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- Une réunion de synthèse au cours de laquelle la file active est passée en revue
- Une réunion institutionnelle
- Une réunion clinique centrée sur le projet de soins d'un patient
- La participation à une « soirée EDGAR » organisée par le DIM
- Une réunion de transmission de consignes concernant un ou plusieurs patient(s)

À quoi correspondent les actes X ?

Destinataires	PM	PNM	PM	PNM	PM	PNM	PM	PNM

²¹ Maison départementale des personnes handicapées

²² Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

²³ Institut médico-éducatif

	Intra Adultes	Intra Adultes	Ambu/HdJ Adultes	Ambu/HdJ Adultes	Intra Pédopsy	Intra Pédopsy	Ambu/HdJ Pédopsy	Ambu/HdJ Pédopsy
			X				X	

- Aux téléconsultations (avec le patient)
- À la téléexpertise psychiatrique (échange entre confrères à propos du patient du confrère)
- À la téléexpertise psychiatrique (recueil à distance de l'avis d'un confrère extérieur à l'établissement à propos de la prise en charge d'un patient de l'établissement, en l'absence de ce dernier)
- Aux téléconsultations et à la téléexpertise psychiatrique

Monsieur KODAJ souffre d'une schizophrénie paranoïde continue, d'une dépendance au cannabis (activement consommé avec signe physique) et est SDF. Quels diagnostics faut-il coder ? (Plusieurs réponses possibles)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
	X		X		X		X	

- F99 Trouble mental
- F20 Schizophrénie
- F200 Schizophrénie paranoïde
- F2000 Schizophrénie paranoïde continue
- F12 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis
- F12241 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (syndrome de dépendance – dépendance active avec signe physique)
- Z590 Difficultés liées au fait d'être sans abri

Une consultation de périnatalité se tient avec une triade père-mère-bébé. Un diagnostic associé d'hémorragies lors de la délivrance est posé. À quel(s) patient(s) ce diagnostic associé doit-il être attribué ?

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
							X	

- À la mère
- Au père
- Au bébé
- À la mère et au père

- *À la mère et au père si l'état émotionnel de ce dernier est particulièrement affecté par les hémorragies*
- *Aux 3*

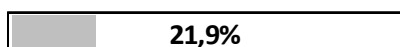
Quand la valeur « LNA Lieu Non Attendu » doit-elle être codée ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Destinataires	PM Intra Adultes	PNM Intra Adultes	PM Ambu/HdJ Adultes	PNM Ambu/HdJ Adultes	PM Intra Pédopsy	PNM Intra Pédopsy	PM Ambu/HdJ Pédopsy	PNM Ambu/HdJ Pédopsy
			X	X			X	X

- **Pour les actes D (Démarche)**
- **Pour les actes R (Réunion)**
- *Pour les actes réalisés hors lieux de soins*
- **Pour les actes X (téléexpertise psychiatrique)**
- *Pour les actes réalisés dans des lieux surprenants ou originaux*

Annexe n°5 : Restitution des principaux résultats du questionnaire-concours

Taux de participation :



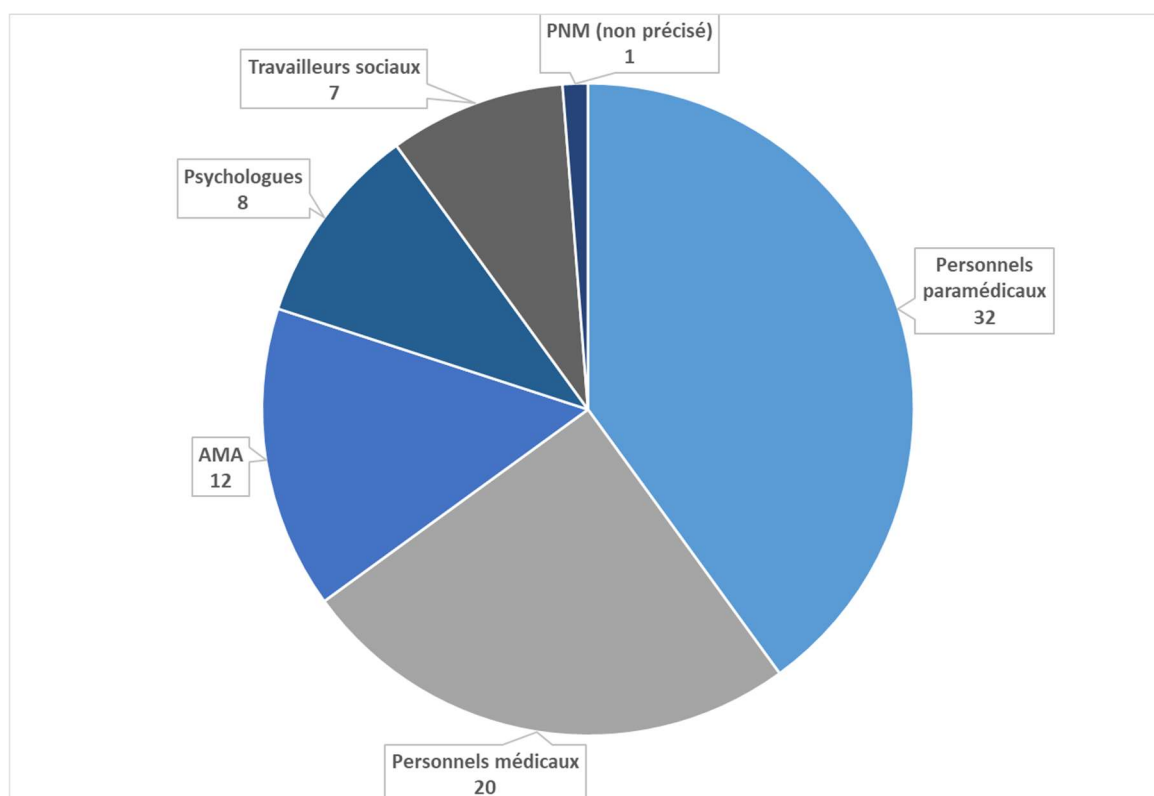
80 répondants sur la cible des professionnels codeurs ou potentiellement codeurs de l'établissement A, soit 366 personnes

Taux de participation par catégorie professionnelle :

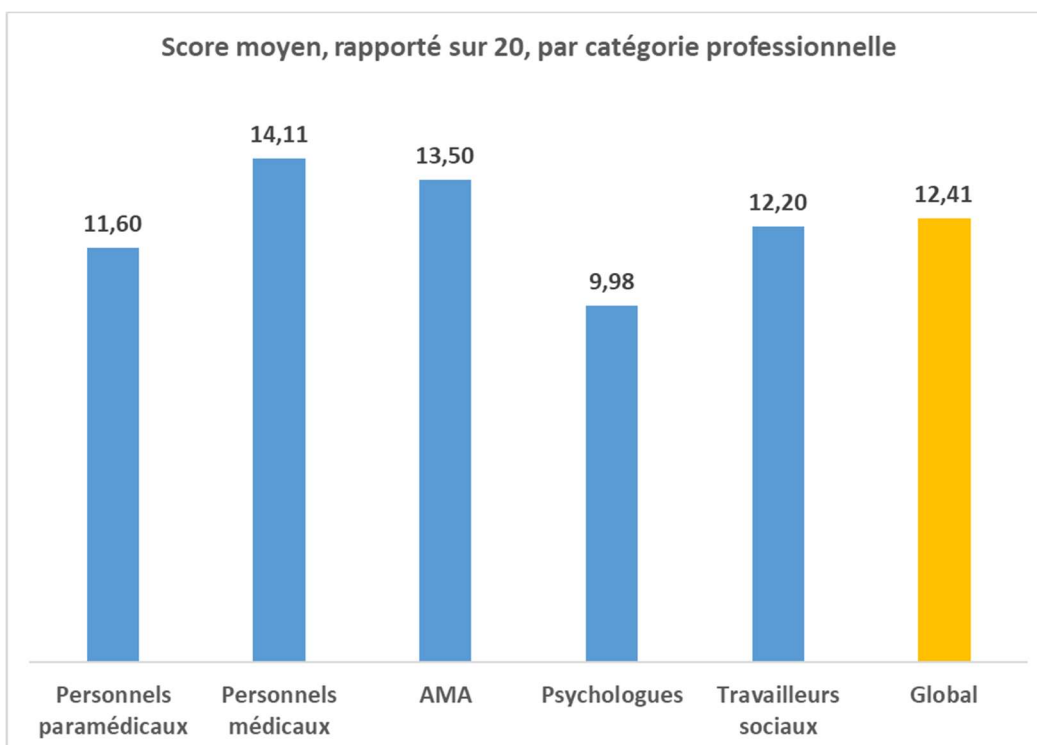
AMA	40,0%
Travailleurs sociaux	31,8%
Personnels médicaux	29,9%
Personnels paramédicaux	18,8%
Psychologues	10,4%

Note : L'un des taux par catégorie est légèrement faussé à la baisse, un participant PNM n'ayant pas spécifié sa profession.

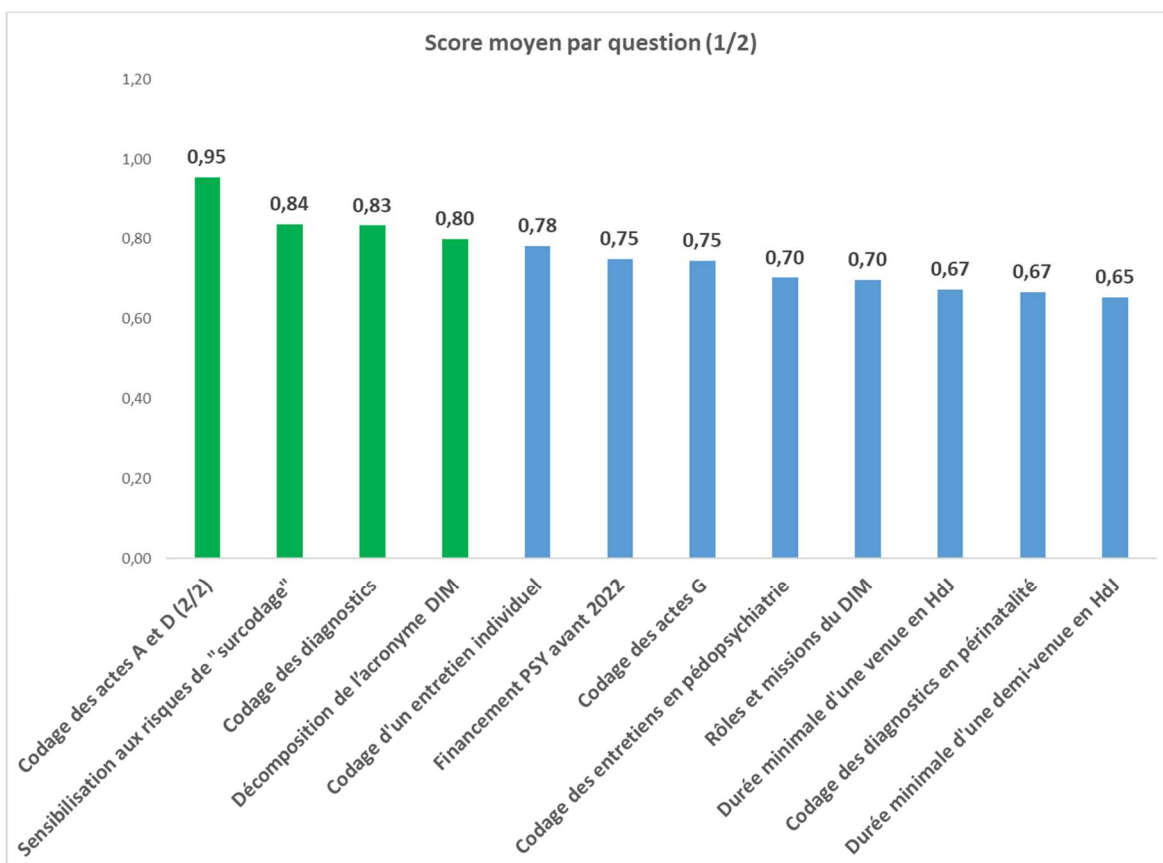
Répartition des répondants entre catégories professionnelles :

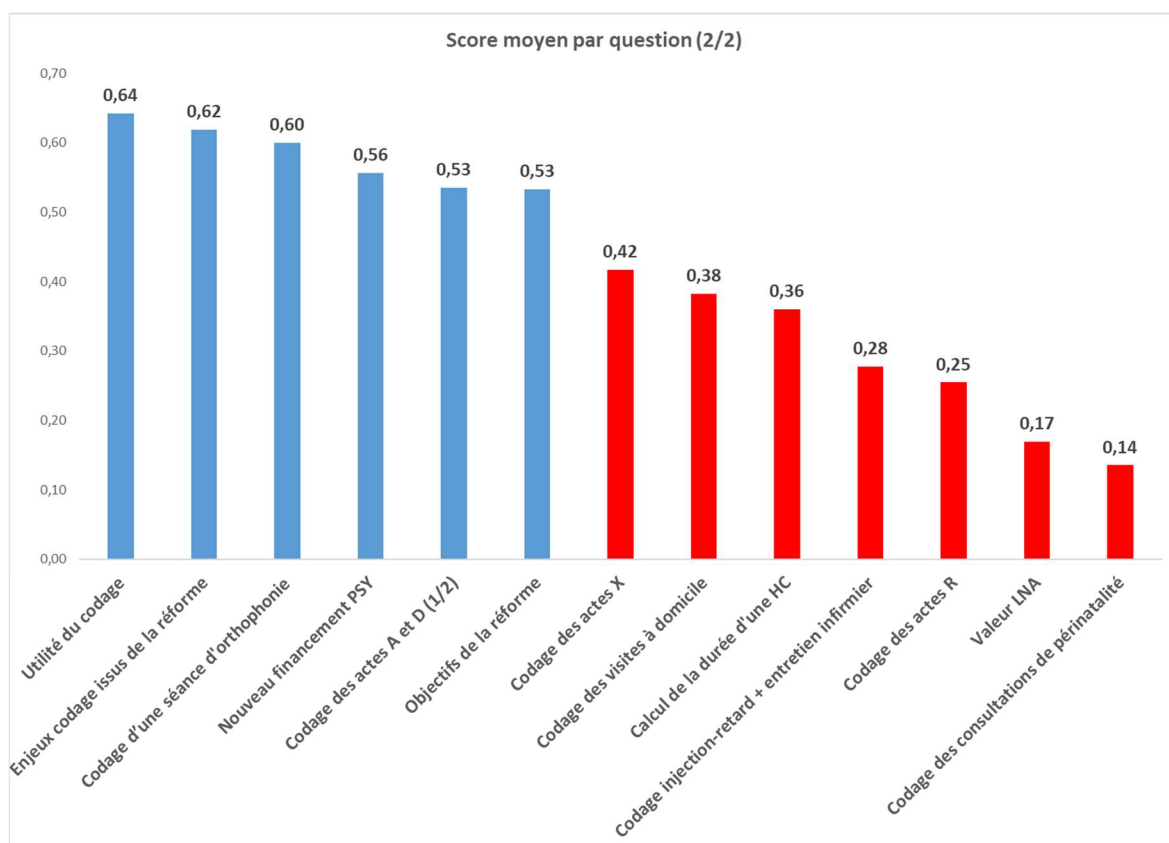


Score moyen par catégorie professionnelle :



Score moyen par question :



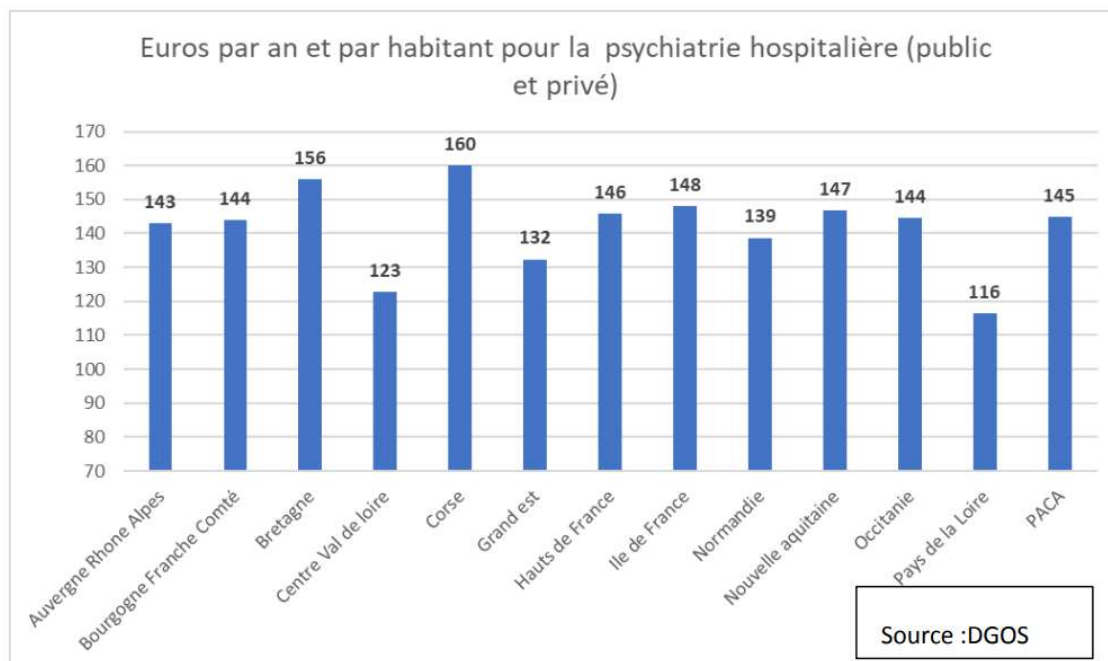


Note méthodologique : Chaque question est notée sur 1 point. Pour chaque question avec plusieurs réponses possibles, les bonnes réponses sont valorisées positivement et les mauvaises réponses négativement au *pro rata* du nombre de bonnes réponses attendues.

Focus sur la question n°2 :

Que change la réforme du financement de la psychiatrie progressivement mise en place entre 2022 et 2026 ? (plusieurs réponses possibles)	% de réponses PM	% de réponses PNM
BONNES REPONSES		
Elle met en place un financement des activités hospitalières de psychiatrie fondé sur 8 enveloppes : dotation populationnelle, dotation à la file active (fondée sur les journées d'hospitalisation et les actes ambulatoires), amélioration de la qualité, qualité du codage, activités nouvelles (projets), transformation, activités spécifiques nationales, recherche/enseignement	100%	95%
Elle harmonise les modalités de financement des établissements de santé publics et privés	40%	37%
MAUVAISES REPONSES		
Elle orchestre le passage de la psychiatrie à la tarification à l'activité (T2A)	0%	28%
Elle limitera fortement la progression des dépenses des établissements de santé mentale	0%	8%

Annexe n°6 : Différences régionales dans les moyens de la psychiatrie hospitalière en 2018



Note sur la source : Figure reprise du rapport *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné* de la Task Force « Réforme du financement du système de santé », remis en 2019.

Annexe n°7 : Grilles de pondération, majorations et suppléments utilisés pour le décompte de la file active des établissements ex-DAF (arrêté du 30 mars 2023)

GRILLE DE PONDÉRATION POUR LA PRISE EN CHARGE À TEMPS COMPLET ET PARTIEL POUR LES ÉTABLISSEMENTS A, B ET C MENTIONNÉS À L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Nature de prise en charge	Classe d'âge/Majoration	Forme d'activité	Pondération
Temps Complet	Adulte	Hospitalisation à temps plein	1.000
		Séjour thérapeutique	1.034
		Hospitalisation à domicile	0.434
		Accueil familial thérapeutique	0.410
		Appartement thérapeutique	0.656
		Centre de postcure psychiatrique	0.780
		Centre de crise	2.021
	Enfant	Hospitalisation à temps plein	2.309
		Séjour thérapeutique	0.997
		Hospitalisation à domicile	0.914
		Accueil familial thérapeutique	0.840
		Centre de postcure psychiatrique	1.813
		Centre de crise	2.390
	Forfait SSC	SSC1 : à la demande d'un représentant de l'Etat	5.842
SSC2 : à la demande d'un tiers ou pour péril imminent		2.804	
Temps partiel	Adulte	Hospitalisation à temps partiel de jour : Collectif et un intervenant	0.712
		Hospitalisation à temps partiel de jour : Individuel et un intervenant	
		Hospitalisation à temps partiel de jour : Collectif et plusieurs intervenants	
		Hospitalisation à temps partiel de jour : Individuel et plusieurs intervenants	
		Hospitalisation à temps partiel de jour : Séance de sismothérapie	
		Hospitalisation à temps partiel de nuit	
		Prise en charge en atelier thérapeutique	0.738
	Enfant	Hospitalisation à temps partiel de jour : Collectif et un intervenant	1.499
		Hospitalisation à temps partiel de jour : Individuel et un intervenant	
		Hospitalisation à temps partiel de jour : Collectif et plusieurs intervenants	
		Hospitalisation à temps partiel de jour : Individuel et plusieurs intervenants	
		Hospitalisation à temps partiel de nuit	
		Prise en charge en atelier thérapeutique	1.406

GRILLE DES COEFFICIENTS POUR LA PRISE EN CHARGE À TEMPS COMPLET ET PARTIEL POUR LES ÉTABLISSEMENTS A, B ET C MENTIONNÉS À L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

	Coefficient	Valeur
Temps Complet	Gérontopsychiatrie	1.000
	Centre de crise	1.000
	Réhabilitation intensive	1.000
	Jeunes adultes	2.309

	Coefficient	Valeur
Temps Partiel	Gérontopsychiatrie	1.000
	Jeunes adultes	2.106

**GRILLE DE PONDÉRATION FORFAITAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE
POUR LES ÉTABLISSEMENTS A, B ET C MENTIONNÉS À L'ARTICLE L. 162-22-6**

Ambulatoire				
	Classe d'âge	Palier d'activité	Seuil du palier d'activité	Pondération forfaitaire
Forfait de base	adulte	1	1-2	0.476
		2	3-6	1.441
		3	7-12	3.095
		4	13-24	5.894
		5	25-36	10.079
		6	37-52	14.741
		7	>52	34.385
	enfant	1	1-2	0.720
		2	3-6	2.168
		3	7-12	4.694
		4	13-24	9.098
		5	25-36	15.351
		6	37-52	22.152
		7	>52	39.776

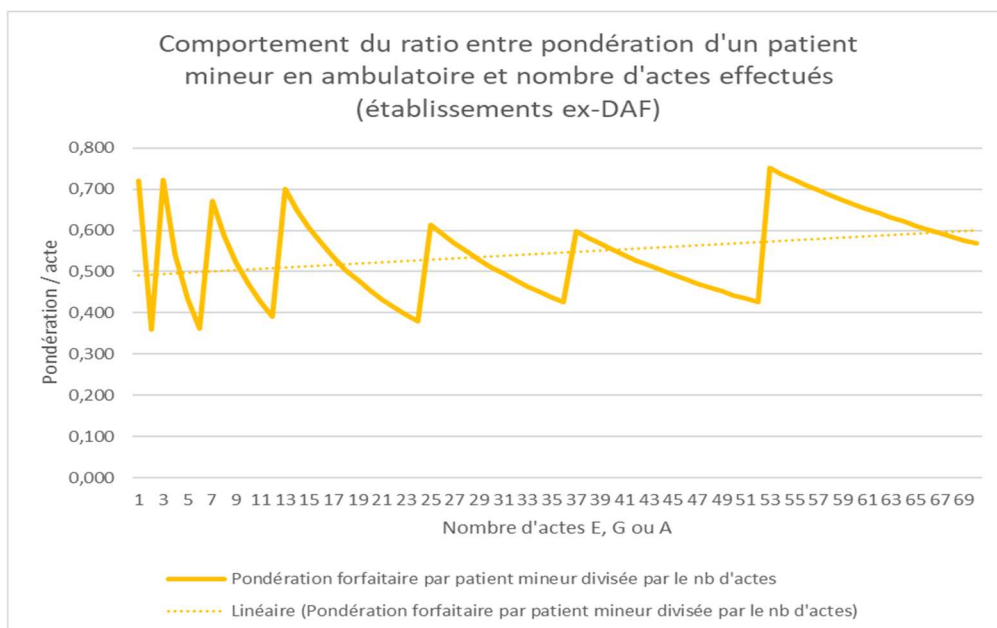
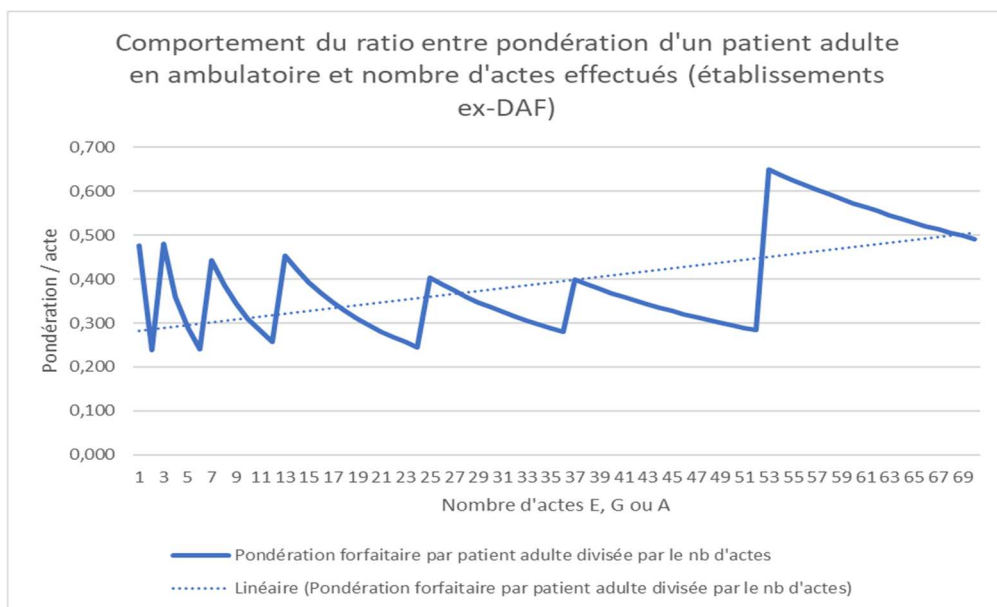
Note : Les actes pris en compte dans le tableau ci-dessus sont les actes E, G et A.

TYPES DE SUPPLÉMENT POUR L'AMBULATOIRE S'AJOUTANT À LA PONDÉRATION FORFAITAIRE

Type de supplément	Modalités possibles	Valeur
Supplément « Hors lieu de soin de l'établissement »	Le supplément hors lieu de soin correspond au coefficient de 20% multiplié par la part d'activité hors lieux de soins multiplié par la pondération forfaitaire associée à la prise en charge ambulatoire qui s'applique au patient. Ce résultat s'ajoute à la pondération forfaitaire associée à la prise en charge en ambulatoire.	20,00%* part de l'activité hors lieu de soin*pondération forfaitaire associée
Supplément « Coordination » dans le cas d'actes Démarches (D) et/ou Réunion (R)	1-2 actes D/R	0.070
	3-6 actes D/R (ou au moins 3 si palier d'activité <3)	0.280
	7-12 actes D/R (ou au moins 7 si palier d'activité <4)	0.631
	>=13 actes D/R (ou au moins 13 si palier d'activité <5)	1.402
Supplément « intensive »	adulte	2.337
	enfant	7.010

Annexe n°8 : Étude du ratio entre pondération d'un patient en ambulatoire et nombre d'actes effectués (établissements ex-DAF)

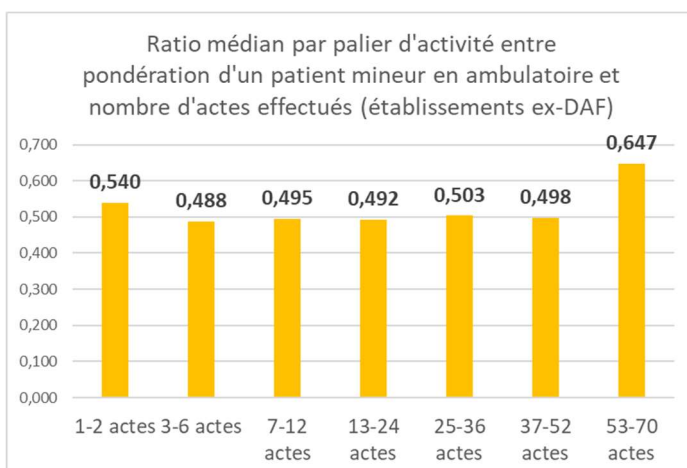
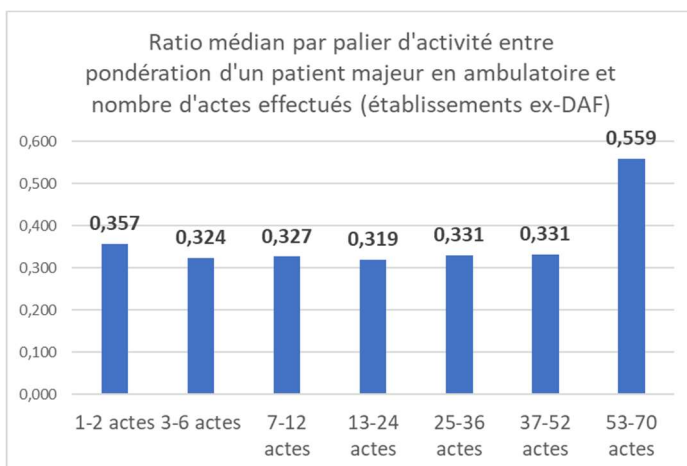
Comportement global du ratio entre pondération d'un patient en ambulatoire et nombre d'actes effectués :



Commentaire : Ces graphiques rapportent la pondération forfaitaire (hors suppléments) attribuée à un patient en ambulatoire au titre de la DFA au nombre d'actes E, G ou A sur une année civile. Ils permettent ainsi de repérer les volumes d'actes par patient les plus favorables sur le plan financier. Les courbes de tendance linéaires sont légèrement croissantes, ce qui indique une incitation modeste à une plus forte intensité des prises en

charge. L'effet le plus notable est toutefois celui des seuils d'activité : ainsi, il est financièrement peu intéressant de réaliser 52 actes, mais très favorable d'en réaliser 53.

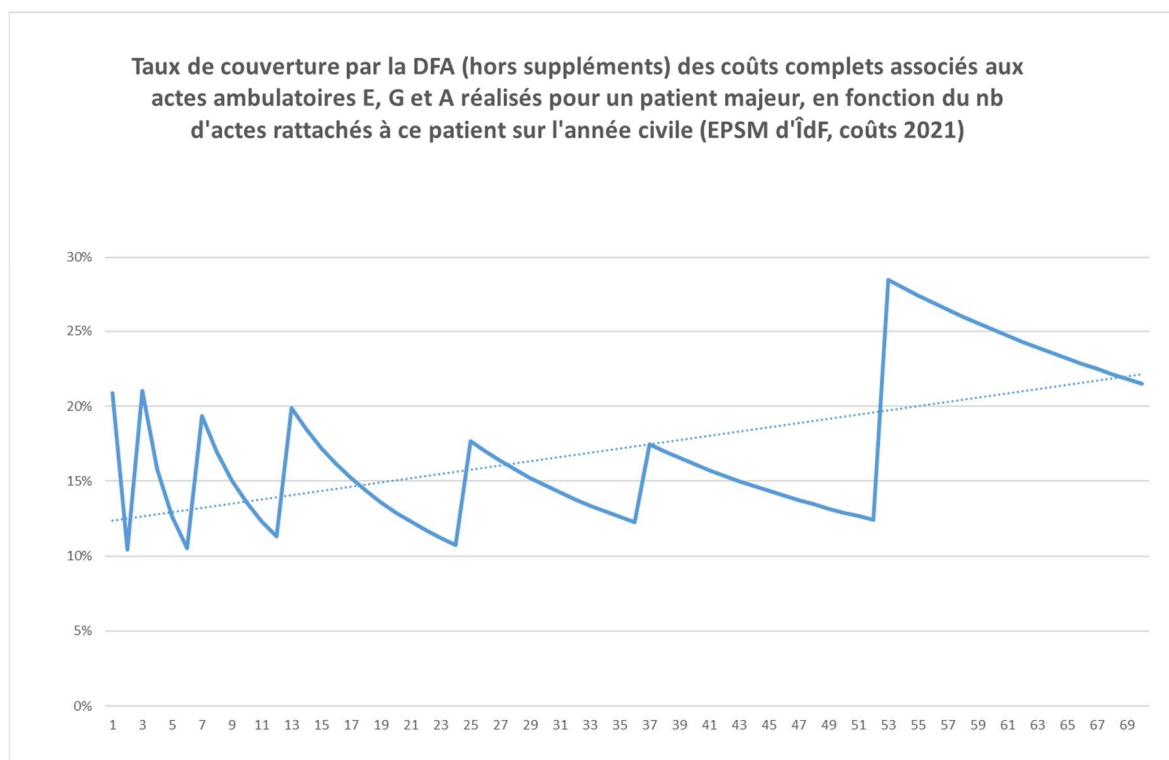
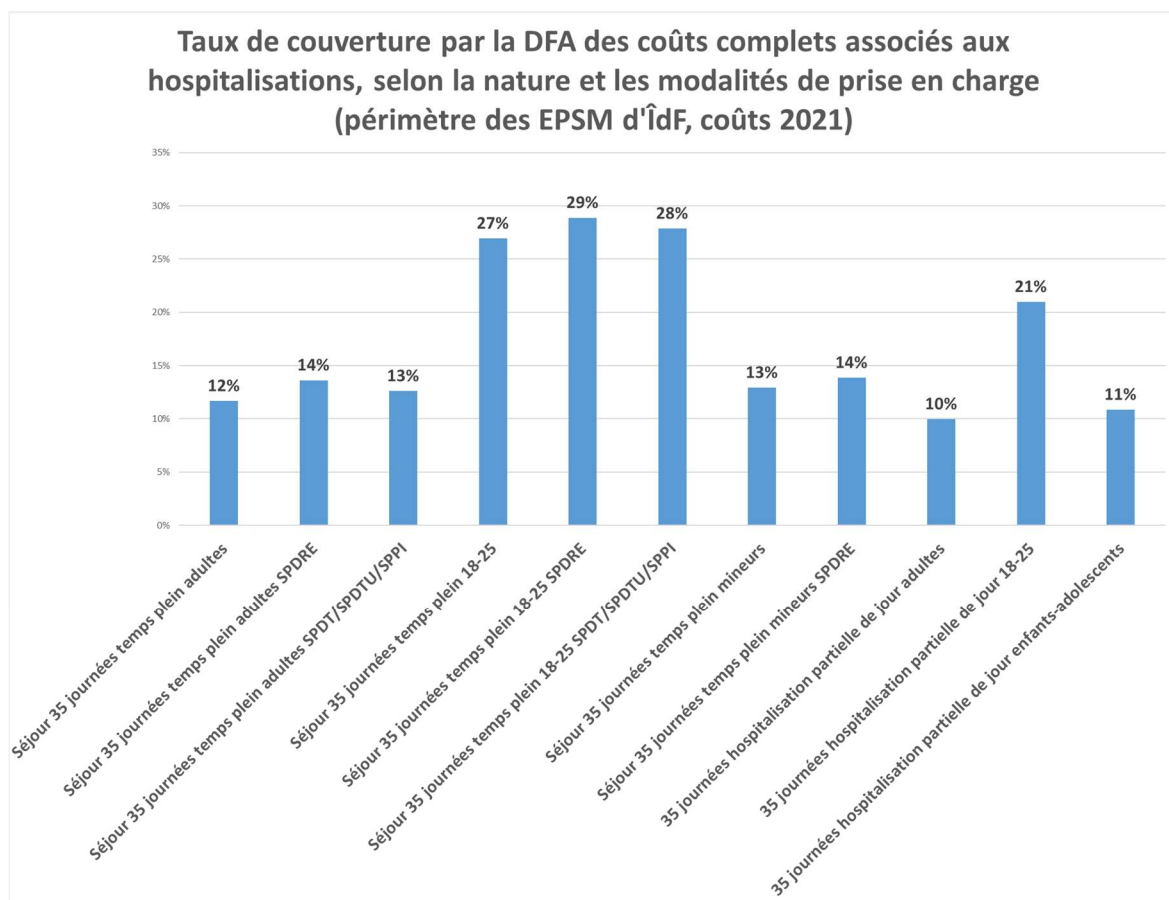
Ratio médian par palier d'activité entre pondération d'un patient en ambulatoire et nombre d'actes effectués :

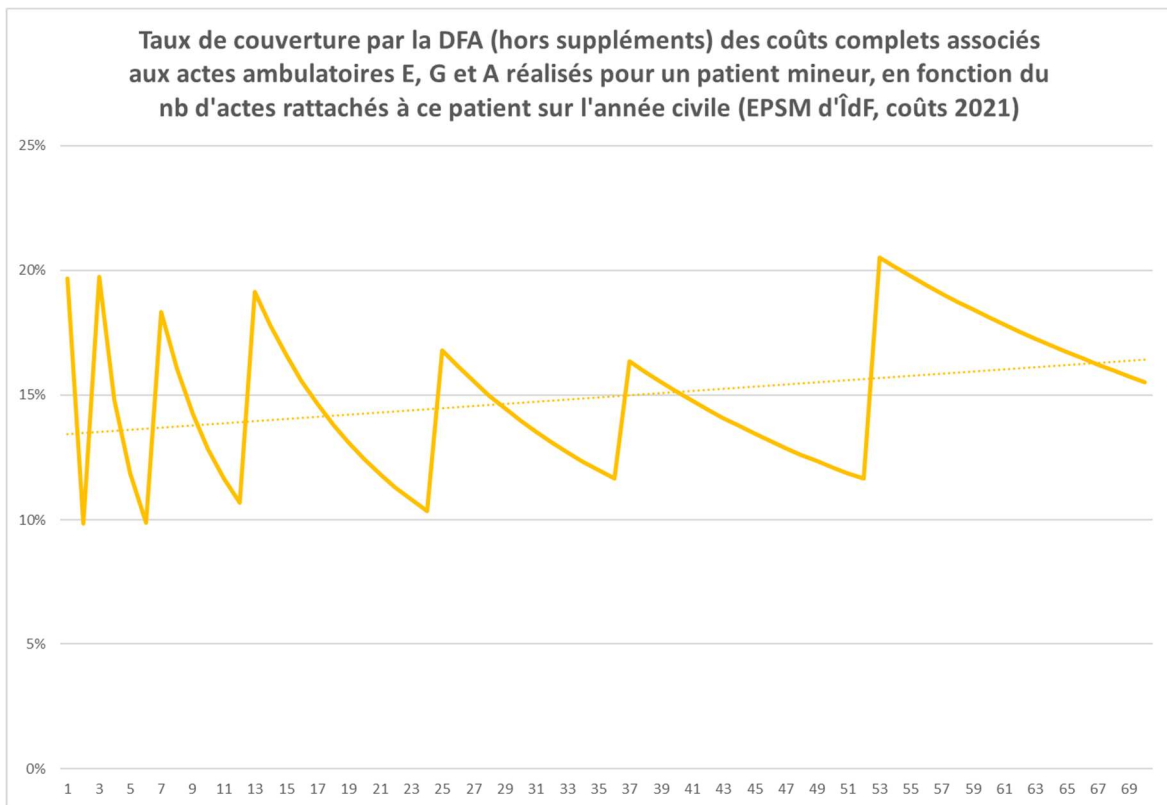


Commentaire : Le calcul, pour chaque palier d'activité, du ratio médian entre la pondération forfaitaire (hors suppléments) attribuée à un patient en ambulatoire au titre de la DFA et le nombre d'actes E, G ou A sur une année civile nuance encore plus le constat précédent sur la faiblesse de l'incitation à une plus forte intensité de la prise en charge. Le ratio est quasiment constant sur les six premiers paliers, aux alentours de 0,3 sur le versant adultes et de 0,5 sur le versant enfants-adolescents. Le ratio n'est nettement supérieur qu'au septième palier²⁴.

²⁴ Afin de permettre le calcul, le plafond pour ce palier a été fixé à 70 actes E, G ou A sur l'année civile. Un nombre d'actes supérieur d'actes est peu probable : moins de 3% seulement des patients en ambulatoire des EPS d'Île-de-France autorisés en psychiatrie ont bénéficié d'au moins 53 actes E, G ou A en 2022, selon les données retraitées de l'ATIH.

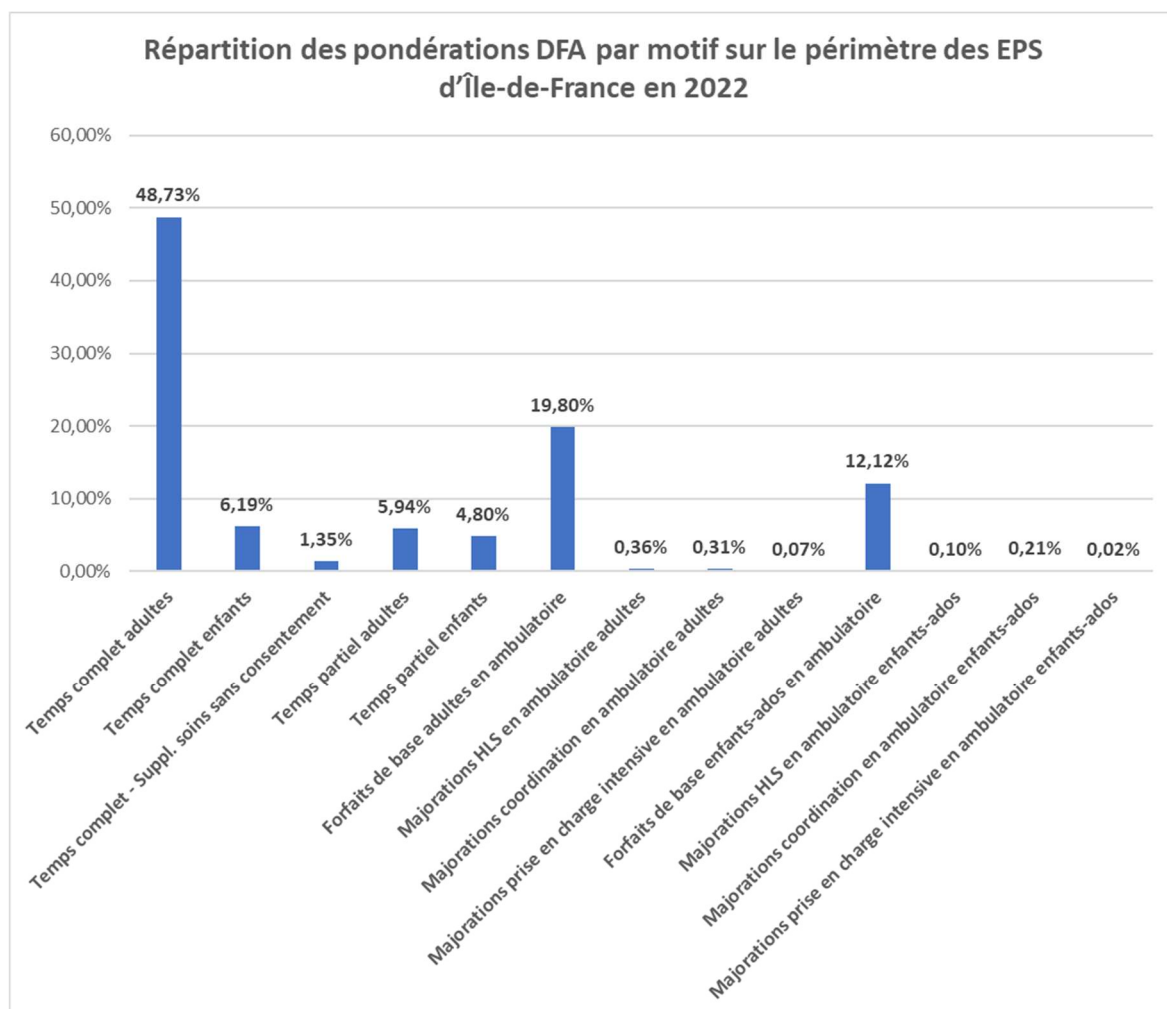
Annexe n°9 : Mise en relation des recettes au titre de la DFA et des coûts complets par nature de prise en charge (EPSM d'Île-de-France)





Note sur les sources et la méthodologie : L'évaluation se fonde, pour la partie dépenses, sur les coûts complets issus de la campagne de RTC de 2021 et, pour la partie recettes, sur les grilles de l'arrêté du 30 mars 2023 ainsi que la valeur monétaire d'un point de pondération DFA. Cette valeur, qui variera chaque année en fonction de l'enveloppe nationale fermée et de l'activité globale, a été établie à 61,07 € pour l'année 2022 par l'établissement J. Ce montant est issu de la division des recettes de DFA de l'établissement en 2022 (minorées des suppléments transports) par la pondération totale de l'établissement (calculée sur la base du RIM-P). Il a été fiabilisé grâce à des échanges avec l'ATIH.

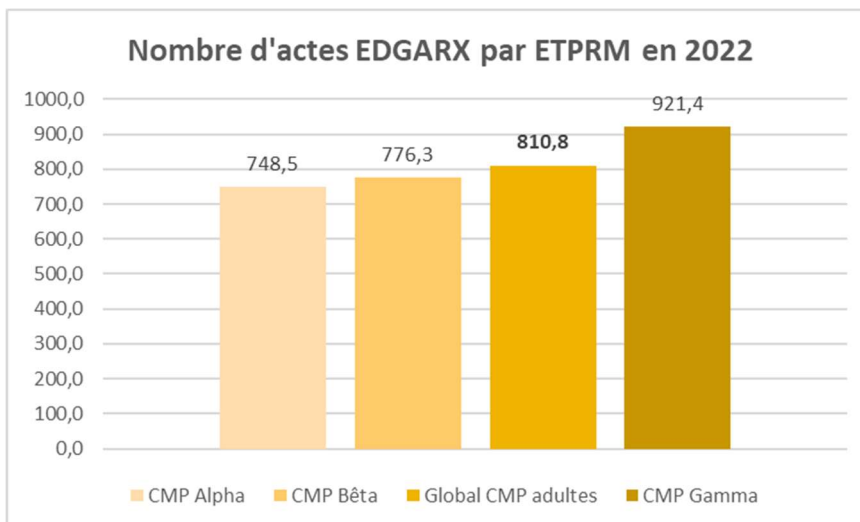
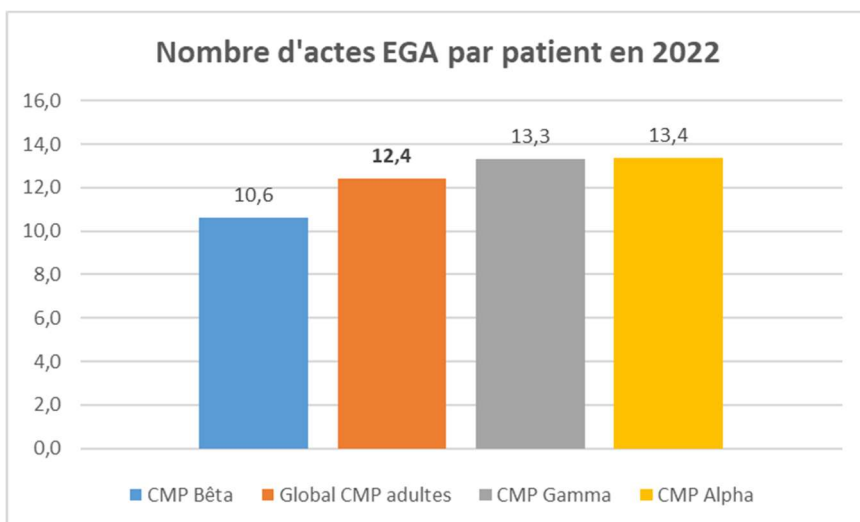
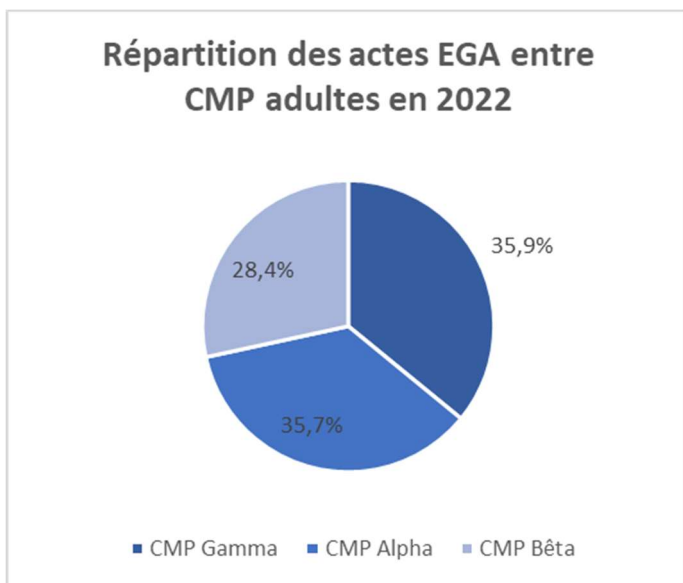
Annexe n°10 : Répartition des pondérations DFA par motif sur le périmètre des EPS d'Île-de-France en 2022



Source : Données ATIH retraitées.

Note méthodologique : Recours à des approximations, en raison d'informations manquantes, à savoir les suppléments coordination distingués par seuil au sein de chaque palier d'activité et les taux moyens d'actes réalisés hors lieu de soin de l'établissement lorsque la majoration s'applique, et du secret statistique sur les petits effectifs.

Annexe n°11 : Exemple d'étude de positionnement interne : les CMP adultes de l'établissement A en 2022



Commentaire :

En comparaison avec les dernières données de l'ATIH accessibles sur ScanSanté, les CMP de l'établissement A se caractérisent par un nombre d'actes par ETPRM dans la moyenne nationale et une intensité des prises en charge supérieure d'environ 20%.

La situation est toutefois hétérogène selon les CMP. Alors que les files actives des trois CMP sont proches en 2022, l'activité totale du CMP Bêta est tirée à la baisse par une plus faible intensité des prises en charge et par un nombre moins élevé d'actes par ETPRM. Ces résultats en retrait sont au moins en partie à rapprocher des tensions locales sur les effectifs médicaux. Le nombre moins élevé d'actes par ETPRM du CMP Alpha pourrait s'expliquer par un biais dans l'affectation analytique des personnels entre les structures extrahospitalières de son pôle.

Élèves directeurs d'hôpital 2022-2023

Réforme du financement de la psychiatrie : les établissements publics de santé mentale au défi du changement ?

Résumé :

Les modalités concrètes de la réforme du financement des activités de psychiatrie des établissements de santé par l'assurance maladie sont connues depuis le premier trimestre 2023. Dans ce nouveau contexte, le mémoire investigate non seulement les signaux donnés par la réforme, mais aussi leur réception par les EPSM, afin de mesurer l'incitation au changement pour ces établissements spécialisés.

L'analyse de la réforme et le travail d'enquête mettent en exergue une incitation bien comprise au maintien, si possible à l'accroissement, de l'activité. Pour autant, les paramètres actuels de la réforme et les positionnements des directions et communautés médico-soignantes ne permettent pas d'anticiper une réorientation significative de l'offre de soins, en dépit des objectifs affichés d'accélération du virage ambulatoire et de développement des activités innovantes.

Les incitations financières les plus remarquables se situent à un autre niveau. La réforme encourage fortement les directions des EPSM à promouvoir une évolution des organisations et pratiques internes, en faveur d'une amélioration du codage, d'une plus grande efficacité, voire d'un renforcement de la qualité des soins.

La mise en œuvre de ces changements requiert toutefois d'impliquer fortement la communauté médico-soignante, exercice délicat sur des sujets peu consensuels et dans le contexte de crise de la psychiatrie. Face à ce défi, le mémoire apporte des préconisations pour le pilotage du changement, au premier rang desquelles la conduite d'un véritable dialogue de gestion médicalisé.

Mots-clés :

Santé mentale – Psychiatrie – Pédopsychiatrie – Établissement public de santé mentale (EPSM) – Centre hospitalier spécialisé (CHS) – Réforme du financement – Incitation – Dotation populationnelle – Dotation relative à la file active (DFA) – Activités spécifiques – Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) – Crise de la psychiatrie – Incrémentalisme – Codage – Efficacité – Contrôle de gestion – Démarche qualité – Activité – Virage ambulatoire – Désinstitutionnalisation – Intervention précoce – Innovation – Dilemme du prisonnier – Conduite du changement – Organisation capacitante – Dialogue de gestion – Indicateur SMART – Directeur d'hôpital

L'École des Hautes Études 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.